

# MEMORIA DE TRAMITACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI PARA SU REMISIÓN A CONSEJO DE GOBIERNO.

## 1.- Descripción de los antecedentes y justificación de la iniciativa normativa

En su sesión de 20 de noviembre de 2020, el Consejo de Gobierno aprobó el programa legislativo del Gobierno para la duodécima legislatura, e incluía en el mismo la elaboración de una nueva Ley de Salud Pública.

Mediante orden de 14 de junio de 2021 de la Consejera de Salud se sometió a consulta previa el anteproyecto de ley de Salud Pública de Euskadi para dar conocimiento a la ciudadanía de la pretensión del Gobierno Vasco de tramitar dicha norma, a fin de que se pudieran realizar las aportaciones que se consideraran oportunas.

Posteriormente, por Orden de 14 de julio de 2021, de la Consejera de Salud, se dio inicio al procedimiento de elaboración del Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi y, mediante Orden de 2 de agosto de 2021, se procedió a la aprobación previa del Anteproyecto, tal y como exige el procedimiento de elaboración de disposiciones de carácter general.

Tanto la orden de inicio como el texto del Anteproyecto y la orden de aprobación del mismo se dieron a conocer en el espacio colaborativo de conocimiento compartido-Legesarea. Así mismo, se dio publicidad activa al expediente del Anteproyecto a través de su envío al portal de transparencia (Legegunea), en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 7b), d) y e) de la Ley 19/2013, de transparencia, derecho de acceso a la información pública y buen gobierno.

Con el fin último de salvaguardar, promover y potenciar la salud y el bienestar de las personas como bien público de máximo interés, el Anteproyecto pretende configurar y ordenar el Sistema de Salud Pública, como una red articulada que, sustentado en el paradigma de Salud en Todas las Políticas, ofrezca un conjunto de servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible. En base a la Ley 8/1997 de Ordenación Sanitaria de Euskadi, la nueva norma detalla los derechos de la ciudadanía en salud pública, así como las prestaciones, actuaciones e intervenciones que corresponden a las distintas administraciones que integran el Sistema de Salud Pública -Gobierno Vasco, Ayuntamientos y Diputaciones Forales-. Para ello se potenciará el trabajo colaborativo y coordinado.

Los contenidos propuestos en la norma se basan fundamentalmente en la competencia prevista en el artículo 18 del Estatuto de Autonomía del País Vasco, relativa al desarrollo y ejecución de la legislación básica estatal, en materia de sanidad interior, si bien, con este título competencial confluyen otros que resultan también relevantes para la configuración del Anteproyecto normativo.

## 2.- Tramitación del anteproyecto

a) Trámite de consulta previa.

Tal y como se ha indicado, el trámite de consulta previa se inició mediante orden de 14 de junio de 2021 de la Consejera de Salud.

Transcurrido el plazo fijado para recibir las aportaciones (6 de julio), se obtuvo un resultado de 50% de opiniones favorables a la tramitación de la iniciativa propuesta (4 votos, 2/2). Vía Tramitagune y a través de Irekia se recibieron las aportaciones del sindicato SATSE, de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y de varias personas a título individual. A todos ellos se les dio en su momento oportuna respuesta, tras analizar y valorar las sugerencias realizadas. Tanto los comentarios realizados como la respuesta constan en el expediente.

#### b) Orden de inicio y aprobación previa del anteproyecto.

Por Orden de 14 de julio de 2021, de la Consejera de Salud, se dio inicio al procedimiento de elaboración del Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi y, mediante Orden de 2 de agosto de 2021, se procedió a la aprobación previa del Anteproyecto, tal y como exige el procedimiento de elaboración de disposiciones de carácter general.

#### c) Trámite de información pública y audiencia.

También se ha procedido al trámite de información pública, para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 8.1 de la Ley 8/2003, de 22 de diciembre, de Procedimiento de Elaboración de las Disposiciones de Carácter General, según el cual las disposiciones de carácter general que afecten a los derechos e intereses legítimos de los ciudadanos o las ciudadanas, cuando la naturaleza de dichas disposiciones lo aconsejen, se someterán a información pública.

Así, mediante Resolución de 4 de agosto de 2021, del Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales del Departamento de Salud, se procedió a someter el Anteproyecto al trámite de información pública, con el fin de garantizar la máxima participación de los agentes sociales interesados en la norma en tramitación. Dicha Resolución se publicó en el Boletín Oficial del País Vasco de 6 de agosto.

Tanto la orden de inicio como el texto del Anteproyecto y la orden de aprobación del mismo se han dado a conocer en el espacio colaborativo de conocimiento compartido-Legesarea. Así mismo, se ha dado publicidad activa al expediente del Anteproyecto a través de su envío al portal de transparencia (Legegunea), en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 7b), d) y e) de la Ley 19/2013, de transparencia, derecho de acceso a la información pública y buen gobierno.

Por otro lado, el texto ha sido remitido a una serie de agentes que pueden configurar la posición de interesados afectados por la nueva regulación.

Como resultado del trámite de información pública y audiencia, han remitido sus alegaciones al anteproyecto de Ley de Salud Pública las siguientes entidades:

- Consejo de Farmacéuticos del País Vasco.

- Consejo de Veterinarios del País Vasco, que se adhiere a las alegaciones presentadas por el Consejo de Farmacéuticos.

- Bizitza Elkarte

- Sindicato SATSE

Recordamos que la Academia de Ciencias envió sus aportaciones con anterioridad, en la fase de consulta previa, y que se consideraron y, en su caso, incorporaron al borrador antes de someter el Anteproyecto a informes y trámite de audiencia.

#### d) Trámite de participación y consulta a otras administraciones.

Igualmente, el texto ha sido sometido al trámite de participación y consulta a otras administraciones, según lo previsto en el artículo 9 de la mencionada Ley 8/2003, de 22 de diciembre. En concreto, ha sido remitido a las siguientes instituciones:

- Osakidetza- Servicio Vasco de Salud
- EHU-UPV
- Diputación Foral de Araba.
- Diputación Foral de Bizkaia.
- Diputación Foral de Gipuzkoa.
- EUDEL, Asociación de Municipios de Euskadi.
- Ayuntamiento de Bilbao.
- Ayuntamiento de Donostia.
- Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Ministerio de Sanidad

De todas estas entidades públicas, se han recibido respuestas de EUDEL, del Ayuntamiento de Donostia y del Ayuntamiento de Bilbao. EUDEL solicitó ampliación de plazo para emitir alegaciones, solicitud que fue aceptada. Por su parte, las aportaciones del Ayuntamiento de Bilbao se recibieron fuera de plazo, pero al explicar por su parte que el retraso se debió a problemas informáticos, el texto fue admitido y objeto de valoración por parte del Departamento de Salud.

En este punto cabe indicar, finalmente, que Osalan solicitó mantener una reunión para hacer llegar al Departamento de Salud sus comentarios y aportaciones en relación al anteproyecto. Dicha reunión se llevó a cabo el 24 de septiembre de 2021, y a resultados de la misma se sometieron a consideración las propuestas de Osalan, tal y como se señala posteriormente en esta memoria.

#### e) Informes y dictámenes preceptivos.

Se ha incorporado al expediente el informe emitido por el servicio jurídico del Departamento de Salud que, si bien manifiesta una opinión favorable sobre el Anteproyecto, formula diversas observaciones cuyo alcance y, en su caso, estimación, se expondrán a lo largo de la presente memoria.

Además de este preceptivo informe jurídico, se han recibido los siguientes informes preceptivos:

- Informe de la Dirección de Normalización Lingüística de las Administraciones públicas del Departamento de Cultura y Política Lingüística, sobre la incidencia de la norma en la normalización del uso del euskera.
- Informe de la Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales del Departamento de Gobernanza Pública y Autogobierno, referido a la dimensión organizativa del proyecto.
- Informe de la Dirección de Función Pública, del Departamento de Gobernanza Publica y Autogobierno.
- Informe de Evaluación de Impacto en Función del Género, en base a lo establecido en el artículo 19 de la Ley 4/2005.
- Informe de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, según lo previsto en el artículo 21 de la ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres.
- Informe de la Comisión Consultiva de Consumo de Euskadi, de acuerdo al artículo 36.1.a) de la Ley 6/2003, de 22 de diciembre de Estatuto de personas Consumidoras y Usuarías.
- Informe del Consejo Económico y Social Vasco, conforme al artículo 3.1.f) de la Ley 8/2012, de 17 de mayo.
- En cumplimiento de la previsión del Decreto 260/1999, de 22 de junio, por el que se regulan el Consejo de Sanidad de Euskadi y los Consejos de Área de Salud de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, el borrador debe ser sometido a la consideración del Consejo de Sanidad de Euskadi.
- Informe de control económico-normativo de la Oficina de Control Económico, en virtud de lo establecido en el artículo 4 del decreto 69/2021, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Economía y Hacienda, en relación con el artículo 25.1 del Texto Refundido de la Ley de Control Económico y Contabilidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi –aprobado por el Decreto Legislativo 2/2017, de 19 de octubre–. Anteriormente se realizará una valoración en la memoria económica por los servicios presupuestarios de este Departamento.
- Informe de la Comisión de Gobiernos Locales, en virtud del artículo 91.1 de la ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi.

### 3.- Análisis de las alegaciones y sugerencias, con explicación de las modificaciones incorporadas al texto del Anteproyecto de Ley de salud Pública de Euskadi y justificación de las alegaciones rechazadas.

Han formulado sus consideraciones, alegaciones y observaciones al texto las siguientes entidades:

- El sindicato SATSE
- Bizitza Elkartea
- El Consejo de Farmacéuticos de Euskadi
- El Consejo de Veterinarios de Euskadi
- El Servicio de Salud Ambiental y Sostenibilidad del Ayuntamiento de Donostia
- El área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao
- EUDEL
- Osalan
- El Sindicato Médico de Euskadi

Tras analizar todas y cada una de estas alegaciones, se ha procedido a la revisión del texto del Anteproyecto, y a continuación se relacionan, en el orden del articulado de dicho texto, las aportaciones de todas aquellas entidades y agentes que han tomado parte en el proceso de información pública, audiencia, participación y consulta a otras administraciones e informes preceptivos. Se indica desde el Departamento proponente la valoración que merece su posición y la descripción de los motivos del rechazo o del cambio que, en su caso, se han introducido en el texto del Anteproyecto.

#### Alegaciones de carácter general

Son varias las entidades que han realizado comentarios y alegaciones de carácter general al Anteproyecto.

La Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales hace una valoración positiva de distintos aspectos del Anteproyecto:

- *“El enfoque integral de la norma, atendiendo a los diversos aspectos que inciden en la salud de la población, tanto los específicamente sanitarios, como los relativos a la prevención y promoción de la salud y, en base al paradigma de Salud en Todas las Políticas, los relacionados con aquellas políticas que inciden directamente en la salud de las personas, como la medioambiental, la alimentaria, la deportiva (actividad física), la de vivienda, la educativa, la laboral, etc.”*
- *“La vocación modernizadora e innovadora del Anteproyecto, incorporando a la normativa vasca la evolución y progresos que ha habido en los conceptos y en la praxis de salud y salud*

*pública, tanto en el contexto mundial como autonómico, adecuándolos a las necesidades actuales de la sociedad vasca; entre los cuales destaca el enfoque estratégico de Salud en Todas las Políticas, así como el concepto "One Health / Una Sola Salud", como enfoque colaborativo y multisectorial, para llevar a cabo estrategias y acciones integrales de prevención y control de agentes con impacto en la salud humana."*

- *"La configuración del Sistema de Salud Pública de Euskadi según un modelo organizativo en red, de responsabilidad pública, y potenciando el trabajo colaborativo entre las administraciones públicas en materia de salud y bienestar de la población."*
- *"La voluntad de fortalecer la acción comunitaria mediante la participación de las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones en materia de salud pública, con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y su calidad de vida."*
- *"La incorporación de las herramientas de análisis y evaluación de políticas públicas en el ordenamiento jurídico, a través del Plan de Salud de Euskadi, como instrumento superior de planificación, ordenación, priorización y coordinación de las políticas, estrategias y actuaciones en materia de salud en Euskadi; las estrategias o planes forales, locales y comarcales de salud, como instrumento de planificación, ordenación y coordinación que recogerán el conjunto ordenado de programas y actuaciones que se realicen en materia de salud en los ámbitos correspondientes; y la valoración de resultados e impacto en la salud, con la finalidad de incorporar la protección y promoción de la salud en el diseño e implementación de las intervenciones sectoriales".*
- *La "insistencia del Anteproyecto presentado a informe en la coordinación del sistema, por tratarse de una competencia concurrente y de una materia que se ve afectada por numerosas políticas públicas, de forma que garantizar la coherencia del sistema es clave."*
- *La creación y composición del Consejo Vasco de Salud Pública.*
- *La "enumeración y descripción de la cartera de prestaciones en materia de salud pública, en la medida que contribuye a ese enfoque integral que, desde el punto de vista de esta Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales, constituye uno de los valores de este Anteproyecto."*
- *La definición y regulación del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi que se realiza en el Capítulo VI y, en particular, la apuesta por la interoperabilidad de los sistemas de información que se formula en el apartado 2 del Artículo 70.*
- *El Capítulo VII. – Corresponsabilidad e intervención administrativa en materia de salud pública, introduce un concepto de particular interés en cualquier ámbito público, como es el de la corresponsabilidad, especialmente pertinente en la materia que regula este Anteproyecto.*

A modo de conclusión, la Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales informa favorablemente, desde el punto de vista organizativo y desde el procedimental, el Anteproyecto de Ley de salud pública de Euskadi.

Por su parte, el sindicato SATSE hace unas alegaciones generales y otras al articulado. Como aspecto general, señala que cada vez que en el texto de Anteproyecto se mencione la equidad se incluya también el principio de igualdad de forma específica, por considerar que el único hecho de pertenecer al género femenino, se ha comprobado que es un factor decisivo dentro de los determinantes sociales de la salud. La inclusión reiterada de esta referencia no se considera necesaria, pues el concepto de equidad que desarrolla el Anteproyecto de Ley de Salud Pública es lo suficientemente amplio y engloba también la equidad en materia de género. El abordaje del impacto en la salud de los determinantes de la salud, incluyendo la desigualdad por género, forma parte constitutiva de la acción en Salud Pública

Como segunda alegación general, SATSE considera importante para el éxito de las políticas de salud pública la implantación de la figura de la enfermera de salud escolar que permitiría dar respuestas adecuadas al programa de salud escolar sin dejar, a su vez, de atender la necesidad de reforzar la figura de la enfermera de atención primaria dotando a dichas profesionales de los medios humanos necesarios para afrontar los retos planteados contemplando un aumento de los ratios. Esta misma cuestión es objeto de otras 7 alegaciones formuladas por SATSE al articulado del Anteproyecto; se trata, en concreto, de las alegaciones nº 3, 6, 11, 27, 28, 31, 38. En cuanto a esta cuestión, no se considera procedente, en tanto en cuanto la creación de figuras concretas con perfiles y tareas determinados no corresponde al ámbito de una ley de salud pública que, en opinión del Departamento proponente, no debe entrar al desarrollo y organización de los recursos humanos del sistema sanitario.

Por su parte, la Asociación Bizitza Elkartea considera que, a lo largo del articulado del Anteproyecto, se encuentran preceptos cuyo contenido incide gravemente en los derechos fundamentales de la ciudadanía de la Comunidad Autónoma Vasca, y solicitan mayor precisión y concreción de las mismas, sin que remitan a otra normativa vigente. En este sentido, desde el Departamento proponente del texto cabe señalar que las medidas propuestas en el Anteproyecto responden al objetivo de proteger la salud de la ciudadanía, también en caso de emergencia; y, en este caso, se plantean siempre de forma proporcionada a la propia emergencia sanitaria y a su impacto en la salud de la población.

La Asociación de Municipios Vascos EUDEL ha formulado diversas alegaciones, algunas de ellas de carácter general y otras referidas al articulado. Se centran en velar por las competencias municipales, en la autonomía local y la potestad de auto organización y a la financiación del Sistema de Salud Pública de Euskadi. En cuanto a las alegaciones generales, EUDEL indica que *"a lo largo del texto asistimos a numerosas menciones sobre la necesaria prestación de actuaciones, por las Administraciones Públicas Vascas, sin concretar a qué nivel administrativo corresponde, dejando en indefinición la necesaria distribución de competencias que debe venir definida en una Ley. Intercalándose también referencias a la coordinación y colaboración interinstitucional abogando por la formulación de acuerdos, convenios u otros instrumentos en aras a evitar solapamientos o concurrencias competenciales."* En este sentido, cabe recordar que la distribución competencial de las distintas administraciones públicas vascas se sustancia y detalla en los artículos 27 a 30 del Anteproyecto. Sin embargo, y atendiendo a la propuesta de EUDEL, cuando se hace mención a *"las actuaciones de las Administraciones Públicas Vascas"* se aclara que se hace en base a las

competencias atribuidas a cada una de ellas. Se han modificado en este sentido los artículos 1.c; 15.2; 18.2.b; 20.3; 27.3; 28.c; 31; 51.2; 55; 56; 65; 66 y 67.

A este respecto, cabe señalar, por último, que en el Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi se hace referencia a medidas y actuaciones de salud pública que ya se vienen realizando en el tiempo por parte de las distintas administraciones, pero la nueva Ley pretende dotarles de sistematización y de un enfoque más actualizado que no supone nuevas competencias o atribuciones para las administraciones competentes en salud pública, que seguirán actuando dentro de su capacidad de auto organización.

Tal y como se ha indicado antes, Emakunde señala que *"valora positivamente el esfuerzo realizado para cumplimentar todos los apartados y cuestionarios establecidos. Entre los objetivos para promover la igualdad de mujeres y hombres, el artículo 3 del anteproyecto de ley recoge entre sus principios rectores el principio de equidad en todas las actuaciones, prestaciones y servicios que se lleven a cabo en salud pública, incorporando la perspectiva de género en las mismas."*

También indica Emakunde respecto a la toma de decisiones, que *"si bien el informe recoge que el anteproyecto de ley propone actuaciones adecuadas para la mejora de la salud pública en la totalidad de la población, siendo las propias personas quienes decidan si quieren participar en ellas o no, desde este Instituto queremos subrayar la necesidad de desarrollar investigaciones que aporten más luz sobre las diferentes formas de enfermar de mujeres y hombres, así como sobre el papel de los estereotipos de género en la toma de decisiones en la asistencia sanitaria."*

El informe de Emakunde *"valora de forma positiva la inclusión de las medidas y previsiones que para eliminar las desigualdades y promover la igualdad de mujeres y hombres se han incorporado en el contenido del anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi, entre otras:*

- *La inclusión del principio de equidad y la incorporación de la perspectiva de género en toda actuación sanitaria (artículo 3.b).*
- *La adecuación de ciertas definiciones, tales como, desigualdades sociales en salud, determinantes de la salud, y equidad en salud (artículo 5), siguiendo las recomendaciones realizadas por este mismo Instituto en el anterior anteproyecto de Ley de Salud Pública y Seguridad Alimentaria.*
- *La incorporación del derecho a la igualdad de toda la ciudadanía en materia de salud pública (artículo 6).*
- *Hacer referencia a que las administraciones públicas vascas que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi, ejercerán sus actuaciones públicas y adoptarán medidas en base a las políticas de igualdad (artículo 27).*
- *Especificar en el artículo 34.2 que el Gobierno Vasco, a través del departamento competente en materia de salud, garantizará la superación de las desigualdades sociales, económicas, culturales, territoriales y de género que, en clave de salud, puedan ser causa de discriminación o impidan la equidad y la igualdad real y efectiva de las personas.*



- *Contar en la composición del Consejo Vasco de Salud pública con la representación del órgano encargado de las políticas de igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres (artículo 44).*
- *Asimismo, promover, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 4/2005, una presencia equilibrada de mujeres y hombres en la composición de todos los órganos de asesoramiento y participación (artículo 46).*
- *La inclusión del derecho a la equidad, a través del cual todas las personas tienen derecho a la igualdad y equidad en todas las intervenciones, prestaciones y servicios de salud, sin discriminación por razones de sexo, edad, etnia, religión, condición socioeconómica, capacidad funcional, opinión, orientación sexual o cualquier otra circunstancia o condición personal o social (artículo 7)."*

El Sindicato Médico de Euskadi, como alegación general, considera que "se excluye a los sindicatos de todas las actuaciones de salud pública que afectan a sus profesionales, y se ha suprimido en esta materia el derecho a la negociación colectiva, que además es un derecho del personal estatutario. Véase Art.- 18 EM y art.- 78 ss". En relación a esta cuestión, el Departamento de Salud considera que el anteproyecto respeta plenamente el Estatuto Marco al que se hace referencia y que regula todo lo relativo al personal estatutario.

Por su parte, el Informe 040/2021, de 28 de octubre, de la Dirección de Función Pública indica lo siguiente:

- La estructura profesional y administrativa de régimen propio, debe siempre cumplir la normativa vigente, tanto a nivel de estructura como de tipo de personal.
- La terminología utilizada en el anteproyecto debe adecuarse a las tipologías establecidas en el Decreto Legislativo 1/1997, de 11 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Principios Ordenadores de la Hacienda General del País Vasco.

Finalmente, y como aportación de técnica legislativa, el informe del servicio jurídico del Departamento de Salud indica, en relación al articulado, que, dada la extensión del texto (más de 100 artículos), los artículos se deben agrupar por títulos y no por capítulos. Los títulos, a su vez, se podrán dividir en capítulos de conformidad con lo establecido en la cuarta de las directrices relativa a la agrupación de los artículos. A este respecto, cabe señalar que, al haberse refundido varios artículos del Capítulo VII tras la revisión del texto a consecuencia de diversas alegaciones, el número de artículos del anteproyecto no supera en la actualidad el centenar y, por lo tanto, no es preciso seguir la recomendación. Si al final de la tramitación el texto definitivo del proyecto de ley superara los 100 artículos, se procedería a realizar el cambio sugerido.

## Índice

Atendiendo a alegaciones aceptadas y a errores detectados en la consiguiente revisión del texto, se procede a realizar los siguientes cambios:

Artículo 7.- Donde decía "Derecho a la Igualdad", se sustituye por "Derecho a la igualdad y a la equidad".

Artículo 16.- Donde decía artículos 93, 94 y 95 debe decir artículos 89, 90 y 91.

Artículo 25: Donde decía "Las estrategias o planes locales, comarcales y forales de salud", se modifica por "Las estrategias o planes de salud locales, comarcales y forales".

Artículo 29.- "Competencias de los municipios y entidades supramunicipales", se sustituye por "Competencias de los municipios y demás entidades locales".

Artículo 40: el nombre del artículo queda redactado como sigue: "Coordinación con la Administración General del Estado y otras instituciones competentes en caso de riesgo o emergencia sanitaria".

Artículo 43: En vez de "Obligaciones de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados, con respecto a la salud pública", debe decir: "Obligaciones del Sistema Sanitario de Euskadi con respecto al Sistema de Salud Pública de Euskadi".

Sección sexta del capítulo V: se desdobra en dos: Sección sexta. - Salud escolar, y Sección séptima. - salud laboral. En consecuencia, las secciones siguientes de este capítulo deben modificar su número correlativo.

La sección segunda del Capítulo VII pasa a tener este nombre: "Corresponsabilidad y colaboración en materia de salud pública".

Los artículos 88 a 92 se refunden en uno solo, el nuevo 88, que pasa a denominarse "88.- Control sanitario de actividades". Se continúa con el siguiente artículo, el 89, de medidas especiales y cautelares y a partir de ahí sigue del 90 en adelante, modificándose la numeración según corresponda, llegando hasta el artículo 99.

El artículo 91 es objeto de una pequeña corrección y queda del siguiente modo: "Medidas de aislamiento o cuarentena en caso de emergencias sanitarias declaradas".

El artículo 94 pasa a denominarse "Tipos de infracciones y su graduación".

Se incluye una nueva disposición adicional, por lo cual la anterior pasa a ser "Disposición adicional primera. - Tratamiento de los datos de carácter personal".

Inmediatamente después se incluye la "Disposición Adicional Segunda. - Uso de las lenguas oficiales".

Desaparece la "Disposición final primera. - Modificación legislativa", y las 3 disposiciones finales que quedan pasan a ser primera, segunda y tercera, en el mismo orden en que estaban.

### Exposición de motivos

El Sindicato SATSE propone una nueva redacción para el 2º párrafo de la exposición de motivos, en aras a reconocer la calidad de los servicios sanitarios la excelencia de los y las profesionales que trabajan en el sector sanitario, a mencionar nuevas realidades sociales y a la ampliación de servicios

debido a la situación de emergencia sanitaria. No se considera necesaria esta ampliación y reformulación del texto, pues la exposición de motivos es lo suficientemente amplia y clarificadora, y se centra en las funciones de salud pública. Por otra parte, las nuevas realidades y necesidades se contemplan a lo largo del Anteproyecto, así como las adaptaciones necesarias en caso de emergencias sanitarias.

El informe del servicio jurídico del Departamento de Salud considera ineludible la referencia, en lo relativo a las medidas adoptadas en caso de emergencias sanitarias, al marco conceptual aportado por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), cuyo propósito y alcance es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darles una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio internacional.

Es preciso señalar que el texto del Anteproyecto no contraviene el RSI en ningún aspecto. De hecho, explicita esta referencia internacional en el artículo 57:

*“Artículo 57.- Medidas de respuesta y adaptación del sistema de salud pública en caso de emergencia sanitaria o pandemia.*

*Con el fin de gestionar las alertas y emergencias de salud pública de manera efectiva para proteger la salud de la población y prevenir la enfermedad, la autoridad sanitaria, en base al marco conceptual provisto por el Reglamento Sanitario Internacional, adoptará las siguientes medidas primordiales...”*

En todo caso, atendiendo al informe del servicio jurídico y a la sugerencia de hacer en la exposición de motivos una mención expresa a la importancia del marco que aporta el mencionado RSI, el párrafo 14 de la exposición de motivos queda redactado de la siguiente manera:

“Así mismo, la pandemia COVID-19 ha subrayado la importancia de la transversalidad de la salud pública, y por ello, de la necesaria coordinación entre las autoridades sanitarias y los diversos sectores, instituciones y agentes sociales y del conjunto de la economía con incidencia en la salud, para llevar a cabo las acciones y medidas necesarias para prevenir, controlar y mitigar los efectos de la pandemia con la mejor efectividad y eficiencia. En caso de emergencia sanitaria o pandemia, las acciones y medidas se adoptarán en base al marco establecido por el Reglamento Sanitario Internacional como instrumento jurídico de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud.”

### Artículo 1

Dado que supone una mejora de la redacción, atendiendo a la alegación nº 4 del sindicato SATSE, se reformula la redacción del apartado a) con esta nueva redacción:

“a) Salvaguardar y potenciar el mayor nivel posible de la salud de la población vasca como bien público de máximo interés...”

El informe del servicio jurídico del Departamento de Salud señala que es acertada la distinción que se hace en el Anteproyecto entre el objeto y el ámbito de aplicación de la norma propuesta:

*“Así, el objeto indica cuál el fin último -salvaguardar y potenciar la salud de la población vasca- y, para ello, incorpora la perspectiva de la Salud en Todas las Políticas e introduce el enfoque de “One Health/Una sola Salud”; define y ordena las competencias, prestaciones y servicios en materia de salud pública; configura como red articulada y colaborativa el Sistema de Salud Pública de Euskadi, en coordinación con el Sistema Sanitario; y determina las atribuciones y actuaciones de la autoridad sanitaria.*

*Se pretende con este capítulo dar una definición del concepto de salud pública acorde a las prioridades definidas por los organismos internacionales y a las necesidades de la sociedad vasca en el siglo XXI.”*

El ámbito de la ley, por su parte, *“se circunscribe a la Comunidad Autónoma de Euskadi y a las personas que en ella residen o se encuentran de forma ocasional. Asimismo, la norma será de aplicación a la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, a las administraciones forales y locales en ella ubicadas, a las entidades vinculadas o dependientes de todas ellas, así como a las entidades privadas que desarrollen acciones con impacto en la salud pública.*

*A la hora de concretar el objeto y el ámbito de aplicación de una ley, resulta del todo acertada la distinción realizada. El objeto es aquello sobre lo que versa la norma, mientras que el ámbito de aplicación son las diferentes situaciones de hecho o de derecho (ámbito material) y los sujetos a los que se les aplica la norma (ámbito subjetivo). La redacción del objeto propiamente dicho muestra el carácter integral con el que se pretende en esencia regular la Salud Pública en Euskadi, y que da nombre al propio proyecto.”*

El Consejo de Farmacéuticos y el Consejo de Veterinarios de Euskadi, en su alegación número 1, proponen la modificación del apartado b) del artículo 1 del Anteproyecto, en el sentido de que se incluya expresamente la previsión dentro del objeto de la norma, de que se incorporen a la planificación y ejecución de las actuaciones de la Administración relacionadas con la salud pública, las iniciativas provenientes de los Colegios Profesionales. Procede aceptar la propuesta, pero con una formulación más amplia y genérica que no se circunscriba únicamente a colegios profesionales. El texto queda redactado como sigue:

*“b) En base a los objetivos de desarrollo sostenible y su articulación para Euskadi, incorporar la perspectiva de la Salud en Todas las Políticas y acciones públicas, así como en las iniciativas promovidas desde las organizaciones de la sociedad civil, asociaciones profesionales y entidades privadas.”*

Tal y como se ha indicado anteriormente en relación con una alegación general de EUDEL relativa a la autonomía municipal, por una cuestión de coherencia, el apartado c) del artículo 1 queda redactado de la siguiente forma:

*“c) Definir y ordenar las competencias, prestaciones y servicios en materia de salud pública; determinar las atribuciones y actuaciones de la autoridad sanitaria; y sentar las bases para la coordinación y, en base a las competencias atribuidas a cada una de ellas, la colaboración entre las administraciones públicas con funciones de salud pública de los diferentes niveles (local, autonómico, estatal e internacional) y con otros sectores sociales implicados.”*

En cuanto al apartado d) de este artículo 1, la Dirección de Normalización Lingüística de las Administraciones Públicas, del Departamento de Cultura y Política Lingüística, en aras a la eficiencia social mencionada en dicho apartado d), recomienda que, al hacer referencia a la ciudadanía, se mencione que el sistema debe garantizar los derechos tanto de vascoparlantes como de castellanohablantes. El Departamento de Salud comparte con la Dirección de Normalización Lingüística la necesidad de garantizar a la ciudadanía el uso de la lengua oficial que elija, y por este motivo, en vez de hacer sucesivas referencias a lo largo del texto del anteproyecto, opta por añadir una segunda disposición adicional relativa al uso de las lenguas oficiales en todo lo relativo a esta norma.

## Artículo 2

En relación a este artículo que determina el ámbito de aplicación de la norma, la Dirección de Normalización Lingüística de las Administraciones Públicas recuerda que los derechos lingüísticos de la ciudadanía obligan, además de a la administración pública, a las entidades vinculadas a las mismas y a las entidades privadas que realicen acciones que afecten a la salud pública; y recomienda recoger en el texto esta obligatoriedad. El Departamento proponente, atendiendo la recomendación, incorpora al anteproyecto una nueva disposición adicional.

## Artículo 3

SATSE, en su alegación nº 5, propone incluir entre los principios rectores de la ley el principio de salud en todas las políticas; el principio de transparencia y el principio de evaluación. Esta ampliación de los principios no se considera necesaria por parte del Departamento de Salud. A lo largo de todo el texto del Anteproyecto se da una total importancia al principio de Salud en Todas las Políticas que, dado lo novedoso del concepto y el carácter pedagógico que pretende aportar el Anteproyecto, se menciona reiteradamente y, que, además, es objeto de todo un artículo, el 18. Por su parte, el principio de transparencia ya figura en el punto 3.k como principio rector. En cuanto a la evaluación, también figura en el punto 3.k como principio rector y es objeto de todo un artículo, el 77, en el apartado relativo a la gestión del conocimiento.

## Artículo 5

El artículo 5 es importante, en tanto en cuanto aporta las definiciones a tener en cuenta a los efectos de la futura ley.

El Consejo de Farmacéuticos y el Consejo de Veterinarios de Euskadi proponen la modificación del artículo 5 del Anteproyecto, de modo que éste refleje que las actividades de salud pública pueden llevarse a cabo tanto por la Administración directamente como en colaboración con otros centros y establecimientos sanitarios.

La propuesta completa y mejora el contenido del Anteproyecto y, en consecuencia, el apartado 1 del artículo 5 queda redactado como sigue:

“1. La salud pública es el conjunto de políticas, programas, servicios y actuaciones dirigidas a actuar sobre los determinantes de la salud, prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud y el bienestar de las personas.

Es responsabilidad de la administración pública la planificación y definición de las políticas y estrategias de salud pública en Euskadi. Las actuaciones concretas resultantes podrán ser desarrolladas por un conjunto de agentes, públicos y privados, sanitarios y no sanitarios y con la participación de la sociedad.”

Por su parte, SATSE considera que en este artículo debe incorporarse una definición de salud penitenciaria, con el fin de regularla posteriormente en la Ley de Salud Pública. El Departamento proponente considera que una Ley de Salud Pública no describe (ni puede describir) en detalle todos los ámbitos de actuación en que interviene. En todo caso, cabe señalar que el abordaje de los determinantes de la salud es intrínseco en el trabajo en salud pública.

En la revisión del texto a raíz del análisis de las alegaciones, se constata que en el borrador de Anteproyecto no se recogía en este artículo una definición de protección de la salud, que ahora se incluye en el orden alfabético que le corresponde:

“Protección de la salud: conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a garantizar y a preservar la salud de la población ante los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio ambiente y en los productos alimentarios.”

El Ayuntamiento de Bilbao, en su alegación nº 1, sugiere concretar el alcance respecto a la definición de Salud ambiental y aclarar qué regula esta ley diferente a lo ya regulado en la legislación sectorial de Medio Ambiente. El Departamento de Salud considera que esta definición, como todas las demás, tal y como se indica claramente en el punto 3 de este artículo, se aportan “a los efectos de la presente ley”, no a los efectos de otras normas. Entiende que, entre este artículo y lo regulado en el posterior artículo 56, queda claro y delimitado cuál es el alcance de esta definición a los efectos de la salud pública.

Finalmente, la Dirección de Función Pública, el apartado 3 de su informe, señala que determinadas funciones de las y los profesionales de salud pública -las relacionadas con el ejercicio de las potestades públicas- deben ser desempeñadas “*con carácter general, por personal funcionario*”. Por este motivo, se modifica la definición de agentes de la autoridad sanitaria:

Agentes de la autoridad sanitaria: personal funcionario al servicio de las diferentes administraciones competentes en materia de salud pública, con la debida acreditación para el ejercicio de las funciones de intervención, inspección y control.

## Artículo 6

En sus alegaciones, Osalan recuerda que en el ámbito laboral existe una estructura privada, la de los servicios de prevención, que debe garantizar los derechos de los trabajadores en relación a la salud pública. Por este motivo, y a propuesta de Osalan, el apartado 2 se reformula para incorporar los servicios de carácter privado que forman parte de los sistemas de salud pública y sanitario:

“2. Estos derechos, que se detallan en los artículos siguientes, son exigibles en todas las acciones de salud pública y de carácter sanitario, que se desarrollen en los centros, servicios o establecimientos de titularidad pública, concertados o privados que integran los sistemas de salud pública y sanitario de Euskadi.”

En relación al punto 3 de este artículo, la Dirección de Normalización Lingüística de las Administraciones Públicas recomienda que la aplicación de los derechos lingüísticos de la ciudadanía se garantice a las entidades vinculadas a las mismas por la ciudadanía y a las entidades privadas que realicen acciones que afecten a la salud pública. El Departamento de Salud entiende que esta queda contemplada al incluir en el punto 2 anterior el adjetivo “privados”.

### Artículo 7

En su alegación nº 7 SATSE solicita que el enunciado del artículo 7 regule el “Derecho a la equidad y a la igualdad”. De hecho, el primer párrafo de dicho artículo manifiesta que “Todas las personas tienen derecho a la igualdad y equidad efectiva en todas las intervenciones, prestaciones y servicios de salud”. Entendiendo que la aportación mejora el texto, en consecuencia, el enunciado del artículo 7 queda como sigue:

“Artículo 7.- Derecho a la igualdad y a la equidad”.

En esa misma alegación, SATSE sugiere la inclusión de la prohibición de toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones de salud pública. No se considera necesario hacer dicha mención específica que resultaría redundante, pues este mismo artículo establece, de modo suficiente, que “*Todas las personas tienen derecho a la igualdad y equidad efectiva en todas las intervenciones, prestaciones y servicios de salud, sin discriminación por razones de sexo...*”

### Artículo 8

En relación al derecho a las prestaciones en salud pública reconocido en este artículo, OSALAN sugiere hacer referencia en el punto a) a factores de riesgo bien definidos a nivel laboral pero que inciden en la salud de la población general de forma muy prevalente, como son los ergonómicos y psicosociales. El punto en cuestión queda, entonces, redactado de la siguiente manera:

“a) Protección de la salud frente a los factores de riesgo de enfermedad o lesión conocidos y evitables, sean de carácter físico, químico, biológico, ergonómico, psicosocial u otros.”

SATSE, en su alegación nº 8, propone hacer en este artículo sobre prestaciones en salud pública una mención expresa de la salud mental; el Departamento proponente entiende que dicha mención no resulta necesaria, dado que este artículo del anteproyecto hace referencia a la salud como concepto integral.

Al hacer la revisión del texto del Anteproyecto para contemplar las alegaciones, se detecta un error de redacción en el punto h), que queda redactado así:

“h) Protección y promoción de la seguridad alimentaria.”

### Artículo 9

En este artículo, referido a los derechos de la ciudadanía en materia de comunicación, SATSE, en su alegación nº 9, solicita modificar el texto del punto 4, de forma que se señale expresamente que la información será facilitada de manera que sea accesible a todas las personas. Dicha mención expresa no se considera necesaria, resulta redundante y no aporta nuevos derechos, pues en el punto 1 del

mismo artículo 9, más arriba, ya se indica que la información se facilitará "*en términos suficientes, accesibles, comprensibles y adecuados*".

Además, el artículo 86 (Comunicación en materia de salud pública) hace posteriormente referencia a criterios de inclusión, y a que los canales, registros y expresión sean lo más ajustados posibles a las personas y colectivos receptores y a los diferentes contextos. El punto 2 del artículo 86 ya establece, incluso, que se atenderá a los colectivos más vulnerables a los efectos de la comunicación en materia de salud pública.

### Artículo 10

En relación a este artículo, que regula el derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública, el Consejo de Farmacéuticos y el Consejo de Veterinarios del País Vasco inciden en el derecho de participación efectiva de las profesiones sanitarias, a través de sus respectivos colegios profesionales, para lo cual solicitan la inclusión de un párrafo en este sentido al final del artículo.

En relación a esta propuesta, cabe señalar que el artículo hace referencia a un derecho de la ciudadanía, sin especificar colectivos o situaciones concretas. Además, ya se indica, en el primer párrafo, que dicho derecho se puede ejercer "*directamente o por medio de las organizaciones en que se agrupe o que la representen*"; no es necesario mencionar todos y cada uno de los sectores o colectivos, y además los colegios profesionales se incluyen entre esas organizaciones representativas.

### Artículo 11

En este artículo se aborda el derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto a la dignidad. La alegación nº 10 de SATSE propone una nueva redacción para el punto 4, para indicar que la información personal que se emplee en las actuaciones de salud pública se regirá por lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal y también la reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

El Departamento proponente considera que esta relevante cuestión ya se recoge en el Anteproyecto, pero en otro lugar que se considera más adecuado: el texto cuenta con una disposición adicional *ad hoc* sobre el tratamiento de los datos de carácter personal. De hecho, en el proceso de redacción se optó por recoger todo lo relativo a esta cuestión en una disposición adicional, que afecta a todo el Anteproyecto, para no tener que hacer referencia a ella varias veces a lo largo del articulado.

### Artículo 15

En lo relativo al derecho a la educación para la salud reconocido en este artículo, SATSE propone incorporar la figura de la enfermera en los centros escolares, asignar cada colegio al centro de salud de referencia y, mediante el procedimiento que legalmente se establezca, favorecer que pueda realizarse una contratación por parte de Osakidetza, con adscripción de la enfermera al Equipo de Atención Primaria, pero llevando a cabo su actividad exclusivamente en el ámbito educativo.

Tal y como se ha indicado antes, en opinión del Departamento proponente, la creación de figuras concretas con perfiles determinados no corresponde al ámbito de una Ley de Salud Pública, que no debe entrar al desarrollo y organización de los recursos humanos del sistema sanitario. Ello supondría



una excesiva rigidez para un sistema, como el sanitario, regulado por otra normativa diferente a la de salud pública.

### Artículo 16

Este artículo establece la posible limitación de derechos en caso de emergencia de salud pública. En este sentido, SATSE comenta que ello deberá efectuarse siempre con la máxima cautela y sometimiento a la normativa y ordenamiento jurídico vigente. Por supuesto, no puede ser de otra manera, así lo establece la normativa vigente.

### Artículo 19

En relación a este artículo, que define el Sistema de Salud Pública de Euskadi, se atiende a la propuesta de mejora de redacción del punto 1 formulada por SATSE.

Por su parte, el Consejo de Farmacéuticos y el Consejo de Veterinarios plantean incorporar la previsión de colaboración entre la Administración competente y los establecimientos sanitarios de ámbito comunitario (oficinas de farmacia, centros veterinarios, etc.), en consonancia con lo previsto por la legislación sectorial aplicable, modificando y ampliando la redacción del punto 2. El Departamento proponente acepta parcialmente esta propuesta y modifica en consecuencia el texto de este artículo.

En concreto, se elimina del texto del anteproyecto la referencia que se hace en este artículo a la titularidad pública. El artículo 19 en su punto 1 define el "Sistema de Salud Pública de Euskadi". Se entiende por sistemas sociales la totalidad de elementos que, de manera interconectada, desarrollan partes de un conjunto de funciones. Por ello, el Sistema de Salud Pública de Euskadi es la red de prestaciones, servicios, equipamientos e instrumentos de gestión y coordinación, orientados a prevenir la enfermedad y la pérdida de salud, las lesiones y la discapacidad, y a proteger y promover la salud de las personas; independientemente de la titularidad de los actores que forman parte del sistema. Es decir, un sistema no excluye a elementos constituyentes del mismo. Las diferentes responsabilidades, roles y competencias de los actores que forman parte del sistema de salud pública se encuentran descritos en otras partes del anteproyecto de Ley de Salud Pública.

Tras los cambios realizados, el artículo 19 queda redactado como sigue:

"1. En base al paradigma de Salud en Todas las Políticas, el Sistema de Salud Pública de Euskadi es la red de prestaciones, servicios, equipamientos e instrumentos de gestión y coordinación, orientados a prevenir la enfermedad y la pérdida de salud, las lesiones y la discapacidad, y a proteger y promover la salud de las personas.

2. Las actuaciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi serán objeto de coordinación y cooperación con las que corresponden a otros sistemas y políticas públicas afines. Especialmente, con el Sistema Sanitario de Euskadi se establecerá una coordinación y cooperación por razón de su dependencia única del departamento con competencias en materia de salud. También se establecerá la coordinación oportuna con agentes y entidades del ámbito privado y de la sociedad civil, cuando desarrollen actuaciones de salud pública o sus acciones tengan incidencia en la salud pública."

## Artículo 20

Emakunde propone, en relación con el párrafo 2, que se plasmen "*las obligaciones que vayan a dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 44 de la Ley 4/2005 "Las administraciones públicas vascas han de contribuir a la mejora de la salud de las mujeres durante todo su ciclo vital, considerando de forma especial aquellos problemas de salud que tienen en ellas mayor incidencia"*. El Departamento de Salud considera que no resulta necesario singularizar en este artículo 20.2 a ningún grupo o colectivo, ya que la redacción actual es más inclusiva, al aludir a las "*necesidades de cada persona y de cada comunidad*". Si se singulariza a las mujeres, deberíamos singularizar a todos y cada uno de los colectivos con necesidades específicas. Además, el texto del Anteproyecto ya indica que los servicios se prestarán "*procurando la máxima equidad*".

El informe del servicio jurídico del Departamento de Salud sugiere eliminar los términos Autonomía estratégica que encabezan el apartado 3, por entender que remiten a cuestiones de defensa y seguridad. En consecuencia, al estimar la sugerencia, este apartado queda redactado como sigue:

3. En aras al cumplimiento efectivo de los preceptos de esta ley, las administraciones públicas se dotarán de los "recursos esenciales" en Salud Pública, tanto institucionales, como materiales y humanos, incluyendo los instrumentos necesarios para afrontar situaciones de emergencia de salud pública de importancia internacional

## Artículo 21

En relación a este artículo, que regula la valoración de resultados en impacto en la salud, el Ayuntamiento de Bilbao, en su alegación nº 2, plantea dudas en cuanto al concepto de "*práctica clínica habitual*" mencionado en el párrafo 3. El Departamento proponente considera que es un concepto de uso habitual en salud, pero, para evitar dudas, opta por eliminar la referencia a dicho concepto, por lo que el párrafo queda redactado como sigue:

3. La valoración de procesos y resultados de los programas de salud pública es la medición de los efectos que una intervención sanitaria o de salud pública tiene sobre la salud de la población

En relación al 4<sup>a</sup> párrafo, en esa misma 2<sup>a</sup> alegación, el Ayuntamiento de Bilbao sugiere que, en tanto en cuanto no exista un desarrollo reglamentario, se permita que la administración pública, en el ámbito de su competencia y previo informe motivado de la pertinencia pueda identificar actuaciones en las que pueda exigir una valoración de impacto en salud. A modo de aclaración, cabe indicar que el anteproyecto establece la obligación de desarrollo normativo en lo relativo a la valoración del impacto en la salud, pero no impide que estas actuaciones se puedan llevar a cabo mientras tanto.

## Artículo 22

En relación a este artículo, que define y establece diversas cuestiones en relación a las y los profesionales de Salud Pública, el Consejo de Farmacéuticos de Euskadi y el Consejo de Veterinarios proponen ampliar la redacción del punto 1, de forma que el concepto de profesionales de la salud pública abarque a profesionales de establecimientos sanitarios no adscritos a las administraciones públicas vascas que lleven a cabo tareas contenidas en el art. 4 del Anteproyecto.

El Departamento proponente considera que el artículo 22 hace referencia a los profesionales que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi, no a profesionales sanitarios.

Pasando al párrafo 3, el Sindicato Médico de Euskadi entiende que el anteproyecto impone al personal estatutario un nuevo deber, el de formación, no previsto en el artículo 19 del Estatuto Marco, deber que -entiende- colisiona con los derechos individuales recogidos en el artículo 17 de dicho Estatuto. (que establece que la formación es un derecho individual del personal estatutario) El Departamento de Salud entiende que el anteproyecto no hace referencia únicamente al personal estatutario, sino a todas y todos los profesionales de la salud pública, cuyas situaciones laborales pueden ser muy diferentes y estar sujetas a distintos regímenes. Por otra parte, se reafirma en lo establecido en este párrafo, y considera que las y los profesionales de salud pública, para desempeñar un correcto ejercicio profesional a lo largo de su desempeño profesional, deben tener una formación continua adecuada a su nivel de responsabilidad y competencia.

En relación a la asignación, modificación o reorientación de funciones que plantea el apartado 4 de este artículo, SATSE considera que debe ser eliminado o reformulado, invocando el derecho fundamental al ejercicio de la libertad sindical y de negociación colectiva durante la gestión de cualquier crisis sanitaria o de salud pública.

Por su parte, también el Sindicato Médico de Euskadi cuestiona este párrafo 4, por entender que *"es un concepto jurídico indeterminado, y supone la anulación de las funciones de cada especialidad, y la anulación de las tareas, que puede conllevar movilizaciones y cambios de horarios etc. Al margen de toda negociación sindical, siempre que alguien determine una emergencia para la salud pública."* Esta entidad no propone eliminación, adición o texto alternativo.

La readaptación de funciones propuesta en el Anteproyecto obedece a situaciones extraordinarias de emergencia sanitaria y son, por tanto, medidas extraordinarias que no pueden estar sujetas a negociación colectiva. Se pide de los trabajadores y trabajadoras una actuación extraordinaria en una situación extraordinaria. En todo caso, atendiendo a las alegaciones formuladas, se considera oportuno que en el texto se incluya la posibilidad de informar, de forma motivada, a los agentes sociales y sindicales. Por lo tanto, el texto se modifica en este sentido.

Por su parte, el apartado 4 se modifica en base al informe del servicio jurídico del Departamento de Salud, que entiende que debe hacerse también referencia a las entidades privadas prestadoras de servicios sanitarios, atendiendo al artículo 30 de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi (LOSE)

Finalmente, y tal y como se ha indicado antes para el artículo 5 (definiciones), la Dirección de Función Pública, en el apartado 3 de su informe, señala que determinadas funciones de las y los profesionales de salud pública -las relacionadas con el ejercicio de las potestades públicas- deben ser desempeñadas *"con carácter general, por personal funcionario"*. Por este motivo, se añade una aclaración en este sentido.

El texto queda, entonces, con esta redacción:

4. En situaciones de emergencia de salud pública, incluyendo crisis sanitarias y pandemias, se podrán asignar nuevas funciones y tareas del personal, así como modificar y reorientar las

existentes, en todos los departamentos del Gobierno Vasco, en Osakidetza/Servicio vasco de salud, así como en las estructuras sanitarias e instituciones privadas prestadoras de servicios sanitarios para apoyar a la estructura de salud. En cualquier caso, las funciones que exijan el ejercicio de potestades públicas serán ejercidas por personal funcionario de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable. En el tiempo y la forma en que sea posible, se informará a los agentes sociales y sindicales concernidos de las decisiones tomadas en relación a esta cuestión.

### Artículo 23

El Sindicato Médico de Euskadi entiende, en relación con este artículo, que "*competencias profesionales de los facultativos se ven añadidas a las ya existentes, sin retribución alguna*", y ve una posible colisión con lo establecido por Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Como en el caso anterior, la entidad alegante formula un comentario, sin propuesta de eliminar, añadir o modificar el texto del anteproyecto, y se hace un ejercicio de reduccionismo, al entender que todos los profesionales de SP son facultativos regidos por el Estatuto Marco.

El Departamento de Salud recuerda que el anteproyecto no hace referencia únicamente al personal estatutario, sino a todas y todos los profesionales de la salud pública. Cabe señalar, además, que el anteproyecto de ley no pretende establecer nuevas competencias para las y los profesionales de la medicina en el ejercicio clínico.

SATSE comenta, por su parte, que, en el artículo 23, cuando se mencionan las competencias profesionales en salud pública, se abordan prácticamente todas las áreas de la salud y les llama la atención la falta de mención a la salud mental. Solicitan, en consecuencia, que se incluya la competencia en la atención, cuidado, prevención y tratamiento de la salud mental.

El Departamento proponente entiende que no procede estimar esta alegación, pues la salud mental no figura entre las funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi detalladas en el artículo 4 del Anteproyecto, ni se trata tampoco de una competencia básica profesional de la salud pública. Evidentemente, la salud mental tiene su importancia, como en el caso de la salud sexual, la salud reproductiva, la salud corporal... pero desde el punto de vista de la prevención y promoción de la salud, que sí son funciones esenciales de la salud pública (no lo son el cuidado, la atención y el tratamiento).

En relación al apartado g) del punto 3, Emakunde apunta que "*será fundamental capacitar en igualdad al personal de la salud pública, por lo que recomendamos incluir este postulado en la sección tercera del presente anteproyecto de ley, relativa a la formación, investigación, innovación y evaluación*". El Departamento proponente agradece la recomendación, comparte la importancia de la formación en igualdad e indica que en promoción de la salud ésta es precisamente la forma de trabajar, y que ya está presente en la práctica diaria de las y los profesionales de la promoción de la salud. Así se requiere para materializar el derecho a la igualdad y a la equidad destacado en el artículo 7 del anteproyecto.

Pasando ya al apartado II) de este mismo punto, el Ayuntamiento de Bilbao, en su alegación nº 3, señala que no ve claros “*cuáles son los objetivos de esta actuación y su desarrollo*”. Cabe indicar, a ese respecto, que este artículo no describe ni objetivos ni prestaciones ni actuaciones, solamente relaciona cuáles son las competencias profesionales en salud pública. El artículo 61 (que, como podrá verse más adelante, se ha reformulado) sienta las bases para las prestaciones de salud pública en salud laboral, pero tampoco entra al detalle, habida cuenta que OSALAN cuenta con normativa y planes específicos en esta materia. En todo caso, atendiendo a la petición de clarificación y atendiendo a esta alegación, se completa el texto, que queda redactado como sigue:

II) Realizar actuaciones en salud laboral, orientadas a promover y proteger la salud de las y los trabajadores, sin perjuicio de las funciones atribuidas a la autoridad laboral competente.

En relación al apartado 4 de este artículo, el Servicio de Salud Ambiental y Sostenibilidad del Ayuntamiento de Donostia plantea dudas sobre la comprensibilidad de este punto. Se modifica el texto del Anteproyecto con el fin de aportar mayor claridad, y se aporta esta nueva redacción:

4. Las y los profesionales de salud pública tendrán como competencias profesionales específicas las que determina la normativa vigente.

#### Artículo 24.

En lo relativo al Plan de Salud regulado en el artículo 24, Emakunde hace una sugerencia a futuro, solicitando que se dé continuidad al Plan de Salud 2013-2020 en coherencia con los objetivos señalados por el VII Plan de Igualdad de Mujeres y Hombres de la CAE.

#### Artículo 25.

El enunciado de este artículo, tal y como apunta el Servicio de Salud Ambiental y Sostenibilidad del Ayuntamiento de Donostia, no estaba correctamente redactado.

Por otra parte, cabe señalar que, una vez revisado el contenido de este artículo, se ha procedido a incorporar el nivel comarcal en diversos puntos del mismo, en coherencia con lo reflejado en su título. El texto de este artículo, por lo tanto, queda redactado como sigue:

Artículo 25.- Las estrategias o planes de salud forales, locales y comarcales.

1. En coherencia con el Plan de Salud de Euskadi, las entidades locales, comarcales y forales podrán diseñar y aprobar su propia estrategia o plan de salud, atendiendo a las peculiaridades de su entorno y población.

2. De conformidad con los principios y objetivos de esta ley, y en coherencia con el Plan de Salud de Euskadi, los planes o estrategias locales, comarcales y forales de salud se configurarán como instrumento de planificación, ordenación y coordinación que recogerán el conjunto ordenado de programas y actuaciones que se realicen en materia de salud, respectivamente, en los ámbitos foral, municipal y supramunicipal.

3. El plan foral, local o comarcal de salud contendrá los objetivos, así como los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para su desarrollo.

4. El órgano competente de la aprobación del plan local, comarcal o foral de salud será el responsable de su evaluación periódica y seguimiento.

5. Los planes locales, comarcales o forales de adicciones y drogodependencias que elaboren los entes locales estarán alineados con el Plan de Salud y con el Plan sobre Adicciones de Euskadi, como instrumentos superiores de planificación, ordenación y coordinación en materia de salud y de adicciones.

### Artículo 26

El artículo que tratamos ahora hace referencia a otros planes y estrategias en materia de salud pública. En este sentido, Osalan considera relevante mencionar entre dichos planes el Programa de actuación en materia de salud laboral de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, por su trascendencia, al afectar a una parte importante de la población.

El Departamento proponente ha optado en el Anteproyecto por una fórmula abierta ("*El Plan de Salud de Euskadi podrá desarrollarse a través de las estrategias, planes y programas complementarios que fueran necesarios*") y considera que introducir mención específica a un plan concreto sería excluyente para otro tipo de planes que también existen en este ámbito. Únicamente se mencionan los planes de salud de otros niveles instituciones y el Plan de Adicciones, por ser instrumentos de planificación afectos directamente al área de la salud pública.

### Artículo 29

Tal y como apunta el informe del servicio jurídico del Departamento de Salud, la redacción original del título de este artículo 29 establece las competencias de los municipios y entidades supramunicipales, dejando sin amparo a otras entidades locales, y, en cambio, si da cobijo a estas otras entidades locales en el apartado primero del mismo artículo. Por ello procede modificar el título de este artículo, quedando la redacción de esta forma:

Artículo 29.- Competencias de los municipios y demás entidades locales.

Por otra parte, EUDEL indica, en su alegación 2.1, que la letra a) del párrafo 1 de este artículo va más allá de lo establecido en normas precedentes, incorporando nuevas atribuciones que no tienen cabida en este precepto. Por este motivo, sugieren modificar la redacción de la citada letra a), que debe referirse exclusivamente al desarrollo de programas y planes de protección y promoción de la salud y prevención de adicciones. Se acepta la propuesta y el punto 2-a) queda redactado como sigue:

a) El desarrollo de programas y planes de protección y promoción de la salud y prevención de adicciones.

En relación al punto 2.b), el Servicio de Salud Ambiental y Sostenibilidad del Ayuntamiento de Donostia apunta que sería necesario aclarar que cuando se refiere a salud de la ciudadanía se refiere a un problema de salud pública, es decir, no entrarían aquí los problemas de viviendas individuales o conflictos entre particulares, cuyo marco normativo es la Ley de Propiedad Horizontal. En opinión del Departamento proponente, la cuestión referida en el punto 2-b) del artículo 29 está clara tal y como se redacta en el anteproyecto, que se refiere al "control sanitario de lugares de vivienda y convivencia humana".

En este mismo 2.b) incide la alegación cuarta del Ayuntamiento de Bilbao, en cuya opinión no queda claro qué se entiende por control sanitario en medio ambiente, desde el punto de vista de Salud Pública, objeto de regulación por esta Ley. Por otra parte, propone que el citado artículo contemple las materias que pudieran llegar a entenderse de este ámbito, a título enunciativo: control de la legionelosis, aguas de consumo humano, piscinas y otras instalaciones donde se haga uso colectivo del agua, playas, control de plagas urbanas, control de las condiciones de salubridad de espacios con repercusión en la salud. Y sugiere que estas consideraciones se tengan en cuenta también en el Artículo 56.- De la salud ambiental.

En opinión del Departamento proponente, la definición de salud ambiental facilitada en el art. 5 es muy clara: *"conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a garantizar la disminución o eliminación de los efectos perjudiciales que para la salud puedan causar los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico a los que pueda hallarse expuesta la población"*.

Por otra parte, cabe señalar que el artículo 56 no entra a detallar todas las actuaciones que se llevan a cabo en salud ambiental, como no se detallan en lo relativo a promoción de la salud, a adicciones o a los laboratorios. El listado de actuaciones concretas puede cambiar, ampliarse o reducirse y, por lo tanto, detallar dichas actuaciones puede hacer que, en poco tiempo, la ley pueda quedar obsoleta innecesariamente.

En cuanto al punto 2.d) de este mismo artículo, la alegación 2.1 de EUDEL apunta que, en lo relativo a los animales, en consonancia con lo establecido en la LILE (Ordenación y gestión en materia de animales de compañía y potencialmente peligrosos) y en la normativa sectorial, dicho punto d) debería circunscribirse exclusivamente a animales de compañía y potencialmente peligrosos.

En este mismo sentido, la alegación nº 4 del Ayuntamiento de Bilbao sugiere suprimir lo relativo a los animales, en consonancia con lo establecido en la LILE (Ordenación y gestión en materia de animales de compañía y potencialmente peligrosos) y en la normativa sectorial, referida a bienestar animal con funciones atribuidas a los Ayuntamientos. También matiza que *"ahora bien, si se refiere a aspectos relacionados con la Sanidad Animal con el objeto de incorporar la estrategia One Health, en concreto la vigilancia de las enfermedades zoonóticas, se sugiere que debería quedar recogida como una prestación de Salud Pública a incorporar en el Artículo 47 y definir a quien se debe atribuir las citadas competencias"*.

En opinión del Departamento proponente, la redacción propuesta en el Anteproyecto es correcta. En efecto, la LILE hace referencia expresa a la ordenación y gestión en materia de animales de compañía y potencialmente peligrosos (artículo 17.1.3), pero también refiere a la competencia de promoción, gestión, defensa y protección de la salud pública en el artículo 17.1.10. Los ayuntamientos, como por ejemplo Bilbao o Vitoria-Gasteiz ya están realizando labores de control, prevención y protección de la salud de la ciudadanía mediante el control de los animales, plagas...

Así, según relata su propia página web, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, tiene las siguientes funciones en salud pública:

- Proteger la salud de la ciudadanía minimizando los riesgos derivados de factores ambientales, insalubridades en establecimientos no alimentarios, viviendas y locales, y los ocasionados por las plagas urbanas.
- Control y protección de los animales.

Y el Ayuntamiento de Bilbao, según indica también su propia web, incluye entre sus funciones el control de animales, plagas y zoonosis, lo cual a su vez incluye el control de plagas en la vía pública, ratas e insectos; así como la prevención y control de la población de aves en el municipio.

En todo caso, tal y como se ha señalado anteriormente, el Anteproyecto de Ley recoge medidas y actuaciones que las administraciones concernidas llevan tiempo realizando, y no supone para ellas nuevas competencias o atribuciones. Dichas administraciones públicas seguirán actuando dentro de su capacidad de auto-organización.

### Artículo 31

Este artículo aborda la organización institucional de la salud pública en Euskadi e indica en su segundo párrafo que se podrán definir e implantar estrategias de reorientación de los recursos humanos y presupuestarios y de las funciones y tareas del personal.

A este respecto, en su alegación nº 16, SATSE solicita que dicha previsión sobre reorientación y definición de personal y tareas se retire o se incluya una garantía al respecto de lo dispuesto sobre negociación colectiva. El Departamento proponente considera que la readaptación de funciones propuesta en el Anteproyecto obedece a situaciones extraordinarias de emergencia sanitaria y son, por tanto, medidas extraordinarias que no pueden estar sujetas a negociación colectiva. Se pide de los trabajadores y trabajadoras una actuación extraordinaria en una situación extraordinaria. En todo caso, en el texto se incluye la posibilidad de informar, de forma motivada y en la medida de lo posible en situaciones de emergencia declarada, a los agentes sociales y sindicales. Por lo tanto, el texto se modifica en este sentido.

Además, atendiendo a la recomendación expuesta en el apartado número 4 del informe de la Dirección de Función Pública, en relación al planteamiento de adaptación de funciones y reorientación de recursos humanos en caso de emergencia sanitaria declarada, se introduce en el texto del anteproyecto que dicha reordenación y asignación de nuevas funciones tendrá carácter provisional, y que será acorde con las condiciones esenciales de trabajo y retributivas.

Como mejora añadida se numeran los dos párrafos del artículo como 1 y 2, respectivamente.

El texto queda, entonces, con esta redacción:

- 2.** En todas las actuaciones derivadas de situaciones de emergencia de salud pública, pandemia o crisis sanitaria, y con el fin de apoyar la estructura de salud pública, en las administraciones con competencias en salud pública, así como en el entorno asistencial, público y privado, con carácter temporal y respetando las condiciones esenciales de trabajo y retributivas, se podrán definir e implantar estrategias de reorientación de los recursos humanos y presupuestarios y de las funciones y tareas del personal. En la medida de lo



posible en situaciones de emergencia declarada, se informará a los agentes sociales y sindicales concernidos de las decisiones tomadas en relación a esta cuestión.

### Artículo 33

El primer párrafo de este artículo establece que la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi impulsará la prevención, la protección y la promoción de la salud a través de la coordinación intersectorial y de mecanismos de trabajo conjuntos. En su alegación nº 17, SATSE considera que debería modificarse la redacción, para concretar que la prevención se refiere a la prevención de las enfermedades.

Atendiendo a esta propuesta de mejora de redacción, se modifica el párrafo, quedando como sigue:

1. La Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, en todos sus departamentos y organismos, impulsará la prevención de las enfermedades, así como la protección y la promoción de la salud a través de la coordinación intersectorial y de mecanismos de trabajo conjuntos, en base a los procedimientos que se establecerán para ello, mediante la adecuación de sus políticas y actuaciones a los objetivos de salud, y por medio de la valoración de las políticas públicas en relación con sus efectos en la salud de las personas.

### Artículo 34

En relación a este artículo que aborda la organización de los servicios de la salud pública en la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, EUDEL, en su alegación 3.1, indica que este precepto otorga al Gobierno Vasco funciones de organización y coordinación (apartados 1 y 2 del artículo 34). Y que, si de un Sistema se trata, dichas funciones deben ser compartidas y trabajadas desde una perspectiva colaborativa y de coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas competentes. Por ello plantea la supresión de los apartados 3 y 4 de este artículo, por cuanto que inciden en competencias de los Municipios y, en opinión de EUDEL, pueden ir en contra del principio de autonomía local desarrollado en la Ley de Instituciones Locales de Euskadi (artículo 9).

El Anteproyecto no pretende delimitar actuaciones y competencias de las diferentes administraciones públicas que intervienen en el Sistema de Salud Pública de Euskadi (puesto que, de hecho, las competencias se detallan y distribuyen, en base a la normativa vigente, en la sección primera del Capítulo IV), sino que se dispone la potestad de establecer directrices, en base a dicho marco competencial. Por ello, el Departamento proponente considera que los párrafos 3 y 4 deben mantenerse. Además, es importante recordar, en este sentido, que el Anteproyecto dedica toda una sección, la tercera del capítulo IV, a la coordinación, cooperación e interacción entre distintas administraciones públicas, y que en su artículo 39 crea y configura un órgano de coordinación entre instituciones, la Comisión Interinstitucional de Salud Pública.

En todo caso, se modifica la redacción del párrafo 1 de este artículo, incidiendo aún más en la relevancia de la coordinación interinstitucional:

1. Corresponde al Gobierno Vasco establecer la organización de la salud pública que sea más conveniente en el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi, facilitando la coordinación interinstitucional, a fin de conseguir la implantación equilibrada de las políticas de salud pública, la eficiencia de las intervenciones, la eficacia en la acción administrativa y la sostenibilidad.

En cuanto al tercer párrafo del punto 5, establece que corresponde a la Consejera o al Consejero responsable en materia de salud proponer al órgano competente en cada caso aquellos cambios, reestructuraciones y reordenación de plantillas que resulten necesarios en el área de salud pública. A este respecto, en su alegación nº 18, SATSE reitera que todos aquellos cambios, reestructuraciones y reordenación de plantillas en Osakidetza solo podrán llevarse a cabo desde el respeto al derecho fundamental del ejercicio de libertad sindical y el derecho de negociación colectiva y, en consecuencia, proponen la retirada o modificación de este apartado.

En opinión del Departamento de Salud, el texto del Anteproyecto indica que corresponde al Consejero o Consejera proponer dichos cambios o reestructuraciones; no considera por lo tanto necesario modificar o suprimir el texto en el sentido sugerido por SATSE.

Por último, atendiendo a la indicación formulada por la Dirección de Función Pública en el apartado número 2 de su informe, se modifica el término recogido en el anteproyecto de “entes autónomos” para adaptar la terminología a las tipologías establecidas en el Decreto Legislativo 1/1997, de 11 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Principios Ordenadores de la Hacienda General del País Vasco. El texto de los dos primeros párrafos del apartado 5 del artículo 34 pasa, por lo tanto, a ser el siguiente:

5. La Comunidad Autónoma de Euskadi se dotará de una estructura organizativa que agrupe el conjunto de recursos públicos dedicados en su Administración General y administración institucional a integrar el Sistema de Salud Pública de Euskadi, y a ejercer las funciones que le correspondan en esta materia con arreglo a esta ley y a las normas que la desarrollen.

Formarán parte de dicha estructura los recursos personales y materiales vinculados a la salud pública en el seno del Gobierno Vasco, administración general y administración institucional, así como los instrumentos de dirección, gestión y participación del departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud que se definan, y otras estructuras que puedan implantarse con los fines de desarrollar las funciones del sistema vasco de salud pública en términos de efectividad, eficiencia, equidad y sostenibilidad. Dichas estructuras e instrumentos de dirección, gestión y participación podrán organizarse en niveles de implantación territorial si resulta ventajoso de cara a ganar efectividad e impacto, eficiencia, accesibilidad y participación social.

### Artículo 35

Este artículo regula el órgano central de la salud pública.

En línea con lo indicado en relación al artículo inmediatamente anterior, atendiendo a la indicación formulada por la Dirección de Función Pública en el apartado número 2 de su informe, se completa el texto del primer párrafo de este artículo para hacer referencia también a la administración

institucional, además de a la administración general de la Comunidad Autónoma del País Vasco. El texto queda redactado así:

El órgano central de salud pública de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi será aquel que, en base al vigente decreto de estructura orgánica del Departamento de Salud, tenga encomendadas las funciones de salud pública. Dicho órgano será la unidad de dirección y coordinación de todos los dispositivos y recursos de salud pública propios de la administración general y de la administración institucional y ejercerá, entre otras, las siguientes funciones:

En relación a su punto c), EUDEL, en su alegación 3.2, propone una redacción alternativa. Por considerar que mejora la redacción del texto original, se recoge parcialmente su propuesta y el apartado c) queda redactado como sigue:

c) Dirección, impulso, coordinación y colaboración con los órganos del Gobierno Vasco y de otras administraciones públicas encargadas de gestionar las políticas públicas en materia de salud pública, desde los principios de intersectorialidad y de salud en todas las políticas, así como la coordinación y colaboración con los órganos de otras administraciones públicas con competencias en la materia.

### Artículo 37

En relación al punto 2, cabe señalar que, en el futuro, una vez entre en vigor la Ley de Salud Pública, y atendiendo a lo establecido en la misma, se tendrá en cuenta la indicación de la Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales:

*“El Anteproyecto establece las funciones del órgano central y de las unidades territoriales. En el caso de estas últimas, la asignación de funciones se efectúa “sin perjuicio de las que se establezcan en el correspondiente decreto de estructura”. Cabe entender que las que se establezcan en el decreto de estructura se añadirán a las asignadas en este Anteproyecto, ya que de otra forma mediante un decreto se estarían modificando las previsiones de una ley.”*

En relación a este artículo 37, el informe 040/2021, de 28 de octubre, de la Dirección de Función Pública, señala algunas cuestiones en relación a las funciones atribuidas en el anteproyecto a las unidades territoriales de Salud Pública. En consecuencia, se procede a una revisión y modificación del artículo, para no consolidar de facto desde esta norma una estructura territorial, que deberá adaptarse para garantizar el fortalecimiento de la salud pública en las condiciones actuales. El artículo queda redactado de la siguiente manera:

#### Artículo 37.- Unidades Territoriales de Salud Pública

1. El órgano central de salud pública definirá las funciones, condiciones presupuestarias y recursos de las unidades territoriales que puedan establecerse en función de los criterios definidos en el artículo 36.

2. El ámbito de las unidades territoriales será asimismo definido por el órgano central de salud pública. De acuerdo a los criterios de eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad de las acciones en salud pública enumerados en el artículo 34, si así se considera pertinente, se

podrán definir unidades territoriales básicas de referencia para la ejecución de los planes de salud y de las políticas, programas y actuaciones en materia de salud pública.

El órgano central de salud pública determinará su estructura y funciones atendiendo a criterios geográficos y sociodemográficos.

### Artículo 39

Tal y como se ha recordado anteriormente, este artículo crea y regula la Comisión Interinstitucional de Salud Pública de Euskadi.

La Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales hace un comentario en relación a este nuevo órgano de coordinación, comentario que se tendrá en cuenta a futuro, una vez se haya procedido al desarrollo reglamentario correspondiente:

*“Una vez se lleve a cabo el desarrollo reglamentario de estos órganos colegiados y se proceda al nombramiento de sus miembros, el Departamento de Salud deberá actualizar la información correspondiente en el “Espacio de Evaluación y mejora de los órganos colegiados y Consejo Vasco de Políticas Públicas Locales” en aplicación del Acuerdo de Consejo de Gobierno del Plan de Actuación para los órganos colegiados de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y su Administración Institucional.”*

Además, la Dirección mencionada propone en su informe la utilización de las tecnologías de la información y comunicación en las convocatorias, desarrollo de sesiones y gestión documental de los órganos colegiados. No se considera necesario explicitarlo en el Anteproyecto, para no caer en un excesivo detalle que alargaría innecesariamente el texto de la norma, pero así se recogerá en el reglamento.

### Artículo 40

Como mejora técnica, se corrige el título del artículo 40, que queda como sigue:

Artículo 40.- Coordinación con la Administración General del Estado y otras administraciones competentes, en caso de riesgo o emergencia sanitaria.

Por otra parte, en el punto 5.b) de su informe, la Dirección de Función Pública del término cuestiona el término “cesión” de trabajadores utilizado en este artículo del anteproyecto. Con el fin de utilizar una expresión más clara en torno a esta cuestión, dicha palabra es sustituida por “movilidad” y, en consecuencia, el segundo párrafo del apartado 3 del artículo 40 queda redactado como se transcribe a continuación:

El Departamento del Gobierno Vasco competente en salud pública participará, de acuerdo a sus funciones, en cuantos órganos estatales e iniciativas nacionales, supraestatales, e internacionales, sea preceptivo para el adecuado desarrollo de los objetivos del plan de salud y de las estrategias y prioridades del sistema de salud pública de Euskadi. Asimismo, potenciará la cooperación y coordinación entre todas las administraciones públicas competentes en materia de salud pública con el objetivo de preservar la salud de la población; en el marco de esta cooperación, con motivo del riesgo o emergencia sanitaria,

se podrá facilitar, con carácter temporal, la movilidad del personal entre distintas administraciones, con respeto a las retribuciones y las condiciones esenciales de su trabajo.

#### Sección cuarta del capítulo IV

También como mejora técnica, se corrige el título de esta sección, que pasa a tener la siguiente redacción:

Sección cuarta. - Coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi.

#### Artículo 41

Establece la coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi

El Consejo de Farmacéuticos y el Consejo de Veterinarios de Euskadi, en su alegación 6, proponen introducir expresamente la posibilidad de que una farmacéutica o farmacéutico pueda ser designado como referente técnico para las cuestiones apuntadas en este artículo. Se acepta el sentido de la alegación, eliminado los ejemplos que se dan, para ser más inclusivos y no dejar fuera ningún perfil. En consecuencia, el texto del Anteproyecto queda redactado de esta forma:

4. Los equipos de atención primaria de Osakidetza/Servicio vasco de salud designarán entre sus profesionales al menos una persona que asumirá la referencia técnica de coordinación con el área de salud pública, incorporando a sus tareas asistenciales la comunicación y coordinación que, en materia de prevención, promoción y sistemas de información, se establezcan desde el órgano del Gobierno Vasco responsable en materia de salud pública.

En relación con este mismo punto 4 del artículo 41, la Dirección de Normalización Lingüística recomienda que, a la vista de las obligaciones de dicha persona designada como referente técnico, ésta tenga capacidad suficiente para desarrollar su labor en las dos lenguas de la Comunidad Autónoma de Euskadi, con el fin de garantizar los derechos lingüísticos de las personas usuarias de Osakidetza.

En relación a esta recomendación, cabe señalar que es Osakidetza quien debe determinar cómo organiza, en base a la normativa vigente (también de normalización lingüística) sus recursos humanos para garantizar el derecho de usuarios y usuarias a ser atendidos en su lengua oficial de preferencia. Además, esta asignación de tareas no supondría nuevas necesidades de comunicación con la ciudadanía diferentes a las que esa o ese referente ya tendría en su actividad habitual.

En todo caso, el Departamento de Salud comparte con la Dirección de Normalización Lingüística la necesidad de garantizar a la ciudadanía el uso de la lengua oficial que elija y, por este motivo, tal y como se ha indicado anteriormente, se añade una segunda disposición adicional relativa al uso de las lenguas oficiales.

### Artículo 43

Osalan observa que el título de este artículo no se corresponde con el recogido en el índice. Efectivamente, hubo un cambio en el nombre del título y el índice no se adaptó. El índice queda consecuentemente modificado, tal y como se ha comentado previamente.

En relación al apartado h) de este artículo se formulan dos alegaciones.

Por una parte, SATSE, en línea con comentarios anteriores, en su alegación 19 señala de nuevo que cualquier reorientación de tareas o asunción de otras nuevas debe pasar por el respeto al marco legal y competencial de las profesiones sanitarias, así como por el respeto a la negociación colectiva. Y tal y como se ha comentado con anterioridad, ya se ha señalado claramente en los artículos 22 y 31 que *"en el tiempo y la forma en que sea posible, se informará a los agentes sociales y sindicales concernidos de las decisiones tomadas en relación a esta cuestión"*.

Por otra parte, el informe del servicio jurídico del Departamento de Salud plantea eliminar en el apartado 43.h) la referencia al "Comité interinstitucional de respuesta a la emergencia", por observar que es la única referencia en todo el texto legal a este Comité, que no se regula en el Anteproyecto. Con esa referencia, el Departamento redactor pretendía aludir al órgano de coordinación de respuesta a la emergencia que esté vigente en cada momento y que cuenta con su propia regulación, como es el LABI en la actualidad. Por este motivo, se modifica la redacción en este sentido:

h) En caso de emergencia de salud pública, pandemia y/o crisis sanitaria, establecer una estrategia de respuesta ante la emergencia de carácter integral e inclusiva, basada en la mejor evidencia científica disponible. Dicha estrategia podrá incluir intervenciones sanitarias con perspectiva de salud pública, nuevos o modificados sistemas de información, reorientación de tareas por parte del personal sanitario, e incluso nuevas tareas, todo ello de cara a que el sistema vasco de salud (incluyendo proveedores públicos y privados) proporcione una respuesta efectiva y coordinada a la emergencia de salud pública, y alineada con los principios establecidos por el órgano central de salud pública y, si lo hubiera, el órgano de coordinación de respuesta a la emergencia que esté vigente.

### Artículo 44

En su alegación nº 7, el Consejo de Farmacéuticos y el Consejo de Veterinarios de Euskadi solicitan la inclusión entre los miembros del Consejo Vasco de Salud Pública de representantes de las organizaciones colegiales de las profesiones sanitarias. Atendiendo a dicha propuesta se modifica el texto, pero, para ser más inclusivos, se decide incorporar al Consejo asociaciones profesionales concernidas con ámbito territorial en toda la comunidad autónoma.

Osalan, por su parte, propone incluir entre los miembros del Consejo al departamento del Gobierno Vasco competente en materia de trabajo. Se acepta la propuesta.

Además, SATSE, en su alegación nº 20, propone incluir en el Consejo a los sindicatos. El Departamento proponente considera que la participación de profesionales de salud pública en dicho órgano se garantiza a través de la inclusión de las asociaciones profesionales.

En consecuencia, el apartado 2 de este artículo queda redactado de la siguiente forma:

2. La composición del Consejo Vasco de Salud pública se establecerá reglamentariamente y en el mismo deberán estar representados, al menos: el órgano central de salud pública; el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud; la Comisión Interinstitucional de Salud Pública; el órgano del Gobierno Vasco encargado de las políticas de igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres; el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de trabajo; las universidades del País Vasco; las asociaciones profesionales concernidas; las asociaciones, entidades sin ánimo de lucro u organizaciones no gubernamentales, formadas por personas enfermas y sus familias; las asociaciones o federaciones de personas consumidoras, cuya actuación incluya la totalidad de la Comunidad Autónoma; Osakidetza/Servicio vasco de salud; los medios de comunicación social editados en Euskadi; el Consejo de la Juventud y las organizaciones de personas pensionistas y jubiladas. Cuando sea posible, se dará prioridad a las entidades que representen a la comunidad autónoma en su conjunto.

La Dirección de Normalización Lingüística, dado que los miembros del Consejo Vasco de Salud Pública pueden gestionar la documentación que pueda existir en cualquiera de las dos lenguas oficiales de la Comunidad Autónoma del País Vasco y que, a su vez, deberán garantizar de forma efectiva los derechos lingüísticos de los demás miembros de la Comisión, considera conveniente tener en cuenta el conocimiento del euskera en el nombramiento de los miembros de la Comisión.

El Departamento comparte los razonamientos expuestos por la Dirección de Normalización Lingüística. Por este motivo, añade una nueva Disposición Adicional (la segunda), adonde se dirigen todas las cuestiones relacionadas con el uso de las dos lenguas oficiales.

Finalmente, cabe señalar que, tal y como hacía en el caso de la comisión Interinstitucional de Salud Pública, la Oficina de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales indica que, una vez se lleve a cabo el desarrollo reglamentario de estos órganos colegiados y se proceda al nombramiento de sus miembros, el Departamento de Salud deberá actualizar la información correspondiente en el "Espacio de Evaluación y mejora de los órganos colegiados y Consejo Vasco de Políticas Públicas Locales" en aplicación del Acuerdo de Consejo de Gobierno del Plan de Actuación para los órganos colegiados de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y su Administración Institucional. Así se tendrá en cuenta cuando corresponda.

En cuanto al desarrollo reglamentario del Consejo Vasco de Salud Pública, la Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales propone –como hacía en el caso de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública– la utilización de las tecnologías de la información y comunicación en las convocatorias, desarrollo de sesiones y gestión documental de los órganos colegiados. Se tendrán en cuenta cuando se proceda a elaborar el reglamento de organización y funcionamiento de este órgano.

Por su parte, el informe del servicio jurídico del Departamento de Salud recuerda que deben tenerse en cuenta los planes del Gobierno Vasco para la evaluación y mejora de los órganos colegiados, así como para mejorar las funciones participativas, consultivas y de coordinación.

Planes y medidas que, por supuesto, se tendrán en cuenta cuando se desarrolle reglamentariamente lo relativo al Consejo Vasco de Salud Pública.

#### Artículo 45

Osalan propone incluir dos nuevos apartados en este artículo. En el primer caso, para que el departamento responsable en materia de salud establezca el mecanismo de coordinación entre los servicios de prevención de riesgos laborales y el sistema sanitario. Cabe señalar, en este sentido, que el Anteproyecto regula lo relativo al sistema de salud pública, no el sistema sanitario en su conjunto.

En segundo lugar, Osalan propone incluir que los empresarios/as y trabajadores y trabajadoras, a través de sus organizaciones representativas, participen en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral, en los distintos niveles territoriales. Esta cuestión entiende el Departamento redactor que ya está recogida suficientemente en la normativa laboral.

Además, el artículo 45, en su punto 2, ya abre las puertas a la creación de órganos de coordinación que puedan ser necesarios en cualquier materia, cuando establece que *"El Gobierno Vasco y las administraciones forales y locales podrán crear órganos o comisiones consultivas especializadas, para temas específicos, con carácter permanente o temporal y de carácter interdepartamental o interinstitucional, incluso con entidades privadas, que sean precisos para temas o áreas específicas en materia de salud pública"*.

#### Artículo 47

La alegación quinta del Ayuntamiento de Bilbao sugiere incorporar como línea de actuación la sanidad mortuoria. A este respecto, cabe indicar que, en este artículo 47, únicamente se enumeran los grandes capítulos donde se enmarcan las actuaciones de Salud Pública. Atendiendo a esta alegación, la sanidad mortuoria se incluirá posteriormente, en el artículo 56, entre las actuaciones de salud ambiental.

#### Artículo 49

En su alegación nº 21 SATSE propone que la red de vigilancia de la salud pública cuente con un funcionamiento continuo de 24 horas.

El Departamento proponente considera que no es preciso introducir esa obligatoriedad de funcionamiento continuo durante 24 horas. La red de vigilancia de la salud pública no es un servicio de emergencia que deba estar abierto o en marcha 24 horas al día, sino un conjunto de unidades y servicios de vigilancia de la salud, que tiene como fines la detección y seguimiento de los problemas, y la recogida, integración y análisis de los datos y difusión oportuna de la información. Todo ello con el objeto de fundamentar las actuaciones en salud pública.

El Consejo de Farmacéuticos de Euskadi y el Consejo de Veterinarios, en su alegación nº 8, plantean que todos los centros, establecimientos y profesionales sanitarios, tanto públicos como privados,



con independencia de su finalidad, formen parte funcionalmente de la Red de Vigilancia de Salud Pública aportando la información necesaria para la vigilancia en salud de la población.

Efectivamente, es innegable el papel de los profesionales sanitarios que aportan valiosa información para la vigilancia de la salud de la población. La propuesta se acepta y se modifica el texto para incluirla. El apartado 1 del artículo 49 queda, en consecuencia, redactado como se indica a continuación:

1. La Red de Vigilancia de la Salud Pública estará integrada por el conjunto de unidades y servicios de vigilancia de la salud del departamento competente en materia de salud pública, que se coordinará y trabajará en colaboración con Osakidetza/Servicio vasco de salud y con otras redes existentes de otras instituciones autonómicas, forales y locales, así como otras entidades de carácter público o privado, relacionadas con la salud, que realicen la detección y seguimiento de los problemas y determinantes de la salud relevantes de la población, mediante la recogida sistemática de datos, la integración y análisis de los mismos, y la utilización y difusión oportuna de esta información, para desarrollar actuaciones orientadas a proteger o mejorar la salud individual y colectiva. Su configuración y funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Por su parte, el informe del servicio jurídico del Departamento de Salud recuerda que hay que tener en cuenta en ese desarrollo reglamentario las previsiones del Decreto 312/1996, de 24 de diciembre, por el que se crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma del País Vasco, y las órdenes consiguientes, como son:

- Orden de 27 de febrero de 2009, del consejero de salud, por la que se regula la declaración al sistema de información microbiológica de la CAPV.
- Orden de 21 de enero de 2016, del consejero de salud, por la que se modifican los anexos del decreto 312/1996.
- Orden de 24 de abril de 2020, de la consejera de salud, relativa a la realización y comunicación de resultados de pruebas de diagnóstico para la detección del covid-19 por centros, servicios y establecimiento sanitarios de diagnóstico clínico ubicados en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

El Ayuntamiento de Bilbao, en su alegación 13 formulada al artículo 89, solicitaba la inclusión de la vigilancia de las zoonosis. Atendiendo a esta propuesta, se incorpora en el artículo 49.g), por entender que es una ubicación más adecuada. Así queda redactado el punto g) de este artículo:

- g) La monitorización de las enfermedades transmisibles, para su detección y control en tiempo oportuno, así como de los microorganismos prevalentes y emergentes que representan un riesgo de exposición y de propagación en la población, incluyendo las enfermedades zoonóticas.

Para terminar lo relativo a este artículo, Osalan propone incluir un nuevo punto m) en el apartado 2, recogiendo una función más para la red de vigilancia de la salud pública, en relación a la vigilancia de

los riesgos laborales y sus efectos en la salud. Se estima oportuna la inclusión en el texto de este nuevo punto y, consecuentemente, el nuevo apartado 2.m) dice lo siguiente:

2. La Red de Vigilancia de la Salud Pública tiene como funciones principales las siguientes: (...)
  - m. La vigilancia de los riesgos laborales y sus efectos en la salud.

### Artículo 51

El Consejo de Farmacéuticos de Euskadi y el Consejo de Veterinarios, en su alegación nº 9, plantean introducir en este artículo referencia expresa a que las administraciones públicas, en sus actuaciones de prevención de los problemas de salud y actuación sobre sus determinantes, puedan requerir la participación de otras entidades, como las oficinas de farmacia, centros o establecimientos de veterinaria o de otros servicios sanitarios comunitarios. La propuesta es oportuna y se acepta modificar el texto, aunque con una fórmula general, sin especificar colectivos o sectores, para ser más inclusivos y no dejar fuera a ninguno que pueda ser relevante o de interés. Así, el punto 5 queda redactado como sigue:

5. Podrán requerir la participación de otras entidades públicas y privadas para realizar las intervenciones preventivas, coordinando las acciones y los recursos mediante los planes interdepartamentales, cuando se disponga de ellos, o mediante una acción intersectorial.

### Artículo 52

En lo relativo a este artículo que aborda las prestaciones de prevención frente a problemas de salud, SATSE, en su alegación número 22, indica que este artículo sobre prestaciones de prevención frente a problemas de salud, no prevé en su enunciado el cuidado y solicita su inclusión, así como la ampliación de alguno de los supuestos previstos en el apartado b).

Emakunde, por su parte, recomienda adecuar la redacción del artículo 52.b) de manera que, en lugar de a la vulnerabilidad, se haga alusión a las necesidades específicas que por razón de su situación precisan las mujeres embarazadas.

Ambas alegaciones se estiman y, en consecuencia, se modifica la redacción del apartado b, que queda como se indica a continuación:

- b. La prevención de los problemas de salud en personas con necesidades específicas o en situación de vulnerabilidad (infancia, embarazo, trastorno mental grave, fragilidad, discapacidad o enfermedad crónica, entre otros), situación social (riesgo social), hábitos o especial exposición a riesgos para la salud.

En cuanto al apartado c) se formulan tres propuestas. Una de SATSE (alegación 22), que solicita que se incluya a las personas cuidadoras; otra de Osalan, que propone añadir el ámbito laboral. Y una tercera de Emakunde, que aconseja sustituir el término "violencia de género" por "violencia contra las mujeres", por ser más acorde a la ley 4/2005.

El Departamento redactor entiende que se trata de aportaciones pertinentes y procede a modificar el texto, quedando el punto c) redactado así:

c. El diagnóstico precoz y la intervención intersectorial en casos de violencia o maltrato: contra las mujeres, en la infancia, en personas mayores, en personas con discapacidad o en otro colectivo, y en cualquier ámbito de actividad.

Además, Emakunde considera necesario desdoblar este artículo para que las distintas prestaciones se recojan de forma separada, dado que las causas y las consecuencias que originan la violencia contra las mujeres nada tienen que ver con las lesiones resultantes de otros tipos de violencia y que, conceptualmente, resulta necesario hacer la distinción.

El Departamento proponente no estima necesario desdoblar el artículo en una ley de salud pública (cuyo objetivo es la protección de la salud de toda la población). También la violencia en la infancia es distinta de la violencia hacia las personas mayores... Habría que multiplicar el número de artículos y se considera que con la redacción actual de Anteproyecto la cuestión está bien reflejada.

### Artículo 53

En opinión de SATSE, según formula en su alegación número 23, este artículo 53 define la protección de la salud de la población ciñéndose solo a la salud ambiental y alimentaria y considera que se debe hacer una definición integral, por lo que propone una redacción alternativa para ampliar dicha definición. Pero el concepto de protección de la salud en salud pública tiene una definición y alcance definidas, tal y como se explicita en el artículo 5 del Anteproyecto (relativo a definiciones):

*Protección de la salud: conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a garantizar y a preservar la salud de la población ante los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio ambiente y en los productos alimentarios.*

En consecuencia, este artículo se refiere a la protección de la salud en tanto en cuanto que prestación de salud pública, no al concepto amplio de protección de la salud ni a otras prestaciones como la promoción de la salud ni a la prevención.

Por su parte, Osalan propone que se incluyan los agentes ergonómicos y psicosociales presentes en el trabajo, por considerar que se trata de factores de riesgo bien definidos a nivel laboral pero que inciden en la salud de la población general de forma muy prevalente.

Se trata, efectivamente, de factores importantes (y así se ha recogido en el artículo 8, atendiendo a otra alegación de Osalan), pero el Departamento proponente no cree oportuno incluirlos en este artículo, que se ciñe a la protección de la salud ante agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el medio ambiente y en los productos alimentarios.

### Artículo 54

En relación a este artículo, que aborda las actuaciones en el ámbito de la protección de la salud, SATSE, en su alegación 24, vuelve a incidir en que este artículo establece las actuaciones en el ámbito de la protección de la salud, pero de nuevo sólo para la salud alimentaria y ambiental y considera que dichas actuaciones deben abarcar un ámbito de actuación mucho más amplio, por lo que propone una nueva redacción en ese sentido.

Además de lo indicado en relación a la alegación formulada por SATSE al artículo 53, el Departamento proponente considera que la función de protección de la salud en el ámbito de la salud pública trata de identificar, mitigar, abordar el impacto de facto de factores externos como, por ejemplo, alimentarios, ambientales, etc., en la salud. Además, la inclusión de los riesgos alimentarios y ambientales no excluye la consideración de otro tipo de riesgos, si ello es preciso.

### Artículo 55

En relación a este artículo que aborda la seguridad alimentaria, el Ayuntamiento de Bilbao sugiere, en su alegación nº 6, concretar el concepto de control oficial y qué actuaciones engloba. El control oficial de alimentos mencionado en este artículo 55 hace referencia a lo que esté establecido en la normativa y reglamentos vigentes en cada momento. En opinión del Departamento de Salud no es oportuno especificar tanto, para no tener que modificar la ley cada vez que hay un cambio normativo o reglamentario.

Por su parte, la alegación número 10 del Consejo de Farmacéuticos y del Consejo de Veterinarios de Euskadi señala que en el mismo no se hace referencia alguna a las oficinas de farmacia, las cuales, según indican, tienen atribuido por la normativa estatal una función colaboradora con la administración a la hora de procurar información sobre salud alimentaria a los pacientes y participar en la red de detección y prevención de las diferentes enfermedades que puedan afectar a los ciudadanos. Entienden fundamental establecer en una cooperación entre Administración y oficinas de farmacia en materia de salud alimentaria, a fin de que el sistema de salud pública de Euskadi pueda incorporar el valor que ofrecen los profesionales farmacéuticos en ese sentido, permitiendo que la sólida red de oficinas de farmacia amplifique la capacidad del sistema sanitario para detectar posibles enfermedades en las y los pacientes y para divulgar información tendente a prevenir estos riesgos sobre la salud. Proponen añadir un punto f) en este sentido.

En opinión del Departamento redactor del Anteproyecto, la propuesta realizada por ambas entidades profesionales se refiere al ámbito de la prevención y la promoción de la salud, más que al ámbito de la protección de la salud y seguridad alimentaria. Y en prevención y promoción de la salud son numerosos y diversos los agentes, públicos y privados, que intervienen y aportan, y resultaría imposible hacer una relación completa, relación que además extendería en exceso y de forma innecesaria el texto del Anteproyecto. Por otra parte, su planteamiento está recogido posteriormente en el artículo 63.3, que ya incluye la posibilidad de trabajar en red con el sector privado y otras instancias.

### Artículo 56

En este artículo se recoge la alegación quinta del Ayuntamiento de Bilbao, anteriormente señalada en el artículo 47, y se incluye un nuevo punto g) relativo a la sanidad mortuoria. Ésta es su redacción:

g) Actuaciones relativas a la sanidad mortuoria.

### Artículo 57

Este artículo, que detalla las medidas de respuesta y adaptación del sistema de salud pública en caso de emergencia sanitaria o pandemia, es objeto de la alegación 2 de Bizitza Elkartea, que indica al

respecto que debería concretarse cuál es el ámbito legítimo y cuales los medios técnicos adecuados para ejercer la vigilancia establecida en el apartado a).

A este respecto, cabe señalar que las medidas se concretarán en el desarrollo reglamentario posterior que tenga esta ley en el futuro. Y, en todo caso, es preciso aclarar que las medidas de vigilancia y control de riesgos mencionados en el apartado a) no son medidas de vigilancia personal, sino comunitaria.

En cuanto al punto f), y en base a las necesidades puestas de manifiesto por la pandemia Covid-19, Osalan propone ampliar esa adaptación de funciones del personal al servicio de la autoridad sanitaria y contratación de personal capacitado para responder eficazmente ante una emergencia de salud pública, de forma que se puedan adecuar y redimensionar las plantillas de profesionales, en todos los niveles de la administración con competencias en salud pública.

A este respecto, SATSE (alegación 25) propone la eliminación o modificación de este apartado, por los mismos motivos que los señalados en similares alegaciones anteriores.

En el punto 4 del informe de la Dirección de Función Pública se plantean dudas sobre la referencia que se hace en este artículo del anteproyecto a la “contratación de personal capacitado”, tanto en lo referente a la forma de vinculación de dicho personal, como en lo referente a la expresión “capacitado”.

Considerando las propuestas realizadas en torno a este punto, se modifica el texto del anteproyecto, en aras a incluir las consideraciones y aclarar la redacción, quedando redactado así el apartado f):

f) Adaptación de funciones del personal al servicio de la autoridad sanitaria y de cualquier otra administración con competencias en la respuesta a la emergencia, y nombramiento como funcionario o funcionaria o contratación laboral de personal para responder eficazmente ante una emergencia de salud pública. De acuerdo con la normativa de aplicación, se garantizará siempre el desempeño por el personal funcionario de las funciones que exija el ejercicio de potestades públicas que le son reservadas por ley. En el tiempo y la forma en que sea posible, se informará a los agentes sociales y sindicales concernidos de las decisiones tomadas en relación a esta cuestión.

## Artículo 58

Este precepto establece medidas para la protección de la salud de la población en caso de alertas o emergencias sanitarias.

SATSE, en su alegación número 26, tal y como hacía en sus alegaciones 12, 34 y 37, incide en que se debe atender a lo que dictaminen los tribunales en caso de restricciones de derechos. No se trata, por tanto, de propuestas concretas sobre el texto, sino de comentarios Y, por supuesto, en estos casos los servicios de salud pública atienden en todo caso a lo establecido por el sistema judicial.

Bizitza Elkartea, por su parte, centra su alegación número 2 en los puntos c) y d) de este artículo, por entender que, si dichas limitaciones no se concretan en la norma, y son generales y sin relación directa con un riesgo cierto y objetivo, dichas medidas estarían fuera del marco de la Ley de Medidas Extraordinarias en materia de salud pública y podrían colisionar con la regulación del estado de alarma,

que es el instrumento constitucional previsto para hacer frente a situaciones de epidemia, mediante la limitación generalizada de determinados derechos fundamentales.

El Departamento proponente agradece este recordatorio sobre la normativa vigente y recuerda que, en situaciones de emergencia y en el texto del Anteproyecto, como no podía ser de otra manera, se respeta escrupulosamente la regulación establecida al efecto.

### Artículo 59

En opinión de Bizitza Elkartea (alegación número 2) es imprescindible, desde el punto de vista de la seguridad jurídica y la garantía de los derechos de los ciudadanos, delimitar el ámbito legalmente exigible de los deberes de colaboración e información establecidos en los apartados 1 y 3 del precitado artículo.

Se agradece nuevamente el interés manifestado por los alegantes en aras al cumplimiento escrupuloso de la legalidad; al no aportar propuesta de texto alternativo, no se considera necesario modificar el texto. En todo caso, cabe señalar que el Anteproyecto se ha redactado en base a la experiencia acumulada por las administraciones públicas y al aprendizaje obtenido en los meses en que se ha estado sufriendo la Covid-19; además, se han tenido en cuenta las recomendaciones de las organizaciones de referencia en el ámbito internacional, así como las normativas vigentes en Euskadi, en el ámbito estatal y en el europeo.

Al analizar la alegación y, en consecuencia, revisar el texto de este artículo, se detecta un error en la numeración de los apartados del mismo. Figuran 1,2 y 4 y deben ser consecutivos, 1, 2 y 3.

### Sección sexta: salud escolar y laboral.

En lo relativo a esta sección del capítulo V (prestaciones y actuaciones en salud pública), Osalan propone separar en distintas secciones la salud escolar y laboral, por ser ámbitos diferenciados y con gran relevancia en ambos casos. Atendiendo a esta petición, la sección se desdobra, de forma que la sección sexta incluye la salud escolar y la sección séptima comprende la salud laboral. En consecuencia, las posteriores secciones que conforman este capítulo cambian su numeración, de forma correlativa.

SATSE, en su alegación número 27, sugiere incorporar a esta sección (tanto al título como al texto) la salud penitenciaria, por considerarla también parte de la salud pública.

Esta cuestión es objeto de 3 alegaciones de SATSE (6, 27 y 30). En coherencia con lo indicado anteriormente, el Departamento redactor considera que una Ley de Salud Pública no describe (ni puede describir) en detalle todos los ámbitos de actuación en que interviene, porque sería una norma excesivamente extensa y de gran complejidad, y cabría el riesgo de olvidar alguno o algunos ámbitos que son tan relevantes como el penitenciario. En todo caso, cabe recordar que el abordaje de los determinantes de la salud es intrínseco en el trabajo en salud pública.

### Artículo 60

Entrando ya en lo relativo a la Salud Escolar, se formulan a este artículo varias alegaciones.

En primer lugar, Emakunde considera que la integración de la salud escolar requiere abordar distintas cuestiones, como la prevención de trastornos alimentarios, la educación sexual, la prevención de la

violencia contra las mujeres o la salud mental, el aprendizaje de métodos para evitar el acoso escolar, la detección del riesgo de suicidio y de conductas autolesivas, la prevención de las adicciones y la incidencia de las nuevas tecnologías.

Cabe señalar, a este respecto, que el anteproyecto sienta las bases para la salud escolar, pero no especifica el tipo de programas o temáticas concretas que se deben incluir.

El Ayuntamiento de Bilbao, en su séptima alegación, sugiere suprimir el mencionado artículo e incorporarlo en la Sección octava. - La promoción de la salud - Artículo 65, por un criterio de orden.

El Departamento proponente considera que la salud incluye, además de la promoción de la salud, la prevención y la detección precoz de las enfermedades (programa de vacunaciones, cribados funcionales, el PADI...). Se opta en consecuencia por mantener la actual estructura del anteproyecto de ley a estos efectos, habida cuenta de la relevancia que tiene el ámbito de la salud escolar, por el número de personas a las que afecta, y por contar con normativa propia (Ley 7/1982).

SATSE, en su alegación número 27, incide nuevamente en la importancia de implantar la figura de la enfermera escolar, que considera esencial para llevar a cabo las intervenciones previstas en salud escolar. Esta cuestión ya ha sido respondida al analizar anteriores alegaciones.

Además de esta propuesta, SATSE plantea modificar el texto incluyendo en el apartado 1 una referencia a la prevención de los problemas de salud en la infancia y la adolescencia, en vez de aludir únicamente a la prevención sin más.

Procede estimar esta segunda sugerencia de SATSE y el texto se modifica en consecuencia.

Además, EUDEL, en su alegación 2.2, entiende que, atendiendo a la normativa en vigor, el papel que debiera corresponder a los Ayuntamientos es el de colaborar en la ejecución de las actuaciones en esta materia. Por este motivo, y dado que el Anteproyecto de Ley de Salud Pública se plantea en total coherencia con el marco normativo vigente, se aclara en el texto que los ayuntamientos, en materia de salud escolar, actuarán en el marco de sus competencias.

Atendiendo a las dos alegaciones mencionadas, el apartado 1 de este artículo queda, entonces, redactado de esta forma:

“1. Las administraciones públicas integrantes del Sistema de Salud Pública de Euskadi y, particularmente, el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud, las organizaciones del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud y los ayuntamientos, en el marco de sus competencias, desarrollarán en el ámbito escolar sus actuaciones de educación para la salud, de promoción de la salud, así como de prevención de los problemas de salud en la infancia y la adolescencia, de acuerdo con lo que disponga el Plan de Salud de Euskadi o el plan local correspondiente. En todo caso, deberán procurarse los cauces adecuados de cooperación con la administración educativa de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

## Artículo 61

Es objeto de este artículo la salud laboral. A este respecto, se han formulado varias alegaciones.

Emakunde propone incorporar entre las actuaciones en salud laboral señaladas en el artículo 61 del anteproyecto una dirigida a *“impulsar el desarrollo de programas para la promoción y protección de la salud de las personas cuidadoras”*. Emakunde, como justificación, manifiesta que diversos estudios han constatado que el trabajo de cuidado de personas dependientes tiene un impacto negativo en la salud de las personas cuidadoras, que son en su mayoría mujeres, del entorno familiar y/o contratadas en el ámbito doméstico, generalmente, inmigrantes, en condiciones de gran precariedad, por lo que, precisamente, requieren de especial protección por parte de los órganos públicos competentes en materia de salud y prevención de riesgos laborales.

No se acepta la propuesta de inclusión en esta ley de Salud Pública de un área tan específica que, además, no forma parte de las funciones esenciales de la Salud Pública. En todo caso, cabe señalar a este respecto que se trata de un área prioritaria para el Departamento de Salud y el Departamento de Políticas Sociales y, de hecho, el plan de atención a las personas cuidadoras forma parte de la estrategia de atención Sociosanitaria de Euskadi.

SATSE, por su parte, en su alegación número 29, propone una nueva definición de salud laboral y ampliar la redacción de este artículo, incluyendo los aspectos a desarrollar en este ámbito, así como la participación en salud laboral de personas empresarias y trabajadoras.

Osalan también incide en este artículo, proponiendo también una nueva redacción más amplia, detallando diversas acciones y aludiendo al Plan de actuación en Salud Laboral.

Atendiendo ambas propuestas, y evitando alargar innecesariamente el texto del Anteproyecto en una materia que está suficientemente desarrollada en su propia normativa y planes, se modifica el apartado 2 de este artículo con una redacción más generalista, que incluye las acciones a desarrollar, pero sin detallarlas:

2. Impulsará la realización en el entorno laboral de acciones colectivas e individuales de promoción, prevención y protección de la salud, a través del Plan de Salud de Euskadi y del Programa de Actuación en materia de salud laboral.

Además de las dos propuestas mencionadas anteriormente, el Consejo de Farmacéuticos de Euskadi y el Consejo de Veterinarios, en su undécima alegación proponen incluir en este artículo el impulso de los servicios asistenciales y comunitarios para la gestión de los casos en los que se ponga en riesgo la salud de los trabajadores.

En opinión del Departamento proponente, la gestión individualizada de los casos de patología profesional y otros daños derivados de trabajo, no forman parte de las funciones de salud pública. Por lo tanto, se opta por mantener la redacción que se contemplaba en el Anteproyecto.

Finalmente, SATSE propone en su alegación número 30, la inclusión de un nuevo artículo después del 61, en la sección sexta del capítulo V sobre prestaciones y actuaciones en materia de salud pública: Salud penitenciaria, detallando su objeto y actuaciones.

Tal y como se ha indicado anteriormente en respuesta a otras alegaciones similares, una ley de las características de la Ley de Salud Pública no puede entrar a describir en detalle todos los ámbitos de actuación en que interviene.



### Artículo 65

En relación a este artículo, que introduce las actuaciones de promoción de la salud, la alegación número 31 de SATSE insiste en la importancia que conceden a la figura de la enfermera escolar, como profesional competente para proporcionar educación para la salud tanto individualizada como colectiva, para fomentar comportamientos saludables.

Esta cuestión ya ha sido objeto de respuesta en alegaciones anteriores.

### Artículo 66

Este artículo, que detalla las actuaciones de promoción de la salud, es objeto de una propuesta de Emakunde: que considera que, en el diseño y ejecución de cualquier actuación dirigida a la promoción de la salud propia y la de toda la comunidad, se deberá tener en cuenta la importante influencia que tienen los roles de género en el autocuidado y, sobre todo, en la provisión de cuidados a los y las demás, lo que produce una sobrecarga de trabajo para las mujeres con el consiguiente deterioro de su salud integral. Por todo ello, indica que se deberá incidir especialmente en la transformación de los roles de género que permita romper con la trasmisión del cuidado exclusivamente de unas mujeres a otras y promover la corresponsabilidad social de todas las entidades y personas, en especial, de los hombres.

En opinión del Departamento proponente, el Anteproyecto de Ley es especialmente cuidadoso y aborda continuamente y de forma transversal los determinantes sociales de la salud, incluidos los de género. De hecho, el punto 1 de este artículo se cierra con una referencia al objetivo de disminuir las desigualdades en salud, sean las que sean.

### Artículo 68

El contenido de este artículo versa sobre el Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi. En relación al apartado 2.c), Emakunde propone incorporar entre los distintos tipos de información *“las estimaciones del valor económico y del tiempo dedicado al trabajo doméstico de cuidado de las personas”*

Los sistemas de información en Salud Pública ya incluyen el estudio y vigilancia de los determinantes sociales de la salud. La cuestión a la que alude Emakunde remite más a la acción de otros departamentos del Gobierno Vasco que a la propia del Departamento de Salud. En todo caso, éste último considera que el impacto en la salud de las personas de distintas actividades ya se contempla suficientemente en el anteproyecto.

### Artículo 69

En línea con su propuesta anterior, Emakunde sugiere añadir a las funciones del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi –objeto de este artículo-, una más: *“contribuir a visibilizar la aportación social, el valor económico y los costes del trabajo doméstico de cuidado de las personas”*. Considera importante que el sistema de información en salud pública visibilizara el cuidado informal que, sobre todo, las mujeres proveen en el ámbito doméstico, que complementa los servicios ofrecidos desde las instituciones sanitarias y que es indispensable a lo largo de todos los ciclos de la vida.

Los sistemas de información en Salud Pública incluyen el estudio y vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Tal y como se ha indicado en relación a la propuesta formulada al artículo 68, la cuestión aludida parece entrar en las funciones de otros departamentos del Gobierno.

### Artículo 70

La segunda alegación de Bizitza Elkartea observa riesgo para la privacidad de la ciudadanía en la redacción del apartado 1 de este artículo, indicando que en el Anteproyecto deberían precisarse el tipo de datos que debe ser obligatorio entregar sin consentimiento del titular y los que, por el contrario, deberían requerir dicho consentimiento, pero no aporta redacción alternativa.

A este respecto, cabe indicar que todas las cuestiones relativas a la confidencialidad, información, tratamiento de datos etc., se han considerado en el Anteproyecto y, de hecho, son objeto de una disposición adicional *ad hoc*.

### Artículo 71

Según indica el informe del servicio jurídico del Departamento de Salud, en el Anteproyecto se establece que el órgano central de la salud pública en Euskadi será el responsable de la planificación, gestión y coordinación del Sistema de Información en Salud Pública. Y recuerdan que, de conformidad con lo establecido en el artículo 10.1.ñ) del decreto 116/2021, de 23 de marzo, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del departamento de salud, esta función corresponde a la dirección de planificación, ordenación y evaluación sanitarias.

A su entender, la planificación, gestión y coordinación de este sistema no corresponde al órgano central de la salud pública, que actualmente se corresponde con la Dirección de Salud Pública y Adicciones, sino a la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación sanitarias. En relación a esta facultad que pudiera no corresponder en adelante a esta Dirección, el servicio jurídico entiende que sería necesaria la correspondiente modificación del decreto de estructura de este departamento (decreto 116/2021), ya que en dicho decreto está expresamente prevista como función de la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias.

Efectivamente, el texto del 10.1.ñ) del decreto de estructura actualmente vigente, hace referencia a "los sistemas de registro, información y estadística sanitaria oficialmente establecidos", explicitando a continuación diversos registros. En dicho decreto no se hace mención de la información relativa a Salud Pública.

Sin embargo, el Anteproyecto de Ley de Salud Pública es muy claro en relación con esta cuestión. En el artículo 36 se indica que el órgano central de la salud pública ejercerá la función de planificación y gestión de las competencias del Gobierno Vasco en materia de salud pública. Y, según se detalla en el artículo 28, una de las competencias del Gobierno Vasco en salud pública es "*la planificación, organización y gestión del Sistema de Información en SP*".

En consonancia con esto, el órgano central de la salud pública tiene encomendada la función de “e) *Planificación, organización y gestión de la vigilancia en salud pública y de los sistemas de información en salud pública, incluyendo los sistemas de alerta y respuesta rápida ante emergencia y crisis sanitarias, así como de otros sistemas de información relevantes y aquellos órganos o consejos asesores que se consideren relevantes*”.

Por todo ello el Departamento redactor entiende que ésta es una función clara del órgano central de la salud pública y que, en caso de resultar necesario, no habrá ningún problema en modificar el decreto de estructura (que no deja de ser, en este caso, un instrumento de gestión coyuntural), en función de lo que establezca una norma de rango superior, como será esta ley.

## Artículo 72

En relación al Observatorio de Salud Pública que este artículo configura, la Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales hace un llamamiento a la optimización de los recursos disponibles, evitando la creación de estructuras, puestos y funciones duplicadas o solapadas; idea que es plenamente compartida por el Departamento proponente del Anteproyecto.

Emakunde plantea incluir la variable sexo y la identificación específica de las desigualdades de género en toda la recopilación y difusión de datos, análisis, investigaciones e informaciones llevadas a cabo por el Observatorio de Salud de Euskadi. Considera que deben realizarse muestras lo suficientemente amplias como para que las diversas variables incluidas puedan ser explotadas y analizadas en función de la variable de sexo para poder conocer las diferentes situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres. Con la creación del Observatorio de Salud se espera contribuir – considera Emakunde- a generar, desarrollar y recopilar información, monitorizarla y promover investigación con perspectiva de género, en la línea de lo establecido en el artículo 16 de la Ley 4/2005, de 18 de febrero.

A este respecto, el Departamento proponente recuerda que sexo y edad son las principales variables que permiten estratificar a la población en todo sistema de información en salud, y que, en consecuencia, toda la información resultante se presenta desagregada por edad y sexo. Y, por supuesto, así lo hará el Observatorio, como no puede ser de otra manera. Además, el punto 2.d) ya indica que se atenderá específicamente a la perspectiva de género.

En segundo lugar, la Dirección de Normalización Lingüística incide en que se tenga en cuenta que las y los miembros del Observatorio deben conocer ambas lenguas oficiales.

El Departamento recuerda que, tal y como establece el anteproyecto, el Observatorio se configura como unidad o servicio de investigación, análisis e información de carácter técnico y científico orgánicamente adscrito al departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud; y todo el Gobierno Vasco en su conjunto debe cumplir la normativa en materia lingüística. En todo caso, comparte los razonamientos expuestos por la Dirección de Normalización Lingüística. Por este motivo, se añade una nueva Disposición Adicional (la segunda), adonde se dirigirán todas las cuestiones relacionadas con el uso de las dos lenguas oficiales.

Por su parte, el informe del servicio jurídico del Departamento de Salud recuerda que, según lo establecido en el artículo 10.1.x) del decreto 116/2021, le corresponde a la Dirección de Planificación,

Ordenación y Evaluación Sanitarias el desarrollo de las funciones atribuidas al Observatorio de Salud.

En este sentido, cabe señalar que el Anteproyecto alude a que es el Gobierno Vasco quien contará con un observatorio adscrito al Departamento competente en materia de salud, sin dar más detalle sobre su adscripción. El Anteproyecto se limita a establecer las funciones mínimas del Observatorio y remite su composición, funciones, funcionamiento y organización a desarrollo reglamentario.

### Artículo 73

El informe del servicio jurídico del Departamento de Salud cuestiona la redacción utilizada en el apartado 1 para remitir a desarrollo reglamentario lo relativo al Observatorio de Salud. Se estima esta aportación técnica y, en consecuencia, el artículo 73 se modifica y queda redactado de la siguiente forma:

1. La composición, funciones, organización y funcionamiento del Observatorio de Salud de Euskadi se determinarán reglamentariamente.

### Artículo 74

En su alegación número 32, relativa al apartado 2 de este artículo, SATSE propone sustituir “podrán facilitar” por “facilitarán”, aludiendo a la formación continua y competencia técnica de las y los profesionales del Sistema de Salud Pública de Euskadi. El Departamento proponente opta por mantener la redacción que se contemplaba en el Anteproyecto, por considerar que, a efectos de esta ley, esta actuación es una facultad, no una obligación de las administraciones.

También Emakunde hace una aportación en relación con este artículo: Promover, de acuerdo con lo previsto en los artículos 17.1 y 44.2 de la Ley 4/2005, la formación en materia de igualdad de mujeres y hombres de todo el personal sanitario para que, profundizando en el conocimiento de la importancia de las cuestiones de género en el ámbito de la salud, pueden incorporarlas en su trabajo diario. Asimismo, considera que, por su carácter estratégico, *“resulta prioritario promover la integración de la perspectiva de género en la formación académica de todas las especialidades sanitarias”*.

El Departamento de Salud recuerda que el abordaje de los determinantes sociales de la salud está en la base de la salud pública. En consecuencia, la perspectiva de género está y estará en la base de la formación y capacitación de las y los profesionales de la salud pública.

### Artículo 75

En cuanto al punto 3 de este artículo, la alegación número 33 de SATSE plantea que Osakidetza impulse las figuras de la enfermera comunitaria y de pediatría.

Tal y como se ha indicado en el caso de la propuesta sobre la figura de la enfermera escolar, esta cuestión no corresponde al ámbito de una Ley de Salud Pública, que no debe entrar al desarrollo y organización de los recursos humanos del sistema sanitario.

### Artículo 76

El Consejo de Farmacéuticos de Euskadi y el Consejo de Veterinarios, en su duodécima alegación plantean incluir los establecimientos sanitarios entre los integrantes de grupos de investigación en

salud pública. Atendiendo a su propuesta, que se considera pertinente, el párrafo queda redactado como sigue:

- a) Impulsar la formación de grupos de investigación que podrán ser mixtos, integrados por profesionales de salud pública, de servicios asistenciales de salud, de establecimientos sanitarios, de las universidades y de centros de investigación.

En cuanto al punto d) de este mismo artículo, Emakunde propone añadir al apartado 2.d) del artículo 76 que la actividad investigadora y de transferencia de resultados a la práctica clínica se desarrolla y sustenta científicamente *“considerando las diferencias biológicas de mujeres y hombres”*. Indica, como motivo, que diversos estudios han constatado una infrarrepresentación de mujeres en las muestras de muchos ensayos clínicos que, sin embargo, extrapolan los resultados directamente a las mujeres, sin considerar las diferencias biológicas existentes entre ambos sexos, y en prejuicio, por tanto, de los procesos diagnósticos y terapéuticos de las mujeres.

El Departamento proponente estima parcialmente la alegación, y se modifica el texto en el sentido de considerar las diferencias de distintos colectivos. Así queda el apartado d) en su nueva redacción:

- d) Garantizar que la actividad investigadora y de transferencia de resultados a la práctica clínica se desarrolla y se sustenta científicamente, considerando las diferencias de distintos colectivos; y fomentar la comunicación y divulgación de los resultados.

## Artículo 82

Este artículo detalla las funciones de la autoridad sanitaria.

SATSE, en su alegación número 34, en cuanto a los apartados g), h) e i) de este artículo, recuerda que, en tanto en cuanto pueden suponer limitación de derechos, es preciso atender a lo que dictaminen los tribunales. Esta cuestión es objeto de comentarios similares en las alegaciones números 12, 26 y 37 de esta entidad. No se trata de propuestas concretas sobre el texto, por lo que únicamente cabe indicar que, por supuesto, se atiende y se atenderá en todo caso a lo establecido por el sistema judicial.

El Ayuntamiento de Bilbao, en su alegación nº 8, propone *“incorporar a las funciones de control e inspección y potestad sancionadora en los términos que se recogen en la presente Ley y resto normativa sectorial.”*. Al no comprenderse bien la propuesta, el texto se mantiene en su redacción original.

En cuanto al apartado f), Emakunde recomienda considerar la perspectiva de género en toda publicidad y propaganda llevada a cabo por los poderes públicos (artículo 82.f) y 86.2.), de tal modo que se prohíba la realización, emisión y exhibición de anuncios publicitarios que presenten a las personas como inferiores o superiores en dignidad humana en función de su sexo, o como meros objetos sexuales, así como los que justifiquen, banalicen o inciten a la violencia contra las mujeres. En opinión del Departamento de Salud, desde una Ley de Salud Pública no se puede entrar a especificar todas las casuísticas que pueden presentarse en la publicidad.

## Artículo 83

En relación a este artículo, que regula todo lo referente a las y los agentes de la autoridad sanitaria, SATSE, mediante su alegación número 35, aporta una redacción alternativa de este artículo, para que

sea más inclusiva y permita el desarrollo de la labor a los/las profesionales de la salud con plenas garantías.

El Departamento proponente del Anteproyecto no considera necesaria la modificación, dado que la propia designación como agente de la autoridad sanitaria por parte de cualquier administración pública confiere la necesaria seguridad jurídica. Por otra parte, recuerda que la seguridad física debe ser la misma para todo empleado o empleada pública.

El Ayuntamiento de Bilbao formula una alegación (la número 9) a este artículo, proponiendo suprimir "*para el ejercicio de sus funciones de intervención, inspección y control*" por "*a través de los cuales se realiza las funciones de intervención, inspección y control*". La propuesta se acepta porque aclara la redacción.

Finalmente, y tal y como se ha indicado antes para el artículo 5 (definiciones) y para el artículo 22, la Dirección de Función Pública, en el apartado 3 de su informe, señala que determinadas funciones de las y los profesionales de salud pública -las relacionadas con el ejercicio de las potestades públicas- deben ser desempeñadas "*con carácter general, por personal funcionario*". Por este motivo, se modifica la redacción original del anteproyecto y, eEn consecuencia, el artículo queda así redactado:

Tiene el carácter de agente de la autoridad sanitaria, el personal funcionario debidamente identificado al servicio de las diferentes administraciones competentes en materia de salud pública, a través del cual se realizan las funciones de intervención, inspección y control.

#### Artículo 84

El apartado i) de este artículo, referido a las actuaciones de las y los agentes de la autoridad sanitaria, es objeto de la alegación nº 10 del Ayuntamiento de Bilbao, que propone una redacción alternativa. Se acepta, por entender que mejora la redacción actual, pero en la nueva redacción se evita por practicidad hacer referencia concreta a otro artículo del anteproyecto (tal y como hacía la entidad alegante). Así queda redactado este apartado:

- i) La adopción, con carácter provisional, sin perjuicio de su posterior aprobación por parte de la autoridad sanitaria, de las medidas cautelares reguladas en esta Ley.

El apartado l) refiere que las y los agentes de la autoridad sanitaria podrán acceder "*a información sanitaria de carácter individual siempre que se sospecha o conoce la presencia de un riesgo para la salud pública*", cuestión que es criticada en la alegación 2 de Bizitza Elkarte, por considerarlo un riesgo extremo para el derecho a la intimidad y creer que debería estar regulado con más detalle.

El Departamento proponente agradece el comentario y recuerda que el artículo 3 del Anteproyecto indica los principios rectores en los que deben basarse las actuaciones, prestaciones y servicios en salud pública; que el artículo 80 del Anteproyecto establece el deber de tutelar la salud pública y de colaborar con la administración sanitaria; y que el artículo 78 detalla cuáles son los principios informadores de la intervención administrativa. Además, las y los agentes de la autoridad sanitaria, tienen el deber de secreto profesional y de confidencialidad que amparan la intimidad de la ciudadanía, y que sus datos sólo serán usados a los efectos de la evaluación del riesgo, en aras a la protección de la salud. Así lo establecen el artículo 89.6

## Artículo 86

El artículo 86 regula lo relativo a la comunicación en materia de salud pública. Tal y como hacía en relación al artículo 82, Emakunde recomienda considerar la perspectiva de género en toda publicidad y propaganda llevada a cabo por los poderes públicos (artículo 82.f) y 86.2.), de tal modo que se prohíba la realización, emisión y exhibición de anuncios publicitarios que presenten a las personas como inferiores o superiores en dignidad humana en función de su sexo, o como meros objetos sexuales, así como los que justifiquen, banalicen o inciten a la violencia contra las mujeres. También en este caso, el Departamento de Salud considera que, desde una ley de Salud Pública, no se puede entrar a especificar todas las casuísticas que pueden presentarse en la publicidad.

## Artículo 88

El Ayuntamiento de Bilbao, en sus alegaciones 11 y 12, formula una serie de propuestas de cambio a los artículos 89 y 90. Tras analizarlos, se ha realizado una revisión en profundidad de los artículos 88, 89, 90, 91 y 92, que regulan distintos aspectos de la intervención administrativa y, concretamente, los registros sanitarios, la inspección y control sanitario de las actividades, la visita a las instalaciones y toma de muestras y, finalmente, las actas de inspección e informes de auditoría.

En dicha revisión se han aceptado varias de las propuestas realizadas por el Ayuntamiento de Bilbao, al entender que contribuían a mejorar el texto del anteproyecto. También se ha constatado que la redacción original de estos artículos remitía de forma desequilibrada a aspectos relacionados con la seguridad alimentaria, con respecto al área de la salud ambiental. Además, dichos artículos resultaban reiterativos con respecto a determinadas actuaciones. Por todo ello, el Departamento proponente ha optado por reformular estos 5 artículos y refundirlos en uno solo, el nuevo artículo 88, que pasa a denominarse "*Control sanitario de actividades*". En consecuencia, los antiguos artículos 89, 90, 91 y 92 desaparecen y el antiguo artículo 93 pasa a ser el 89, y así sucesivamente. El índice también debe adaptarse a esta modificación. El nuevo texto del artículo 88 es el siguiente:

Artículo 88.- Control sanitario de actividades.

1. Las funciones de inspección y control para la vigilancia de la salud pública serán llevadas a cabo directamente por las y los agentes de la autoridad sanitaria quienes, en el ejercicio de sus funciones, tendrán la condición de agentes de la autoridad sanitaria y, por tanto, la consideración de autoridad pública, en los términos previstos en la presente ley.
2. Los hechos constatados directamente por las y los agentes de la autoridad sanitaria y que se formalicen en documento público, mediante soporte físico o electrónico, tendrán valor probatorio, sin perjuicio de las pruebas que en defensa de los respectivos derechos e intereses puedan señalar o aportar las y los propios interesados.
3. En el ejercicio de las funciones de inspección y control previstas en esta ley, las y los agentes de la autoridad sanitaria, en los términos de la normativa vigente, están autorizados a:
  - a) Entrar libremente y sin notificación previa, en cualquier momento, en los centros, servicios, establecimientos o instalaciones sujetos a la presente ley.

- b) Exigir la presencia de la persona responsable o de aquélla en quien haya delegado, así como del personal técnico de la empresa, instalación o establecimiento, a los efectos de solicitar las explicaciones y aclaraciones oportunas.
  - c) Hacer las pruebas, investigaciones, toma de muestras, exámenes, fotografías, grabaciones, o los controles físicos, documentales y de identidad necesarios para comprobar el efectivo cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de salud pública.
  - d) Ejecutar, en general, las actuaciones necesarias para cumplir las funciones de vigilancia y control sanitarios que les corresponden.
  - e) Adoptar, en el marco de sus competencias, las medidas especiales o cautelares no expresamente reservadas por la normativa que desarrolla la presente ley a la autoridad sanitaria, si se produce un riesgo para la salud pública, se sospecha razonablemente que puede existir uno o se constata que se han incumplido los requisitos y condiciones que establece el ordenamiento jurídico, de acuerdo con lo establecido por la presente ley. Tan pronto como sea posible, deben dar cuenta de la adopción de estas medidas a la persona titular de la dirección a la que están adscritos.
4. Las y los agentes de la autoridad sanitaria podrán recabar el apoyo y la colaboración de otros servicios públicos o instituciones, así como el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad u otros agentes de la autoridad que tengan encomendadas funciones de seguridad.
5. Para un adecuado desempeño de su función de inspección, las y los agentes de la autoridad sanitaria deberán identificarse con las credenciales oportunas; se comportarán con la debida corrección y discreción; velarán por la proporcionalidad de su actuación; minimizarán las molestias en el funcionamiento ordinario de la actividad inspeccionada; y mantendrán estricto sigilo y secreto profesionales en relación con los asuntos que conozcan.
6. Si la inspección debiera realizarse en un domicilio, se obtendrá previamente el consentimiento de su titular, o, en su defecto, se recabará la correspondiente autorización judicial.
7. El o la agente de la autoridad sanitaria en labores de inspección podrá exigir la puesta en funcionamiento y la realización de pruebas del instrumental utilizado en el centro o actividad inspeccionados, ajustándose, en lo posible, al ritmo de funcionamiento de la actividad de que se trate, dejando constancia detallada en el acta.
8. Las pruebas analíticas, bajo la responsabilidad de la administración sanitaria, deben hacerse en el laboratorio de Salud Pública de Euskadi o establecimientos acreditados por éste. El procedimiento para la toma de muestras y su análisis deben seguir el procedimiento legalmente establecido.
9. Todas las actuaciones de inspección se documentarán por medio de un acta, mediante soporte físico o electrónico, que reflejará de manera detallada las actuaciones de investigación y comprobación realizadas y sus resultados, además de los hechos o circunstancias que resulten relevantes.



10. Las actas de inspección podrán ser utilizadas como elemento probatorio y servirán de fundamento para la incoación de los correspondientes procedimientos sancionadores o de restablecimiento de la legalidad, sin perjuicio de las pruebas señaladas o aportadas por las y los interesados en defensa de sus respectivos derechos o intereses.

En relación al antiguo artículo 89, y en lo relativo a la inspección, el informe del servicio jurídico del Departamento de Salud señala que el anteproyecto no crea una nueva estructura administrativa específica de inspección para verificar el cumplimiento de lo establecido en la ley, dado que, en virtud de la normativa vigente, ya existe autoridad sanitaria que cuenta con agentes.

### Artículo 93

Este artículo hace referencia a las medidas especiales y cautelares en materia de salud pública. Recordamos que en la nueva redacción pasa a ser el artículo 89.

El Ayuntamiento de Bilbao, en su decimotercera alegación, sugiere incorporar la vigilancia de las enfermedades zoonóticas como una prestación de Salud Pública. Aunque la alegación, que es aceptada, se formula en relación a este artículo 93, el Departamento de Salud entiende que la ubicación más acertada es el artículo 49.g), que es donde se incluye, tal y como se ha indicado anteriormente.

En cuanto al apartado 2.a) de este mismo artículo, el Ayuntamiento de Bilbao, también en su alegación nº 13, propone sustituir “condiciones previas” por “condiciones específicas y concretas”. Se atiende en parte la propuesta, por entender que mejora la redacción del texto, y el apartado pasa a tener la siguiente redacción:

- a) La determinación de condiciones higiénico-sanitarias en cualquier fase de la fabricación o comercialización de productos y sustancias, así como del funcionamiento de las instalaciones, establecimientos, servicios e industrias a que se refiere esta ley, con la finalidad de corregir las deficiencias detectadas.

Más adelante, el Ayuntamiento de Bilbao, también en la alegación nº 13, propone suprimir la letra c), por entender que puede entrar en colisión con los artículos 87 y 88. Tal y como se ha indicado antes, hay una nueva redacción para la sección cuarta del Capítulo VII, y teniendo en cuenta la nueva redacción del artículo 88, no es necesario proceder a la supresión de estos puntos.

En cuanto al apartado 2.h), el Ayuntamiento de Bilbao propone modificar “*La suspensión del ejercicio de actividades,*” sustituyendo esta frase por “*suspensión cautelar del ejercicio de la actividad o parte de la misma*”. Se acepta la alegación porque supone una mejora del texto. El texto queda, en consecuencia, redactado de la siguiente manera:

- h) La suspensión cautelar del ejercicio de actividades o parte de las mismas.

En cuanto al apartado i), el Ayuntamiento de Bilbao, en su decimotercera alegación, comenta que en este punto se entiende que no concurren los principios informadores de la intervención administrativa recogidos en el artículo 78 del anteproyecto. El Departamento proponente considera que,

precisamente en base al anteproyecto, las medidas contempladas siempre deben mantener los principios informadores de la intervención administrativa del artículo 78.

Bizitza Elkartea, en su tercera alegación, cuestiona la exención de responsabilidad indemnizatoria por parte de las autoridades sanitarias que se establece en el apartado 5 del artículo, y propone incluir una mención a la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público.

SATSE también, en su alegación número 35, incide en esta cuestión y solicita que se elimine esta exoneración de cualquier indemnización.

Atendiendo a ambas alegaciones, el punto 5 del artículo 93 queda modificado y redactado como se indica a continuación:

5. Los gastos que se deriven de la adopción de alguna de las medidas especiales y cautelares a que se refiere este artículo correrán a cargo de las personas físicas o jurídicas responsables. No existirá responsabilidad indemnizatoria alguna por parte de las autoridades sanitarias respecto de las medidas cautelares establecidas con arreglo a la presente ley, salvo en los casos establecidos por la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público.

#### Artículo 94

Este artículo establece las medidas de intervención sobre las personas. Recordamos que en la nueva redacción pasa a ser el artículo 90.

SATSE (alegación 37), en línea con alegaciones anteriores, recuerda (sin proponer texto alternativo) que los artículos 94, 95 y 96 prevén la aplicación de medidas restrictivas de derechos sobre las personas por la administración y que es preciso atenerse a las decisiones judiciales.

Bizitza Elkartea en su alegación número 1 considera que, al incluir la vacunación, el tratamiento médico y la hospitalización entre las medidas preventivas, los redactores del Anteproyecto pretenden establecer la posibilidad legal de imponer a los ciudadanos la vacunación obligatoria, medida que consideran carece de amparo normativo. Solicitan suprimir la mención a la vacunación y al tratamiento médico que se realiza en el artículo 94.1 del Anteproyecto.

En relación a esta cuestión, cabe recordar que la vacunación es una medida fundamental en materia de salud pública (además, no planteada en términos de obligación en el Anteproyecto) y que también lo es la prescripción de tratamiento médico en los casos en que sea necesario o aporte valor para proteger la salud de la ciudadanía.

#### Artículo 96

Recordamos que en la nueva redacción pasa a ser el artículo 93.

En materia de infracciones, el Ayuntamiento de Bilbao aporta su alegación nº 14, que incide sobre el punto 6 de este artículo, y sugiere que se analice por su posible colisión con lo establecido con la Ley 2/1998, de 20 de febrero, de la normativa reguladora de la potestad sancionadora en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

La cuestión planteada es analizada. De conformidad con lo establecido en el artículo 40.1 de la ley 2/1998, de 20 de febrero, de la potestad sancionadora de las Administraciones Publicas de la CAPV: el instructor podrá, motivadamente, y si no mediare oposición de las partes, acortar la duración del periodo probatorio en consideración al número y la naturaleza de las pruebas a practicar. También podrá, motivadamente, acortar los plazos para la realización de los tramites de alegaciones establecidos en esta ley, en atención a la menor gravedad de los hechos considerados y al número y escasa complejidad de las cuestiones jurídicas implicadas y de los documentos y pruebas que aquel haya puesto a disposición de los interesados para evacuar dichos tramites.

En consecuencia, se suprime la última parte del párrafo y el apartado 6 queda así redactado:

6. En caso de emergencia de salud pública declarada se habilitarán sistemas que permitan simplificar los trámites administrativos, en aras de dotar de mayor eficacia al procedimiento sancionador y del efecto de ejemplaridad necesario para el refuerzo de la salud de la colectividad.

### Artículo 97

Este artículo regula los tipos de infracciones. Recordamos que en la nueva redacción pasa a ser el artículo 94.

El Ayuntamiento de Bilbao, en su alegación nº 15, propone modificar el apartado 3.n), eliminando "*detección de enfermedades*". La alegación se estima en parte y se modifica el texto en consecuencia, quedando como sigue:

n) La falta de implementación y mantenimiento por parte de las empresas alimentarias de los sistemas de autocontrol basados en los principios de análisis de peligros y puntos de control crítico; o la ausencia de procedimientos, documentos o falta de cumplimentación de datos esenciales para la trazabilidad de los alimentos; así como la omisión de análisis y pruebas que resulten procedentes y cuando dicho incumplimiento comporte un riesgo para la salud pública.

### Artículo 101

El artículo aborda cuáles son los órganos competentes para imponer sanciones. Recordamos que en la nueva redacción pasa a ser el artículo 98.

En lo relativo al apartado 2.b) de este artículo, EUDEL, en su alegación 2.3, solicita la reformulación en el texto final de la Ley de la letra b) del párrafo 2 del artículo 102, a los efectos de que los expedientes sancionadores en los que la resolución corresponda imponer una sanción superior a 240.000€ se instruyan por el órgano competente de la Administración de la CAE, como el resto de los expedientes sancionadores instruidos en ejercicio de la potestad sancionadora que les otorga el apartado 1 de este artículo 102.

Por su parte, el Ayuntamiento de Bilbao, en su alegación decimosexta, también sugiere una nueva redacción para el punto 2 de este artículo: "*En el ámbito municipal, la persona titular de la Alcaldía o de la Concejalía delegada que corresponda es competente para imponer sanciones de hasta 41.000*

*euros, y la Junta de Gobierno y en los municipios donde no existe Junta de Gobierno, el Pleno son competentes para imponer sanciones de hasta 60.000 euros."*

Tras analizar ambas alegaciones, se modifica el mencionado apartado 2, que pasa a tener la siguiente redacción:

2. En el ámbito municipal el ejercicio de la potestad sancionadora en el ámbito de sus respectivas competencias, corresponde a los siguientes órganos:

a) A la persona titular de la Alcaldía o de la Concejalía delegada que corresponda, para imponer sanciones de hasta 41.000 euros.

b) A la Junta de Gobierno y, en su caso, a la Junta de Gobierno, el Pleno, para imponer sanciones de hasta 60.000 euros.

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta ley, los municipios procederán a adaptar sus Ordenanzas a lo dispuesto en la misma.

### Artículo 102

Recordamos que en la nueva redacción pasa a ser el artículo 99.

A raíz de la revisión efectuada a los anteriores artículos, relacionados con el régimen sancionador previsto en el anteproyecto, se revisa también el último artículo, el 102, que aborda la prescripción y caducidad, y en dicho proceso de revisión se introduce un cambio por entender que mejora el texto. Los dos primeros párrafos del apartado 3 quedan redactados de la siguiente forma:

3. Si la resolución del procedimiento no hubiera sido notificada en el plazo de nueve meses desde la iniciación del mismo, se producirá la caducidad de éste en los términos y con las consecuencias que establece la legislación básica.

El transcurso del referido plazo de nueve meses quedará interrumpido, además de en los casos que así se establecen en esta ley, mientras el procedimiento se encuentre paralizado por causas imputables a las personas interesadas.

### Disposición adicional segunda

Tal y como se ha indicado anteriormente al dar respuesta a varias alegaciones de la Dirección de Normalización Lingüística, se introduce una nueva disposición adicional segunda, relativa al uso de las lenguas oficiales, para dar cabida a diferentes sugerencias formuladas en esta materia. Este es el texto de la nueva disposición:

Disposición adicional segunda.- Uso de las lenguas oficiales.

1.- Al cumplir con lo dispuesto en esta Ley, en las actuaciones de salud pública, las administraciones públicas, las entidades vinculadas a las mismas y las entidades privadas respetarán y atenderán los derechos lingüísticos de la ciudadanía. Para ello, en las relaciones tanto orales como escritas que mantengan con los ciudadanos y ciudadanas, utilizarán la lengua oficial elegida por estos últimos.

2.- En el ejercicio de sus funciones, las personas que constituyen la Comisión de Coordinación Interinstitucional de Salud Pública y el Consejo Vasco de Salud Pública podrán utilizar el euskera y el castellano. Asimismo, se garantizará el uso de los dos idiomas oficiales de la Comunidad Autónoma de Euskadi en las convocatorias, órdenes del día, sesiones y, en general, en todos los escritos de distribución ordinaria entre las citadas personas.

3.- Todos los carteles, documentos y rotulaciones, en general, para el cumplimiento de las previsiones de esta Ley deberán redactarse en euskera y castellano.

### Disposición derogatoria única

EUDEL, en su cuarta alegación, plantea que esta Disposición Derogatoria detalle expresamente todas las disposiciones que modifica o deroga, para mayor seguridad jurídica.

El Departamento proponente considera adecuada la redacción actual de esta disposición.

### Disposición final primera. - Modificación legislativa

SATSE, en su alegación 38, apunta que se ha perdido una oportunidad para abordar una reforma mucho más profunda y acorde con la realidad actual de la ley 7/1982, de 30 de junio, de salud escolar que fue aprobada hace casi 40 años.

En opinión del Departamento de Salud, no procede dar respuesta desde un Anteproyecto de Ley de Salud Pública.

### Disposición final segunda. - Adaptación de la estructura y organización institucional

SATSE (alegación 39) propone que se amplíe el párrafo segundo de la disposición final segunda de forma que se desarrollen y reconozcan las especialidades de enfermería de Osakidetza/Servicio vasco de salud y en el Departamento de Salud.

En relación a esta cuestión, cabe señalar que el desarrollo y reconocimiento de especialidades no es ni debe ser objeto de una Ley de Salud Pública.

Por su parte, la Dirección de Función Pública, en el punto nº 1 de su informe, indica que *“La terminología empleada de “estructura profesional administrativa de régimen propio” no se incluye dentro de la terminología establecida en la normativa vigente. No se aclara en el anteproyecto que se informa qué tipología se está planteando”*. El Departamento proponente es consciente de que la terminología empleada de “estructura profesional administrativa de régimen propio” no se incluye dentro de la terminología establecida en la normativa vigente. Se optó por la formulación empleada para poder dar cobertura a la futura creación, desde una perspectiva general, puesto que todavía se desconoce la tipología concreta.

#### 4. Análisis de las observaciones y sugerencias del Consejo Económico y Social, con explicación de las modificaciones incorporadas al texto del Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi y justificación de las no aceptadas.

En su dictamen 12/21, el CES realiza 6 observaciones de carácter general, y otras 38 a cuestiones específicas del articulado. Seguidamente se transcriben dichas observaciones, así como la respuesta del Departamento de Salud y las modificaciones que, tras la revisión consiguiente al dictamen del CES, se han hecho en el texto del anteproyecto.

##### 1.- Declaración de situación de emergencia sanitaria

*Observamos que este anteproyecto está muy influenciado por la experiencia vivida, y que continuamos padeciendo, de crisis sanitaria causada por el COVID-19 y por la voluntad de incorporar medidas, herramientas y mecanismos que faciliten la gestión de emergencias sanitarias. Sin embargo, a lo largo del texto se hace referencia a casos de emergencia, pandemia o crisis sanitaria sin precisar las diferencias entre las mismas o los órganos que determinan la tipología de la situación que está acaeciendo. Se trata, además, de situaciones que permiten la adopción de medidas de carácter extraordinario, por lo que entendemos necesario introducir en el texto del anteproyecto claridad y precisión sobre las diferencias de concepto y sobre el alcance de cada una de las situaciones que contempla, así como del órgano responsable para su determinación. También sobre su diferenciación respecto de las situaciones de emergencia de carácter no sanitario que se regulan en otros instrumentos de nuestro ordenamiento jurídico, como, por ejemplo, la Ley de Gestión de Emergencias.*

En relación a esta cuestión, cabe aclarar que Los términos “emergencia sanitaria”, “pandemia” y “crisis sanitaria” se incluyen simultáneamente para incluir aquellos matices que puedan darse ante diferentes situaciones de urgencia. Una emergencia sanitaria es un evento extraordinario que constituye un riesgo elevado para la salud de la población. Las emergencias sanitarias pueden adquirir diversos alcances, pudiendo ser de orden muy local, como un problema de salud ambiental que afecte a la población de un entorno concreto), o mundial como es el caso de una pandemia de la gravedad del COVID. El término de “crisis” hace referencia al impacto de una emergencia sanitaria en ámbitos más allá de la salud, como es su impacto en la red de servicios sanitarios, o en otro sector cuyo desarrollo pueda verse afectado.

*Al hilo de la consideración precedente, diferentes disposiciones del anteproyecto, referidas a las citadas situaciones de emergencia, pandemia o crisis sanitaria, inciden sobre las funciones, tareas y condiciones de trabajo del personal del ámbito de la salud pública. Constituyen medidas que comprendemos que en situaciones de fuerza mayor puede ser necesario adoptar y que, en estas circunstancias excepcionales, han de formularse también de conformidad con lo establecido por la legislación laboral respecto de la modificación de las condiciones de trabajo y el concurso de la representación legal de los trabajadores.*

La experiencia de 2020 y 2021 ha demostrado que en situaciones de emergencia hay que tomar medidas de emergencia, procurando respetar las condiciones laborales de las y los trabajadores en la medida de lo posible, como se ha hecho en el caso de la pandemia del COVID. Pero hay que entender que se trata de situaciones absolutamente excepcionales.

En estos escenarios de emergencia, la protección de la salud de las personas es el objetivo prioritario y no hay tiempo material para toda la tramitación que se requiere en un contexto normalizado. Las decisiones en estos casos se deben tomar de forma inmediata.

## 2.- Disposiciones limitativas de derechos

*Con carácter general, hemos de señalar que a lo largo del texto se observan diversos artículos en los que se establecen disposiciones limitativas del ejercicio de algunos derechos, las cuales, por su propia naturaleza han de ser estrictamente restringidas y justificadas.*

*Además de las afectaciones en el ámbito laboral a las que acabamos de hacer referencia, podemos encontrar en el anteproyecto una pluralidad de medidas concretas de intervención sobre las personas, como restricciones a la libertad de movilidad, en el ejercicio profesional, control individual sobre la persona o grupos de personas, etc... (art 90), de aislamiento o cuarentena (art. 91), por citar algunos ejemplos de este tipo de medidas. Por otro lado, en el artículo 16, se establece también la posibilidad de afectación de los derechos que se reconocen a la ciudadanía en relación con la salud pública a través de medidas especiales en materia de salud pública, y una cláusula más general, por la cual, en los anteriormente citados casos de emergencia, pandemia o crisis de salud pública grave, las autoridades sanitarias podrán adoptar medidas especiales tendentes a limitar los derechos individuales sobre la base de la normativa vigente y la propia ley de salud pública.*

*Nos encontramos en un terreno particularmente sensible, que requiere del máximo rigor y claridad, y sobre el que sería conveniente efectuar, en la medida de lo posible, una catalogación. Es por ello por lo que podría ser conveniente una revisión de todos los supuestos incluidos dentro de esta categoría de disposiciones limitativas de derechos que recoge el anteproyecto, estableciendo la formulación del conjunto más precisa, clara y coherente en aras de la eficacia y la seguridad jurídica.*

El texto de la ley ha optado en estos casos por una formulación general que sirva como instrumento para afrontar cualquier tipo de emergencia. Por lo tanto, el catálogo de medidas (que, seguramente, sería incompleto, dada la variabilidad de situaciones y casos) podría ser demasiado variado y amplio como para recogerlo en su totalidad en una ley.

En situaciones de emergencia sanitaria que supongan una afectación de los derechos de las personas, estas medidas deberán estar debidamente justificadas y ser proporcionales a los riesgos para la salud pública (que es la salud de todas las personas)

## 3.- Un entramado organizativo excesivamente abierto

*La configuración del entramado de la gobernanza del Sistema Público de Salud es objeto de numerosas consideraciones en el apartado de consideraciones específicas, referidas separadamente a las distintas figuras que se crean y/o regulan en la nueva norma.*

*Dada la centralidad de esta cuestión en el anteproyecto que examinamos, procede en este punto destacar unas consideraciones generales sobre los aspectos que consideramos que merecen una reflexión por parte de los redactores del texto. El anteproyecto contempla a lo largo de los*

*Capítulos IV y VI toda una pluralidad de figuras que, a nuestro juicio, no se presentan suficientemente definidas en cuanto a sus competencias, funciones, encaje dentro del entramado de gobernanza e interrelación con las demás que lo componen.*

*A modo ilustrativo de la profusión de órganos previstos por el anteproyecto, cabe citar los siguientes: En los ámbitos de la organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi y de la coordinación, cooperación e interacción entre distintas administraciones públicas, encontramos el órgano central de salud pública (art.35) las unidades territoriales de salud pública (art.37) y la Comisión Interinstitucional de Salud Pública (art.39). A nivel de órganos de consulta, asesoramiento y participación, el Consejo Vasco de Salud Pública (art. 44) y en el ámbito de los sistemas de información y gestión del conocimiento en materia de salud pública, el Observatorio de Salud de Euskadi (art.72). En el ámbito de la corresponsabilidad y colaboración en materia de salud pública, en el art. 81, se regula la Autoridad sanitaria, que, según el ámbito de competencia, viene constituida por cinco diferentes instancias u órganos.*

*La formulación de todas estas figuras es muy abierta y creemos necesario un mayor detenimiento por parte del legislador para ordenar las figuras, precisar sus contornos, competencias y funciones, y establecer las bases del necesario desarrollo reglamentario, de forma que sea posible vislumbrar, con mayor claridad, el conjunto de la estructura organizativa y de actuación que se proyecta, el lugar que cada una de las figuras ocupa en la misma y las interrelaciones que se establecen, tanto desde la perspectiva de la Administración General de la CAE como a nivel territorial y de las distintas administraciones públicas, para garantizar un entramado eficaz y sin duplicidades.*

Como aclaración, cabe indicar que se crean estas estructuras con una formulación genérica y básica, pero con una definición concreta y detallada de sus funciones, que son las que determinarán a posteriori su configuración estructural en cada momento.

Los mínimos están perfectamente definidos en el anteproyecto. Una vez aprobada la ley, que define las funciones de cada órgano, son los distintos decretos de estructura, decretos y otra normativa de desarrollo los que configurarán en detalle cada uno de ellos.

*Dentro de la pluralidad de instancias previstas, adscritas todas ellas a las diferentes administraciones vascas u órganos dependientes de ellas, y dada la naturaleza de la materia de la que se trata, la salud, planteamos la oportunidad de incluir una instancia de investigación, análisis e información de carácter técnico y científico, que, con carácter independiente, pueda realizar una labor de asesoramiento experto y científico, aportando información y evidencia científica a la toma de decisiones de los órganos administrativos y políticos en los ámbitos del control y prevención de las enfermedades y problemas de salud. En este contexto y para estos fines, sugerimos la posibilidad de que pueda estudiarse la creación de una agencia de carácter técnico-científico independiente, o, a los efectos de evitar duplicidades, la adaptación, de acuerdo con estos principios, del Observatorio de Salud de Euskadi, concebido en el anteproyecto como un servicio orgánicamente adscrito al Departamento de Salud, pero cuyas funciones podrían ser homologables a las de la figura de agencia independiente que proponemos.*



El Departamento proponente agradece la sugerencia que se estudiará más adelante, una vez se proceda a configurar y desarrollar la estructura de la salud pública en Euskadi.

#### 4.- Intervención de las entidades privadas

*Respecto de las entidades privadas, cuya participación en el Sistema de Salud Pública de Euskadi también se encuentra prevista en el anteproyecto, cabe efectuar idéntica observación en cuanto a la ausencia de precisión sobre las circunstancias y las modalidades de la colaboración prevista en el marco del sistema de salud pública, y la necesidad de revestir tales supuestos de mayor concreción.*

Esta cuestión se aborda en el punto 2 del artículo 19.

#### 5.- La participación

*Las vías de participación, aunque citadas en diferentes artículos, adolecen de claridad. Consideramos muy necesaria una mayor clarificación dada la importancia de que los ciudadanos o las diferentes organizaciones de la sociedad civil puedan acceder al diseño, desarrollo y control de las políticas que de una u otra forma inciden sobre la salud.*

Tal y como se indica después en relación a la observación realizada al artículo 10, efectivamente, el derecho a la participación se reconoce a lo largo de todo el texto del anteproyecto: como principio rector (artículo 3), en el ámbito local y comunitario (artículo 32), en el detalle sobre las distintas prestaciones de salud pública, y en lo relativo al Consejo Vasco de Salud Pública como órgano superior de participación (artículo 44).

En relación al modo y el vehículo a través del cual se puede participar en las actuaciones de salud pública, en opinión del departamento proponente, una ley de salud pública constituye el marco de carácter general que aporta la base normativa y establece principios y preceptos que con posterioridad deben desarrollarse a través de otros instrumentos normativos o de planificación, o de medidas más concretas para permitir su aplicación efectiva. Entrar a detallar todo tipo de cuestiones implicaría un texto excesivamente extenso y denso que, además, podría quedar obsoleto en un breve lapso de tiempo.

#### 6.- La perspectiva de género

*Entendemos que la perspectiva de género tendría que estar integrada de una forma transversal en todo el cuerpo legal, sin embargo, únicamente se hace referencia a ella en unas pocas disposiciones.*

El Departamento proponente considera que, tal y como indica el CES, la perspectiva de género está presente a lo largo de todo el texto, y que no es necesaria una referencia reiterada al mismo, pues el concepto de equidad que desarrolla el Anteproyecto de Ley de Salud Pública es lo suficientemente amplio y engloba también la equidad en materia de género. Así, el abordaje del impacto en la salud de los determinantes de la salud, incluyendo la desigualdad por género, forma parte constitutiva de la acción en salud pública.

Por otra parte, cabe recordar que Emakunde, en su informe, "valora de forma positiva la inclusión de las medidas y previsiones que para eliminar las desigualdades y promover la igualdad de mujeres y hombres se han incorporado en el contenido del anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi, entre otras:

- La inclusión del principio de equidad y la incorporación de la perspectiva de género en toda actuación sanitaria (artículo 3.b).
- La adecuación de ciertas definiciones, tales como, desigualdades sociales en salud, determinantes de la salud, y equidad en salud (artículo 5), siguiendo las recomendaciones realizadas por este mismo Instituto en el anterior anteproyecto de Ley de Salud Pública y Seguridad Alimentaria.
- La incorporación del derecho a la igualdad de toda la ciudadanía en materia de salud pública (artículo 6).
- Hacer referencia a que las administraciones públicas vascas que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi, ejercerán sus actuaciones públicas y adoptarán medidas en base a las políticas de igualdad (artículo 27).
- Especificar en el artículo 34.2 que el Gobierno Vasco, a través del departamento competente en materia de salud, garantizará la superación de las desigualdades sociales, económicas, culturales, territoriales y de género que, en clave de salud, puedan ser causa de discriminación o impidan la equidad y la igualdad real y efectiva de las personas.
- Contar en la composición del Consejo Vasco de Salud pública con la representación del órgano encargado de las políticas de igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres (artículo 44).
- Asimismo, promover, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 4/2005, una presencia equilibrada de mujeres y hombres en la composición de todos los órganos de asesoramiento y participación (artículo 46).
- La inclusión del derecho a la equidad, a través del cual todas las personas tienen derecho a la igualdad y equidad en todas las intervenciones, prestaciones y servicios de salud, sin discriminación por razones de sexo, edad, etnia, religión, condición socioeconómica, capacidad funcional, opinión, orientación sexual o cualquier otra circunstancia o condición personal o social (artículo 7)."

## Artículo 2.- Ámbito

*En el artículo 2 se establece que el ámbito de aplicación de la norma abarcará a la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, a las Administraciones Forales y Locales en ella ubicadas, y a las entidades dependientes o vinculadas a todas ellas, así como a las organizaciones privadas que desarrollen acciones con impacto en la salud pública.*

*Consideramos oportuno aclarar qué abarca el término "organizaciones privadas que desarrollen acciones con impacto en la salud pública", dado que parece más amplio que las referencias a "instituciones privadas prestadoras de servicios sanitarios" que se contienen en otras disposiciones del anteproyecto. A estos fines aclaratorios, proponemos que en el artículo 5, que recoge las definiciones, se incluya la definición de "organizaciones privadas que desarrollen*

*acciones con impacto en la salud pública”, dejando así perfectamente aclarado el alcance de este concepto.*

El Departamento de Salud entiende que el concepto está redactado con la suficiente precisión en el Anteproyecto.

Además, la definición de salud pública que se aporta en el art. 5 redunda en esa claridad:

*1. La salud pública es el conjunto de políticas, programas, servicios y actuaciones dirigidas a actuar sobre los determinantes de la salud, prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud y el bienestar de las personas.*

*Es responsabilidad de la administración pública la planificación y definición de las políticas y estrategias de salud pública en Euskadi. Las actuaciones concretas resultantes podrán ser desarrolladas por un conjunto de agentes, públicos y privados, sanitarios y no sanitarios y con la participación de la sociedad.*

Además, el artículo 19 también aclara esta cuestión.

La ley ya describe a lo largo de su articulado las funciones esenciales de la salud pública, que pueden ser desarrolladas eventualmente por agentes públicos y privados.

#### Artículo 3.-Principios rectores

*Entendemos que la suficiencia de medios debería de figurar entre los principios rectores en los que han de inspirarse las actuaciones, prestaciones y servicios en materia de salud pública. Constituye un elemento absolutamente esencial para el cumplimiento efectivo de los objetivos y actuaciones prescritos por el anteproyecto y, a pesar de reconocerse su carácter esencial en el anteproyecto, esto no sucede hasta el artículo 20.3, en que queda recogido que “en aras al cumplimiento efectivo de los preceptos de esta ley, las administraciones públicas se dotarán de los recursos esenciales en Salud Pública, tanto institucionales, como materiales y humanos...” . Por consiguiente, proponemos la incorporación como principio rector en una letra s) Suficiencia de medios: institucionales, materiales y humanos.*

*Art. 3: s) Suficiencia de medios: institucionales, materiales y humanos”.*

En opinión del Departamento de Salud, esta suficiencia de medios que propone el CES está contemplada en el artículo 20.3 (obligaciones de las administraciones públicas) y se considera que está mejor recogida en dicho punto.

#### Artículo 4.- Funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi

*Este artículo recoge las funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi, más allá de las actuaciones previstas en la normativa de ordenación sanitaria. Con carácter general observamos la falta de una necesaria concreción, que transmita el verdadero contenido de las funciones que se recogen y su funcionamiento en el sistema de salud.*

La OMS, en su web, define así las FESP:

*Las funciones esenciales de salud pública (FESP) son las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población. Esta renovada propuesta tiene una perspectiva institucional en términos de las capacidades del Estado y la sociedad para ejercer funciones esenciales para proteger la salud de la población. Otro de los rasgos que sobresalen de la definición es reconocer a las autoridades de salud como principal sujeto responsable del ejercicio de las FESP en todos los niveles institucionales.*

El artículo 4 del Anteproyecto recoge, sin más pretensiones, una enumeración de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), como espectro de competencias y acciones necesarias por parte del Sistema de Salud de Euskadi para alcanzar su objetivo central, que es el de salvaguardar y mejorar la salud de la población vasca. El detalle sobre los objetivos y actuaciones que implica cada función esencial, se abordan posteriormente en el anteproyecto de ley, en el artículo o artículos correspondientes.

En consecuencia, no se considera necesaria una mayor concreción en este artículo 4.

*En la letra e) "En base al principio de Salud en Todas las Políticas, el desarrollo de sinergias entre distintos sectores, administraciones y agentes sociales". Representa una tarea de una amplitud tal que, sin mayor desarrollo que aborde el cómo, cuando, quiénes intervienen y con qué recursos se cuenta, resulta difícil apreciar el alcance de su contenido.*

El principio de Salud en Todas las Políticas es uno de los puntales del Anteproyecto de Ley de Salud Pública y, en consecuencia, impregna todo el texto.

Precisamente la Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales, en su informe, valoró positivamente *"La configuración del Sistema de Salud Pública de Euskadi según un modelo organizativo en red, de responsabilidad pública, y potenciando el trabajo colaborativo entre las administraciones públicas en materia de salud y bienestar de la población"*, así como *"la insistencia del Anteproyecto presentado a informe en la coordinación del sistema, por tratarse de una competencia concurrente y de una materia que se ve afectada por numerosas políticas públicas, de forma que garantizar la coherencia del sistema es clave."*

Las concreciones que se solicitan consideramos que son más propias de un plan de salud y de una estrategia o plan ad hoc que de una ley. La Salud en Todas las Políticas es un principio de trabajo que no se puede cuantificar desde una ley de estas características.

*En la letra i) "La promoción de la salud y el bienestar de la población, con las intervenciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de las personas, así como a modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva". Echamos en falta respecto de esta función una especificación del diseño de las inversiones necesarias para su implementación, así como su orden de priorización, plazo, etc.*

La promoción de la salud es objeto de detalle y concreción, a los efectos de una ley marco, en los artículos 65 y 66.

En cuanto a la priorización, plazo etc. que se solicita, el Departamento proponente no considera que deban ser concretados en una ley de estas características. Dichas concreciones se reflejarán en los correspondientes planes de salud, así como en planes y estrategias ad hoc.

*En la letra j) "La garantía de una salud pública, así como el diseño e implementación de programas e intervenciones de salud, gestionando su aplicación eficiente, efectiva y de calidad, y persiguiendo la reducción de las desigualdades en salud." Este objetivo final merece una explicación, puesto que sin la explicitación de los medios que se pondrán a su servicio, carece de significado.*

Tal y como se indica en el artículo 1 del anteproyecto, esta norma tiene por objeto "Salvaguardar y potenciar el mayor nivel posible de la salud de la población vasca como bien público de máximo interés, garantizando los derechos de las personas en materia de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad; actuar sobre los determinantes de la salud; prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad; y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva." Esto es lo que da sentido a la ley y a todos los instrumentos legales o de planificación a qué esta norma dé lugar. Todas las actuaciones y medios explicitados a lo largo de la norma, y los que se detallan en los correspondientes planes y estrategias de salud responden a este objetivo primordial. En todo caso, el anteproyecto define las funciones esenciales a desarrollar a través de esos instrumentos.

*En la letra k) "La garantía de un personal sanitario competente en materia de salud pública, contribuyendo a su formación para abordar los problemas de salud pública".*

*Consideramos que este punto requiere un desarrollo conceptual y estratégico y una definición de qué entiende el legislador por "garantía", "personal sanitario competente", "contribuyendo a su formación".*

El Departamento de Salud recuerda que, más adelante, los artículos 22 y 23 del anteproyecto detallan quiénes son profesionales de salud pública, qué capacidades y qué competencias profesionales deben tener. Por su parte, la formación y capacitación de las y los profesionales de salud pública es objeto de otro artículo, el número 74, y la formación en salud pública se desgrana en el artículo 75.

En aras a una mayor claridad, se introduce el adjetivo "continua" referida a la formación del personal sanitario, y el texto de esta letra k) queda como sigue:

K) La garantía de un personal sanitario competente en materia de salud pública, contribuyendo a su formación continua para abordar los problemas de salud pública.

*En la letra l) "La gobernanza, financiación, y evaluación de la calidad para mejorar la salud pública". Procede efectuar las mismas observaciones sobre mayor precisión y concreción.*

Todo lo relativo a la gobernanza del Sistema de Salud Pública se aborda posteriormente en el Anteproyecto, a lo largo de dos capítulos, el III (El Sistema de Salud Pública de Euskadi) y el IV (Ordenación y Coordinación del Sistema de Salud Pública de Euskadi).

El artículo 77, por su parte, contempla lo relativo a la evaluación de los programas de salud pública.

*En la letra m) Se recoge en primer lugar la función del “ejercicio de la autoridad sanitaria con competencia para aplicar la normativa en materia de salud pública”. La formulación de esta función, sin mayor precisión sobre cómo se va a llevar a cabo tal ejercicio de autoridad supone una mera declaración de buenas intenciones, que requeriría de un mayor desarrollo normativo, con explicitación de instrumentos, medios, para la ejecución y salvaguarda de los estándares de salud.*

*En cuanto a su segundo punto, “proponer la limitación de derechos individuales y colectivos en beneficio de los derechos de la población”, dada la naturaleza limitativa de derechos de la actuación en cuestión, nos parece oportuno restringir dicha posibilidad a situaciones excepcionales; en concordancia con lo estipulado en el artículo 16.2 posterior, a los supuestos de “emergencia, pandemia, o crisis de salud pública grave”, o, en cualquier caso, especificar los supuestos en que esta limitación de derechos individuales y colectivos podría llevarse a cabo.*

El CES propone, en consecuencia, esta redacción par la letra m) *El ejercicio de la autoridad sanitaria con competencia para aplicar la normativa en materia de salud pública; proponer la limitación de derechos individuales y colectivos en beneficio de los derechos de la población en situaciones de emergencia, pandemia, o crisis de salud pública grave de conformidad con el artículo 16.2; ....*

Se estima la aportación, y se modifica el texto del punto m) del artículo 4 (en concordancia con el artículo 52 de la Ley General de Salud Pública de 2011):

m) El ejercicio de la autoridad sanitaria con competencia para aplicar la normativa en materia de salud pública; proponer la limitación de derechos individuales y colectivos por razones sanitarias, de urgencia o necesidad, o ante circunstancias de carácter extraordinario que represente riesgo evidente para la salud de la población; desarrollar y custodiar estándares de salud pública y asegurar su vigilancia y cumplimiento mediante los medios adecuados incluyendo la realización de inspecciones y auditorías sanitarias, y otros mecanismos de control, así como la aplicación de sanciones y otras medidas que garanticen el cumplimiento de normativa y estándares de salud pública vigentes.

Es preciso señalar, en relación con esta cuestión, que la autoridad sanitaria y la intervención administrativa se abordan en detalle en el capítulo VII (Corresponsabilidad e intervención administrativa en materia de salud pública), que comprende 22 artículos (78 a 99).

Cabe indicar, además, que el artículo 78 deja muy claro que dichas medidas deben adoptarse respetando los principios rectores del Sistema de Salud Pública de Euskadi recogidos en el artículo 3, así como los principios detallados en el propio artículo 78.

También los artículos 57, 58 y 59 detallan las medidas que debe tomar la autoridad sanitaria en aras a la protección de la salud de la población en caso de emergencia sanitaria, epidemia o pandemia, explicitando que todo ello se hará en base al Reglamento Sanitario Internacional.

En cuanto a que la limitación de derechos individuales se restrinja a situaciones excepcionales, cabe recordar que el anteproyecto es especialmente garantista, pues además de los derechos reconocidos a la ciudadanía en virtud de la configuración normativa del derecho a la protección de la salud, y de los derechos reconocidos en el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración

sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, el Anteproyecto establece, por primera vez en la normativa vasca, derechos en materia de salud pública (artículo 6). Y, con el objetivo de proteger la salud pública, indica en el artículo 16 que los derechos individuales se podrán limitar en base a la normativa vigente (con las garantías establecidas por ésta) y a lo establecido en la ley. Además, el artículo 90 ya establece que las medidas de privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental, están sujetas a la autorización o ratificación judicial.

#### Artículo 7.- Derecho a la igualdad y a la equidad

*La proclamación de este derecho requiere de la explicitación de sus modalidades de implementación puesto que se trata de un derecho de amplio reconocimiento formal, pero cuyo incumplimiento en la práctica encuentra todavía sus manifestaciones. En materia de salud pública resulta prioritario el carácter equitativo de la Ley y su aplicación.*

No se aporta propuesta concreta en relación con este artículo.

Todo el Capítulo II del Anteproyecto es una declaración de principios donde se exponen los valores a preservar en forma de derechos y deberes.

En todo caso, cabe señalar que, justamente, es objetivo de la nueva norma, según indica su artículo 1, "Salvaguardar y potenciar el mayor nivel posible de la salud de la población vasca como bien público de máximo interés, garantizando los derechos de las personas en materia de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad".

El segundo principio rector (establecido en el artículo 3) es el de la "Equidad en salud y desarrollo de políticas e intervenciones que reduzcan las desigualdades entre personas o colectivos, mediante el abordaje efectivo de los determinantes de la salud y la atención, particularmente, a los colectivos más vulnerables. Como enfoque particular de la equidad, en toda actuación en salud se incorporará la perspectiva de género."

Precisamente, mediante la nueva ley se pretende seguir profundizando en la equidad en salud, en la perspectiva de género y en el desarrollo de políticas e intervenciones que reduzcan las desigualdades entre individuos o colectivos, mediante el abordaje efectivo de los determinantes de la salud y la atención, particularmente, a los colectivos más vulnerables.

#### Artículo 9.- Derecho a la información

*En su apartado 1, este derecho se formula de la siguiente manera: "La ciudadanía vasca tiene derecho a acceder a información en materia de salud pública, que será difundida por las administraciones competentes en términos suficientes, accesibles, comprensibles y adecuados para la promoción y protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la normativa vigente."*

*Además de los adjetivos calificativos que recoge la formulación, entendemos que la ciudadanía vasca tiene derecho a que la información en materia de salud pública sea, además, veraz y completa, por lo que estos adjetivos deberían de ser incorporados a la redacción del artículo.*

Art. 9):

*La ciudadanía tiene derecho a acceder a información veraz y completa en materia de salud pública, que será difundida por las administraciones competentes en términos suficientes, accesibles, comprensibles y adecuados para la promoción y protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la normativa vigente.*

Se acepta la sugerencia. Encaja muy bien con el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi.

En todo caso, cabe recordar que el artículo 86 del Anteproyecto ya indica que *"Las administraciones públicas que desarrollen actuaciones en materia de salud pública velarán para que sus acciones de información y publicidad respeten los criterios de inclusión, transparencia, exactitud, suficiencia, veracidad, eficacia y accesibilidad"*.

El punto 1 del artículo 9 queda, entonces, redactado como se indica a continuación:

La ciudadanía vasca tiene derecho a acceder a información veraz y completa en materia de salud pública, que será difundida por las administraciones competentes en términos suficientes, accesibles, comprensibles y adecuados para la promoción y protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la normativa vigente. Este derecho comprende, en todo caso, recibir información relativa a los siguientes aspectos:

#### Artículo 10.- Derecho de participación efectiva en las actuaciones de salud pública.

*El anteproyecto reconoce en este punto el derecho de la ciudadanía vasca a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública, directamente o por medio de las organizaciones en que se agrupe o que la representen, conforme a los procedimientos que al efecto establezca la administración competente. A continuación, especifica las actuaciones en las que se reconoce ese derecho de participación, pero nada se indica sobre el modo y el vehículo a través del cual se podrá participar en las actuaciones de salud pública, lo cual entendemos que constituye una cuestión relevante a subsanar.*

Efectivamente, el derecho a la participación se reconoce a lo largo de todo el texto del Anteproyecto: como principio rector (artículo 3), en el ámbito local y comunitario (artículo 32), en el detalle sobre las distintas prestaciones de salud pública, y en lo relativo al Consejo Vasco de Salud Pública como órgano de participación (artículo 44).

En relación a la petición de concreción sobre el modo y el vehículo a través del cual se puede participar en las actuaciones de salud pública, en opinión del Departamento proponente, una ley de salud pública constituye el marco de carácter general que aporta la base normativa y establece principios y preceptos que con posterioridad deben desarrollarse a través de otros instrumentos normativos o de planificación, o de medidas más concretas para permitir su aplicación efectiva. Entrar a detallar todo tipo de cuestiones implicaría un texto excesivamente extenso y denso que, además, en nuestra opinión, podría quedar obsoleto en un breve lapso de tiempo.

#### Artículo 16.-Limitación de los derechos al objeto de proteger la salud pública.

*Respecto de la previsión que se efectúa en el apartado 2, según la cual, en caso de emergencia, pandemia, o crisis de salud pública grave las autoridades sanitarias podrán adoptar medidas*



*especiales tendentes a limitar los derechos individuales en base a la normativa vigente y a lo establecido en el anteproyecto, no podemos evitar recordar la experiencia vivida durante esta pandemia COVID-19 en la que hemos sido testigos de las decisiones judiciales de los Tribunales Superiores de Justicia en las distintas Comunidades Autónomas sobre este tipo de medidas limitativas y la escasa eficacia de este tipo de medidas consistentes en limitaciones de derechos sin una previa declaración de estado de alarma.*

*En cuanto a la formulación concreta de la norma, recomendamos sustituir “En caso de emergencia, pandemia o crisis de la salud pública grave por “En caso de declaración de emergencia sanitaria...” puesto que entendemos que la limitación de derechos que se pretende ha de conllevar al menos la declaración de emergencia sanitaria previa.*

El CES propone esta redacción para el Art. 16:

*2. En caso de emergencia, pandemia, o crisis de salud pública grave En caso de declaración de emergencia sanitaria y al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias podrán adoptar medidas especiales tendentes a limitar los derechos individuales en base a la normativa vigente y a lo establecido en esta ley.*

El Departamento de Salud no considera oportuno modificar el texto en ese sentido. Las emergencias sanitarias no siempre están sujetas a una declaración jurídico-legal.

Por otra parte, el CES indica, en relación a este artículo:

*Nos encontramos en un terreno particularmente sensible, que requiere del máximo rigor y claridad, y sobre el que sería conveniente efectuar, en la medida de lo posible, una catalogación. Es por ello por lo que podría ser conveniente una revisión de todos los supuestos incluidos dentro de esta categoría de disposiciones limitativas de derechos que recoge el anteproyecto, estableciendo la formulación del conjunto más precisa, clara y coherente en aras de la eficacia y la seguridad jurídica.*

Se agradece la aportación y se reconoce que es un ejercicio importante y necesario, pero que no debe ser incluido en el texto de una ley marco de las características de la presente.

#### Artículo 17.- Deberes de la ciudadanía vasca en relación a la salud pública

*Esta disposición prevé deberes adicionales a las obligaciones establecidas para la ciudadanía vasca por la normativa en relación con la organización y gestión del sistema sanitario y con las políticas sanitarias específicas. Entre los distintos deberes que se relacionan, consideramos que el recogido en la letra f), relativo a la obligación de comparecencia en las dependencias de la administración sanitaria competente cuando así se requiera para proteger la salud pública en caso de riesgo real, de acuerdo con la evidencia científica disponible, es una obligación también a cumplir en situaciones en que haya declarada una situación de emergencia sanitaria.*

Se acepta y se añade al texto de la letra f) del artículo 17, que queda redactado de esta forma:

f) Comparecer en las dependencias de la administración sanitaria competente cuando así se requiera para proteger la salud pública en caso de riesgo real y en situaciones en que haya declarada una situación de emergencia sanitaria, de acuerdo con la evidencia científica disponible.

#### Artículo 18.- La Salud en Todas las Políticas

*El principio de la Salud en Todas las Políticas es uno de los principales apoyos del Sistema de Salud Pública de Euskadi y elementos inspiradores del anteproyecto que examinamos. En el artículo 18, el anteproyecto lo sitúa en la base de todas las acciones a desarrollar e impulsar en salud pública, de manera integral y sostenible, y en su apartado 2, explicita algunas de las actuaciones que en su marco se impulsarán, entre las que se incluye, en la letra c) Incluir a las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones.*

*Consideramos coherente con el significado del principio de Salud en Todas las Políticas que los agentes sociales sean también incluidos en la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones.*

El CES propone esta redacción para el Art. 18

*c) Incluir a las comunidades, los movimientos sociales, los agentes sociales y la sociedad civil en la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones.*

Se acepta, y en consecuencia el artículo 18.2.c) queda así redactado:

c) Incluir a las comunidades, los movimientos sociales, los agentes sociales y la sociedad civil en la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones.

#### Artículo 19.- El Sistema de Salud Pública de Euskadi

*Constituye ésta la disposición del anteproyecto específicamente dedicada al Sistema de Salud Pública de Euskadi, uno de los elementos centrales de un anteproyecto en materia de salud pública que tiene por objeto la creación de dicho sistema. Consideramos que el abordaje de este elemento esencial del anteproyecto debiera de presentar mayor amplitud y claridad en su desarrollo, particularmente en su apartado 2, que contempla la coordinación y cooperación de las actuaciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi con las de otros sistemas y políticas afines.*

Este artículo 19 aporta, de forma introductoria, la definición y aspectos generales del Sistema de Salud Pública de Euskadi.

A lo largo del capítulo III (artículos 18 a 26) se establecen los principales principios (Salud en Todas las Políticas) e instrumentos con que cuenta el Sistema de Salud Pública de Euskadi (profesionales, planificación, valoración de resultados e impacto en salud).

Posteriormente, el capítulo IV (artículos 27 a 46) pasa a detallar cómo se organiza y ordena dicho sistema, y cómo se coordinan, cooperan e interactúan las distintas administraciones públicas que intervienen o tienen incidencia en el mismo. En concreto:

Artículo 38.- Colaboración entre las administraciones que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi.

Artículo 39.- La Comisión Interinstitucional de Salud Pública.

Artículo 40.- Coordinación con la Administración General del Estado y otras instituciones competentes en caso de riesgo o emergencia sanitaria.

Artículo 41.- Coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi.

Artículo 42.- Obligaciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi con respecto al Sistema Sanitario de Euskadi.

Artículo 43.- Obligaciones del Sistema Sanitario de Euskadi con respecto al Sistema de Salud Pública de Euskadi

En opinión del Departamento proponente, estos artículos ya aportan suficiente detalle y claridad en relación a esta cuestión. Por otra parte, los aspectos concretos que precisen mayor desarrollo, serán objeto de normativa ad hoc, tal y como señala reiteradamente el propio texto del Anteproyecto.

#### Artículo 20.- Obligaciones de las administraciones públicas en relación a la salud pública.

*Respecto de las obligaciones de las administraciones públicas con relación a la salud, en este artículo se prevé, entre otras, que "En aras al cumplimiento efectivo de los preceptos de esta ley, las administraciones públicas se dotarán de recursos esenciales en Salud Pública, tanto institucionales, como materiales y humanos:" Se trata de una premisa clave para el funcionamiento eficaz del Sistema de Salud Pública que el anteproyecto regula, que merece y requiere de un mayor desarrollo y concreción, sin la cual, el sistema de salud no podrá tener éxito en la consecución de sus objetivos.*

Tal y como se ha indicado anteriormente, desde una ley marco de estas características es imposible concretar todos y cada uno de los escenarios, situaciones y casos que debe afrontar la salud pública.

Nos llevaría a una norma inmanejable por su longitud, y con un plazo de actualidad y caducidad seguramente muy reducido.

Por otra parte, los recursos económicos previstos para la ejecución de las disposiciones previstas en el anteproyecto deben desarrollarse en la Ley de Presupuestos, fundamentalmente, y en las leyes y disposiciones de desarrollo de la misma, así como en las partidas habituales para la ejecución de la gestión de personal.

#### Artículo 21.- Valoración de resultados e impacto en la salud

*Respecto de la valoración de resultados e impacto en la salud, sugerimos efectuar las siguientes modificaciones en los distintos apartados que la regulan:*

*En el apartado 1, donde se contiene la definición de la valoración de resultados e impacto en la salud, y su aplicación con el principio de Salud en Todas las Políticas, con la finalidad de incorporar la protección y promoción de la salud en el diseño e implementación de las*

*intervenciones sectoriales, proponemos añadir que esta valoración se haga “con plena participación ciudadana realizada a través de los cauces de participación previstos en la ley”.*

*En los apartados 2,4 y 5 se regulan diversos aspectos relativos a la valoración del impacto en la salud, tales como su objeto, y el desarrollo reglamentario de los criterios de identificación de las intervenciones sectoriales a someter a la valoración de impacto en la salud y del procedimiento, metodología y contenidos para la valoración de los resultados e impacto en la salud. Consideramos que la incorporación de fechas o plazos para el desarrollo reglamentario previsto, así como una precisión de los medios que se pondrán a disposición de estas actividades de valoración permitirían imprimir operatividad real a las mismas. Sería también interesante dar encaje en estas actividades a diferentes foros de participación, como la participación de la ciudadanía, las sociedades científicas, etc.*

Se acepta parcialmente la sugerencia, y el apartado 1 del artículo 21 queda por lo tanto así redactado:

1. La valoración del impacto en la salud es la combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser analizada una norma, plan, programa o proyecto, en relación con sus efectos potenciales en la salud de la población y acerca de la distribución de los mismos. Se aplicará la valoración del impacto en la salud de acuerdo con el principio de Salud en Todas las Políticas y con la finalidad de incorporar la protección y promoción de la salud en el diseño e implementación de las intervenciones sectoriales. Se propiciará la participación ciudadana realizada a través de los cauces de participación previstos en la ley.

En cuanto a la petición de mayor concreción de fechas, plazos o medios, se recuerda que el artículo 21 ya indica claramente que las cuestiones concretas se establecerán reglamentariamente.

#### Artículo 22.- Profesionales de la salud pública

*En cuanto a los profesionales de la salud pública, en el artículo 22 se ofrece una definición de quiénes lo componen y sus condiciones de capacitación y formación continua para un correcto ejercicio profesional. También se hace referencia a la necesidad de diferentes perfiles profesionales de salud pública dado el carácter multidisciplinar de la salud pública. Un mayor desarrollo sobre el alcance de las implicaciones de la multidisciplinariedad sobre los perfiles profesionales de salud pública sería conveniente.*

*La previsión para situaciones de emergencia de salud pública, incluyendo crisis sanitarias y pandemias, que se efectúa en el apartado 4, y que posibilita asignar nuevas funciones y tareas del personal así como modificar y reorientar las existentes tanto en los departamentos del Gobierno vasco, como en Osakidetza y en las estructuras sanitarias e instituciones privadas prestadoras de servicios sanitarios para apoyar a la estructura de salud, debería de incluir la información previa a la representación legal de los trabajadores, no únicamente cuando las decisiones están ya tomadas, de forma que ésta pueda así aportar su punto de vista, velando por los derechos del personal.*

El artículo 23 detalla con profusión las competencias que deben ejercer las y los profesionales de salud pública (concreción que, en su dictamen, un poco más adelante, el propio CES valora de forma positiva). Por otra parte, tal y como se ha señalado anteriormente, la experiencia del COVID ha

demostrado que en situaciones de emergencia hay que tomar medidas de emergencia, procurando respetar las condiciones laborales de las y los trabajadores en la medida de lo posible, como se ha hecho en el caso de la actual pandemia. Pero hay que entender que se trata de situaciones absolutamente excepcionales. En estas situaciones de emergencia, la protección de la salud de las personas es el objetivo prioritario y no hay tiempo material para toda la tramitación que se requiere en una situación normalizada. Las decisiones en estos casos se deben tomar de forma inmediata.

#### Artículo 23.- Competencias profesionales

*Valoramos la concreción de la regulación de las competencias básicas profesionales en el artículo 23, que describe exhaustivamente las funciones y misiones que habrán de desempeñar los y las profesionales de la salud pública vasca, de forma correcta y ambiciosa.*

*Además de esta valoración positiva, esta disposición también nos suscita una reflexión sobre las implicaciones de la misma, y que habrán de ser tenidas en cuenta no solo por el legislador, también por los gestores del Sistema de Salud Pública de Euskadi, en términos de número de personas de alta cualificación para los diversos perfiles profesionales que se contemplan y que habrán de ser objeto de contratación. Ello supone una planificación, con estimación de las necesidades de personal, de las necesidades de financiación para su contratación y de medios para su desempeño profesional.*

El Departamento de Salud comparte las reflexiones del CES en este sentido.

#### Artículo 24.- El Plan de Salud de Euskadi

*El Plan de Salud de Euskadi es el instrumento superior de planificación, ordenación, priorización y coordinación de las políticas, estrategias y actuaciones en materia de salud en Euskadi.*

*Valoramos el papel que esta figura instaurada por la actualmente vigente Ley de Ordenación Sanitaria ha desempeñado en la mejora de la salud pública de Euskadi, por lo que nos interrogamos sobre la pertinencia del incremento de su periodicidad de 4 a 8 años, tal y como prevé el anteproyecto, y de la elevación de 1 a 4 años el plazo de realización de la evaluación de los objetivos y actuaciones del Plan, así como sobre el riesgo de desdibujar un instrumento de eficacia probada.*

*Asimismo, dado el carácter de documento absolutamente clave en materia de política de salud que ostenta el Plan de Salud de Euskadi, creemos que debería de reforzarse las previsiones sobre la participación en su elaboración e incluir una mayor especificación sobre cómo se recogerán las propuestas formuladas por los órganos de participación y coordinación, con qué criterios serán o no incorporadas al Plan, el alcance de "tener en cuenta las propuestas", etc. de forma que queden abiertos cauces de participación real en el mismo*

*Finalmente, respecto de la evaluación que habrá de hacerse de los objetivos y actuaciones del Plan a los 4 años de su vigencia, convendría precisar los criterios que se emplearán, a los efectos de que la evaluación del plan constituya una auténtica obligación y tenga verdadero significado práctico.*

Precisamente, transcurridos casi 25 años desde que se tramitara y aprobara la LOSE, se proponen estas modificaciones en aras a mejorar la eficacia del Plan de Salud y sus requerimientos actuales.

Según se desprende del Anteproyecto, el Plan de Salud continúa siendo el instrumento superior de planificación, ordenación, priorización y coordinación de las políticas, estrategias y actuaciones en materia de salud en Euskadi. Es, además, el marco indicativo de las acciones en salud para las administraciones públicas y orienta las políticas, intervenciones y estrategias de otros sectores con impacto en la salud de la población.

Los planes de salud se elaboran en la actualidad cada 8 años (considerando que es el plazo más adecuado para poder llevar a cabo las políticas de salud y después evaluarlas consistentemente) y el Anteproyecto mantiene ese período de vigencia; además, los planes seguirán siendo aprobados por el Gobierno Vasco y presentados al Parlamento Vasco. Tendrán estos contenidos mínimos: análisis y diagnóstico del estado de salud, programas y actuaciones a desarrollar, identificación de planes o actuaciones con incidencia en salud, priorización, indicadores... A mitad de plazo se evaluará el cumplimiento de sus objetivos y actuaciones, lo cual permitirá poder reorientar y reconducir aquellas políticas y medidas que así lo precisen. Esta evaluación intermedia no exime de una monitorización continua de los indicadores, como no puede ser de otra manera en aras a salvaguardar la salud de las personas.

#### Artículo 25.- Las estrategias o planes de salud forales, locales y comarcales

*En este artículo se dispone la facultad de las entidades locales, comarcales y forales para diseñar y aprobar su propia estrategia o plan de salud, atendiendo a las peculiaridades de su entorno y población.*

*Consideramos más coherente con la regulación que el anteproyecto establece, de acuerdo con la cual, las entidades forales y locales habrán de destinar recursos e instrumentos de gestión, que el diseño y aprobación de un plan de salud sea obligatoria y no meramente potestativa, siempre en coherencia con el Plan de Salud de Euskadi, y permitiendo así una ordenación eficaz de recursos, e instrumentos. Alternativamente, para las entidades locales, la obligatoriedad del plan podría quedar limitada a una determinada población, por ejemplo.*

*En el apartado 2, donde se definen los planes o estrategias locales, comarcales y forales de salud, nos parece conveniente la especificación de los límites de dichos planes y estrategias y de cómo se relacionan con el Plan de Salud de Euskadi, con el cual han de ser coherentes.*

Las entidades locales tienen autonomía plena para hacer sus propios planes, en coherencia con el Plan de Salud de Euskadi

#### Artículo 27.-Competencias de las administraciones públicas vascas y Artículo 29.-Competencias de los municipios y entidades supranacionales

*Ambos artículos se incardinan en la sección del anteproyecto dedicada a la distribución competencial en materia de salud pública y ambos contienen una delimitación de carácter muy general de las competencias de cada una de las administraciones vascas implicadas en el ámbito de la salud pública, donde confluyen muy diversos ámbitos materiales.*

*Dada la complejidad del entramado competencial y la necesidad de disponer de un conocimiento preciso de las atribuciones y potestades de cada entidad, consideramos mucho más clarificador y operativo elaborar un instrumento jurídico de rango legal y/o reglamentario, que contenga la delimitación detallada de competencias entre los diversos entes, lo que ayudará también a la hora de suscribir los convenios de colaboración interinstitucional que sea menester. Este "mapa" jurídico-competencial debe de acompañarse de la especificación de recursos financieros, humanos y técnicos precisa que permita operativizar todas las piezas institucionales del entramado del Sistema de Salud Pública de Euskadi que el anteproyecto proyecta construir.*

El artículo 20.3 del Anteproyecto establece en detalle las obligaciones de las administraciones públicas.

Por otra parte, no conocemos ninguna ley que incorpore un mapa jurídico-competencial, en el sentido propuesto.

#### Artículo 31.-La organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi

*Seguidamente de disponer que cada una de las administraciones públicas que conforman el Sistema de Salud Pública de Euskadi organizará internamente sus recursos e instrumentos para ejercer las atribuciones que le correspondan en materia de salud pública, en el apartado 2 se hace previsión para las situaciones de emergencia de salud pública, pandemia o crisis sanitaria, posibilitando la reorientación de los recursos humanos y presupuestarios y de las funciones y tareas del personal.*

*Se prevé que se informará a los agentes sociales y sindicales concernidos "en la medida de lo posible" de las decisiones tomadas en relación con esta cuestión.*

*De forma análoga a como hemos manifestado en relación con el artículo 22, en las situaciones previstas por la disposición que ahora examinamos, hemos también de señalar que la información a los agentes sociales y sindicales concernidos se proporcione antes de la toma de las decisiones. El que se prevea que esta información se produzca "en la medida de lo posible", encierra la posibilidad de que la información no se proporcione, por lo que proponemos que esta expresión se sustituya por "en el tiempo y la forma en que sea posible", que es una expresión que se ajusta de manera más adecuada, y que, en una situación análoga, se emplea en el artículo 22.*

El CES propone la siguiente redacción para el Art.31:

*2. En todas las actuaciones derivadas de situaciones de emergencia de salud pública, pandemia o crisis sanitaria, y con el fin de apoyar la estructura de salud pública, en las administraciones con competencias en salud pública, así como en el entorno asistencial, público y privado, con carácter temporal y respetando las condiciones esenciales de trabajo y retributivas, se podrán definir e implantar estrategias de reorientación de los recursos humanos y presupuestarios y de las funciones y tareas del personal. (En la medida de lo posible) En el tiempo y forma en que sea posible en situaciones de emergencia declarada, se informará a los agentes sociales y sindicales concernidos con carácter previo a la adopción de las decisiones (tomadas en relación a esta cuestión).*

Tal y como se ha señalado antes, se trata de medidas extraordinarias e inmediatas que responden a situaciones extraordinarias. Siempre se procura informar a los agentes concernidos en la medida de lo posible.

#### Artículo 35.-El órgano central de salud pública

*El órgano central de salud pública de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, al que se dedica el artículo 35, constituirá la unidad de dirección y coordinación de todos los dispositivos y recursos de salud pública de la administración de la administración general por lo que ocupará una importancia clave como órgano director en el amplio entramado de órganos y funciones que quedan englobadas en el marco del Sistema de Salud Pública de Euskadi.*

*Dada la trascendencia de la figura, estimamos conveniente que se promulgue una norma específica que recoja su composición, funciones, obligaciones, medios e instrumentos a su disposición, esto es, la regulación integral de la figura con el detalle que su peso específico demanda.*

Las funciones básicas o primordiales de este órgano ya están definidas en el propio artículo.

Cabe recordar, por otra parte, que el órgano central de la salud pública se correspondería en la actualidad con la Dirección de Salud Pública y Adicciones y que, la norma específica mientras este órgano siga siendo una dirección del departamento de salud, es y será el correspondiente decreto de estructura.

Y si en otro momento se decide que dicho órgano cambie de status o figura jurídica, deberá hacerse mediante una norma que ya regulará las cuestiones mencionadas.

#### Artículo 36.-Estructura territorial de la salud pública y Artículo 37.-Unidades territoriales de salud pública

*Aconsejamos una revisión de la redacción de estos dos artículos de forma que la regulación de la ordenación territorial de Salud Pública de Euskadi resulte más fácilmente comprensible y se eliminen expresiones que confieren excesivo grado de discrecionalidad tales como "si así se considera ventajoso" o "si así se considera pertinente", sin que se recoja criterio alguno que permita conducir a tales conclusiones.*

Se estima la aportación y, en aras a aclarar el texto, se modifica su redacción, quedando como sigue:

1. La ordenación territorial del Sistema de Salud Pública de Euskadi, se adaptará a la realidad socio-económica y cultural de Euskadi, prevaleciendo los criterios de eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad de las acciones en salud pública. Podrá seguir un modelo territorial si así lo requiere el ejercicio eficiente y eficaz de las funciones de salud pública.

#### Artículo 38.-Colaboración entre las administraciones que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi

*La colaboración y actuación de forma coordinada entre la Administración General de la Comunidad Autónoma y las administraciones forales y locales en aras de garantizar la cohesión*



*del Sistema de Salud Pública y la eficiencia en la utilización de los recursos, supone un gran reto que aconseja un desarrollo más detallado más allá de su establecimiento, con la especificación de los principios y criterios que regirán su funcionamiento. La Comisión Interinstitucional de Salud Pública que el anteproyecto constituye para evitar solapamientos competenciales, compartir información, y garantizar una coordinación efectiva pensamos, que al igual que el órgano central de salud pública del artículo 35, requiere de un instrumento jurídico de desarrollo específico.*

El artículo 39.4 ya establece que "La estructura, organización y atribuciones de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública se determinarán reglamentariamente", por lo que este órgano se regulará en base a un decreto específico.

Artículo 40.-Coordinación con la Administración General del Estado y otras administraciones competentes, en caso de riesgo o emergencia sanitaria

*Se contempla para situaciones de riesgo, emergencia o crisis sanitaria, y pandemia la potenciación de la cooperación y coordinación entre administraciones públicas competentes en materia de salud pública y la posibilidad de que, en el marco de la misma, se pueda facilitar, con carácter temporal, la movilidad del personal entre distintas administraciones, con respeto a las retribuciones y las condiciones esenciales de su trabajo.*

*A diferencia de otros artículos en los que en situaciones de reorientación de funciones y tareas para hacer frente a situaciones de emergencia sanitaria se preveía la información a los agentes sociales y sindicales, en este artículo no se hace referencia alguna a la misma. Es por ello que consideramos necesario incorporar tal información y, tal y como abogábamos en consideraciones precedentes, con carácter previo a la adopción de las citadas decisiones sobre la movilidad del personal.*

*Parece también necesario referenciar las previsiones de este artículo, no simplemente a situaciones de riesgo, emergencia sanitaria, sino a situaciones en las que se haya producido una declaración de emergencia sanitaria.*

Se acepta en parte la propuesta y se modifica el texto del segundo párrafo del apartado 3, que queda redactado como sigue:

El Departamento del Gobierno Vasco competente en salud pública participará, de acuerdo a sus funciones, en cuantos órganos estatales e iniciativas nacionales, supraestatales, e internacionales, sea preceptivo para el adecuado desarrollo de los objetivos del plan de salud y de las estrategias y prioridades del sistema de salud pública de Euskadi. Asimismo, potenciará la cooperación y coordinación entre todas las administraciones públicas competentes en materia de salud pública con el objetivo de preservar la salud de la población; en el marco de esta cooperación, con motivo del riesgo o emergencia sanitaria, se podrá facilitar, con carácter temporal, la movilidad del personal entre distintas administraciones, con respeto a las retribuciones y las condiciones esenciales de su trabajo, trasladando información a los agentes sociales y sindicales en la medida que la situación de emergencia lo permita.

#### Artículo 43. -Obligaciones del Sistema Sanitario de Euskadi con respecto al Sistema de Salud Pública de Euskadi

*En su apartado h) este artículo contempla la actuación del Sistema Sanitario de Euskadi en situaciones de emergencia de salud pública, pandemia y/o crisis sanitaria, ante las cuales el anteproyecto prevé la obligación de que el Sistema Sanitario de Euskadi establezca una estrategia de respuesta, basada en la mejor evidencia científica disponible. Observamos que tal estrategia podrá incluir reorientación de tareas por parte del personal sanitario, e incluso nuevas tareas, todo ello de cara a que el sistema vasco de salud proporcione una respuesta efectiva y coordinada a la emergencia de salud pública.*

*Nuevamente, proponemos para este tipo de actuaciones, primero, que se incardinan en una situación de emergencia sanitaria declarada, y, segundo, la inclusión de información sobre las mismas a los agentes sociales y sindicales con carácter previo a la adopción de decisiones a fin de que estos puedan velar por los derechos de los trabajadores y presentar sus consideraciones a los planteamientos de reorientación o asignación de nuevas tareas.*

La respuesta a esta sugerencia se incluye en anteriores comentarios sobre la misma cuestión.

#### Artículo 44.-El Consejo Vasco de Salud Pública

*Entendemos necesarias varias adiciones en la composición del Consejo Vasco de Salud Pública. Como órgano superior de participación de la sociedad civil y de carácter consultivo y asesor respecto de proyectos de ley, reglamentos y planes, en materia de salud pública, echamos en falta, por un lado, a asociaciones científicas y técnicas en materia de salud, así como sectoriales de áreas estrechamente relacionadas con la salud, como pueden ser la alimentación, agricultura o la ganadería.*

*Por otro lado, a las organizaciones empresariales y a los sindicatos más representativos del sector.*

*Es por ello por lo que planteamos su incorporación en la composición de este órgano, en su desarrollo reglamentario o, preferiblemente, en el propio texto del Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi.*

El artículo 44.2 establece un mínimo de entidades que tendrán representación en dicho órgano, quedando su estructura definitiva, efectivamente, pendiente del correspondiente desarrollo reglamentario. Por lo tanto, los agentes propuestos no quedan excluidos y la propuesta se valorará y, en su caso, contemplará, en el correspondiente desarrollo normativo.

#### Artículo 45.-Otros órganos de coordinación, consulta, asesoramiento y participación

*En su apartado 2, esta disposición prevé que el Gobierno Vasco y las administraciones forales y locales puedan crear órganos o comisiones consultivas especializadas, para temas específicos, de carácter interdepartamental o interinstitucional, y que pueden también incluir entidades privadas. La disposición no aporta más indicación sobre las situaciones y condiciones en que tendría lugar la participación de entidades privadas en las comisiones interdepartamentales e interinstitucionales, lo que sería conveniente precisar.*

El Departamento de Salud entiende que las administraciones forales y locales tienen autonomía para crear sus propios órganos o comisiones consultivas especializadas.

Artículo 49.-La Red de Vigilancia de la Salud Pública

*Proponemos que la función de la Red de Vigilancia de la Salud Pública recogida en la letra m), añada la perspectiva de género*

El CES propone la siguiente redacción para el Art. 49:

*m) La vigilancia de los riesgos laborales y sus efectos en la salud con perspectiva de género.*

El Departamento de Salud considera que la perspectiva de género se contempla y se debe contemplar en todas y cada una de las prestaciones de salud pública, y también en el ejercicio de todas y cada una de las funciones de vigilancia de la salud pública. En la vigilancia de los riesgos laborales, pero también en la vigilancia de las adicciones, en la monitorización de las enfermedades no transmisibles o en la monitorización de las desigualdades en salud, por ejemplo. No se considera necesario especificarlo en unas funciones y en otras no, porque se debe contemplar en todas.

Artículo 56.-De la salud ambiental

*Proponemos que la actuación en la letra c) añada que se tendrá en cuenta la perspectiva de género.*

En concreto, el CES propone esta redacción para el Art. 56:

*c) El desarrollo de un Sistema de Vigilancia de Riesgos Ambientales con posible incidencia en la salud de la población, que permita una valoración continuada de la exposición y efectos y que tenga en cuenta la perspectiva de género.*

Tal y como se ha indicado anteriormente, la perspectiva de género está contemplada, y debe contemplarse, en todas y cada una de las prestaciones y actuaciones de salud pública. La equidad está en la base del trabajo en salud pública.

Artículo 55.-De la seguridad alimentaria, Artículo 56.-De la salud ambiental, Artículo 60.-Salud escolar y Artículo 61.-Salud laboral

*El anteproyecto dedica un artículo a cada una de estas temáticas de incidencia sobre la salud. Consideramos que se trata de una regulación excesivamente escueta e insuficiente habida cuenta de la amplitud de cada una de las áreas tratadas y que merecen una ampliación de contenido, articulando, en su caso, la actuación e influencia en cada uno de los ámbitos en relación con la salud pública.*

Estos ámbitos cuentan con amplia normativa específica en los ámbitos europeo, estatal y autonómico, y no se considera necesario reproducirla en esta ley.

Artículo 57.-Medidas de respuesta y adaptación del Sistema de Salud Pública en caso de emergencia sanitaria o pandemia.

*Al igual que hemos expresado en disposiciones precedentes, entendemos que es importante que se haga referencia a la declaración de emergencia sanitaria e información a los agentes sociales y sindicales antes de la toma de decisiones.*

*Dada la posibilidad de "contratación laboral de personal para responder eficazmente ante una emergencia de salud pública", parece innecesario el nombramiento de nuevos funcionarios para la cobertura de tareas en los casos de emergencia sanitaria o pandemia.*

El CES coincide con la nueva redacción que se ha dado al artículo en cuanto que, en el tiempo y forma en que sea posible, se informará a los agentes sociales y sindicales concernidos ante la toma de decisiones. Asimismo, es importante que se haga referencia a la declaración de emergencia sanitaria, tal y como se realiza en el proyecto.

Por otro lado, cabe recordar que, aunque exista la posibilidad de "contratación laboral de personal para responder eficazmente ante una emergencia de salud pública", no compartimos su parecer en cuanto que parece innecesario el nombramiento de nuevos funcionarios para la cobertura de tareas en los casos de emergencia sanitaria o pandemia. El ejercicio de las funciones que impliquen la participación directa o indirecta en el ejercicio de las potestades públicas o en la salvaguardia de los intereses generales del Estado y de las Administraciones Públicas corresponden exclusivamente a los funcionarios públicos. Por lo tanto, la cobertura de tareas queda totalmente cubierta con la actual redacción del Anteproyecto; de lo contrario, las funciones reservadas a personal funcionario quedarían sin cubrir si hiciéramos mención únicamente a la contratación laboral.

#### Artículo 60.-Salud escolar

*Hace únicamente alusión a lo que disponga el Plan de Salud de Euskadi o el plan local correspondiente, omitiendo el posible plan comarcal o foral, cuya existencia se ha previsto como posible en el artículo 25.*

Se acepta la sugerencia, porque mejora y aporta más coherencia al texto del Anteproyecto, que queda así redactado:

1. Las administraciones públicas integrantes del Sistema de Salud Pública de Euskadi y, particularmente, el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud, las organizaciones del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud y los ayuntamientos, en el marco de sus competencias, desarrollarán en el ámbito escolar sus actuaciones de educación para la salud, de promoción de la salud, así como de prevención de los problemas de salud en la infancia y la adolescencia, de acuerdo con lo que disponga el Plan de Salud de Euskadi o el plan local, foral o comarcal correspondiente. En todo caso, deberán procurarse los cauces adecuados de cooperación con la administración educativa de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

#### Artículo 61.-Salud Laboral

*La disposición debería de incorporar la perspectiva de género en las actuaciones que el órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, salud, higiene y medio ambiente laborales lleve a cabo en lo que respecta a establecer un sistema de información sanitaria que posibilite el control epidemiológico laboral y de las patologías*

*profesionales y en la realización en el entorno laboral de acciones de promoción, prevención y protección de la salud.*

Se acepta y se modifica el texto en consecuencia, pasando a tener la siguiente redacción:

Sin perjuicio de las otras actuaciones que le corresponden, el órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, salud, higiene y medio ambiente laborales, en coordinación con el órgano competente en salud pública y atendiendo a la perspectiva de género:

#### Artículo 64.-Actuaciones de otros laboratorios en materia de salud pública

*En su apartado 1 prevé que, con objeto de atender a las necesidades de salud pública, el Laboratorio de Salud Pública podrá contar con laboratorios de otras áreas analíticas de titularidad pública o privada. El Laboratorio de Salud Pública podrá determinar la sede para la realización de técnicas analíticas de referencia específicas debidamente acreditadas.*

*Como ya hemos manifestado anteriormente, no se aportan precisiones sobre las circunstancias en que las entidades privadas desempeñarán tareas en el Sistema de Salud Pública de Euskadi y esta disposición es un ejemplo de ello. Cabe en buena lógica pensar que los laboratorios de titularidad privada intervendrán cuando el sistema público no sea capaz de atender toda la demanda puntual cuando se produzcan circunstancias excepcionales, como puede ser una declaración de emergencia sanitaria.*

*En su apartado 3, se dice que: "Las autoridades competentes de la propia Comunidad Autónoma de Euskadi, de otras Comunidades Autónomas o de la Administración del Estado, en el ámbito de sus competencias, designarán los laboratorios públicos o privados de la Comunidad Autónoma Vasca para la realización del control oficial de productos alimentarios.*

*En este apartado encontramos un nuevo supuesto de indefinición sobre las circunstancias de intervención de los laboratorios privados en unas tareas, en principio, asignadas a los laboratorios públicos.*

El departamento proponente estima que el texto del anteproyecto es lo suficientemente claro, a los efectos de una ley marco de estas características.

#### Artículo 72.-Observatorio de Salud de Euskadi

*Ya hemos hecho mención expresa a la importancia de poder disponer de un organismo que proporcione información relevante y de calidad al sistema de salud pública, generar la información requerida para la planificación, gestión, evaluación e investigación en salud, así como recopilar y difundir datos, análisis, investigaciones e informaciones sobre la situación y tendencias en salud y sus determinantes, e impulsar líneas de investigación, estudio y formación. Ya se ha insistido anteriormente en que un organismo con estas funciones, para poder ser realmente eficaz, debiera ser de naturaleza independiente, financiado con fondos públicos, pero independiente de la cadena de mando política y con un funcionamiento exclusivamente técnico.*

En relación con el Observatorio el CES comentaba anteriormente en el área de mejora 3 de la página 9 de su dictamen:

*Planteamos la oportunidad de incluir una instancia de investigación, análisis e información de carácter técnico y científico, que, con carácter independiente, pueda realizar una labor de asesoramiento experto y científico, aportando información y evidencia científica a la toma de decisiones de los órganos administrativos y políticos en los ámbitos del control y prevención de las enfermedades y problemas de salud. En este contexto y para estos fines, sugerimos la posibilidad de que pueda estudiarse la creación de una agencia de carácter técnico-científico independiente, o, a los efectos de evitar duplicidades, la adaptación, de acuerdo con estos principios, del Observatorio de Salud de Euskadi, concebido en el anteproyecto como un servicio orgánicamente adscrito al Departamento de Salud, pero cuyas funciones podrían ser homologables a las de la figura de agencia independiente que proponemos.*

El diseño de Observatorio de Salud de Euskadi previsto en la ley se corresponde con una unidad o servicio de investigación, análisis e información de carácter técnico y científico que puede dar respuesta adecuada al planteamiento del CES.

Las funciones planteadas por éste pueden ser realizadas por un observatorio de las características previstas en el Anteproyecto, no solo por una agencia de carácter independiente.

#### Artículo 86.-Comunicación en materia de salud pública

*El tenor de este artículo en su apartado 1 es el siguiente: "Las administraciones públicas que desarrollen actuaciones en materia de salud pública velarán por que sus acciones de información y publicidad respeten los criterios de inclusión, transparencia, exactitud, suficiencia, veracidad, eficacia y accesibilidad. La comunicación se hará de manera comprensible para los sectores de la población a los que va dirigida, evitando cualquier sesgo que pueda causar perjuicio a la salud o seguridad de las personas o a las legítimas expectativas de una información correcta y precisa en materia de salud pública".*

*No alcanzamos a comprender en este contexto el significado de "las legítimas expectativas de una información correcta y precisa en materia de salud pública, motivo por el que se solicita aclaración de esta expresión.*

Se acepta la sugerencia, porque mejora el texto, que queda así redactado:

1. Las administraciones públicas que desarrollen actuaciones en materia de salud pública velarán para que sus acciones de información y publicidad respeten los criterios de inclusión, transparencia, exactitud, suficiencia, veracidad, eficacia y accesibilidad. La comunicación se hará de manera comprensible para los sectores de la población a los que va dirigida, evitando cualquier sesgo que pueda causar perjuicio a la salud o seguridad de las personas y garantizando una información correcta y precisa en materia de salud pública. Asimismo, se asegurará que el enfoque, los canales de comunicación, los registros y la expresión utilizados sean lo más ajustados posibles a las personas y colectivos receptores y a los diferentes contextos.

#### Artículo 89.-Medidas especiales y cautelares

*Parece necesario en la letra d) del punto 3, que cuando se hace referencia a que "las medidas especiales y cautelares que tomen directamente las y los agentes deban ser objeto de ratificación o revisión por la autoridad sanitaria", se establezca un plazo acotado al efecto, por la posible gravedad de estas y en evitación de perjuicios si posteriormente no son ratificadas ya que no se hace mención en ningún precepto a consecuencia alguna derivada de la no ratificación posterior de éstas.*

A modo de aclaración, cabe indicar que la ratificación o revisión por parte de la autoridad sanitaria de estas medidas especiales y cautelares contemplarán también lo que se haya establecido por dichos agentes en cuanto a la acotación de plazos, en su caso.

#### Artículo 97.-Responsabilidad

*En su punto 2 se consagra la responsabilidad solidaria de las "personas propietarias del establecimiento", lo que no parece adecuado. La responsabilidad solidaria debe ser de los titulares del negocio con sus empleados, empleadas o dependientes. Nos preguntamos cuál podría ser la razón para que responda el propietario del local/establecimiento que, por ejemplo, lo tenga arrendado al titular del negocio.*

Se acepta la propuesta del CES y, en aras a aclarar y precisar, este punto pasa a tener la siguiente redacción:

2. Las personas titulares del establecimiento o negocio, sean físicas o jurídicas, deberán responder solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por sus empleados, empleadas o dependientes.

#### Disposición final primera. -Adaptación de la estructura y organización institucional.

*El tenor de esta disposición es el siguiente: "La elaboración de la planificación, coordinación, gestión y ejecución de la política en materia de salud pública se llevará a cabo por el órgano central de salud pública y sus unidades territoriales incardinadas con el resto de órganos bajo la dirección y tutela del departamento del Gobierno vasco competente en materia de salud. Para el cumplimiento de las funciones de salud pública y el efectivo desarrollo del sistema vasco de salud pública, el Gobierno vasco constituirá una estructura profesional y administrativa de régimen propio".*

*Si bien nos parece lógico que sea la Consejería de salud del Gobierno Vasco la competente y encargada de planificar, coordinar, gestionar, etc., la norma se redacta de forma muy indeterminada y con tiempos verbales de potencialidad, que sigue la tónica de otras disposiciones sobre las que nos hemos pronunciado con anterioridad y sobre las que hemos solicitado la elaboración de un desarrollo reglamentario urgente para precisar todos los aspectos que en esta ley quedan de forma excesivamente abierta.*

Esta cuestión ya ha sido respondida anteriormente.

### Disposición derogatoria única

*En virtud de esta disposición se deroga el artículo 13 de la Ley 8/1997, de 6 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que regula la figura del Plan de Salud de Euskadi. Comprendemos la necesidad de adaptación de la regulación del Plan a un concepto de "salud" más amplio que el vigente en el momento de elaboración de la Ley de Ordenación Sanitaria. No obstante, queremos poner en valor la importante contribución que la figura del plan de salud ha desarrollado en los esfuerzos por garantizar la mejora del nivel de salud y bienestar de la ciudadanía vasca, que resulta esencial preservaren la actuación en materia de salud a llevar a cabo bajo la nueva legislación, salvaguardando los elementos que en su andadura han demostrado un desempeño positivo sobre el terreno.*

El Departamento de Salud comparte esta valoración del CES en relación a poner en valor el Plan de Salud.

## 5. Análisis de las observaciones del informe de la Comisión de Gobiernos Locales.

A los efectos previstos en el artículo 90 de la Ley 2/2016, de Instituciones Locales de Euskadi (LILE), el Departamento de Salud del Gobierno Vasco remitió en fecha 24 de enero de 2022 a la Comisión de Gobiernos Locales de Euskadi el Anteproyecto de Ley de Salud Pública. Esta emitió el 14 de febrero de 2022 su informe donde se procede al examen de dicho texto, a fin de (tal y como se indica en su pg.2):

1. *Determinar si el anteproyecto estudiado produce o no una merma o vulneración en la autonomía de los entes locales, comprobando que la atribución/reconocimiento de competencias a los municipios en el anteproyecto resulta respetuosa con las previsiones del artículo 17 LILE, tanto en lo que se refiere a las materias cuanto en lo que hace a las concretas facultades que en cada materia se reconocen a los municipios.*
2. *Analizar si además el anteproyecto afecta a la potestad de auto organización y autonomía financiera de los municipios.*
3. *Examinar si el anteproyecto analizado atribuye competencias propias nuevas a los municipios y si por tanto resulta exigible al caso el anexo económico a que se refiere el artículo 18.3 LILE.*

Tras detallar el objeto del informe, hacer un repaso del contenido del Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi, y formular una serie de observaciones, el informe de la Comisión de Gobiernos Locales de Euskadi, en relación a los 3 aspectos de interés mencionados, concluye en sus páginas 8 y 9 que:

- *"El proyecto objeto de estudio articula el Sistema de Salud Pública de Euskadi sin afectar a las competencias de los distintos niveles institucionales (autonómico, foral o local) concernidos. En este sentido, es significativa la clara remisión a las competencias de los municipios en la LILE y resto del ordenamiento jurídico" (pg. 8).*



- *“En resumen, el anteproyecto respeta, por lo menos formalmente, las competencias de los municipios según el artículo 17 LILE, no interfiere la potestad municipal de autoorganización y no afecta a la autonomía financiera de los municipios” (pg. 9 del informe).*

### Aspectos competenciales

Tal y como pone de manifiesto el Informe de la Comisión de Gobiernos Locales, la redacción del anteproyecto ha sido muy cuidadosa y rigurosa en el respeto a las competencias de cada nivel institucional. De hecho, así lo establece el artículo 27 del anteproyecto:

*1. El Gobierno Vasco, las diputaciones forales y los ayuntamientos, que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi, ejercerán las actuaciones públicas y las medidas adoptadas en desarrollo y aplicación de esta ley, conforme a las competencias atribuidas a cada uno de ellos por la legislación sectorial en materia de salud, política comunitaria, gestión de las políticas en materia de industria, agricultura y pesca; seguridad, higiene y salud laborales; régimen local; comercio interior; publicidad y medios de comunicación; medio ambiente, planificación territorial y urbanismo; empleo y políticas sociales; educación; juventud; actividad física; estadística e investigación; vivienda; transportes; hacienda; economía; política de igualdad y cualesquiera otras relacionadas con la salud pública.*

*2. En aras a evitar solapamientos o concurrencias competenciales en la ejecución de competencias entre las diferentes administraciones públicas vascas, se podrán suscribir los instrumentos de colaboración interadministrativa y las fórmulas de ejercicio de competencias previstas en el ordenamiento jurídico que resulten más adecuadas para garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de la ciudadanía en materia de salud, a partir de criterios propuestos particularmente en el seno de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública prevista en el artículo 39, del Consejo Vasco de Salud Pública previsto en el artículo 44 de esta ley, así como en otros órganos de coordinación competentes en materia de salud. Estos instrumentos y fórmulas deberán acompañarse, en su caso, de los correspondientes sistemas de financiación.*

*3.- Las diferentes administraciones públicas actuarán de forma coordinada, con el fin de garantizar la cohesión del sistema y la eficiencia en la utilización de los recursos.*

En la página 6 de su informe, haciéndose eco de las alegaciones formuladas por EUDEL, la Comisión de Gobiernos Locales indica que percibe *cierta inconcreción en lo competencial: “El anteproyecto se refiere frecuentemente a las Administraciones públicas, sin mayor especificación”*.

Efectivamente, tal y como indica el artículo 27 del anteproyecto, dichas administraciones públicas *“ejercerán las actuaciones públicas y las medidas adoptadas en desarrollo y aplicación de esta ley, conforme a las competencias atribuidas a cada uno de ellos por la legislación sectorial”*. No se considera necesario concretar todas y cada una de las veces que se mencionan a lo largo del anteproyecto cuáles son las competencias atribuidas en toda esa normativa sectorial ya establecida.

### “Técnicas relacionales”

En su página 7, el informe de la Comisión de Gobiernos Locales indica que *"Tampoco contribuye a la claridad la continua referencia a técnicas relacionales (colaboración, cooperación o coordinación) en el ejercicio de la competencia"*, y señala la *"profusa cita que se hace a la coordinación administrativa como técnica de relación entre Administraciones"*.

El mencionado artículo 27 del Anteproyecto de Ley de Salud Pública alude, en efecto, a esta fórmula: *"Las diferentes administraciones públicas actuarán de forma coordinada, con el fin de garantizar la cohesión del sistema y la eficiencia en la utilización de los recursos"*.

En coherencia con este principio, son continuas las referencias a la coordinación, colaboración o sinergias, que se corresponden con uno de los fundamentos del anteproyecto, que es el paradigma de Salud en Todas las Políticas. Desde el conocimiento de los determinantes sociales de la salud, se considera el impacto favorable o desfavorable que tienen o pueden tener los diferentes niveles institucionales, los distintos sectores sociales y económicos y las políticas no sanitarias en la salud de las personas, y se impulsa la búsqueda de sinergias entre distintos ámbitos, niveles de gobierno y agentes sociales, con el fin de lograr resultados de salud más eficaces, equitativos y sostenibles, que los que se alcanzarían en solitario desde el sector de la salud o sanitario.

El anteproyecto de ley apuesta claramente por este *modus operandi* en salud pública. Uno de los objetivos de la nueva regulación en materia de salud pública es precisamente potenciar el trabajo colaborativo y coordinado entre las administraciones públicas en materia de salud y bienestar de la población, intensificándolo en las intervenciones locales, y con una clara definición y ordenación de las competencias, prestaciones y servicios en materia de salud pública que corresponden al Gobierno Vasco.

### Planificación

En las conclusiones del Informe de la Comisión de Gobiernos Locales (pg. 8) se indica lo siguiente: *"Se ha diseñado el régimen de la planificación en la materia ignorando a los municipios. Es cierto que se prevé la existencia de planes de salud pública municipales, pero es también cierta la desconexión de la planificación autonómica. Los planes municipales pueden existir o no y no son instrumento necesario de la planificación de la salud"*.

Previamente, en la página 5 del informe se manifestaba que *"de esta regulación se desprende que la intervención de los municipios en la planificación del sistema de Salud Pública de Euskadi ni siquiera es obligatoria"*.

El informe alude a la planificación, entendiéndola como *"planificación del sistema de salud pública de Euskadi"*. En realidad, no es tal lo que prevé el artículo 24 del anteproyecto, puesto que regula lo relativo al Plan de Salud de Euskadi (que no se corresponde con la planificación del sistema de salud pública).

En todo caso, cabe recordar que el artículo 24 del anteproyecto indica lo siguiente:

1. *El Plan de Salud es el instrumento superior de planificación, ordenación, priorización y coordinación de las políticas, estrategias y actuaciones en materia de salud en Euskadi, de acuerdo con los principios rectores establecidos en la presente ley. Es, además, el marco*

*indicativo de las acciones en salud y orienta las políticas, intervenciones y estrategias de otros sectores con impacto en la salud de la población.*

*El Plan de Salud contendrá las directrices, objetivos y actuaciones a desarrollar en el territorio de la Comunidad Autónoma en materia de salud y tendrá, al menos, los contenidos siguientes:*

- a) El análisis y diagnóstico del estado de salud de la población.*
- b) La identificación de los planes y políticas del Gobierno Vasco que tienen o pueden tener incidencia en la salud, al objeto de identificar y establecer las sinergias necesarias y favorecer la acción interinstitucional e intersectorial a favor de la salud de la población.*
- c) La priorización de las intervenciones según los determinantes de la salud y las desigualdades sociales en salud, así como la priorización de los colectivos de atención preferente según las patologías más prevalentes, graves, invalidantes o huérfanas.*
- d) Los indicadores de seguimiento y de resultados para la evaluación de los objetivos de salud, de gestión y de calidad del sistema.*

*2. El departamento competente en materia de salud presentará, con una periodicidad de 8 años, un Plan de Salud que será aprobado por el Gobierno Vasco y elevado al Parlamento Vasco para su conocimiento. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por los órganos de participación y coordinación previstos en esta ley, así como por otras instituciones y entidades con competencias en materia de salud pública.*

*A los 4 años de vigencia del Plan se realizará una evaluación de los objetivos y actuaciones del Plan de Salud de Euskadi, que será remitido al Parlamento Vasco. El Plan podrá ser modificado y adaptado según los resultados de la evaluación y las necesidades detectadas.*

En este sentido, el artículo 24 del anteproyecto da continuidad y validez a la definición de Plan de Salud recogida en el artículo 13 de la Ley de Ordenación Sanitaria (LOSE), vigente desde 1997, que establece lo siguiente:

*Corresponde al Departamento competente en materia de sanidad elaborar anualmente y remitir al Parlamento un informe con la evaluación de los objetivos y determinaciones del Plan de Salud de Euskadi.*

Ni la LOSE ni el Anteproyecto de Salud Pública indican de forma expresa cómo ha de elaborar el Plan de Salud el Departamento competente, ni en colaboración con quién. Cabe indicar, a este respecto, que la colaboración interinstitucional e intersectorial se tuvo en cuenta en la elaboración y seguimiento del Plan de Salud vigente, así como en el actual proceso de elaboración del nuevo plan. Y, a tenor del anteproyecto, los municipios contarán con representación tanto en la Comisión Interinstitucional de Salud Pública (art. 39) como en el Consejo Vasco de Salud Pública (art. 44), ambos de nueva creación, y que deberán emitir informe preceptivo en relación al Plan de Salud. Además, el artículo 24 de anteproyecto establece muy claramente que en *“la elaboración del Plan deberán tenerse en cuenta las propuestas formuladas por otras instituciones y entidades con competencias en materia de salud pública”* (como es el caso de los municipios).

Aún más, subrayando el principio de autonomía municipal, el artículo 25 del anteproyecto incide en que las entidades forales, locales y comarcales podrán contar con su propia estrategia o plan de salud, que deberán ser coherentes con el Plan de Salud de Euskadi:

- 1. En coherencia con el Plan de Salud de Euskadi, las entidades locales, comarcales y forales podrán diseñar y aprobar su propia estrategia o plan de salud, atendiendo a las peculiaridades de su entorno y población.*
- 2. De conformidad con los principios y objetivos de esta ley, y en coherencia con el Plan de Salud de Euskadi, los planes o estrategias locales, comarcales y forales de salud se configurarán como instrumento de planificación, ordenación y coordinación que recogerán el conjunto ordenado de programas y actuaciones que se realicen en materia de salud, respectivamente, en los ámbitos foral, municipal y supramunicipal.*
- 3. El plan foral, local o comarcal de salud contendrá los objetivos, así como los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para su desarrollo.*
- 4. El órgano competente de la aprobación del plan local, comarcal o foral de salud será el responsable de su evaluación periódica y seguimiento.*
- 5. Los planes locales, comarcales o forales de adicciones y drogodependencias que elaboren los entes locales estarán alineados con el Plan de Salud y con el Plan sobre Adicciones de Euskadi, como instrumentos superiores de planificación, ordenación y coordinación en materia de salud y de adicciones.*

### Rango normativo de algunos aspectos regulados

Entre sus conclusiones el Informe de la Comisión de Gobiernos Locales, en la página 9, señala lo siguiente, con respecto al anteproyecto: *“Su objeto real es la formulación de principios generales, la previsión de instrumentos de planificación de nivel autonómico, la implantación legal de órganos y la dotación a los poderes públicos de instrumentos para poder responder a situaciones de emergencia sanitaria o pandemia. Quizás la reflexión a hacer tenga más que ver con el elevado rango normativo, en algunos casos no justificados, que se da a todos esos aspectos objeto de la regulación analizada”*.

El rango normativo del anteproyecto de Ley de Salud Pública se entiende que es ajustado (se trata de una norma marco) y que se justifica por el propio objeto de la norma planteada:

- a) Salvaguardar y potenciar el mayor nivel posible de la salud de la población vasca como bien público de máximo interés, garantizando los derechos de las personas en materia de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad; actuar sobre los determinantes de la salud; prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad; y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.*
- b) En base a los objetivos de desarrollo sostenible y su articulación para Euskadi, incorporar la perspectiva de la Salud en Todas las Políticas y acciones públicas, así como en las iniciativas promovidas desde las organizaciones de la sociedad civil, asociaciones profesionales y entidades privadas.*

*c) Definir y ordenar las competencias, prestaciones y servicios en materia de salud pública; determinar las atribuciones y actuaciones de la autoridad sanitaria; y sentar las bases para la coordinación y, en base a las competencias atribuidas a cada una de ellas, la colaboración entre las administraciones públicas con funciones de salud pública de los diferentes niveles (local, autonómico, estatal e internacional) y con otros sectores sociales implicados.*

*d) Crear el Sistema de Salud Pública de Euskadi, que se configura como una red articulada, de responsabilidad pública, cuya finalidad en base al paradigma de Salud en Todas las Políticas, es ofrecer un conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible. El Sistema de Salud Pública de Euskadi se conforma, en coordinación con el Sistema Sanitario de Euskadi y las redes de centros de investigación y de conocimiento en salud y resto de instituciones sectoriales con incidencia en la salud, con recursos propios cualificados y bajo principios de funcionamiento que, basados en el buen gobierno del sistema, garantizan la aplicación de las acciones y prestaciones de salud pública con la máxima competencia, excelencia y eficiencia social y contribuyen a generar en la ciudadanía confianza y seguridad.*

## 6. Análisis de las observaciones del informe de la Oficina de Control Económico.

A los efectos de cumplir con lo establecido en el Decreto Legislativo 2/2017, de 19 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Control Económico y Contabilidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, con fecha 16 de diciembre de 2021, remitió el expediente relativo al Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi a la Oficina de Control Económico. Esta emitió su informe con fecha 8 de marzo de 2022.

En dicho documento, la Oficina de Control Económico da cuenta del objeto del anteproyecto, de los antecedentes y de la documentación remitida, y procede a un análisis del mismo, haciendo unas consideraciones previas en relación a su incidencia económica, examinando el procedimiento utilizado, el texto y el contenido, así como la incidencia económica en otras administraciones, los particulares y la economía en general. A lo largo del informe se formulan una serie de observaciones, que se consideran y analizan en el siguiente apartado, y entre las que destacan las "*relativas a los aspectos organizativos y a la eventual creación de una entidad nueva*" (pg. 18). El informe de la Oficina de Control Económico no sugiere ni plantea textos alternativos al articulado del anteproyecto. Se analizan en los siguientes párrafos, siguiendo el orden del informe emitido por la OCE.

### Antecedentes y documentación remitida

En la página 3 del informe se indica que la fecha prevista para la aprobación por parte del Consejo de Gobierno del Proyecto de Ley de Salud Pública no se va a cumplir. Cabe señalar, a este respecto, que, en la tramitación de un proyecto de ley, una vez comienza la fase de informes preceptivos, los plazos ya no dependen del Departamento proponente, sino de las entidades que deben emitir dichos informes preceptivos, y del cumplimiento o incumplimiento de los plazos que tienen para ello.

En la página 5 del informe, la OCE hace notar que en la documentación que le remitió en su día el Departamento de Salud no figuraba el Informe de la Comisión de Gobiernos Locales. Ésta lo emitió el 14 de febrero de 2022 y, dos días después, con fecha 16 de febrero de 2022, fue incorporado al expediente, tal y como señala el propio informe de la Oficina de Control Económico.

Posteriormente, en las páginas 5 y 6 se indica que *"Si bien es cierto que en el expediente consta una memoria en relación con la valoración de las alegaciones recibidas e informes realizados por las diversas instancias que han participado, hasta el momento, en la tramitación del anteproyecto, ha de recordarse que, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 10.2 de la Ley 8/2003, de 22 de diciembre, en el expediente debe constar una memoria sucinta de todos los trámites practicados previos a su aprobación, su resultado y las modificaciones realizadas en el texto del proyecto para adecuarlo a las observaciones y sugerencias de los diferentes informes evacuados, y de manera especial las contenidas en los de carácter preceptivo. Se justificarán con suficiente detalle las razones que motiven la no aceptación de las observaciones contenidas en tales informes, así como el ajuste al ordenamiento jurídico del texto que finalmente se adopte."*

En relación con esta cuestión, cabe señalar, por una parte, que los aspectos referidos en la observación ya constan en el expediente, dando cuenta de todo lo realizado por el Departamento de Salud en la presente legislatura y con relación al expediente actual. Por otra parte, en el análisis del procedimiento que realiza en la página 7 de su informe, la propia Oficina de Control Económico manifiesta que *"Consideramos que la documentación remitida se acomoda sustancialmente a las previsiones del artículo 41 y ss del Decreto 464/1995, de 31 de octubre, por el que se desarrolla el ejercicio del control económico interno y la contabilidad en el ámbito de la Administración de la comunidad Autónoma de Euskadi, y resulta suficiente para que esta Oficina materialice su actuación de Control económico normativo"*.

#### Análisis del texto y del contenido

La Oficina de Control Económico destaca que *"De la documentación examinada, se desprende que en el texto presentado han sido tomadas en consideración y en parte atendidas las alegaciones formuladas por las entidades partícipes en el proceso de elaboración"* (página 8).

#### Consideraciones relativas a aspectos organizativos

La Oficina de Control Económico, tal y como hizo la Dirección de Función Pública en su informe, muestra preocupación por la organización de la Salud Pública que establece el anteproyecto. Así, en la página 8 señala que *"se contempla un elenco de figuras u organizaciones, algunas con funciones públicas, potestades administrativas... que no aparecen bien definidas o categorizadas con el nombre en derecho que les corresponda, la mayoría como previsión de creación o reglamentación en un futuro, pero cuya regulación carece de la necesaria seguridad y certeza jurídicas."*

Tal y como se indicó en la memoria relativa al informe de la Dirección de Función Pública, *"el Departamento proponente es consciente de que la terminología empleada de "estructura profesional administrativa de régimen propio" no se incluye dentro de la terminología establecida en la normativa vigente; se optó por la formulación empleada para poder dar cobertura a la futura creación, desde una perspectiva general, puesto que todavía se desconoce la tipología concreta"*.

A continuación, el Informe de la OCE pasa a analizar algunas de las estructuras propuestas en el anteproyecto.

En cuanto al Órgano central de salud pública previsto en el artículo 35 del anteproyecto, a lo largo de las páginas 9, 10 y 11 de su informe, la OCE considera que se trata de una entidad de nueva creación y cuestiona su formulación, así como la expresión "*estructura profesional y administrativa de régimen propio*" que se indica en la Disposición Final primera, relativa a la adaptación de la estructura y organización institucional. A este respecto, el Departamento de Salud propone una nueva redacción para dicha disposición final primera, que pasaría a ser ésta:

Disposición Final primera. - Adaptación de la estructura y organización institucional

La elaboración de la planificación, coordinación, gestión y ejecución de la política en materia de salud pública se llevará a cabo por el órgano central de salud pública y sus unidades territoriales incardinadas con el resto de órganos bajo la dirección y tutela del departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud.

Para el cumplimiento de las funciones de salud pública y el efectivo desarrollo del sistema vasco de salud pública, el Gobierno Vasco contará con una estructura profesional y administrativa que permita el desarrollo de las funciones de salud pública de manera adecuada.

Todo ello, sin perjuicio de que, para el desarrollo de las funciones de salud pública, se determine la necesidad de configurar una entidad cuya creación y regulación se reserva a la ley.

En aras también a la claridad, y a resultas de una observación señalada en una nota a pie de página en la página 9 del informe de la OCE, el Departamento proponente introduce un cambio en el primer párrafo del artículo 35 del anteproyecto, que queda redactado de la siguiente forma:

El órgano central de salud pública de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi será aquel que, en base al correspondiente decreto de estructura orgánica del Departamento de Salud, tenga encomendadas las funciones de salud pública. Dicho órgano será la unidad de dirección y coordinación de todos los dispositivos y recursos de salud pública propios de la administración general y de la administración institucional y ejercerá, entre otras, las siguientes funciones:

En todo caso, cabe aclarar que el denominado en el anteproyecto "*órgano central de salud pública*" no es una entidad nueva, ni se pretende a la fecha actual crear una nueva estructura. Tal como indica el artículo 2 del vigente Decreto 116/2021 de 23 de marzo por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud, los órganos centrales del Departamento de Salud incluyen a la Dirección de Salud Pública y Adicciones como órgano central competente en dicha materia. La utilización de dicha denominación de forma generalizada en el anteproyecto de Ley de Salud Pública evita adscribir denominaciones coyunturales que puedan resultar obsoletas ante futuros cambios estructurales.

Con respecto a la futura constitución de una estructura profesional y administrativa, tal y como se indica en la Disposición final primera, el anteproyecto permanece deliberadamente neutro en su naturaleza para permitir el ejercicio de su estudio y debate adecuados, los cuales no han podido desarrollarse durante la tramitación del anteproyecto en el año 2021 a causa de la pandemia del COVID-19. Sería contraproducente paralizar la tramitación de una ley de gran importancia, por un aspecto que podrá desarrollarse posteriormente. Por ello, la posible futura constitución de una estructura profesional y administrativa propia no implica consideraciones de orden estructural ni económico en el ejercicio 2022.

Finalmente, en relación con esta cuestión puede tener interés recordar que la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, en su artículo 73, establecía el "*Órgano de apoyo y asistencia*", con esta formulación: "*El órgano competente en materia de adicciones será el órgano de apoyo y asistencia al Gobierno Vasco en las funciones que a este correspondan en esta materia. La estructura de este órgano de apoyo y asistencia se establecerá reglamentariamente.*" Y así se estableció mediante el DECRETO 25/2018, de 20 de febrero, sobre desarrollo del dispositivo institucional contenido en la Ley de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias. Esta formulación no ha supuesto la creación de ninguna entidad nueva, ni ninguna inseguridad jurídica, tal y como se ha puesto de manifiesto en los 6 años transcurridos desde la aprobación de esta norma. El órgano de apoyo y asistencia del Gobierno Vasco en materia de adicciones ha sido y es, en base a los correspondientes decretos de estructura, la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud.

En las páginas 11 y 12 de su informe, la Oficina de Control Económico analiza el Sistema de Información de Salud Pública de Euskadi, al que hacen referencia los artículos 68 y ss. del anteproyecto. Cabe señalar, a este respecto, que el informe emitido por la OCE parece entremezclar dicho Sistema de Información con el Observatorio de Salud de Euskadi, cuando dice lo siguiente: "*Del artículo 73, que remite a desarrollo reglamentario su composición, funciones, organización y funcionamiento, parece que la ley crea el "Sistema", pero no lo crea expresamente ni configura su naturaleza jurídica.*" El Sistema de Información de Salud Pública de Euskadi (como conjunto, sistema o red articulada que permite contar con la información precisa para proteger la salud de la ciudadanía) es objeto de los artículos 68 a 71 del anteproyecto. En cambio, lo relativo al Observatorio de Salud se establece en los artículos 72 y 73. Y lo que se remite a desarrollo reglamentario en el artículo 73 es la composición, funciones, organización y funcionamiento del Observatorio, como unidad o servicio de estudio, investigación y análisis adscrito al Departamento competente en salud.

El anteproyecto de Ley define el sistema de información en salud pública, de manera similar a como lo hace la Ley General de Salud Pública 33/2011. La mayoría de subsistemas de información que conforman el sistema de información en salud pública existen en estos momentos, por lo que no es necesario considerar partidas económicas adicionales para su creación. Como todos los sistemas de información, son susceptibles de mejora continua, de adaptación a realidades cambiantes y de evolución a medida que las necesidades, el conocimiento, las tecnologías y los objetivos evolucionan. Los cambios que se susciten en un futuro no implican consideraciones económicas en el ejercicio 2022 directamente derivadas de este anteproyecto de ley.



El Observatorio de Salud de Euskadi, el registro temporal y permanente de mortalidad por patologías profesionales y todas otras estadísticas, registros, encuestas y estudios, sistemáticos o no, necesarios para conocer y evaluar los determinantes de la salud, los problemas de salud, el nivel de salud, de calidad de vida y de bienestar, los riesgos para la salud y las actividades sanitarias y de salud pública... y otros aspectos relevantes para el ejercicio de las funciones de salud pública, tal como se recoge en el anteproyecto de Ley de salud Pública y también en la Ley General de Salud Pública, conforman el Sistema de Información de Salud Pública. El cómo participan en dicho sistema es un aspecto técnico que es desarrollado fuera de esta ley. En todo caso, no supone implicaciones directas de orden económico en el ejercicio 2022.

Pasa después el informe de la Oficina de Control Económico a señalar (en la página 13) que la memoria económica no estima los gastos de la eventual asistencia (que puede darse, o no darse) de personas expertas a las sesiones de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública regulada en los artículos 38 y 39 del anteproyecto. A este respecto, cabe decir que se estima que su impacto será pequeño, pues se reducirá al abono de gastos o dietas que, en base a la normativa vigente en cada momento, correspondan a los representantes procedentes de entidades ajenas a las administraciones públicas (de forma similar a lo señalado en dicha memoria económica con relación a la asistencia al Consejo Vasco de Salud Pública).

Más adelante, en la página 14 de su informe, la Oficina de Control Económico hace la siguiente observación:

*“La memoria económica señala que el Decreto 116/2021, de 23 de marzo, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud, en su artículo 9, enumera las funciones de la actual Dirección de Salud Pública y Adicciones y constituye, en consecuencia, un catálogo de las prestaciones del Gobierno Vasco en esta materia, a día de hoy. No obstante, el elenco de prestaciones que se derivan de la regulación propuesta incrementa o desarrolla las actuales, al menos en lo que tiene que ver con pandemias o crisis sanitaria, salud escolar, laboral..., previéndose en el artículo 28.h) “la aprobación de las nuevas prestaciones de salud por parte del Gobierno Vasco”, prestaciones cuyo coste no se estima, respecto al actual.”*

En relación con esta cuestión, es preciso indicar que hay varios conceptos que parecen entremezclarse, cuando son cuestiones muy diferentes (competencias, prestaciones y funciones). Así, el artículo 28 del anteproyecto no se refiere a las funciones del órgano central de la salud pública, ni a las prestaciones de salud pública, sino a las competencias del Gobierno Vasco en materia de salud pública, entre las cuales está “la aprobación de las nuevas prestaciones de salud pública”. Nótese que dicho artículo alude a nuevas prestaciones de salud pública, no a nuevas prestaciones de salud (que son las mencionadas por el informe de la OCE), sin que sean conceptos equivalentes. Por otra parte, el hecho de tener la competencia de establecer nuevas prestaciones no implica que necesariamente se establezcan dichas nuevas prestaciones. En todo caso, el anteproyecto no establece nuevas prestaciones con respecto a las existentes en la actualidad.

## 7. Análisis de las observaciones del dictamen de la Comisión Jurídica Asesora.

Con fecha 27 de mayo de 2022 se ha recibido el Dictamen 81/2022 de la Comisión Jurídica Asesora de Euskadi. En dicho dictamen, tras una serie de consideraciones de carácter general, la enumeración de documentos que integran el expediente y la descripción de los trámites seguidos, y por lo que al procedimiento de elaboración del anteproyecto se refiere, la Comisión entiende que se han cumplimentado suficientemente los trámites preceptuados por la Ley 8/2003, si bien se indica que no consta el informe de la Agencia Vasca de Protección de Datos. Informe que es solicitado el día 6 de junio de 2022 y recibido el día 12 de julio de 2022. Por otra parte, cabe reseñar que la COJUAE valora positivamente la exhaustividad y el detalle de la memoria de alegaciones y la respuesta individualizada a todas las alegaciones y efectuadas (párrafo 104 del dictamen), así como el procedimiento de elaboración, que ha permitido un debate sobre la norma y la mejor forma de lograr los objetivos que persigue (párrafo 122).

En cuanto al marco normativo y título competencial, el Dictamen (párrafos 35 a 65) concluye que, aunque la ley se ampare en varios títulos competenciales, resulta claramente preferente el previsto en el artículo 18 del Estatuto de Autonomía del País Vasco por el que se atribuye a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior. En el ámbito intracomunitario concluye, igualmente, que el anteproyecto no altera el marco de distribución competencial contemplado en la normativa que regula las instituciones locales o las relaciones con los órganos forales.

Finalmente, tras el análisis del contenido del anteproyecto, la Comisión procede a dictaminar favorablemente el Anteproyecto de Ley sobre Adicciones para que pueda elevarse al Consejo de Gobierno, una vez se proceda a subsanar las advertencias recogidas en el cuerpo del dictamen.

Se procede a continuación a analizar las consideraciones del dictamen y a incorporar en el texto del anteproyecto los cambios que se deriven. Siguiendo el planteamiento de la propia COJUAE en el párrafo 125 de su dictamen, en primer lugar, se reseñan, en bloques, las observaciones y planteamientos más relevantes formulados por la COJUAE en relación con cuestiones competenciales y facultades de coordinación; emergencias sanitarias; organización de los servicios de salud pública; potestad sancionadora; y tratamiento de datos personales. Posteriormente se detallan, artículo por artículo, el resto de consideraciones que afectan al anteproyecto.

Como observación, cabe indicar que los números de los artículos a los que se hace referencia en esta memoria, son los números que figuran en el texto del anteproyecto remitido a la COJUAE en fecha 21 de marzo de 2022.

### Principales observaciones formuladas por la COJUAE

En primer lugar, el dictamen de la COJUAE hace referencia a determinadas observaciones generales que, según considera, exigen una mayor atención, así como a contenidos que, agrupados por materias, son objeto de un tratamiento conjunto. El dictamen realiza el análisis en dos bloques.

El primero de los bloques agrupa las cuestiones relacionadas con las emergencias sanitarias.

El segundo bloque agrupa consideraciones de carácter general que afectan al anteproyecto en materias de distribución competencial y facultades de coordinación, la organización de los servicios de salud pública en la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, la potestad sancionadora y la protección de datos personales.

### 1.- Emergencias sanitarias

En el primer bloque referido a las emergencias sanitarias se analiza específicamente la regulación contenida en los artículos 90 y 91, incidiendo en la regulación sobre las medidas en situación de emergencia, el entronque con la normativa de emergencias, las adaptaciones organizativas y la alteración de funciones y tareas del personal y la autorización o ratificación judicial de las medidas de intervención.

Atendiendo a las consideraciones previstas en los epígrafes 176 a 178, 181, y 187 a 190 del dictamen, se ha adaptado la redacción de los artículos 90 y 91 del anteproyecto.

En consonancia con dichas consideraciones y la vinculación con otras previsiones recogidas en el articulado del anteproyecto, se han revisado las menciones correspondientes realizando, en su caso, las modificaciones pertinentes.

Así, se ha modificado la redacción del artículo 4 de Funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi en su letra f), de acuerdo con lo señalado en los epígrafes 198 a 201 del dictamen.

Por otra parte, se han realizado las modificaciones correspondientes del artículo 28.1 de las competencias del Gobierno Vasco, el artículo 35 que hace referencia a las funciones que serán ejercidas por la estructura organizativa de la salud pública y el artículo 82 sobre las funciones de la autoridad sanitaria, teniendo en cuenta lo recogido en los epígrafes 200, 201 y 205 y 206.

En esta materia, y sobre la propuesta de modificación del artículo 50, se han eliminado los puntos 1, 2, 6 y 7.

Así mismo se ha eliminado la redacción del artículo 22.4 sobre la situación de emergencia en relación con los profesionales de la salud pública y, en relación con el 22.4, el artículo 57.f), así como la mención al entorno asistencia privada del artículo 31.2, de acuerdo con lo previsto en los epígrafes 221 y 228 a 230.

Según se indica en el epígrafe 166 del dictamen, se ha incluido parte de la referencia a las medidas prevista en el artículo 58.1.b. en el artículo 90.

### 2.- Distribución competencial y facultades de coordinación

El segundo bloque sobre observaciones generales se refiere en primer lugar a cuestiones relativas a la distribución competencial y facultades de coordinación.

Sobre la distribución competencial, la Comisión Jurídica realiza dos observaciones: la primera indica que ha de ser la ley sectorial la llamada por la Ley 2/2016, de 7 de abril, de instituciones locales de Euskadi (LILE) la que debe definir el ámbito de actuación local en cada ámbito material; y la segunda, por su parte, reconoce la dificultad que entraña la delimitación de la Administración competente, la

necesidad de aclarar la atribución de determinadas materias a las distintas administraciones en su ámbito competencial.

En relación con esta cuestión, considerando que el artículo 1 del Objeto del anteproyecto en su apartado c) indica, entre otros, como objeto de la ley, "definir y ordenar las competencias en materia de salud pública", se han realizado las modificaciones correspondientes en el articulado, de manera que la atribución de funciones se refiere al ámbito competencial propia de cada administración.

En los epígrafes 257 a 262 de su dictamen, la COJUAE plantea una serie de cuestiones en relación con la delimitación de competencias de las distintas administraciones públicas implicadas en materia de salud pública, y reconoce que "sería una labor inabordable delimitar en el texto normativo con total exactitud las que corresponden a cada una de ellas". Tras proceder a la revisión de los artículos 20 y 27, se opta por mantener su redacción, incorporando al final del 20.1 la frase "dentro de sus respectivas competencias".

Respecto a las facultades de coordinación, el dictamen recomienda reelaborar los contenidos relativos a las competencias de coordinación teniendo en cuenta la consideración de esta facultad como una competencia distinta y específica por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional y la necesidad de establecer límites a esta facultad.

De acuerdo con esta recomendación recogida en los epígrafes 270 a 273 del dictamen, se han realizado las modificaciones correspondientes al artículo 34 del anteproyecto, regulando los aspectos relativos a la coordinación en un nuevo artículo, e incorporando en este artículo las aclaraciones pertinentes con la finalidad de acotar la facultad de coordinación. No obstante, pese a la consideración por la comisión jurídica del Plan de Salud de Euskadi como instrumento de coordinación de las actuaciones de las distintas Administraciones Públicas en materia de salud pública, no se ha de otorgar tal consideración al plan, que no trata de articular la coordinación de las actuaciones, y que no requiere, por tanto, la aprobación por parte de las distintas administraciones objeto de coordinación.

### 3.- Organización de los servicios de salud pública en la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco

En cuanto a las cuestiones vinculadas a la organización de los servicios de salud pública en la Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco también incluidas en el bloque segundo de consideraciones de la comisión jurídica, se ha reformulado el artículo 34.2 y, en consonancia con este, se ha suprimido la anterior disposición final primera, incorporando una nueva disposición transitoria primera.

De esta manera, las funciones de salud públicas atribuidas a la estructura organizativa serán ejercidas por el órgano del departamento del Gobierno Vasco que tiene atribuidas actualmente dichas funciones, hasta su desarrollo normativo.

Por otra parte, se han modificado el artículo 33 del anteproyecto atribuyendo al departamento con competencias en materia de salud la facultad de proponer al Lehendakari los medios de coordinación dado que la función de coordinación le corresponde al mismo.

Todo ello, en consonancia con lo dispuesto en los epígrafes 274 a 288.

En lo que se refiere al planteamiento de una estructura territorial en materia de salud pública de acuerdo con lo establecido en los epígrafes 289 y 290, se ha optado finalmente por no formular a través del anteproyecto la organización territorial, de forma coherente con la voluntad manifestada en el anteproyecto, y se han eliminado los artículos 36 y 37.

#### 4.- Potestad sancionadora y régimen sancionador

En lo que se refiere a la regulación de la potestad sancionadora incorporada al anteproyecto y, de acuerdo con las consideraciones recogidas en el dictamen relativas al segundo bloque, se han realizado las modificaciones correspondientes para realizar su encaje en la regulación general correspondiente a esta potestad. Las modificaciones se refieren al artículo 94 de los tipos de infracciones y su graduación que han sido revisadas, eliminando aquellas que, en su caso, pueden considerarse que reiteran las infracciones previstas en legislación específica y en la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi. Asimismo, se refieren al artículo 95 de las sanciones estableciendo un límite máximo y el artículo 98 del órgano competente remitiendo a la disposición adicional tercera la necesaria adaptación de las ordenanzas municipales.

#### 5.- Protección de datos personales

En último lugar en el segundo bloque, y en lo que se refiere a la materia de protección de datos personales, en los términos del dictamen de la comisión jurídica se solicitó con fecha 6 de junio informe a la Agencia Vasca de Protección de Datos. Se procede a analizar el informe en el último punto de la presente memoria.

#### Otras observaciones al articulado

A continuación del apartado I de Observaciones generales, el dictamen de la COJUAE introduce un apartado II de Otras observaciones al articulado. Este detalla a lo largo de sus epígrafes 380 a 537 una serie de consideraciones de distinta índole y que afectan a distintos artículos.

La Exposición de Motivos se completa atendiendo a las indicaciones de las COJUAE en los párrafos nº 380, 301 y 382 de su dictamen, que hacen referencia al ámbito competencial y al contexto normativo en el que se dicta la norma.

El artículo 2, relativo al ámbito de la ley, es modificado en base a las observaciones formuladas por la COJUAE en los epígrafes 383, 384 y 385, en relación a la incidencia de la norma en las entidades privadas que desarrollan acciones con impacto en la salud pública.

El artículo 3 de principios rectores se pospone detrás del relativo a las definiciones, pasando a ser el nº 5. Se modifica la formulación del principio de precaución, en base al planteamiento de los párrafos 494 a 407 del Dictamen de la COJUAE.

El artículo 5 de definiciones es revisado a la luz de los epígrafes 286 a 391 del Dictamen de la COJUAE, que recomienda la separación del concepto de salud pública y del reparto de responsabilidades, indica la existencia de determinados conceptos duplicados y sugiere la inclusión de conceptos definidos en otras partes del anteproyecto. En consecuencia, se traen a este artículo definiciones que aparecían en otros artículos del anteproyecto (autoridad sanitaria, intervención administrativa en materia de salud pública, zoonosis, evaluación de impacto en salud); se desgajan las definiciones de factor de riesgo y factor de protección y se elimina la referencia a la salud comunitaria. Así mismo, varias definiciones son objeto de modificación.

Por otra parte, el concepto de salud pública pasa a ser recogido en un nuevo artículo (5), pues, tal y como indica la COJUAE en el párrafo 389, tiene entidad suficiente como para ser objeto de un artículo independiente.

En el artículo 6, sobre derechos de la ciudadanía en relación a la salud pública, se elimina la referencia a derechos lingüísticos del punto 3 (cf. párrafos 526 a 537 del Dictamen COJUAE) y se introduce un nuevo contenido para dicho punto 3 (cf. epígrafes 392 y 393; 442), que remite a las prestaciones de salud pública reseñadas en el capítulo V. En coherencia con esta modificación, el artículo 8, que detallaba las prestaciones en salud pública a las que la ciudadanía tiene derecho, se suprime, por entender que están suficientemente recogidas en el capítulo V.

El artículo 18 (Salud en Todas las Políticas) se adelanta y pasa a ser a partir de ahora el artículo 6, en base a la sugerencia del párrafo 545, por entender que es una ubicación más adecuada.

El artículo 19, relativo al Sistema de Salud Pública de Euskadi, pasa a ser el primero del Capítulo II. La COJUAE, en los epígrafes 394 a 399, recomienda la revisión y aclaración de determinadas cuestiones relacionadas con la determinación de dicho sistema. Fruto de dicha revisión, se corrigen algunas cuestiones puntuales a lo largo del articulado.

El artículo 21, que aborda la Evaluación de resultados e impacto en la salud, se modifica para eliminar la definición de este concepto (recogida en el artículo sobre definiciones) y sustituir la inicial referencia de "valoración" por "evaluación", en base a las consideraciones de la COJUA de los epígrafes 400 a 408.

En el artículo 22 (profesionales de la salud pública) se elimina el párrafo número 4, atendiendo a las indicaciones de los párrafos 228 y 229 del dictamen COJUAE.

El artículo 24, que aborda el Plan de Salud de Euskadi, es objeto de análisis en el párrafo 409 del dictamen. La COJUA plantea "reflejar de forma más clara la participación en el proceso de su elaboración de las administraciones locales y forales y de aquellas entidades del sector privado que se vayan a ver afectadas por su contenido". No se considera necesario dicha explicitación, en tanto en cuanto las administraciones locales y forales contarán con representación tanto en la Comisión Interinstitucional de Salud Pública (artículo 39) y, a través de ésta, en el Consejo Vasco de Salud Pública (artículo 44), órganos que deben ser informados del Plan de Salud. En lo relativo a la elaboración del Plan de Salud, el texto del anteproyecto recoge lo establecido en la Ley de Ordenación Sanitaria, que hasta la fecha no ha impedido la participación de las entidades locales y forales en el proceso de elaboración de los planes de salud elaborados hasta el momento.

La redacción del artículo 33 (La salud pública en la Administración General de la Comunidad de Euskadi) es objeto de varias adecuaciones. Su punto 2 recoge, además, una referencia expresa al papel del Lehendakari como coordinador de la acción del Gobierno Vasco, haciéndose eco de la observación del epígrafe 286 del dictamen.

En cuanto al artículo 38, la COJUAE (epígrafes 410-411) sugiere revisar la redacción que alude a la colaboración entre las administraciones que integran el Sistema de Salud Pública y sobre la delegación de competencias. Tras revisar estos artículos, el Departamento de Salud decide mantenerlos por entender que no precisan mayor aclaración.

Por su parte, atendiendo a lo expuesto en los párrafos 412, 413 y 414 del dictamen, el artículo 39 (Comisión Interinstitucional de Salud Pública) es modificado en sus puntos 1, 2 y 5, en aras a clarificar y mejorar su redacción. La COJUAE apela a considerar lo establecido en la reciente Ley 3/2022, de 12 de mayo, del sector público vasco (de aprobación posterior a la redacción y tramitación del Anteproyecto de Ley de Salud Pública), cuyo artículo 18 regula los órganos colegiados. El Departamento proponente entiende que la creación de esta comisión interinstitucional –la necesidad de que todas las instituciones con competencias en salud pública trabajen coordinadamente- queda suficientemente motivada en el propio artículo 39, así como en la exposición de motivos.

El artículo 40, que se refiere a la coordinación con el Estado y otras administraciones competentes, es objeto de comentario por parte de la COJUA en los párrafos 415 a 420. En consecuencia, se aligera el texto al eliminar una frase del punto nº 4.

Igualmente se procede a modificar el artículo 41 (coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario), atendiendo a las recomendaciones efectuadas por la COJUAE en los párrafos 290, 421 y 422.

En el artículo 43 (obligaciones del sistema Sanitario de Euskadi con respecto al Sistema de Salud Pública), se elimina una referencia a determinados requisitos en relación con pruebas diagnósticas, en aras a clarificar la redacción.

Pasando ya al artículo 44, que regulará lo relativo al Consejo Vasco de Salud Pública, la COJUAE lo analiza en los párrafos 412, 413, 414, 423 y 424 de su dictamen, y, como en el caso de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública, sugiere considerar lo establecido en la reciente Ley 3/2022, de 12 de mayo, del sector público vasco. También en este caso, el Consejo Vasco de Salud Pública es un órgano de nueva creación, de carácter consultivo y asesor, cuya necesidad es clara en un ámbito tan relevante para la salud de las personas como es el de la salud pública. En todo caso, el texto del artículo es objeto de diversos ajustes, fruto de la revisión realizada.

El artículo 47 (prestaciones de salud pública), incluido en el Capítulo V de Prestaciones y actuaciones en Salud Pública, desarrolla, junto con otros artículos, las diferentes líneas de actuación en salud pública. En relación con lo señalado en los puntos 427 a 442 del Dictamen COJUAE sobre el carácter heterogéneo que se deriva del texto del término “prestaciones de salud pública”, debemos señalar que el concepto “prestaciones y actuaciones en salud pública” del capítulo V (y otras partes del anteproyecto) contiene principalmente una descripción del mismo como líneas de actuación en relación con las prestaciones de dicho carácter recogidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional

de Salud (artículo 11.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud). Así se señala en la definición contenida en el artículo 47.

Por otra parte, en respuesta a lo señalado por la COJUAE en su Dictamen, punto 433, se adiciona un nuevo punto 2 al artículo 47, Prestaciones de Salud Pública, del siguiente tenor literal: "2. El Gobierno Vasco podrá ampliar en el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi la cartera de servicios del Sistema de Salud Pública de Euskadi con respeto del mínimo establecido en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud."

En cuanto al artículo 49, relativo a la Red de Vigilancia de la Salud Pública, atendiendo a los párrafos 446 a 452 del dictamen, se procede a redefinir la red y a ajustar su texto, aclarando que no se trata de una estructura de nueva creación, sino del conjunto de recursos humanos, tecnológicos, materiales y organizativos, incluidos los sistemas de información, que responden a la función de vigilancia en salud pública. En cuanto a la posible confusión entre la vigilancia de la salud y la vigilancia de los riesgos laborales sobre la que alerta la COJUAE, se considera que las funciones y actuaciones de salud pública y las de OSALAN están lo suficientemente definidas y clarificadas, tal y como demuestra la práctica habitual.

El artículo 50, sobre alertas y emergencias en salud pública, también es analizado por la COJUAE en los párrafos 453 a 455 del dictamen, que plantea dudas también en este caso sobre la posible creación de una estructura de alertas y emergencias. Tampoco en este caso se pretende tal creación. Para aclarar la redacción, se suprimen los puntos 1 y 2. Por su parte, los puntos 6 y 7 del artículo también se eliminan porque, tal y como indica la COJUA, se trata de cuestiones reguladas en otros artículos del anteproyecto.

El artículo 52 e) se modifica en base a los epígrafes 461, 462 y 463 del dictamen, para adaptar la redacción a la recomendación de la COJUAE en relación con la mención específica al Consejo Asesor de Vacunaciones, cuya mención se sustituye por una referencia al órgano consultivo asesor que esté vigente en cada momento.

Sobre la mención a las administraciones públicas sanitarias en el artículo 56 de la salud ambiental de los epígrafes 254 y 255 y, considerando que las administraciones competentes no son exclusivamente las sanitarias, se realiza una modificación, sustituyendo la referencia a sanitarias por las administraciones integrantes del sistema de salud pública. A este respecto y poniendo en relación los artículos 19 y 27 del anteproyecto y las apreciaciones realizadas por la COJUAE en los epígrafes 395 y 396, es necesario tener en cuenta que el sistema de salud pública se integra tanto por elementos objetivos y subjetivos, referidos a las administraciones que desarrollan las actuaciones en la materia.

En el artículo 60.1 se modifica la redacción para especificar la competencia en materia de salud escolar del departamento con competencias en educación, en consonancia con lo establecido en los epígrafes 254 y 255 del dictamen de la COJUAE.

En el artículo 61 de salud laboral se elimina el primer párrafo, dado que la definición del concepto ya se encuentra recogida en el artículo 5 de definiciones, evitando así reiteraciones señaladas en el párrafo 387 del dictamen.



Atendiendo a las observaciones de la COJUAE en sus párrafos 470 y 471, se revisa y modifica la redacción del artículo 62 del laboratorio de salud pública, eliminando las referencias a su concreta configuración y la posibilidad de que existan distintas sedes.

Capítulo VI - Sistemas de información y gestión del conocimiento en materia de salud pública. En atención a los comentarios que recoge el dictamen de la COJUAE en los epígrafes 472 a 475, sobre la confusión que aparentemente genera la mención al sistema de información, se modifica el título del capítulo identificando el contenido del mismo con la gestión del conocimiento del que el Sistema de Información en Salud Pública forma parte.

Así mismo, para evitar la confusión sobre el carácter del Sistema de Información como conjunto de información se elimina el primer apartado del artículo 68.

En cuanto a las consideraciones que realiza el dictamen de la COJUAE sobre legislación de referencia en esta materia, hemos de entender que su referencia no ha de recogerse, como no se realiza en otras materias, y que la regulación contenida en materia del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi responde a sus características específicas.

El artículo 69 ha sido modificado para identificar aquellas funciones que se corresponden efectivamente con determinadas actuaciones realizadas por el departamento con competencias en materia de salud. Así lo sugería el epígrafe 478 del dictamen.

Así mismo a continuación, y como nuevo artículo en la sección primera del capítulo VI (Gestión del conocimiento en materia de salud pública), se regula la función específica de análisis e información de carácter técnico y científico que se podrá configurar como observatorio de salud pública. En consecuencia, se suprime en su integridad la sección segunda del Capítulo VI; es decir, se eliminan los artículos 72 y 73, tras ser revisados a la luz de los epígrafes 479 y 480 del dictamen.

Sobre el artículo 75 (analizado en el párrafo 481 de la COJUAE) y, en concreto, sobre las acciones formativas que han de realizar los y las profesionales de atención primaria, se indica que las mismas se llevarán a cabo en los términos de la normativa que le resulte de aplicación.

En artículo 77 se modifica, con el fin de aclarar los conceptos y evitar la confusión a que se refiere la COJUAE en su epígrafe 482, con los procesos previstos en el artículo 21. Es decir, en el artículo 21 se regula la evaluación de los resultados e impacto en salud de las intervenciones sectoriales. Y en el artículo 77 se regula la evaluación de los programas de salud pública.

En el artículo 81 (autoridad sanitaria), objeto de análisis en los párrafos 484 y 485 del dictamen, se modifica la redacción en aras a la claridad.

El artículo 82 (funciones de la autoridad sanitaria) también analizado, en los párrafos 486 a 489, es revisado y aligerado, al eliminarse las letras d), g), h) e i) del punto 1. Y se añade un nuevo punto 2, que recoge a quién y cuándo puede solicitar apoyo, auxilio y colaboración la autoridad sanitaria. Se trata de una traslación del artículo 52.5 de la LGSP, adaptado a la nueva ley del empleado público (Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público) posterior a la LGSP y la Ley de Policía del País vasco (Decreto

Legislativo 1/2020, de 22 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Policía del País Vasco.

El artículo 83 (agentes de la autoridad sanitaria), atendiendo a la observación del párrafo 387 del dictamen, es eliminado y su contenido pasa al artículo sobre definiciones.

El artículo 85 (principio de precaución), cambia su título por el de "*Intervención administrativa en materia de salud pública*", por entender que es más adecuado, recogiendo así la sugerencia formulada en el párrafo 494 del dictamen. Además, se suprimen los puntos 2 y 3, tras la revisión efectuada a la luz de los párrafos 495 a 497 del dictamen.

La COJUAE, en sus párrafos nº 498 y 499, plantea una revisión del artículo 86, que aborda la comunicación en materia sanitaria. Efectuada dicha revisión, el Departamento de Salud considera que su formulación es necesaria y que la comunicación y la información a la ciudadanía en materia de salud pública es una actuación indispensable en la intervención administrativa.

Pasando al artículo 88, tras la revisión efectuada a raíz de los párrafos 493 y 518, se elimina el punto 9, por ser reiterativo con respecto al punto 10 del mismo artículo.

Las medidas especiales y cautelares se detallan en el artículo 89. En este caso, la COJUAE señala su excesiva longitud y analiza su contenido extensamente a lo largo de los párrafos 500 a 525. Recogiendo la sugerencia, el artículo queda desdoblado en dos: Un artículo que recoge las medidas especiales y cautelares, hasta la letra m) del punto 2), y un nuevo artículo denominado "*Procedimiento para la adopción de medidas especiales y cautelares*", con 3 puntos (los anteriores 3, 4 y 5). Por otra parte, se establece un plazo máximo de 5 días hábiles para la ratificación o revisión por la autoridad sanitaria de las medidas especiales y cautelares. Y se establece un importe máximo de 10.000 euros para las multas coercitivas.

Tal y como se ha indicado anteriormente, atendiendo a las indicaciones de la COJUAE (epígrafes 126 a 191 del dictamen), los artículos 90 y 91 (medidas de intervención sobre las personas y medidas de aislamiento o cuarentena en caso de emergencias sanitarias) quedan totalmente reformulados tras la revisión del texto.

En cuanto al artículo 92, la COJUAE apunta, en el párrafo 326 de su dictamen, a la coexistencia de tipos infractores fijados por la LOSE y los contenidos en el anteproyecto. Se procede a una revisión de los mismos, en los artículos 93 y 94, para evitar dicho solapamiento.

En el artículo 93, relativo a las infracciones, y objeto de análisis en los epígrafes 364 y 365, se elimina del título la palabra "*Generalidades*" y se suprime el punto nº 6.

El título del artículo 94 también es modificado, eliminando "*y su graduación*". La COJUAE considera, por otra parte, que es demasiado extenso (párrafo 559 del dictamen). Más arriba se ha comentado que, atendiendo a otras observaciones formuladas entre los epígrafes 324 y 363 del dictamen, se han eliminado las infracciones que reiteran las previstas en legislación específica y en la LOSE. En consecuencia, el artículo queda aligerado, al haber eliminado, en lo relativo a infracciones leves, el 2.d); en el punto 3 relativo a infracciones graves, las letras a), b), e), k), p), q), r); en el punto 4, que

aborda las infracciones muy graves, se eliminan las letras c), e), f), k), l). Y, tras la oportuna revisión, se corrigen o aclaran algunas cuestiones.

En el artículo 95 (sanciones), atendiendo al epígrafe 312 del dictamen, se concreta en el quíntuplo del valor de mercado la previsión de poder rebasar la sanción máxima en caso de infracción muy grave.

Avanzando ya al artículo 98, relativo a los órganos competentes para imponer sanciones, se eliminan las dos últimas líneas (plazo para adaptar las ordenanzas municipales), para pasarlas a una nueva disposición adicional tercera.

El artículo 99, que es el último del anteproyecto, termina con una previsión de extensión de la prescripción de sanciones en caso de emergencia de salud pública. La COJUAE observa una variación relevante con respecto a lo establecido en la Ley General de Salud Pública. El Departamento de Salud considera que esta previsión es necesaria.

En la Disposición adicional primera, relativa al tratamiento de datos de carácter personal, la COJUAE efectúa unas observaciones en los epígrafes 373 a 379 del dictamen, y tal y como se ha señalado más arriba, aconseja la intervención de la Agencia Vasca de Protección de Datos. En fecha 6 de junio de 2022 se le solicitó informe. Además, se eliminan los acrónimos, tal y como indica el epígrafe 562 del dictamen.

En la Disposición adicional segunda se completa el texto del párrafo 1, para remitir en materia de derechos lingüísticos a la ley 6/2003 y demás normativa vigente (párrafos 528 y 531-536 del dictamen).

Tal y como se ha indicado anteriormente, se añade una nueva Disposición adicional tercera sobre adaptación de las ordenanzas municipales.

El texto de la Disposición transitoria primera obedece a la reformulación del artículo 34.2 y a la supresión de la anterior disposición final primera, tal y como indicaba la COJUAE en los epígrafes 274 a 290 de su dictamen. En consonancia con este cambio, la anterior disposición transitoria primera (habilitación normativa) pasa a ser la segunda y, a su vez, la anterior disposición transitoria segunda (entrada en vigor) pasa a ser la tercera.

#### Cuestiones de técnica normativa

Finalmente, el Dictamen, bajo el epígrafe "Técnica Normativa", contiene una serie de observaciones que, efectivamente, aportan mejoras técnicas, por lo que todas ellas son incorporadas al texto del anteproyecto. Así mismo, se procede a reenumerar el articulado del anteproyecto.

Cabe señalar también que una serie de conceptos y denominaciones se han revisado y sistematizado a lo largo de todo el texto. Por ejemplo, se ha adecuado el uso de las denominaciones "*Gobierno Vasco*" y "*Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi*". Se indica a continuación la denominación definitiva por la que se opta:

- Desigualdades en salud (eliminando el adjetivo "*sociales*" y otros).
- Emergencia de salud pública (en vez de "*sanitaria*").

- Evaluación del impacto en salud (en vez de "valoración"), que fue objeto de observaciones realizadas en los párrafos 402 a 409 del Dictamen de la COJUAE.
- Pandemia (eliminando toda adjetivación).
- Ciudadanía (eliminando "vasca"), en base a la sugerencia del párrafo 393 del Dictamen de la COJUAE.
- Política(s) "de salud", en vez de "sanitaria(s)".

## 8. Análisis de las observaciones formuladas por la Agencia Vasca de Protección de Datos.

Con fecha 12 de julio de 2022 se ha recibido informe de la Agencia Vasca de Protección de Datos. En dicho informe, tras una serie de consideraciones generales y ciertos apuntes acerca del marco normativo en materia de protección de datos personales y el tratamiento de datos de salud, la Agencia pasa a analizar el anteproyecto. Se procede a continuación a incorporar los cambios que se deriven de dicho análisis.

Como observación, al igual que indicamos en su día con los cambios realizados tras el informe de la COJUAE, cabe indicar que los números de los artículos a que se hace referencia en esta memoria, son los números que figuran en el texto del anteproyecto remitido a la COJUAE en fecha 21 de marzo de 2022.

En primer lugar, en el artículo 3 del anteproyecto, dedicado a los principios rectores en los que se inspirarán las actuaciones, prestaciones y servicios en salud pública, el informe de la Agencia echa especialmente en falta una mención a la necesidad de garantizar la protección de datos personales en el tratamiento de la información, por lo que se incluye tal precepto en la norma como inciso s): *Garantía de la protección de datos personales en el tratamiento de la información en todas las actuaciones de salud pública.*

En el capítulo II relativo a la ciudadanía y la salud pública resulta relevante, desde la perspectiva de la protección de datos personales, por un lado, el artículo 11, que regula el derecho a la confidencialidad, intimidad y respeto a la dignidad, y por otro lado el artículo 16, que regula la limitación de los derechos al objeto de proteger la salud pública.

Respecto al primero de ellos, se considera importante exponer que cualquier tratamiento de datos debe tener fundamento en alguna de las bases de legitimación establecidas por el artículo 6 del RGPD y por su artículo 9.2, cuando se traten datos de salud. Asimismo, en los supuestos en los que el tratamiento de datos personales se lleve a cabo por una Administración Pública, las medidas de seguridad a implantar deberán adecuarse a lo establecido por el Esquema Nacional de Seguridad, regulado por el Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo.

Así, se añade un nuevo inciso en el artículo dedicado al derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad:

*4. En los supuestos de tratamiento de datos personales por parte de una administración pública, las medidas de seguridad a implantar deberán adecuarse a los establecido por el Esquema Nacional de Seguridad en vigor.*

En relación con el apartado 2 del artículo 16, la Agencia considera que el precepto adolece de indefinición, al limitarse a introducir una remisión genérica a la normativa vigente, sin mayor concreción. Por este motivo se concreta y añade lo siguiente: (...) *en base a lo establecido en esta ley, en la normativa vigente, así como en la jurisprudencia.*

Por su parte, el artículo 43.a) establece, entre otras, la obligación de los órganos de provisión de servicios sanitarios (públicos o privados) de proporcionar información al órgano central de salud pública del Gobierno Vasco. Es necesario destacar que en la medida que esa información que se comparta entre distintos sujetos contenga datos personales, esos tratamientos estarán sometidos a los principios de protección de datos personales recogidos en el RGPD: principios de licitud, lealtad y transparencia (5.1.a); limitación de la finalidad (5.1.b); minimización de datos (5.1.c); exactitud (5.1.d); limitación del plazo de conservación (5.1.e); integridad y confidencialidad (5.1.f) y responsabilidad proactiva (5.2). Analizada tal consideración, se añade una nueva frase en el artículo señalado:

*a) Proporcionarle información sobre aquellos eventos relacionados con la enfermedad y la salud, individual y colectiva, cuyo conocimiento sea importante para la valoración del estado de salud de la población o para la intervención en prevención y promoción, tanto general como específica o selectiva en un grupo de población, de acuerdo con los principios de protección de datos de carácter personal y la legislación aplicable en la materia.*

En el artículo 57 se recogen las medidas de respuesta y adaptación del sistema de salud pública en esos casos de grave riesgo para la salud, y entre ellas, en su apartado a), "el análisis de los datos que permitan detectar y conocer, de forma rápida y precoz, la proximidad o presencia de riesgos para la salud pública... Según advierte la Agencia de Protección de Datos, siempre que sea posible alcanzar esa finalidad, esos datos deberán estar disociados, de modo que la información tratada no pueda asociarse a ninguna persona física identificada o identificable. Los datos, por ende, deberán de estar disociados, el Departamento proponente procede a modificar el artículo con esta nueva redacción que recoge literalmente el contenido del informe de la AVPD:

*a) Implantación de sistemas de vigilancia, redes de comunicaciones y análisis de datos, que permitan detectar y conocer, de forma rápida y precoz, la proximidad o presencia de riesgos para la salud pública y situaciones que puedan repercutir en la salud individual o colectiva, así como iniciar la evaluación y la gestión de dichos riesgos. Siempre que sea posible alcanzar esa finalidad, esos datos deberán estar disociados, de modo que la información tratada no pueda asociarse a ninguna persona física identificada o identificable.*

Ante la imposición de comparecencia obligatoria de las personas ante las oficinas públicas, si la protección de la salud pública lo precisa, debemos de aclarar que tal modificación ha sido recientemente realizada, con lo que el inciso segundo del artículo 59 establece lo siguiente:

*2. Es obligatoria la comparecencia de las personas en las dependencias de la administración sanitaria competente cuando así se requiera para proteger la salud pública en caso de riesgo y en situaciones de emergencia sanitaria. El requerimiento de comparecencia debe ser debidamente motivado.*

En relación con las previsiones del artículo relativo a la salud laboral, la AVPD considera de interés destacar que el tratamiento de datos referidos a personas fallecidas, está excluido del ámbito de la LOPDGDD, según dispone su artículo 2. No obstante, el artículo 3 de la misma ley orgánica, permite que las personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de hecho o sus herederos puedan solicitar el acceso a los mismos, así como su rectificación o supresión, en su caso, con sujeción a las instrucciones del fallecido.

Por el contrario, si se incorporase al registro información referida a personas vivas, su tratamiento estará plenamente sometido a la normativa de protección de datos personales y, en ese sentido, la norma proyectada no puede constituirse en una habilitación en blanco para registrar cualquier información que se considere de interés a los efectos pretendidos, sino exclusivamente la imprescindible para lograrlo, en cumplimiento del principio de minimización de datos, proclamado en

el artículo 5.1 .c) RGPD, que exige que tan solo se traten los datos pertinentes, adecuados y limitados a los estrictamente necesarios en relación con la finalidad perseguida. En consonancia con estas observaciones, se modifica el artículo y se opta por la siguiente redacción:

*Establecer un sistema de información sanitaria con la finalidad de control epidemiológico laboral y de las patologías profesionales. Establecerá el registro temporal y permanente de mortalidad por patologías profesionales que, asimismo, registrará cualquier otra información que sea de interés, con datos pertinentes, adecuados y limitados a los estrictamente necesarios en relación con la finalidad perseguida. Todo ello formará parte del Sistema de Información en Salud Pública.*

La Agencia considera que el contenido del artículo 70.4 se aparta notablemente de lo establecido en el artículo 16.3 de la Ley de Autonomía del Paciente, recurriendo además a conceptos jurídicos indeterminados, o excesivamente abiertos por lo que, tras analizar la cuestión, se da nueva redacción al artículo:

*Los datos de carácter personal que las personas físicas y jurídicas a que se refiere el apartado 1 recojan en el ejercicio de sus funciones, pueden comunicarse sin consentimiento del interesado o interesada a la estructura organizativa de la salud pública, de acuerdo con lo establecido en la normativa sobre protección de datos de carácter personal, para que los trate de acuerdo con las necesidades del Sistema de Información en Salud Pública.*

*El acceso con estos fines a la información contenida en la historia clínica obliga a preservar los datos de identificación de la persona, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, de acuerdo con lo establecido por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, salvo que:*

- a) La persona interesada haya dado previamente su consentimiento para no separarlos.*
- b) Para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las administraciones sanitarias a las que se refiere la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, tengan que acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública.*

*Los y las profesionales de salud pública podrán tener acceso a los datos clínicos a los efectos de las intervenciones públicas establecidas en esta ley.*

*El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso, y se realizará por profesionales sanitarios sujetos al secreto profesional, previa motivación por parte de la administración que solicite el acceso a los datos.*

Por su parte, el artículo 70.6 del texto se refiere al deber de secreto profesional de todas las personas que accedan a datos personales del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi en el ejercicio de sus funciones, de acuerdo con la normativa de protección de datos personales. Según señala la AVPD, es importante diferenciar el deber de secreto profesional con el deber de confidencialidad. El secreto profesional es una obligación legal que existe en ciertas profesiones y que consiste en no desvelar la información que se ha recibido. En estos casos la información puede incluir datos personales o no. El deber de confidencialidad, en cambio, está directamente vinculado a la protección de datos personales; por consiguiente, se añade este deber al inciso mencionado.

Continuando con el análisis del informe remitido, y atendiendo al principio de minimización de datos (artículo 5.1.c) del RGPD), se añade al inciso tercero del artículo 71: *la documentación e información*

*deberá ser adecuada, pertinente y limitada a lo estrictamente necesario para garantizar la correcta vigilancia de la salud pública.*

Las alegaciones realizadas por la Agencia en su informe sobre las medidas de intervención sobre las personas han sido realizadas en el texto antes de su modificación tras recibir el Dictamen de la COJUAE, por lo que entendemos que, tras la modificación del artículo, queda recogida la misma.

En la parte sancionadora, la AVPD señala que debe tenerse en cuenta la especial protección que a los datos relativos a infracciones administrativas otorga el artículo 27 de la LOPDGDD. La difusión de la sanción impuesta a una persona física, es un tratamiento de datos que afecta de manera importante a su privacidad, y precisa de habilitación legal. Por ello, debe ser la ley la que ampare estos tratamientos, y la que determine los supuestos y las condiciones en que se realizara la difusión, sin dejar al arbitrio de la autoridad competente acordar o no misma, cuando se den los presupuestos legales exigidos para ello. Por otra parte, merece destacarse que la publicación de las sanciones debe cohonestarse con el derecho a la supresión y olvido reconocido en el artículo 17 del RGPD.

Por todo ello, se procede a la modificación del último inciso del artículo dedicado a las sanciones:

*Por razones de ejemplaridad y cuando concurran alguna de las circunstancias graves de riesgo o daño efectivo para la salud, seguridad o intereses económicos de las y los consumidores, reincidencia en infracciones análogas, intencionalidad acreditada, la autoridad competente que haya resuelto adopte la resolución del el procedimiento sancionador podrá acordar acordará, mediante resolución debidamente motivada, que se dé publicidad a las sanciones impuestas, una vez firmes en vía administrativa, mediante la publicación del nombre de la empresa o de las personas físicas o jurídicas responsables, con expresa indicación de las infracciones cometidas.*

*La publicidad se efectuará al menos en el Boletín Oficial del País Vasco, así como en los medios de comunicación social que se consideren adecuados para la prevención de futuras conductas infractoras. Una vez cumplido el propósito perseguido por la publicidad, se realizarán las actuaciones oportunas para garantizar el derecho a la supresión y olvido reconocido en la normativa de datos de carácter personal.*

Por último, con la modificación de la disposición adicional primera, además de dar respuesta a las consideraciones de la Agencia, se pretende dar entrada a las previsiones específicas que se han planteado en materia de protección de datos en salud del proyecto de modificación de normas para la equidad, universalidad y cohesión del SNS que está en tramitación y que recoge unas previsiones en materia de datos de salud y que dan precisamente cobertura a los tratamientos para distintas finalidades recogidas en la ley de salud pública y, específicamente para la finalidad de vigilancia de salud, incluyendo específicamente el acceso, la utilización y la incorporación de distinta información por parte de las diferentes administraciones del sistema de salud pública.

*El tratamiento de datos de carácter personal derivados de la aplicación de la presente ley deberán realizarse de conformidad con la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, con el Reglamento UE2016/679 antes mencionado, así como con la Ley 2/2004, de 25 de febrero, de ficheros de datos de carácter personal de titularidad pública y de creación de la Agencia Vasca de Protección de Datos y su normativa de desarrollo, en todo aquello que no se haya visto desplazado por la normativa anterior, así como con la normativa vigente en cada momento en la materia.*

Una vez analizadas estas últimas consideraciones e incorporadas al proyecto las modificaciones pertinentes, tramitado el procedimiento de elaboración del proyecto de norma de acuerdo la Ley 8/2003, del Procedimiento de Elaboración de las Disposiciones de Carácter General, y cumplidos los trámites indicados en el informe jurídico, procede a su elevación a Consejo de Gobierno para su aprobación.

Vitoria-Gasteiz, a 14 de julio de 2022

Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales

Iñaki Arrizabalaga Ormaetxea