

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ANDRE HORI:

Honako hau jakinarazten dizut: Eusko Jaurlaritzak, 2022ko uztailaren 26an egindako bilkuran, ***Euskadiko Osasun Publikoaren LEGE-PROIEKTUA*** onartu du.

Lege-proiektu honen onarpena jasotzen duen akta Gobernu Kontseiluaren hurrengo bilkuran onartuko da.

Hori ziurtatu egiten dut eta, Jaurlaritzak erabakitakoa betez, horren berri ematen dizut, Jaurlaritzari buruzko ekainaren 30eko 7/1981 Legeak xedatutakoari jarraiki.

Vitoria-Gasteizen, 2022ko uztailaren 28an.

EXCMA. SRA.:

Tengo el honor de comunicar a V.E. que el Gobierno Vasco, en Sesión celebrada el día 26 de julio de 2022, ha procedido a la aprobación del **PROYECTO DE LEY de Salud Pública de Euskadi**.

El Acta donde figura la aprobación de este Proyecto de Ley será sometida a su aprobación en la próxima sesión del Consejo de Gobierno.

Lo que certifico, y en cumplimiento de lo acordado por el Gobierno, traslado a V.E., de conformidad con lo exigido por la Ley 7/1981, de 30 de junio, de Gobierno.

En Vitoria-Gasteiz, a 28 de julio de 2022.

Olatz Garamendi Landa

**JAURLARITZAREN IDAZKARI eta GOBERNANTZA PUBLIKO ETA AUTOGOBERNUKO SAILBURUA
SECRETARIA DEL GOBIERNO y CONSEJERA DE GOBERNANZA PÚBLICA Y AUTOGOBIERNO**

EXCMA. SRA. PRESIDENTA DEL PARLAMENTO VASCO/

EUSKO LEGEBILTZARREKO LEHENDAKARIA



**LEGE-PROIEKTUA,
EUSKADIKO OSASUN
PUBLIKOARENA.**

**PROYECTO DE LEY DE
SALUD PÚBLICA DE EUSKADI.**

**HONEKIN BATERA
AURKEZTEN DIREN
AGIRIAK**

- I. LEGE-PROIEKTUAREN TESTUA
- II. GOBERNU KONTSEILURAKO
MEMORIA
- III. DATUAK BABESTEKO EUSKAL
BULEGOAREN TXOSTENA
- IV. EUSKADIKO AHOLKU BATZORDE
JURIDIKOAREN IRIZPENA (EABJ)

**DOCUMENTOS QUE SE
ACOMPAÑAN**

- I. TEXTO DEL PROYECTO DE LEY
- II. MEMORIA PARA CONSEJO DE
GOBIERNO
- III. INFORME DE LA AGENCIA VASCA DE
PROTECCIÓN DE DATOS
- IV. DICTAMEN DE LA COMISIÓN
JURÍDICA ASESORA DE EUSKADI
(COJUAЕ)



LEGE-PROIEKTUAREN TESTUA / TEXTO DEL PROYECTO DE LEY

**LEGE-PROIEKTUA,
EUSKADIKO OSASUN
PUBLIKOARENA.**

**PROYECTO DE LEY DE
SALUD PÚBLICA DE EUSKADI.**

Xx/2022 Lege-proiektua, uztailaren 26koa, Euskadiko Osasun Publikoarena

I. KAPITULUA.- XEDAPEN OROKORRAK

1. artikulua.- Xedea.
2. artikulua.- Eremua.
3. artikulua.- Osasun publikoa kontzeptua
4. artikulua.- Definizioak
5. artikulua.- Printzipio gidariak.
6. artikulua.- Osasuna Politika Guzietan
7. artikulua. - Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren funtsezko funtzioak.

II. KAPITULUA.- HERRITARRAK ETA OSASUN PUBLIKOA

Lehenengo atala.- Herritarren eskubideak, osasun publikoaren arloan.

8. artikulua.- Herritarren eskubideak, osasun publikoaren arloan.
9. artikulua.- Berdintasunerako eta ekitaterako eskubidea.
10. artikulua.- Berdintasunerako eskubidea.
11. artikulua.- Osasun publikoaren jarduketetan parte-hartze eraginkorra izateko eskubidea.
12. artikulua.- Intimitaterako, konfidentziasunerako eta duintasunaren errespeturako eskubidea.
13. artikulua.- Jardun inpartzialerako eskubidea.
14. artikulua.- Autonomia pertsonalerako eskubidea.
15. artikulua.- Segurtasunerako eskubidea, osasun publikoko esku-hartzeetan.
16. artikulua.- Osasun-hezkuntzarako eskubidea.
17. artikulua.- Eskubideak mugatzea, osasun publikoa babesteko.

Bigarren atala.- Herritarren betebeharrak, osasun publikoaren arloan.

18. artikulua.- Euskadiko herritarren eginbeharrak, osasun publikoaren arloan.

III. KAPITULUA.- EUSKADIKO OSASUN PUBLIKOAREN SISTEMA

Lehenengo atala.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema.

- 19. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema.
- 20. artikulua.- Administrazio publikoen betebeharrak, osasun publikoaren arloan.
- 21. artikulua.- Eraitzen ebaluazioa eta osasunaren gaineko inpaktua.

Bigarren atala.- Osasun publikoko profesionalak.

- 22. artikulua.- Osasun publikoko profesionalak.
- 23. artikulua.- Gaitasun profesionalak.

Hirugarren atala.- Plangintza.

- 24. artikulua.- Euskadiko Osasun Plana.
- 25. artikulua.- Osasuneko foru-, toki- eta eskualde-estrategiak edo -planak.
- 26. artikulua.- Osasun publikoaren esparruko beste plan eta estrategia batzuk.

IV. KAPITULUA.- EUSKADIKO OSASUN PUBLIKOAREN SISTEMAREN ANTOLAKETA ETA KOORDINAZIOA

Lehenengo atala.- Osasun publikoaren alorreko eskumen-banaketa.

- 27. artikulua.- Euskadiko administrazio publikoen eskumenak.
- 28. artikulua.- Eusko Jaurlaritzaren eskumenak.
- 29. artikulua.- Udalen eta gainerako toki-entitateen eskumenak.
- 30. artikulua.- Foru-aldundien eskumenak.
- 31. artikulua.- Osasun publikoaren arloko jarduketaren koordinazioa.

Bigarren atala.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren antolaketa instituzionala.

- 32. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren antolaketa instituzionala.
- 33. artikulua.- Osasun publikoa, toki- eta komunitate-eremuan.

Hirugarren atala.- Osasun publikoko zerbitzuen antolaketa, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean eta Instituzionalean.

- 34. artikulua.- Osasun publikoa, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean eta Instituzionalean.
- 35. artikulua.- Osasun publikoko zerbitzuen antolaketa, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean eta Instituzionalean.
- 36. artikulua.- Euskadiko osasun publikoaren antolaketa-egituraren funtzioak.

Laugarren atala.- Administrazio publikoen arteko koordinazioa, lankidetzeta eta elkarrekintza.

- 37. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema osatzen duten administrazioen arteko elkarlana.
- 38. artikulua.- Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordea.
- 39. artikulua.- Koordinazioa, Estatuko Administrazio Orokorrearekin eta beste administrazio eskudunekin.

Bosgarren atala.- - Koordinazioa, lankidetzeta eta elkarrekintza, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren eta Euskadiko Sistema Sanitarioaren artean.

- 40. artikulua.- Koordinazioa, lankidetzeta eta elkarrekintza, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren eta Euskadiko Sistema Sanitarioaren artean.
- 41. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren betebeharrak Euskadiko Sistema Sanitarioarekiko.
- 42. artikulua.- Euskadiko Sistema Sanitarioaren betebeharrak Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemarekiko

Seigarren atala.- Koordinazio-, kontsulta-, aholkularitza- eta partaidetza-organoak.

- 43. artikulua.- Osasun Publikoaren Euskal Kontseilua.
- 44. artikulua.- Beste koordinazio-, kontsulta-, aholkularitza- eta partaidetza-organo batzuk.
- 45. artikulua.- Ordezkaritza orekatua.

V. KAPITULUA.- OSASUN PUBLIKOKO PRESTAZIOAK ETA JARDUKETAK

Lehenengo atala.- Osasun publikoko prestazioak.

- 46. artikulua.- Osasun publikoko prestazioak.

Bigarren atala.- Osasunaren zaintza.

- 47. artikulua.- Osasunaren zaintza.
- 48. artikulua.- Osasun Publikoaren Zaintzarako Sarea.
- 49. artikulua.- Osasun Publikoko Alerta eta Larrialdietarako Sistema.

Hirugarren atala.- Osasun-arazoen prebentzioa.

- 50. artikulua.- Osasun-arazoen prebentzioa.
- 51. artikulua.- Osasun-arazoak prebenitzeko jarduketak.

Laugarren atala.- Herritarren osasuna babestea.

- 52. artikulua.- Osasuna babesteko jarduketak.
- 53. artikulua.- Elikagaien segurtasuna.
- 54. artikulua.- Ingurumen-osasuna.

Bosgarren atala.- Herritarren osasuna babestea osasun-larrialdietan, epidemietan edo pandemietan.

- 55. artikulua.- Osasun Publikoaren Sistemaren erantzuteko eta egokitzeke neurriak, osasun-larrialdietan edo pandemietan.
- 56. artikulua.- Herritarren osasuna babesteko neurriak, osasun-alerta edo -larrialdietan.
- 57. artikulua.- Elkarlana osasun-agintaritzarekin.

Seigarren atala. Eskola-osasuna

- 58. artikulua.- Eskola-osasuna.

Zazpigarren atala.- Lan-osasuna-

- 59. artikulua.- Lan-osasuna.

Zortzigarren atala.- Euskadiko Osasun Publikoko Laborategia.

- 60. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoko Laborategia.
- 61. artikulua.- Osasun publikoko laborategiak garatu beharreko jarduketak.
- 62. artikulua.- Beste laborategi batzuen jarduketak osasun publikoaren arloan.

Bederatzigarren atala.- Osasuna sustatzea.

- 63. artikulua.- Osasuna sustatzea.
- 64. artikulua.- Osasuna sustatzeko jarduketak.

Hamargarren atala.- Adikzioak.

- 65. artikulua.- Adikzioen alorreko jarduketak.

VI. KAPITULUA.- OSASUN PUBLIKOAREN ARLOKO EZAGUTZA KUDEATZEA***Lehenengo atala. - Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistema.***

- 66. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistema.
- 67. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemaren funtzioak.
- 68. artikulua.- Euskadiko Osasun Behatokia.
- 69. artikulua.- Informazioaren tratamendua, komunikazioa, segurtasuna eta konfidentzialtasuna.
- 70. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemaren plangintza, kudeaketa eta koordinazioa.

Bigarren atala.- Prestakuntza, ikerketa, berrikuntza eta ebaluazioa.

- 71. artikulua.- Osasun publikoko profesionalen prestakuntza eta gaikuntza.
- 72. artikulua.- Osasun publikoko prestakuntza.
- 73. artikulua.- Osasun publikoaren gaineko ikerketa eta berrikuntza.
- 74. artikulua.- Osasun publikoko programen ebaluazioa.

VII. KAPITULUA.- ERANTZUKIDETASUNA ETA ADMINISTRAZIOAREN ESKU-HARTZEA OSASUN PUBLIKOAREN ALORREAN***Lehenengo atala.- Administrazioaren esku-hartzearen printzipio informatzaileak.***

- 75. artikulua.- Administrazioaren esku-hartzearen printzipio informatzaileak.

Bigarren atala.- Erantzukidetasuna eta elkarlana osasun publikoaren alorrean.

- 76. artikulua.- Erantzukidetasuna eta autokontrola.

77. artikulua.- Osasun publikoa babesteko eta osasun-administrazioarekin lankidetzan aritzeko eginbeharra.

Hirugarren atala.- Osasun-agintaritza.

78. artikulua.- Osasun-agintaritza.

79. artikulua.- Osasun-agintaritzaren funtzioak.

80. artikulua.- Osasun-agintaritzako agenteen jarduketak.

Laugarren atala.- Administrazioaren esku-hartzea.

81. artikulua.- Osasun publikoaren alorreko esku-hartze administratiboa.

82. artikulua.- Osasun publikoaren alorreko komunikazioa.

83. artikulua.- Osasun publikoa babesteko eta osasun-administrazioarekin lankidetzan aritzeko eginbeharra.

84. artikulua.- Jardueren osasun-kontrola

85. artikulua.- Neurri bereziak eta kautelazkoak.

86. artikulua.- Neurri bereziak eta kautelazkoak hartzeko prozedura.

87. artikulua.- Herritarren gainean esku hartzeko neurriak.

88. artikulua.- Isolamendu- edo berrogeialdi-neurriak, osasun-larrialdietan.-

-Bosgarren atala.- Arau-haustek eta zehapenak.

89. artikulua.- Zehapen-ahala.

90. artikulua.- Arau-haustek.

91. artikulua.- Arau-hauste motak.

92 artikulua.- Zehapenak.

93. artikulua.- Zehapenak mailakatzeko irizpideak.

94. artikulua.- Erantzukizuna.

95. artikulua.- Zehapena jartzeko eskumena duten organoak.

96. artikulua.- Preskripzioa eta iraungitzea.

Lehenengo xedapen gehigarria. – Datu pertsonalen tratamendua.

Bigarren xedapen gehigarria. – Hizkuntza ofizialen erabilera.

Hirugarren xedapen gehigarria. – Udal-ordenantzak egokitzea.

Lehenengo xedapen iragankorra. – Osasun publikoko eginkizunak esleitzea.

Bigarren xedapen iragankorra. - Indarrean dauden planak.

Hirugarren xedapen iragankorra. - Zehapen-espedienteak.

Xedapen indargabetzaile bakarra. - Arauak indargabetzea.

Azken xedapenetako lehena. - Arauak emateko gaikuntza.

Azken xedapenetako bigarrena.- Indarrean sartzea.

EUSKADIKO OSASUN PUBLIKOAREN LEGE AURREPROIEKTUA

ZIOEN AZALPENA

Osasuna giza eskubide bat den aldetik, eta halaber osasuneko ekitatea justizia sozialaren adierazgarri —hala aitortu zuen Alma-Atako Osasuneko Lehen Mailako Arretari buruzko Nazioarteko Konferentziak, non «Osasuna Guztiontzat» helburu historikoa finkatu baitzen—, Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren ekainaren 26ko 8/1997 Legea (aurrerantzean, EASL) eratu zen bere garaian, euskal botere publikoek hain garrantzitsua den eskubidearen garapenari eta aplikazioari dagokionez herritarrekin hartzen duten konpromisoa egituratzeko funtsezko tresna; alegia, osasunaren babesari eta zaintzari lotutako eskubidea.

Hala, lege hori onartu zenetik aurrera, osasun-politikak eta sistema sanitarioa garatzea lehen-lehentasunezko helburua izan da ekintza publikoan, Euskadiko gizartearen bizi-kalitatearen eta ongizatearen funtsezko zutabe gisa. Urte hauetan, Euskadiko herritarren osasun-betebeharrak modu egokian ase dira; hain zuzen ere, Euskadiko osasun-emaizak positiboak dira eta herritarrek ondo baloratzen dute beren eredu sanitarioa. Hala ere, aitortu behar da oraindik ere desberdintasun sozialak daudela osasunean, hau da, desberdintasun bidegabeak baina konpontzeko modukoak, sozialki, ekonomikoki, demografikoki edo geografikoki definitutako taldeen artean.

1978ko Espainiako Konstituzioak funtsezko urratsa eman zuen herritarren osasuna hobetzeko bidean; izan ere, osasuna babesteko eskubidea aitortu zuen 43. artikuluan, eta, horretarako, botere publikoen esku utzi zuen osasun publikoa antolatzea eta zaintzea, prebentzio-neurrien eta behar diren prestazio eta zerbitzuen bidez.

Osasun publikoaren arloko neurri bereziei buruzko apirilaren 14ko 3/1986 Lege organikoak gaikuntza eman zien administrazio publiko guztiei pertsonen oinarritzko eskubideei eragiten dieten neurriak har zitzaten, urgentziazko edo premiazko arrazoiek hala eskatzen dutenean.

Halaber, Osasunari buruzko apirilaren 25eko 14/1986 Lege Orokorrak osasun-sistemaren printzipioak, Osasun Sistemaren osasun-jarduketak, osasun indibidual eta kolektiboari dagokion esku-hartze publikoa, toki-erakundeen eskumenak eta osasunaren arloko arau-hausteak eta zehapenak arautzen ditu. Arau hori izan zen, hain zuzen ere, Eusko Legebiltzarra arlo horretan legeak egiteko gaitu zuen lehen arau arrunt integrala, betiere botere politikoaren lurralde-banaketaren arabera.

Maiatzaren 28ko 16/2003 —Legeak Osasun Sistema Nazionalaren kohesioari eta kalitateari buruzkoa— 14/1986 Legea osatu zuen 2003an. Lege horrek, aurreko arauaren oinarritzko ildoei eutsiz, artikulua aldatu eta erantsi zituen, errealitate sozial eta politiko berrira egokitzeko, eta, jakina, autonomia-erkidegoek osasun-eskumenak beren gain hartzeko egoerara egokitzeko.

Era berean, funtsezkoa da Osasun Publikoari buruzko urriaren 4ko 33/2011 Lege Orokorra. Lege horrek administrazio publikoen osasun publikoaren arloko koordinazio-eta lankidetzak ekintzen sostegun diren lege-oinarriak ezartzen ditu.

Bestalde, 2020ko COVID-19aren pandemiak agerian utzi du araudi bidez indartu behar direla osasun-larrialdiei eta antzeko edo beste modu batzuetako osasun-alerta edo krisiei ahalik eta erantzun onena emateko mekanismoak, tresnak eta neurriak, baldin eta larrialdi horiek biztanleria osoaren osasuna arriskuan jartzen badute —pandemiek, esate baterako—.

EASLren 3. artikulua honela dio: *«Herriarren osasun-babesarekiko eskubidea aitortzeak euskal agente publikoei zenbait betebeharrak ezarri dizkie; betebeharrak horiek direla-eta, Euskal Administrazio Sanitarioari dagokio osasun publikoaren tutela orokorra garantizatzea, prebentziorako, osasuna sustatzeko neurrien bidez eta prestazio sanitario indibidualen bidez.*

Halaber, haren zeregina izango da baliabide-dispositibo egokia garantizatzea, hots, izaera publikoak ziurtatutako prestazioak emateko baliabide-dispositibo egokia garantizatzea, batez ere titularitate publikoko baliabideen dotazio, mantenimendu eta antolamendu-hobekuntzaren bidez.»

Lege horrek Euskadiko Sistema Sanitarioa sortu eta eratu zuen, euskal osasun-administrazioaren eskumeneko jarduerak behar bezala antolatze eta ordenatzeko bitarteko gisa —sistema hori Euskal Autonomia Erkidegoko osasun-baliabide publikoek modu integralean osatzen baitute—, eta adierazi zuen azken helburua zela Euskal Autonomia Erkidegoko herritarren osasun publikoa mantentzea, berreskuratzea eta hobetzea.

Osasun publikoaren kontzeptua, baina, aldatu egin da Legea garatu den denboran, bilakaera bat izan baitu Legeak berak sortzen zuen Euskadiko sistema sanitarioaren barruan txertatu zenetik.

Osasuna baldintzatzen duten determinatzaile sozialen gainean jardutea osasun publikoaren arloko zereginen parte da, osasunaren arloko emaitza orokorrak hobetzeko eta desberdintasunak murrizteko helburuarekin. 2005ean, Osasunaren Mundu Erakundeak Osasunaren Determinatzaile Sozialei buruzko Batzordea eratu zuen, hiru helburu hauekin: determinatzaile horiei heltzeko moduari buruzko aholkularitza eskaintzea, determinatzaileak aldatzeko ekintza posibleei buruzko informazio zientifikoa biltzea, eta osasuneko ekitatearen aldeko mundu mailako mugimendua bultzatzea. 2008ko abuztuan argitaratutako Batzordearen azken txostenean, OMEk gomendio hauek proposatu zituen: eguneroko bizi-baldintzak hobetzea; ekitatea sustatzen duen gobernantza-estilo bat aplikatzea erkidego-mailatik nazioarteko erakundeetara, eta osasun-arloko desberdintasunen eta determinatzaileen jarraipen sistematikoa egitea.

Bestalde, Helsinkin 2013an egindako osasunaren sustapenerako munduko konferentziak, «Osasuna Politika Guztieta» ardatza baitzuen, agerian utzi zuen osasuna, neurri handi batean, esparru sanitariotik kanpoko faktoreek baldintzatzen dutela, eta osasun-politika eraginkor batek sektore publiko guztiak hartu behar dituela;

eta, horrekin bat etorriz, gobernuei eskatu zien «Osasuna Politika Guztietan» ikuspegia hartzeko beren gobernu-estrategietan.

Gaur egun, osasuna eta ongizatea hobetzea botere publikoek eta sektore-politikek partekatzen duten helburua da, eta, hala, beren ekintzen bidez, edozein dela ere esparrua, osasunaren hobekuntzan eragin dezakete eta herritarren ongizatea areagotzen lagundu. «Osasuna Politika Guztietan» izeneko ikuspegi honek, politika guztiak barne hartzen dituenek, erakunde publikoen esku-hartze guztietan du eragina, eta aukera ematen du, modu erabakigarriagoan eta eraginkorragoan, osasunari buruzko gogoetak txertatzeko politiken sektoreen eta arloen erabakiak hartzean.

Hala, osasun publikoaren bilakaerak, gaur egun, haren aplikazioan esku hartzen duten eragile askoren inplikazioa dakar. Jakina, Euskadiko Sistema Sanitarioak esku hartzen du, baina, horrez gain, Eusko Jaurlaritzako beste sail batzuek ere esku hartzen dute, osasun publikoan baitezpadako eragina duten gaietan eskumena dutenek, hala nola lan-prebentzioan eta -osasunean, garapen ekonomikoan (garraioak, nekazaritza, abeltzaintza, industria), ogasunean eta ekonomian, hezkuntzan, gizarte-politiketan, berdintasun-politiketan, ingurumenean, lurralde-plangintzan, etxebizitza-politiketan, enplegu-politiketan, gazteria-politiketan, jarduera fisikoa sustatzeko politiketan, kontsumoan eta merkataritzan. Halaber esku hartzen dute unibertsitatearen esparruak eta osasun pribatuarenak, aldundiek eta udalek, eta bai herritarrek, gizarte zibilak eta sektore pribatuak ere.

Ezinbestekoa da, beraz, lege-testu berri baten bidez sistema berri bati ekitea, zeinak osasun publikoaren arloan esku hartzen duten eta Euskadiko Sistema Sanitariotik harantz dauden eragile guztiak bilduko baititu, nahiz eta sistema horrekin harreman saihestezin eta emankorra izaten jarraituko duen. Horregatik, lege honek Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema sortu eta taxutzen du. Sare artikulatu gisa antolatzen da, eta helburua du zerbitzu integralen multzo bat eskaintzea, «Osasuna Politika Guztietan» paradigman oinarrituta, herritarrek ahalik eta osasun-mailarik handiena lortu eta atxiki dezaten.

Osasun-mailan, ekonomian eta gizartean oro har osasun-krisi handi bat eragin duen COVID-19aren pandemiaren agerpenak osasun publikoaren garrantzia nabarmendu du, osasun-sistemaren funtsezko ardatz gisa, morbidimortalitate-zifra handiei eta sistema sanitarioaren gainkargari eta kolapso-arriskuari aurre egiteko, bai eta pandemiaren eta krisi globalaren erruz gizarteak osasun mailan eta inpaktu sozioekonomikoaren mailan izandako ondorioei aurre egiteko ere.

Era berean, COVID-19aren pandemiak osasun publikoaren zeharkakotasunaren garrantzia azpimarratu du. Alegia, batetik, osasun-agintarien eta, bestetik, osasunean eragina duten sektore, erakunde eta gizarte-eragileen arteko koordinazioa, eta ekonomia osoarena ere bai, pandemiaren ondorioak eraginkortasun eta efizientzia onenarekin prebenitzeko, kontrolatzeko eta arintzeko behar diren ekintzak eta neurriak gauzatzeko.

Bestalde, Euskadiko Babes Zibileko Planak Euskal Autonomia Erkidegoko babes zibilaren antolaketa-esparru orokorra ezartzen du mota guztietako larrialdiei aurre egiteko, baldin eta larrialdiaren nolakotasunak, hedadurak edo administrazio bat baino

gehiago koordinatu beharrak autonomia-mailako zuzendaritza eskatzen badu (Larrialdia Kudeatzeko Legearen testu bategina onartzen duen 2017ko apirilaren 27ko 1/2017 Legegintzako Dekretuaren 29.e artikulua).

Euskadiko Babes Zibilaren Plana 1997ko ekainaren 24ko 153/1997 Dekretuaren bidez onartu zen (153/1997 Dekretua, Larrialdiei Aurre Egiteko Bidea-LABI deritzan Euskadiko Herri Babeseko Plana onartzen duena eta larrialdiei aurre egiteko euskal sistemak dituen integrazio-bideak arautzen dituen). Geroago, 2015eko urtarilaren 13ko 1/2015 Dekretuaren bidez aldatu zen (1/2015 Dekretua, zeinaren bidez onartzen baita berrazterketa berezi bat egitea «Larrialdiei Aurre Egiteko Bidea - LABI» deritzan Euskadiko Herri Babeseko Planean).

Nabarmentzekoa da, halaber, ikerkuntzaren garrantzia, bai osasun publikoan, bai I+G+b biomedikoan. Osasun publikoaren gaineko ikerketari esker, hobeto ezagutzen dira gaixotasunen kausak eta determinatzaileak, haien banaketa eta ondorioak, eta formula hobeak eskaintzen dira arrisku-egoerak prebenitzeko, kontrolatzeko eta haiei aurre egiteko, bai eta kaltea arintzeko eta sendatzeko estrategiak ere. Eragile publikoen eta pribatuen arteko elkarlanari esker, epe laburrean beharrezko neurri farmakologiko eraginkorrak sortu, ekoitzi eta banatu daitezke, hala nola txertoak.

Azkenik, larrialdia irauten duen bitartean, COVID-19a kudeatzeko neurriak buruzko ekainaren 24ko 2/2021 Legearen xedea da EAEko administrazio publikoen eskumeneko tresna juridikoak eta jarduketak arautzea, osasun publikoa prebenitu eta zaintzeko, pertsonen segurtasuna bermatzeko eta EAEko osasun-sistemaren gaitasunei eusteko, COVID-19aren pandemiak eragindako osasun-larrialdiko egoeran.

Horri begira, hauek dira arau berri honen xedeak:

- «Osasuna Politika Guztietan» estrategia eta osasunaren determinatzaileen ikuspegia hartzea, osasunaren arloko munduko eta Europako lehentasunei jarraikiz. Erreferentzia-esparrutzat, bereziki, «Osasuna Politika Guztietan» estrategiarekin lotutako Garapen Jasangarrirako Helburuak hartzen dira.
- Herritarren osasuna eta ongizatea sustatzea, jarduketetan komunitate-orientazioa eta sektorearteko orientazioa lehenetsiz.
- Administrazio publikoen arteko elkarlana sustatzea herritarren osasunaren eta ongizatearen arloan, batez ere tokiko esku-hartzeetan.
- Komunitateak, gizarte-mugimenduak eta gizarte zibila sartzeko esku-hartzeen plangintzan, garapenean eta ebaluazioan.
- Politika sektorialek herritarren osasunean eta ingurune fisikoan dituzten eraginak aztertzea. Berezi, giza osasunaren, ingurumenaren eta animalien osasunaren arteko lotura; hala aitortzen baitu «One Health/Osasun Bakarra» izeneko ikuspegiak.
- Eta, elkarlanaren ikuspegitik, administrazio publiko guztiak koordinatuta eta inplikaturik dauden beste eragile batzuekin batera lan egitea, herritarren osasuna babesteko, osasuna eta ingurune eta bizimolde osasungarriak

bultzatzeko eta herritarrengan eragina duten osasunaren determinatzaileetan eragin positiboa izateko.

- Oinarriak ezartzea osasun-larrialdien, epidemien eta pandemien prebentziorako, detekzio goiztiarrerako, zaintzarako eta kudeaketa eraginkorrerako.

Lege hau barne-osasunari buruzko esparru materialean sartzen da, eta, esparru horretan, arauak hartzen dituen neurriek adierazten dute Euskal Autonomia Erkidegoak erabili duela antolamendu juridikoak bere eskumen-esparruan aitortzen dion eskumena, Konstituzioaren 149.1.16 artikuluan ezarritako esparruaren barruan egiten baita. Artikulu horren arabera, Estatuak eskumen eskusiboa du kanpo-osasunaren eta osasunaren oinarrien eta koordinazio orokorraren arloan, eta Euskal Autonomia Erkidegoak eskumen autonomikoa du barne-osasunaren arloko Estatuko oinarrizko legeria garatzeko eta betearazteko, Autonomia Estatutuaren 18. artikulua aurreikusten duen bezala.

I. KAPITULUA: XEDAPEN OROKORRAK

1. artikulua.- Xedea.

Lege honen helburua da:

- a) Euskadiko herritarren osasuna ahal den gehiena babestea eta sustatzea, interes goreneko ondasun publiko gisa, herritarren eskubideak bermatuz osasunaren, aukera-berdintasunaren eta ekitatearen arloan; osasunaren determinatzaileen gainean jardutea; gaixotasunak, lesioak eta desgaitasuna prebenitzea, eta pertsonen osasuna babestea eta sustatzea, bai eremu indibidualean bai kolektiboan.
- b) Garapen jasangarriaren helburuak aintzat hartuta, eta halaber Euskadiri begira haiek antolatzeko modua, «Osasuna Politika Guztietan» ikuspegia txertatzea politika eta ekintza publiko guztietan, bai eta gizarte zibileko antolakundeek eta entitate pribatuek sustatutako ekimenetan ere.
- c) Osasun publikoaren eskumenak eta osasun publikoaren arloko zerbitzu-zorroari lotutako jarduketa-ildoak definitzea eta ordenatzea; osasun-agintaritzaren eskumenak eta jarduketak zehaztea, eta osasun publikoaren alorreko funtzioak dituzten maila desberdinetako administrazio publikoen (tokikoa, autonomikoa, estatukoa eta nazioartekoa) eta inplikaturako beste gizarte-sektore batzuen arteko koordinaziorako eta lankidetzarako oinarriak ezartzea, administrazio publiko horietako bakoitzak dituen eskumenetan oinarrituta.
- d) Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema sortzea. Sare artikulatu gisa antolatzen da, erantzukizun publikoa du, eta haren helburua da jarduketa, prestazio eta zerbitzu integralen multzo bat eskaintzea, «Osasuna Politika Guztietan» paradigmaren oinarrituta, herritarrek ahalik eta osasun-mailarik handiena lortu eta atxiki dezaten. Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema, Euskadiko Sistema Sanitarioarekin eta osasun alorreko ikerketa- eta jakintza zentroen sarearekin eta osasunean eragina duten gainerako sektore-erakundeekin koordinatuta, baliabide propio kualifikatuez hornituta eratzen da, eta sistemaren gobernu ona oinarri hartuta, osasun publikoko jarduketak eta prestazioak gaitasun, bikaintasun eta gizarte-efizientzia onenarekin aplikatuko direla bermatzen duten funtzionamendu-printzipioak izango ditu.

2. artikulua.- Eremua.

- 1.– Lege honen xedapenak Euskal Autonomia Erkidegoaren lurralde osoan aplikatuko dira. Halaber, Euskal Autonomia Erkidegoan modu iraunkorrean edo aldi baterako bizi diren herritarrei eta haren lurralde-eremuan noiz edo noiz gertatzen direnei aplikatuko zaizkie.
- 2.– Lege honetan araututakoa Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrari eta bertako foru- eta toki-administrazioei aplikatuko zaie, bai eta haien mendeko edo haiekin erlazionaturako entitateei ere.

- 3.– Era berean, osasun publikoan eragina duten ekintzak egiten dituzten erakunde pribatuei ere aplikatuko zaie, lege honetan zehaztutako baldintzetan eta jardueraremuetan, eta lege honek dakarren eragin subjektiboa ere bai.

3. artikulua.- Osasun publikoa kontzeptua

Osasun publikoa da politika, programa, zerbitzu eta jarduketa jakin batzuen multzoa, helburua duena osasunaren determinatzaileen gainean jardutea, gaixotasunak prebenitzea eta herritarren osasuna eta ongizatea babestea eta sustatzea.

Administrazio publikoaren erantzukizuna da Euskadiko osasun publikoko politikak eta estrategiak planifikatzea eta definitzea. Hortik segitzen diren jarduketa zehatzak eragile publiko eta pribatu jakin batzuek, sanitarioek eta ez-sanitarioek garatu ahal izango dituzte, gizartearen parte-hartzearekin batera.

4 artikulua.- Definizioak.

Lege honen ondorioetarako, definizio hauek aplikatuko dira:

Osasun-agintaritzaren agenteak: osasun publikoaren eskumena duten administrazioetako funtzionarioak, behar bezala egiaztatuta daudenak interbentzio-lana, ikuskatze-lana eta kontrol-lana egiteko.

Autokontrola: lege honen aplikazio-esparruari lotutako pertsona fisiko edo juridikoen betebeharren multzoa da, kasuan kasuko produktuen eta horiei dagozkien jardueren eta zerbitzuen kaltegabetasuna eta osasungarritasuna bermatzeko.

Osasun-agintaritza: administrazio-organo bat da, bere erantzukizuna gauzatuz eta legediak aitortzen dizkion eskumenekin bat etorritik beharrezkoak diren xedapenak eta neurriak ematen eta aplikatzen dituen, partikularrei, kolektiboari eta erakundeei betebeharrak ezartzeko, modu pertsonalean edo haien ondasunen bitartez, herritarren osasuna babesteko helburuarekin.

Osasun-desberdintasunak: ekidin daitezkeen osasun-diferentziak dira; herritarrek beren gizarte-, ekonomia-, genero-, demografia- edo geografia-baldintzen arabera osasunarekin lotuta dituzten aukera eta baliabide diferenteen emaitza dira, eta, horren ondorioz, osasun okerragoa dute.

Detekzio goiztiarra: arrisku, osasun-arazo edo gaixotasun bat identifikatzea ahalik eta lasterren agertzen den uneaz geroztik, beharrezko prebentzio-neurri edo neurri terapeutiko guztiak hartu ahal izateko.

Osasunaren determinatzaileak: herritarren eta populazioen osasunean eta bizi-kalitatean eragina duten faktoreak dira, zeinak elkarrekin erlazionaturik baitaude, hala nola norbanakoaren bizi-ohiturak, hezkuntza, sare sozialak eta komunitarioak, bizi- eta lan-baldintzak, zerbitzuetarako irispidea, eta egiturazkoagoak diren baldintza sozioekonomiko, kultural eta ingurumenekoak.

Osasun-hezkuntza: osasunaren arloko erantzukizun pertsonala eta soziala sustatzeko oinarritzko estrategia da, jakintza, jarrera eta jokabide osasungarriak barne hartzen dituena, eta norberaren osasuna eta osasun kolektiboa hobetzeko balio, jarrera eta trebetasun pertsonalak garatzen laguntzen duena, norberaren eta besteen osasuna zaintzeko erabaki egokienak hartzeko gaikuntzaren bidez.

Osasun publikoko larrialdia: aparteko egoera, osasun publikorako arriskua dagoenean edo herritarren osasunari larriki eragiteko ahalmena duen osasun publikoko gertaera bat dagoenean gertatzen dena.

Osasuneko ekitatea: herritarren eta gizarte-taldeen osasunean berdintasuna bilatzen duen egoera eta helburu soziala; alegia, saihestu edo gutxitu daitezkeen baldintza indibidualek, biologikoek, sozialek edo ekonomikoek sorturiko desberdintasunik gabe.

Osasunaren gaineko inaktuaren balorazioa: prozedura, metodo eta tresna batzuen konbinazioa, aukera ematen duena arau, plan, programa edo proiektu bat aztertzeko, herritarren osasunean izan ditzakeen ondorioei eta horien banaketari dagokienez.

Babes-faktorea: osasuna mantentzeko edo hobetzeko probabilitatea murrizten duen baldintza, egoera, jokaera edo elementua.

Arrisku-faktorea: osasunerako ondorio kaltegarri bat izateko probabilitatea areagotzen duen baldintza, egoera, jokaera edo elementua.

Osasun publikoaren gobernantza edo gobernu ona: osasun publikoko ekintzen eta agenteen helburuak, bitartekoak eta emaitzak ezarri, babestu, gainbegiratu eta ebaluatzeko erabiltzen diren balio, irizpide eta erabaki-organoen multzoa, helburu, bitarteko eta emaitza horiek egokiak, efikazak, efizienteak, jasangarriak, etikoak, gardenak eta arauekin bat datozela zaintzeko.

Osasun publikoaren arloko administrazioaren esku-hartzea: osasun publikoaren arloko komunikazioa, jarduerak gauzatzeko baimen- eta komunikazio-araubideak ezartzea, erregistro sanitarioak konfiguratzeko, jardueren ikuskapena eta kontrol sanitarioa, laginak hartzea eta kontrol analitikoa, ikuskapen-aktak egitea, kautela-neurriak ezartzea eta pertsonen gainean esku hartzeko neurriak hartzea.

Osasun publikoaren alorreko neurri bereziak: osasun publikoko krisialdietan, osasun-larrialdietan, pandemietan edo beste arrisku transmitigarri batzuk dauden egoeretan edo behar bezala justifikatutako urgentziazko edo premiazko arrazoi epidemiologiko edo sanitarioek hala eskatzen dutenean hartu behar diren zaintza-, prebentzio-, euste- eta kontrol-neurrien multzoa.

Pandemia: munduan gaixotasun berri bat hedatzea.

Osasun-politika: erakunde publikoen adierazpen edo jarraibide ofiziala, jarduteko lehentasunak eta parametroak definitzen dituena, osasun-beharrei,

eskura dauden baliabideei eta beste baldintzatzaile politiko batzuei erantzuteko.

Prebentzioa: herritarren artean gaixotasunen, lesioen, osasun-arazoen eta desgaitasunen eta arrisku-faktoreen intzidentzia eta prebalentzia murrizteko, horien guztien aurrerapena geldiarazteko eta ondorio negatiboak ahal den neurrian arintzeko edo desagerrarazteko jarduketaren multzoa.

Osasunaren sustapena: herritarrek beren osasunaren gainean duten kontrola areagotzeko prozesua, osasuna hobetzeko. Pertsonen trebetasunak eta gaitasunak indartzera zuzenean bideratutako ekintza guztiak hartzen ditu, bai eta gizarte-, ingurumen- eta ekonomia-baldintzak aldatzera zuzendutakoak ere, osasun publikoan eta indibidualean eragin mesedegarria sustatzeko edo eragin negatiboa arintzeko.

Osasun-babesa: ingurumenean eta elikagaietan dauden agente fisiko, kimiko eta biologikoen aurrean herritarren osasuna bermatzeko eta babesteko egiten diren jarduketa, prestazio eta zerbitzuen multzoa.

Lan-osasuna: langileen osasuna prebenitzera eta sustatzera bideratutako jarduketa, prestazio eta zerbitzuen multzoa, lan-baldintzei eta lanetik eratorritako arriskuei dagokienez..

Ingurumen-osasuna: herritarrek jasan ditzaketen ingurumen-faktore fisiko, kimiko edo biologikoek osasunean eragin ditzaketen ondorio kaltegarriak murriztea edo desagerraraztea bermatzea xede duten jarduketa, prestazio eta zerbitzuen multzoa.

Elikagaien segurtasuna: ekoizpenean, eraldaketan eta banaketan elikagaien kaltegabetasuna eta osasungarritasuna zaintzera bideratutako jarduketaren, prestazioen eta zerbitzuen multzoa; horrekin elikagai osasungarriak lortzen dira, nutrizioa egokia izan dadin.

5. artikulua.- Printzipio gidariak.

Osasun publikoko jarduketak, prestazioak eta zerbitzuak printzipio hauetan oinarrituko dira:

- a) Osasun publikoko prestazioen **unibertsaltasuna**, botere publikoek herritar guztiei bermatu behar dieten eskubide indibidual eta sozial gisa.
- b) **Osasun-ekitate**a eta pertsonen edo kolektiboen arteko osasun-desberdintasunak gutxituko dituzten osasun publikoko politikak eta esku-hartzeak garatzea, osasunaren determinatzaileei modu eraginkorrean helduta eta, bereziki, egoera ahulenean dauden kolektiboak begiratutaj. Ekitatearen ikuspegi berezi gisa, osasun-jarduketa orotan genero-ikuspegia txertatuko da.
- c) **Elkartasuna**, gizartearen konpromiso kolektibo gisa, herritar guztiei ahalik eta osasun- eta ongizate-mailarik handiena bermatzeko.

- d) **Etika** osasun publikoan, justizia, ekitatea eta elkartasuna modu efektiboan txertatzeko, eta pertsona fisikoen, enpresen, gizarte-antolakundeen eta administrazio publikoen eskubideak eta eginbeharrak aitortzeko, halako moldez non herritarrengan eragiten duten jarduketak modu informatuan eta banakako eta taldeko osasuna babestuz egiten diren.
- e) **Erantzukizun publikoa**, eskubide indibidualen berme eta babes gisa.
- f) **«Garapen Jasangarriaren Helburuak»** eta **«Osasuna Politika Guztietan»** ikuspegiekin bat etortzea, herritarren osasuna eta ongizatea hobetzea administrazioen helburu partekatua izan dadin; ekintza politikoaren eta haien guztien arteko sinergien bidez osasun-erantzukizuna hobetzeko, eraginkorrak, ekitatiboak eta jasangarriak lortu ahal izateko, osasun-sektoreak bere kabuz bakarkako ekintzaren bidez lor ditzakeenak baino.
- g) **«One Health/Osasun Bakarra»** elkarlaneko eta sektore askotariko ikuspegi gisa, giza osasunean eragina duten eragileak prebenitzeko eta kontrolatzeko estrategia eta ekintza integralak gauzatzeko. Hauek dira «Osasun Bakarra» ikuspegi bereziki egokia duten lan-eremuak: elikadura-produktuen kaltegarritasuna, zoonosien kontrola eta antibiotikoekiko erresistentziaren aurkako borroka. Animalien eta ekosistemen osasuna babesteak pertsonen osasuna hobetzen laguntzen du.
- h) **Integraltasuna eta diziplinartekotasuna.** Osasun publikoko jarduketak eta zerbitzuak Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren ikuskera integralaren barruan antolatu eta garatu beharko dira.
- i) Sektoreen arteko **elkarrekotasuna eta koordinazioa**, konpromiso eta erantzukizun partekatuen esparru formalizatu gisa, «Osasuna Politika Guztietan» printzipioa bultzatzeko eta kohesionatzeko.
- j) Osasun publikoaren **gobernu ona**, osasun publikoaren administrazioaren maila guztietan kudeaketa efizientea, justua, ekitatezkoa eta legeari egokituia sustatuko duen konpromiso etiko batean oinarritua.
- k) Osasun publikoko esku-hartze guztien **ebaluazioa, gardentasuna eta kontu-erantzukizuna**.
- l) Gizarte zibila osatzen duten eragile eta entitate guztien osasunaren gaineko **erantzukizun soziala**, gizarte- eta ingurumen-eremu seguruak eta herritarren osasuna sustatzen dutenak lortzea bultzatzeko.
- m) **Herritarrek** osasun publikoko politikak eta ekintzak formulatzen eta kudeatzen **parte hartzea** eta horretan **lankidetzan** eta **erantzukidetasunez** aritzea, oinarri hauek hartuta: informazio fidagarria, ulergarria eta erabilgarria irispidean izatea, eta herritar bakoitzaren konpromisoa bere osasuna, ingurukoena eta komunitatearena atxikitzeko.
- n) Osasun publikoko esku-hartzeen **egokitasuna**; beste edozein interesen gainetik egongo da esku-hartze horien babesa. Esku-hartze horiek doitu

egongo dira zuzendu nahi den osasun-arazoaren neurria, proportzionaltasun-, aplikagarritasun-, eraginkortasun-, efizientzia- eta zorroztasun zientifikoaren irizpideetan oinarrituta.

- o) **Zuhurtzia.** Herritarren osasunean eragin larria izan dezakeela adierazten duten zantzu oinarridunak badaude, nahiz eta arriskuaren izaerari buruzko ziurgabetasun zientifikoa egon, tartean dagoen jarduera eten, debekatu edo mugatu egingo da.
- p) **Kalitatea, gaitasuna, efizientzia eta jasangarritasuna,** zerbitzuak ematean eta osasun publikoko jarduerak garatzean.
- q) **Segurtasuna.** Osasun publikoaren arloko jarduerak eta zerbitzuak osasunaren aldetik duten segurtasuna egiaztatu ondoren gauzatuko dira, eta jakintza zientifiko fidagarri, gaurkotu, zorrotz eta kalitatezkoetan oinarrituko dira.
- r) **Zorroztasun teknikoa eta zientifikoa,** ahalik eta jakintza tekniko eta zientifiko onena oinarri hartuta.
- s) Osasun publikoko jarduera guztietan, informazioa tratatzean datu pertsonalak babesteko **bermea.**

6. artikulua.- Osasuna Politika Guztietan.

1.– «Osasuna Politika Guztietan» printzipioa, garapen jasangarriaren helburuak eta osasun-determinatzaileen ikuspuntua, hiru elementu horiek dira osasun publikoan garatu eta bultzatu beharreko ekintza guztien oinarria, osasuna eta osasuneko ekitatea har daitezen politika publiko guztien jomugatzat.

Era berean, funtsezko oinarritzat hartuko da «One Health/Osasun Bakarra» ikuspegia, osasun publikoaren arloan emaitza hobeak lortzeko bidean hainbat sektore komunikatzen eta lankidetzan aritzen diren programak, politikak, legeak eta ikerketak diseinatzeko eta aplikatzeko pentsatua.

2.– Horretarako, jarduketa hauek bultzatuko dira, besteak beste:

- a) Herritarren osasuna eta ongizatea sustatzea, eta halaber gaixotasunak eta desgaitasunak prebenitzea, jarduketetan komunitate-orientazioa eta sektorearteko orientazioa lehenetsiz.
- b) Administrazio publikoen arteko elkarlana sustatzea herritarren osasunaren eta ongizatearen arloan, barnean direla animalien osasunean, elikagaien osasunean eta ingurumen-osasunean zentratutako eremuak.
- c) Komunitateak, gizarte-mugimenduak, gizarte-eragileak eta gizarte zibila sartzea esku-hartzeen plangintzan, garapenean eta ebaluazioan.
- d) Administrazioaren eremu guztietan baloratzea politika, plan eta programa sektorialek pertsonen osasunean izan dezaketen eragina.

e) Norberaren osasunaren eta osasun kolektiboaren zaugarritasuna murrizteko neurriak garatzea, osasun publikoko larrialdi esanguratsuen eta osasun-krisien aurrean —gaixotasun transmitigarri larrien epidemiak eta pandemiak barne—, klima-aldaketaren aurrean eta globalizazioaren fenomenoaren aurrean, kontuan hartuta faktore horiek pertsonen osasunean eta haien determinatzaileetan gaur egun duten eta geroan izan dezaketen eragina.

f) Era berean, herrialde behartsuenetan osasun-arazo handiak murrizten laguntzea, garapenerako lankidetzaren eta osasun-arloko ekintza humanitarioaren bitartez.

7. artikulua- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren funtsezko funtzioak.

Antolamendu sanitarioaren arloan indarrean dagoen araudian aurreikusitako jarduketaz gain, hauek dira Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren funtsezko funtzioak:

- a) Herritarren osasuna eta ongizatea zaintzea eta ikertzea, bai eta osasun-galeraren baldintzak eta adierazpenak ere; osasuna arriskuan jar dezaketen jarduketa publiko eta pribatuen emaitzak eta osasun-inpaktua ebaluatzea, eta osasunean eragiten duten faktoreak eta esku-hartze, zerbitzu eta programa sanitarioak aztertzea.
- b) Komunitatearen osasun-arazoak eta osasunerako arriskuak identifikatzea.
- c) Osasunaren determinatzaileen gaineko jarduketak.
- d) Herritarren osasuna babesten duten edo hobetzen laguntzen duten legeak eta araudiak sustatzea.
- e) «Osasuna Politika Guztietan» printzipioan oinarrituta, sektore, administrazio eta gizarte-eragileen arteko sinergiak garatzea.
- f) Larrialdiak kudeatzeko eskumena duten Eusko Jaurlaritzako agintarien zuzendaritzapean, osasun publikoko larrialdien, pandemien eta osasun-krisien aurrean prestatzea eta planifikatzea, eta krisi eta larrialdi horien aurrean erantzun sanitarioa antolatzea eta koordinatzea, bai eta herritarren osasunerako dauden mehatxuak kontrolatzea ere.
- g) Osasuna babestea, laguntza emanaz osasun-estrategia eta -politikak diseinatzean, abian jartzean eta garatzean eta sistema sanitarioa antolatzean, herritarren osasungintzak lidergo estrategikoa baliatuz eta sektorearteko politiketan beraren babesa eta sustapena bultzatuz.
- h) Gaixotasunak prebenitzea, osasun publikoko arazoetan esku hartzeko modu berriak aurkitzeko ikerketan lagunduz eta gaixotasunak eta osasun-galera prebenitzeko osasun publikoko politikak diseinatzen eta antolatzen parte hartuz.
- i) Herritarren osasuna eta ongizatea sustatzea, esku-hartzeak eginda pertsonen jakintza eta gaitasunak areagotzeko eta gizarte-, lan-, ingurumen- eta ekonomia-baldintzak aldatzeko, norberaren osasunean eta osasun kolektiboan eragin positiboa izan dezaten.

- j) Osasun publikoa bermatzea, bai eta osasunaren alorreko programak eta esku-hartzeak diseinatzea eta ezartzea ere, haien aplikazio efizientea, eraginkorra eta kalitatezkoa kudeatuz eta osasuneko desberdintasunak murriztea helburu hartuta.
- k) Osasun publikoaren arloko gaitasuna duten osasun-langileak bermatzea, eta osasun publikoko arazoei aurre egiteko haien etengabeko prestakuntza bultzatzea.
- l) Gobernantza, finantzaketa eta kalitatearen ebaluazioa, osasun publikoa hobetzeko.
- m) Osasun publikoaren arloko araudia aplikatzeko eskumena duen osasun-agintaritza baliatzea; eskubide indibidual eta kolektiboen mugatzea proposatzea, baldin beharrezkoa bada herritarren osasunerako arrisku nabaria dakarten arrazoi sanitarioengatik, urgentziagatik edo premiagatik edo ezohiko egoerengatik, betiere neurri egoki, beharrezko eta guztiz proportzionatuen bidez ; osasun publikoko estandarrak garatzea eta zaintzea, eta estandar horiek betetzen direla bermatzea bitarteko egokien bidez, hala nola osasun-ikuskaritzak eta -auditoretzak eta bestelako kontrol-mekanismoak, eta indarrean dauden bestelako kontrol-mekanismoak, bai eta indarrean dauden osasun alorreko araudiak eta estandarrak betetzen direla bermatzen duten zehapenak eta beste neurri batzuk aplikatzea ere.
- n) Komunikazioa osasun publikoan.
- o) Osasun publikoaren arloko jarduketak eta prestazioak garatzea.
- p) Osasun publikoaren arloko jakintzaren kudeaketa, informazioari, ikerketari, berrikuntzari eta ebaluazioari buruzko alderdietan.

II. KAPITULUA.- HERRITARRAK ETA OSASUN PUBLIKOA

Lehenengo atala.- Herritarren eskubideak, osasun publikoaren arloan.

8. artikulua.- Herritarren eskubideak, osasun publikoaren arloan.

1.— Osasuna babesteko eskubidearen arau-konfigurazioaren arabera herritarrei aitortzen zaizkien eskubide instrumental eta osagarriez gain, eta Euskadiko osasun-sisteman pertsonak dituzten Eskubideei eta Betebeharrei buruzko Adierazpena onartzen duen 2015eko uztailaren 21eko 147/2015 Dekretuak aitortutako eskubideez gain, pertsona orok ditu, osasun publikoari dagokionez, beste eskubide hauek: berdintasuna; informazioa; parte-hartze eraginkorra; konfidentziasuna, intimitatearekiko eta duintasunarekiko errespetua; jardun inpartziala; autonomia pertsonala; esku-hartzeetako segurtasuna, eta osasun-hezkuntza.

2.- Eskubide horiek, hurrengo artikuluetan zehazten baitira, exijitzekoak dira Euskadiko osasun publikoko sistema eta sistema sanitarioa osatzen dituzten titulartasun publikoko, pribatuko edo itunpeko zentro, zerbitzu edo establezimenduetan garatzen diren osasun publikoko ekintza eta ekintza sanitario guztietan.

3.- Osasun publikoko prestazioak jasotzeko eskubidea ere exijitzekoa izango da, lege honen V. kapituluaren ezarritako moduan.

9. artikulua.- Berdintasunerako eta ekitaterako eskubidea.

1. Pertsona guztiek dute berdintasun eta ekitate efektiborako eskubidea osasun-arloko esku-hartze, prestazio eta zerbitzu guztietan, diskriminaziorik pairatu gabe adinagatik, etniagatik, erlijioagatik, egoera sozioekonomikoagatik, gaitasun funtzionalagatik, iritziagatik, sexu-orientazioagatik edo beste edozein inguruabar edo egoera pertsonal edo sozialengatik.
2. Herritarrek aukera-berdintasunerako eskubidea dute osasun-egoera hoberena izateko; horrek esan nahi du arlo honetan eskumena duten administrazioek politika sektorial ekonomikoak, enplegu-, lan-, hezkuntza- eta gizarte-zerbitzuetako politikak garatu behar dituztela, besteak beste, ahalik eta gizarte-ekitate handiena izateko eta, horrenbestez, osasuneko ekitateari mesede egiteko.

10. artikulua.- Berdintasunerako eskubidea.

1. Herritarrek osasun publikoaren arloko informazio egiazkoa eta osoa eskuratzeko eskubidea dute. Informazio hori eskumena duten administrazioek zabalduko dute, eta osasuna sustatzeari eta babesteari begira informazio nahikoa, irisgarria, ulergarria eta egokia izango da, indarrean dagoen araudiak ezarritakoaren arabera. Eskubide horren barruan sartzen da alderdi hauei buruzko informazioa jasotzea:
 - a) Lege honek ematen dizkien eskubideak, bai eta eskubide horiek baliatzeko bideak ere.
 - b) Osasun publikoko jarduketak, prestazioak eta programak, eta haien edukia eta eskuratzeko modua.
 - c) Esku-hartzearen oinarriak, helburuak, arriskuak eta ondorioak, baldin pertsona edo kolektibo bati osasun-programa batean parte hartzeko eskatzen bazaio.
 - d) Osasunaren determinatzaileak, herritarren osasun-mailan eta osasun-ekitatean eragiten duten faktore gisa.
 - e) Komunitatearen osasun-arazoak eta herritarren osasunerako garrantzitsuak diren arrisku biologikoak, kimikoak, fisikoak, ingurumenekoak, sozialak, hezkuntzakoak, ekonomikoak edo beste edozein motatakoak. Arriskua berehalakoa bada, informazioa premiaz emango da.

- f) Herritarren osasunerako arriskua dagoenean hartutako neurri bereziak, hala nola osasun publikoko larrialdiak, osasun-krisiak edo pandemiak.
- 2. Gaixotasunak prebenitzeko populazio-programetan borondatez parte hartzen duten pertsonen eskubidea dute programa horietako jardueren ondorio posibleei buruzko informazio garrantzitsu guztia izateko, erregelamendu bidez ezartzen den prozeduraren arabera.
- 3. Informazio-eskubidea herritarrek berek zuzenean edo haien bilgune edo ordezkari diren antolakundeek baliatu dezakete.
- 4. Osasun publikoaren arloko informazioa lege honen printzipio gidariei lotuko zaie, bai eta 82. artikuluan (Osasun publikoaren alorreko komunikazioa) ezarritako komunikaziorako irizpideei ere.
- 5. Herritar guztiek dute eskubidea informaziorik ez jasotzeko, hori bada haien borondatea. Hala bada, programa edo jarduketaren arduradunak erabaki hori idatziz jaso behar du. Osasunerako arrisku handia badago, izendatzen diren lotutako pertsonen ere emango zaie informazioa, ukituak berak berariaz kontrakorik adierazi ezean.

11. artikulua.- Osasun publikoaren jarduketetan parte-hartze eraginkorra izateko eskubidea.

Herritarrek eskubidea dute osasun publikoko jarduketetan parte-hartze eraginkorra izateko –era zuzenean edo haien bilgune edo ordezkari diren antolakundeen bitartez–, administrazio eskudunak horretarako ezartzen dituen prozeduren arabera. Eta, zehazki, eginkizun hauetan parte hartzeko eskubidea:

- a) Haiei eragingo dieten osasun publikoko planak eta programak egiten, aldatzen eta ebaluatzen.
- b) Osasun-beharrak identifikatzen.
- c) Herritarrentzako osasun-arazoak edo -arriskuak detektatzen.
- d) Baimenak emateko prozeduretan, baldin eta osasun publikoan duten inpaktuagatik entzunaldiaren izapidea igaro behar badute.

12. artikulua.- Intimitaterako, konfidentziasunerako eta duintasunaren errespeturako eskubidea.

- 1.– Herritar guztiek dute haien duintasuna eta norberaren eta familiaren intimitatea errespetatua izateko eskubidea, osasun publikoko jarduketetan parte hartzen dutenean.
- 2.– Herritar guztiek dute administrazio publikoek, entitateek edo enpresek osasun publikoaren arloan egiten dituzten esku-hartzeetan erabiltzen den informazio pertsonalaren konfidentziasunerako eskubidea, bai eta informazio hori inork ez eskuratzeko eskubidea ere, legez babestutako aurretiazko baimenik izan gabe.

Datu-tratamendu oro, batez ere osasuneko, datu pertsonalak babesteko araudian ezarritako legitimazio-oinarriren batean funtsatu beharko da.

- 3.– Osasun publikoaren alorreko esku-hartzeak egiten dituzten Euskadiko administrazio publikoek, entitateek eta enpresek beharrezko neurriak hartu behar dituzte beren jarduketetan erabiltzen duten informazio pertsonalaren segurtasuna bermatzeko, eta informazio hori irispidean dutenek konfidentzialtasun osoz jardun behar dute, araudian araututako integritate- eta konfidentzialtasun-printzipioa aplikatuz.
- 4.– Administrazio publiko batek datu pertsonalak tratatzen dituenean, indarrean dagoen Segurtasun Eskema Nazionalak ezarritakora egokitu beharko dira ezarri beharreko segurtasun-neurriak.

13. artikulua.- Jardun inpartzialerako eskubidea.

Herritarrek eskubidea dute inpartzialtasuna berma dadin lege honetan aurreikusitako funtzioak baliatzeko gauzatzen diren jarduketetan.

14. artikulua.- Autonomia pertsonalerako eskubidea.

- 1.– Herritar guztiek eskubidea dute beren osasun pertsonalari buruzko erabakiak askatasun osoz hartzeko, bai eta administrazio publikoek sustatutako osasun publikoko esku-hartze, plan eta programetan parte hartzeari buruz duten borondatea errespetatua izan dadin ere. Aitortutako ezintasun pertsonaleko egoeretan, legezko tutoretza dutenek izango dute erabakitze gaitasun hori.
- 2.– Osasun publikoko edozer jarduketatan esku-hartze indibidual bat egin behar bada, eragindako pertsonaren adostasun aske eta borondatezkoa beharko da, aurreko apartatuan adierazitako informazioa jaso ondoren, pazientearen autonomiari eta informazio eta dokumentazio klinikoaren arloko eskubide eta betebeharrei buruzko araudian aurreikusitako eran.
- 3.– Eragindako pertsonak edozein unetan utz dezake bertan behera adostasuna askatasunez. Administrazio eskudunak beste izapiderik gabe onartu beharko du erabaki hori; eragindakoarekin dituen jarduketa guztiak etengo ditu errelokazio horren berri izan orduko, eta erabaki horrek izango dituen ondorio indibidual eta kolektiboak jakinaraziko dizkio.

15. artikulua. Segurtasunerako eskubidea, osasun publikoko esku-hartzeetan.

Herritar guztiek eskubidea dute osasun publikoko esku-hartzeetan segurtasun-mailarik handiena izateko, eta horretarako muga bakarra unean uneko osasun publikoaren alorreko zientziaren edo teknikaren jakintza izango da.

16. artikulua.- Osasun-hezkuntzarako eskubidea.

- 1.– Herritarrek osasun-hezkuntza jasotzeko eskubidea dute.
- 2.– Eskubide hori gauzatzeko, administrazio publikoek herritarren gaitasun pertsonalak sustatzeko jarduketak egingo dituzte, herritarren osasun pertsonalari eta integratzen diren gizartearen osasunari buruzko erabaki aske eta kontzienteak har ditzaten.

17. artikulua.- Eskubideak mugatzea, osasun publikoa babesteko.

- 1.– Kapitulua honetan aitortutako eskubideak ez dira osasun publikoaren arloko neurri bereziei buruz indarrean dagoen araudian xedatutakoaren eragozgarri (lege honen 55., 56., 57., 85., 87. eta 88. artikulua).
- 2.– Larrialdietan, pandemietan edo osasun publikoko krisialdi larrietan, osasun publikoa babesteko eta haren galera edo narriadura prebenitzeko, osasun-agintaritzek neurri bereziak hartu ahal izango dituzte norbanakoen eskubideak mugatzeko, lege honetan, indarrean dagoen araudian eta jurisprudenzian ezarritakoaren arabera.

Bigarren atala.- Herritarren betebeharrak, osasun publikoaren arloan.

18. artikulua.- Herritarren eginbeharrak, osasun publikoaren arloan.

Araudiak sistema sanitarioaren antolaketari eta kudeaketari buruz eta osasun-politika espezifikoari buruz ezarritako betebeharrak gain, hauek dira herritarrek osasun publikoari dagokionez dituzten eginbeharrak:

- a) Norberaren eta komunitatearen osasunari buruzko informazioa izatea eta osasun horrekiko jokabide aktibo eta arduratsua izatea, prebentzio-ekintzetan inplikaturik, osasun publikoko programetan parte hartuz eta jokabide osasungarriak hartuz.
- b) Osasun-arloko agindu orokorrak errespetatzea eta betetzea, bai eta osasun-agintaritzak arriskuak kontrolatzeko, osasuna babesteko eta osasun publikoaren aurkako mehatxuen aurka borrokatzeko ezartzen dituen neurriak ere, hala nola osasun publikoko krisiak eta larrialdiak eta pandemiak.
- c) Osasun-agintaritzekin lankidetzan aritzea osasuna babesteari eta gaixotasunak prebenitzeari buruzko jarduerak garatzeko.
- d) Agintari eskudunak jakitun ipintzea baldin herritarren osasunerako arrisku larria ekar dezakeen edo osasun publikoan larrialdi bat izan daitekeen edozein gorabehera edo egoera gertatzen bada. Horrek ez ditu eragotziko osasun-lanbideetan dihardutenek legeak dituzten komunikazio- eta informazio-betebeharrak.

- e) Agintaritza eskudunek osasun publikoari buruz ematen duten informazioa behar bezala erabiltzea.
- f) Osasun-administrazio eskudunaren aurrean agertzea, osasun publikoa babesteko hala eskatzen zaienean, baldin eskura dagoen ebidentzia zientifikoaren arabera benetako arriskua baldin badago edo osasun-larrialdiko egoera bat baldin badago.
- g) Osasun publikoko jarduketak garatzen laguntzea, eta jarduketok zaildu, eragotzi edo faltsutzen duten jokabideak edo ekintzak ez egitea.

III. KAPITULUA.- EUSKADIKO OSASUN PUBLIKOAREN SISTEMA

Lehenengo atala.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema.

19. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema.

1.— «Osasuna Politika Guztietan» printzipioan oinarrituta, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema titulartasun publikoko prestazio, zerbitzu, ekipamendu eta kudeaketa- eta koordinazio-tresnen sarea da, bideratuta dagoena gaixotasunak, lesioak eta desgaitasunak prebenitzera eta herritarren osasuna babestera eta sustatzera.

2.— Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren jarduketak koordinatuta eta elkarlanaren mende egongo dira antzeko beste sistema eta politika publiko batzuekin. Berezi, Euskadiko Sistema Sanitarioarekiko koordinazioa eta elkarlana zainduko da, osasun-arloan eskumenak dituen sailarekiko mendekotasun bakarra duelako. Era berean, eremu pribatuko eta gizarte zibileko eragile eta entitateekin koordinazio egokia ezarriko da, eragile eta entitate horiek osasun publikoaren alorreko jarduketak egiten dituztenean edo haien ekintzek osasun publikoan eragina dutenean.

20. artikulua.- Administrazio publikoen betebeharrak, osasun publikoaren arloan.

1.— Osasunaren arloko eskumenak dituzten administrazio publikoek lege honen II. kapituluaren ezarritako herritarren eskubideak gauzatuko dituzte, bai eta V. kapituluaren jasotako prestazioak ere, Legean zehaztutako printzipioetan oinarrituta. Horretarako, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemari dagozkion funtsezko funtzioak beteko dituzte, bakoitzak bere eskumenen barruan.

2.— Lege honen aginduak eraginkortasunez betetzeko, osasun-arloan eskumena duten administrazio publiko guztiek zerbitzu egokiak emango dituzte, bai intentsitatean eta bai kalitatean, herritar eta komunitate bakoitzaren beharren arabera, ahalik eta ekitate handiena eta gizarte-efizientzia handiena bilatuz.

3.— Lege honen aginduak eraginkortasunez betetzeko, administrazio publikoek osasun publikoaren alorrean beharrezkoak diren funtsezko baliabideak eskuratuko dituzte —

bai instituzionalak, bai materialak eta bai giza baliabideak—, nazioarteko garrantzia duten osasun publikoko larrialdi-egoerei aurre egiteko beharrezkoak diren tresnak barne.

21. artikulua.- Emaizten ebaluazioa eta osasunaren gaineko inpaktua.

1.— Osasunaren gaineko inpaktuaren ebaluazioa «Osasuna Politika Guztietan» printzipioaren arabera aplikatuko da, betiere sektoreetako esku-hartzeak diseinatzerakoan eta inplementatzerakoan osasuna babesteko eta sustatzeko helburuarekin. Herritarren parte-hartzea bultzatuko da, Legeari aurreikusitako partaidetza-bideen bitartez.

2.— Arau, plan, programa edo jarduerak herritarren osasunean izan ditzaketen zuzeneko edo zeharkako ondorioak ebaluatzea da osasunaren gaineko inpaktuaren ebaluazioaren helburua, bai eta ondorio negatiboak ezabatze edo arrazoizko mugaraino murrizteko eta ondorio positiboak indartzeko behar diren neurriak adieraztea ere.

3.— Osasun publikoko programetako prozesuen eta emaitzen ebaluazioa honetan datza: esku-hartze sanitario batek edo osasun publikoko esku-hartze batek herritarren osasunean dituen ondorioak neurtzean.

4.— Eusko Jaurlaritzak erregelamendu bidez garatuko ditu osasunean inpaktu nabarmena duten eta inpaktuaren ebaluazioa beharrezkoa duten esku-hartze sektorialak identifikatzeko irizpideak.

5.— Osasunaren gaineko inpaktua ebaluatze prozedura, metodologia eta edukiak ere erregelamendu bidez ezarriko dira. Jarduera sustatzen duen entitateak osasun-inpaktuari buruz egindako ebaluazio-dokumentu bat jasoko du, gutxienez, bai eta osasun publikoaren arloko eskumena duen organoak egindako nahitaezko txosten bat ere.

Bigarren atala.- Osasun publikoko profesionalak.

22. artikulua.- Osasun publikoko profesionalak.

1.— Lege honen ondorioetarako, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemako profesionaltzat hartuko dira sistema hori osatzen duten Euskadiko administrazio publikoetan 7. artikuluko funtsezko funtzioak betetzen dituzten pertsona guztiak.

2.— Osasun publikoa diziplinartekoa denez, osasun publikoko profil profesional askotarikoak barne hartzea eskatzen du, herritarren osasun-premiei aurre egiteko.

3.— Osasun publikoko langileek gaitasun nahikoa izango dute beren eginkizunak betetzeko, eta etengabeko prestakuntza izango dute, beren erantzukizun- eta gaitasun-mailari egokitua, beren lanean lanbide-jardun egokia bermatzeko.

23. artikulua.- Gaitasun profesionalak.

1.– Osasun publikoaren ikuskera integralak berekin dakar ikuspegi diziplinarteko batetik dagozkion funtzioak betetzea; horretarako, beharrezkoa da osasun publikoko profesionalen lankidetzak eta talde-lana, haien gaikuntza eta espezializazioa kontuan hartuta, lanbide sanitarioen antolamenduari buruzko oinarritzko araudiari jarraituz.

2.– Osasun publikoko profesionalak, haien espezializazioaren arabera, 7. artikuluan adierazitako Osasun Publikoaren Sistemaren funtsezko funtzioak garatzea ahalbidetzen duten gaitasun profesional guztiak edo batzuk baliatuko dituzte.

3.– Horretarako, honako hauek hartzen dira osasun publikoko oinarritzko gaitasun profesionaltzat, agintaritza sanitario eskudunak agintzen dituenek gain:

- a) Osasun publikoko arazoak definitzea eta aztertzea, metodo, datu eta aldagai egokiak baliatuz, emaitzak ebaluatuz eta lortutako informazioa dagokion testuinguruan erabiliz.
- b) Arrisku-faktoreek eta osasun-arazoei osasun publikoko zerbitzuen eta esku-hartzeen inaktuarekin duten lotura deskribatzea eta aztertzea.
- c) Osasun-politikak eta -programak planifikatzea, formulatzea eta ezartzea, haien baliabideak, antolaketa eta ebaluazioa kudeatuta.
- d) Herritarren osasun-egoera eta haren faktore determinatzaileak definitzea, aztertzea eta baloratzea, osasun publikoko oinarritzko zientziak aplikatuta.
- e) Arazoak konpontzeko tresna egokiak erabiltzea, hala nola zaintza-tresnak, informazio-iturriak, ikerketa soziala, inkestak eta beste batzuk.
- f) Segimendua eta esku-hartze epidemiologikoa egitea, epidemia-agerraldien eta gaixotasunak transmititzeko arrisku-egoeretan eta osasun publikoko larrialdi-egoeren aurrean (pandemiak barne).
- g) Osasuna sustatzeko jarduketak egitea, herritarren baldintza fisikoak eta sozialak hobetzera bideratuta, haien trebetasunak eta gaitasunak indartzera, eta halaber osasuneko ekitatea areagotzera eta egoera ahulean dauden pertsonen taldeetan lehentasunez esku hartzera.
- h) Osasun publikorako garrantzitsua den informazioa eraginkortasunez ekoiztea eta komunikatzea, eta egoki diren osasun-hezkuntzako programetan parte hartzea.
- i) Osasun-sistemaren antolamenduan parte hartzea, osasun-arazoei eta -beharrei buruzko informazioa erabiliz; osasun-lehentasunak ezartzea; osasun-helburuak formulatzea; osasun-politikak aztertzea eta sistemak eta politikak ebaluatzea.
- j) Ikuskapen eta auditoretza sanitarioak egitea.
- k) Elikagaien segurtasunean esku hartzea, animalia- eta landare-jatorriko lehengaietatik eta beste elikagaietatik eratorritako osasun-arriskuen kontrol sanitarioa eta prebentzioa eginez elikagai-kate osoan, lehen ekoizpenetik hasi eta azken kontsumora arte.

- l) Ingurumen-arriskuak eta arrisku biologikoak baloratzea eta ingurumen-osasuneko jarduketak egitea, osasunaren ingurumen-determinatzaileei arreta emanaz eta haiek kontrolatzeko eta haien hobekuntzak sustatzeko neurriak hartuz.
 - m) Lan-osasuneko jarduketak egitea, langileen osasuna sustatzeko eta babesteko, hargatik eragotzi gabe lan-agintaritza eskudunari esleitutako eginkizunak.
 - n) Osasun publikoan interesgarriak diren determinatzaile mikrobiologiko, fisiko-kimiko eta instrumental guztien analisisa egitea eta interpretatzea.
 - o) Sektorearteko politiketan osasunaren defentsa bultzatzea, osasunaren faktore sozialak eta kulturalak identifikatzea, eta profesionalekin eta herritarrekin modu egoki eta eraginkorrean jardutea.
 - p) Programa eta esku-hartze sanitarioak eta osasun publikokoak diseinatzen eta abian jartzen laguntzea, eta programak kudeatzea, haien baliabideak, antolaketa eta ebaluazioa barne.
 - q) Osasun-zerbitzuekin koordinatzeko eta lankidetzan aritzeko beharrezkotzat jotzen diren guztiak, osasunaren arreta integrala lortzeko.
 - r) Politika publikoek eta zerbitzu eta programek osasunean duten inpaktua ebaluatzea.
 - s) Herritarrek beren osasunean duten inplikazioa, konpromisoa eta kontrola sustatzea eta indartzea, osasunaren defentsan iritzi publikoa mobilizatzea eta sortzea, eta gizarteko talde ahulenen osasunaren defentsan jardutea.
 - t) Gidalerroak ezartzea eta gidak eta protokoloak egitea.
 - u) Erregelamendu bidez zehazten diren guztiak.
- 4.– Osasun publikoko profesionalek indarrean dagoen araudiak zehazten dituen gaitasun profesional espezifikoak izango dituzte.

Hirugarren atala. Plangintza.

24. artikulua.- Euskadiko Osasun Plana.

1. Euskadiko Osasun Plana da Euskadiko osasun-arloko politikak, estrategiak eta jarduketak planifikatzeko, antolatze, lehenesteko eta koordinatzeko tresna gorena, lege honetan ezarritako printzipio gidarien arabera. Gainera, osasun-ekintzak adierazteko esparrua da, eta herritarren osasunean inpaktua duten beste sektore batzuen politikak, esku-hartzeak eta estrategiak bideratzen ditu.

2.– Euskadiko Osasun Planak Euskal Autonomia Erkidegoan osasunaren arloan garatu beharreko jarraibideak, helburuak eta jarduketak jasoko ditu, eta eduki hauek izango ditu, gutxienez:

- a) Herritarren osasun-egoeraren analisisa eta diagnostikoa.

b) Osasunean eragina duten edo izan dezaketen Eusko Jaurlaritzaren planak eta politikak identifikatzea, beharrezkoak diren sinergiak identifikatu eta ezartzeko eta herritarren osasunaren aldeko erakundeen arteko eta sektoreen arteko ekintza bultzatzeko.

c) Esku-hartzeak lehenestea osasunaren determinatzaileen eta osasun-arloko gizarte-desberdintasunen arabera, bai eta arreta behar duten kolektiboak lehenestea ere, patologia prebalenteen, larrienen, balioezintasuna dakartenen edo bakanen arabera.

d) Sistemaren osasuneko, kudeaketako eta kalitateko helburuak ebaluatzeko jarraipen-eta emaitza-adierazleak.

3.- Osasunaren arloko eskumena duen sailak osasun-plan bat aurkeztuko du zortzi urtean behin, zeina Eusko Jaurlaritzak onartuko baitu eta Eusko Legebiltzarrari helaraziko baitzaio, araudiari jarraituz komunikazio gisa izapidetzeko. Euskadiko Osasun Plana egiterakoan, kontuan hartuko dira lege honetan aurreikusitako partaidetza- eta koordinazio-organoek eta osasun publikoaren arloko eskumenak dituzten beste erakunde eta entitate batzuek egindako proposamenak.

4.- Planak lau urte indarrean betetakoan, Euskadiko Osasun Planaren helburuen eta jarduketaren ebaluazioa egingo da, eta Eusko Legebiltzarrera bidaliko da. Plana aldatu eta egokitu egingo da, ebaluazioaren emaitzen eta atzemandako beharren arabera.

25. artikulua.- Osasuneko foru-, toki- eta eskualde-estrategiak edo -planak.

1.- Euskadiko Osasun Planarekin bat etorritz, toki-, eskualde- eta foru-entitateek beren osasun-estrategia edo -plana diseinatu eta onartu ahal izango dute, ingurunearen eta biztanleriaren berezitasunak kontuan hartuta.

2.- Lege honen printzipio eta helburuei jarraituz, eta Euskadiko Osasun Planarekin bat etorritz, toki-, eskualde- eta foru-mailako osasun-planak eta -estrategiak plangintza-, antolamendu- eta koordinazio-tresna gisa eratuko dira, eta foru-, udal- eta udalaz gaindiko eremuetan osasun-arloan egiten diren programen eta jarduketaren multzo ordenatua jasoko du tresna horrek, hurrenez hurren.

3.- Osasuneko foru-, toki- edo eskualde-planak helburuak jasoko ditu, bai eta hura garatzeko behar diren finantza-baliabideak, giza baliabideak eta baliabideak materialak ere.

4.- Osasuneko toki-, eskualde- edo foru-plana onartzeko organo eskuduna arduratuko da haren aldizkako ebaluazioaz eta jarraipenaz.

5.- Adikzioen eta droga-mendekotasunen arloan toki-entitateek egiten dituzten toki-, eskualde- edo foru-planak bat etorriko dira Osasun Planarekin eta Adikzioen Euskadiko Planarekin, osasunaren eta adikzioen arloan planifikatzeko, antolatze eta koordinatzeko goi-mailako tresnak baitira.

26. artikulua.- Osasun publikoaren esparruko beste plan eta estrategia batzuk.

Euskadiko Osasun Plana garatu ahal izango da beharrezkoak diren estrategia, plan eta programa osagarrien bidez, bai eta osasuneko foru-, eskualde- edo toki-planen bidez ere. Gainera, Adikzioen eta Droga Mendekotasunen gaineko Arreta Integralari buruzko apirilaren 7ko 1/2016 Legean aurreikusitako Euskadiko Mendekotasunei buruzko Plana eta osasunean eragina duten beste plan batzuk bat etorriko dira Euskadiko Osasun Planaren jarraibide eta irizpide estrategikoekin, osasun-politikak planifikatzeko, antolatze eta koordinatzeko goi-mailako tresnaren funtzioa kontuan hartuta.

IV. KAPITULUA.- EUSKADIKO OSASUN PUBLIKOAREN SISTEMAREN ANTOLAKETA ETA KOORDINAZIOA

Lehenengo atala.- Osasun publikoaren alorreko eskumen-banaketa.

27. artikulua.- Euskadiko administrazio publikoen eskumenak.

1.— Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrak eta Instituzionalak, foru-aldundiek eta udalek, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema osatzen baitute, lege hau garatzeko eta aplikatzeko ematen diren jarduketara publikoak eta neurriak gauzatuko dituzte, arlo hauetako legeria sektorialak bakoitzari esleitutako eskumenen arabera: osasuna; politika komunitarioa; industria, nekazaritza eta arrantza alorretako politikak; kudeaketa; lan-segurtasuna, -higienea eta -osasuna; toki-araubidea, barne-merkataritza, publizitatea eta komunikabideak; ingurumena, lurralde-plangintza eta hirigintza; enplegua eta gizarte-politikak; hezkuntza; gazteria; jarduera fisikoa; estatistika eta ikerketa; etxebizitza; garraioa; ogasuna; ekonomia; berdintasun-politika, eta osasun publikoarekin zerikusia duen beste edozein.

2.— Euskadiko administrazio publikoen artean eskumenak gainjartzerik edo eskumen-konkurrentziarik egon ez dadin, administrazioen arteko lankidetzaren tresnak eta ordenamendu juridikoan aurreikusitako eskumenak baliatzeko formulak sinatu ahal izango dira, betiere osasun alorrean herritarrek dituzten eskubideak betetzen direla bermatzeko egokiak badira, bereziki kontuan hartuta lege honen 38. artikuluan arautzen den Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordean proposatutako irizpideetan oinarritutakoak, 43. artikuluan arautzen den Osasun Publikoaren Euskal Kontseiluan proposatutakoak eta osasun arloan eskumena duten beste koordinazio organoetan proposatutakoak. Horrelakoetan, tresna eta formula horiekin batera, finantzaketa-sistemak ere zehaztu behar dira.

3.— Administrazio publikoek modu koordinatuan jardungo dute sistemaren kohesioa eta baliabideen erabilera efizientea ziurtatzeko.

28. artikulua.- Eusko Jaurlaritzaren eskumenak.

Hauek dira Eusko Jaurlaritzari, osasunaren arloan eskuduna den sailaren bidez, osasun-alorrean dagozkion eskumenak:

- a) Euskal Autonomia Erkidegoan, osasun publikoko politikak zuzentzea, eta politika horiek Estatuko eta Europako alor horretako politikekin koordinatzea.
- b) Lege honetatik eratorritako osasun publikoaren arloko araudia eta erregelamenduzko xedapenak onestea.
- c) Euskadiko administrazio publikoentzat esparru gisa balioko duten eta osasun-arloko jarraibideak ezarriko dituzten osasun publikoaren arloko plangintza, programazioa, koordinazioa eta ebaluazioa.
- d) Osasunaren arloko plangintza, Euskal Autonomia Erkidegoaren eremuan.
- e) Osasun publikoko planak, programak eta jarduketak diseinatzea, egitea eta garatzea.
- f) Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Publikoaren Sistemari buruz lege honetan ezarritakoarekin bat etorritik, osasun publikoaren helburuak betetzeko komenigarriena den erakunde-antolaketa xedatzea.
- g) Udalekin, foru-aldundiekin, toki-entitateekin eta osasunaren arloko gainerako organismoekin koordinatzea.
- h) Osasun publikoko prestazioak onartzea.
- i) Herritarren osasunerako arriskutsuak izan daitezkeen osasun publikoko larrialdi-egoerak ebaluatzea eta kudeatzea, larrialdiak kudeatzeko eskumena duten Eusko Jaurlaritzako agintariekin koordinatuta.
- j) Osasun publikoko informazio-sistemaren plangintza, antolaketa eta kudeaketa.
- k) Lege honen helburu diren arloekin zerikusia duten behar, eskari eta baliabideak ebaluatzea.
- l) Osasun publikorako garrantzitsuak diren establezimenduak, instalazioak eta jarduerak kontrolatzeko, erregistratzeko eta baimentzeko mekanismoak ezartzea.
- m) Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordearen eta Osasun Publikoaren Euskal Kontseiluaren egitura eta funtzionamendu-arauak onartzea.
- n) Ikuskatzeko eta zehatzeko ahala erabiltzea, lege honetan aurreikusitakoari jarraikiz.
- o) Indarrean dagoen legeriak ematen dizkion gainerakoak.

29. artikulua.- Udalen eta gainerako toki-entitateen eskumenak.

1. Udalei eta gainerako toki-entitateei dagokie, bakoitzak bere lurralde-eremuan eta Euskadiko Osasun Planaren eta Euskal Autonomia Erkidegoko gidalerro eta programen esparruan, toki-araubidearen legerian eta aplikatzekoa den araudi sektorialean ezarritako eskumen propioak baliatzea.
2. Gainerako administrazio publikoen eskumenei ezertan eragotzi gabe, udalei dagokie, Euskadiko Toki Erakundeei buruzko apirilaren 7ko 2/2016 Legearekin bat

etorri, osasun publikoa sustatzea, kudeatzea, defendatzea eta babestea, bakoitzak bere lurraldean, eta, zehazki:

- a) Osasuna babesteko eta sustatzeko eta adikzioak prebenitzeko programak eta planak garatzea.
- b) Kontrol sanitarioa ingurumenean, jardueretan, industrietan, zerbitzuetan, eraikinetan, bizitokietan eta giza bizikidetzako tokietan, eta halaber herritarren osasunean eragina izan dezaketen establezimendu orotan.
- c) Kontrol sanitarioa elikagaien, edarien eta giza erabilera edo kontsumoarekin zerikusia duten gainerako produktuen banaketan eta horniduran, bai eta horiek garraiatzeko bitartekoena ere.
- d) Etxe-abereei, konpainiako animaliei, hiriko basabereei eta izurriei buruzko arau sanitarioak betetzen direla kontrolatzea.
- e) Euskadiko Toki Erakundeei buruzko 2016ko apirilaren 7ko 2/2016 Legearen arabera definitzen diren gainerako eskumen propio edo eskuordetu guztiak.
- f) Ikuskatzeko eta zehatzeko ahala erabiltzea, lege honetan aurreikusitakoari jarraikiz.

3.– Zeregin horiek burutzeko, udalek beren kabuz edo mankomunitateetan elkartuta jardun dezakete.

30. artikulua.- Foru-aldundien eskumenak.

Foru-administrazioak lankidetzan arituko dira gainerako administrazio publikoekin osasun publikoari laguntzen dioten gaietan eta, batez ere, elikagaien eta ingurumenaren segurtasunari eta osasunaren prebentzioari eta sustapenari dagokienez.

31. artikulua.- Osasun publikoaren arloko jarduketaren koordinazioa.

1.– Eusko Jaurlaritzak, osasun-arloan eskumena duen sailaren bidez, osasun publikoaren arloko tokiko politikak eta jarduerak koordinatuko ditu, arlo horretako ekintza publikoak Euskadiko lurralde osoan koherentzia duela bermatzeko.

Koordinazio hori lege honen bidez arautzen den Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordean ezarriko da.

2.– Aurreko puntuan ezarritako koordinazio-ahalmenak baliatzearen ondorioz, Eusko Jaurlaritzak nahitaez bete beharreko gidalerroak eta lehentasunak ezarri ahal izango ditu foru- eta toki-entitateentzat, haien eskumenak baliatzen dituztenean, eta gutxienezko mailak edo estandarrak zehaztu ahal izango ditu osasun publikoaren arloan, Euskal Autonomia Erkidegoaren lurralde osoan bete beharrekoak, interes orokorrak edo komunitatearenak babesteko.

Nolanahi ere, koordinazioaren norainokoa eta intentsitatea mailakatu egingo da, koordinazio horren mende dauden gaietan edo arloetan dauden tokiko interesen eta tokiz gaindiko edo komunitateko interesen arteko erlazioaren arabera.

3.– Foru- eta toki-entitateek osasun publikoaren arloan dituzten erantzukizunak betetzen ez badituzte edo behar bezala betetzen ez badituzte, Eusko Jaurlaritzak eskumen horiek modu subsidiarioan betearazi ahal izango ditu, errekerimendua egin ondoren eta ez-betetzeak bere horretan jarraitzen badu, toki-araubidearen legerian aurreikusitakoarekin bat etorriz.

Bigarren atala.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren antolaketa instituzionala.

32. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren antolaketa instituzionala.

1.– Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema osatzen duten administrazio publikoetako bakoitzak bere barruan antolatuko ditu osasun publikoaren arloan dagozkion eskumenak gauzatzeko baliabide publikoak eta kudeaketa-tresnak, bakoitzaren jardun-eremuaren, eskumenen eta egituren arabera, eta lege honetan ezarritako printzipio eta aginduak betez.

2.– Osasun publikoko larrialdi-egoera batetik, pandemia batetik edo osasun-krisi batetik eratorritako jarduketa guztietan eta osasun publikoaren egitura sendotzeko, giza baliabideak, aurrekontu-baliabideak eta langileen eginkizunak eta zereginak birbideratzeko estrategiak definitu eta ezarri ahal izango dira osasun publikoaren arloan eskumenak dituzten administrazioetan, bai eta laguntza-ingurune publikoan ere, aldi baterako eta lanaren eta ordainsarien funtsezko baldintzak errespetatuz. Larrialdi-egoeretan, ahal den neurrian, gai horren inguruan hartutako erabakien berri emango zaie zerikusia duten eragile sozial eta sindikalei.

33. artikulua.- Osasun publikoa, toki- eta komunitate-eremuan.

1.– «Osasuna Politika Guztietan» printzipioa oinarri hartuta, Euskadiko administrazio publikoek osasuna, osasun-ekitatea, ongizatea eta pertsonen bizi-kalitatea sustatuko dituzte toki-eremuan, komunitateari begira eta ikuspegi integral eta sektorearteko batetik. Horretarako, modu koordinatuan lan egingo dute, toki-eremuan osasunaren eta ingurune eta jokabide osasungarrien sustapena bultzatzeko eta pertsonen eragiten dieten osasunaren gizarte-determinatzaileetan eragin positiboa izateko.

2.– Administrazioen arteko beharrezko lankidetzak sustatzeko, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrak eta toki-administrazioek lankidetzak eta koordinazio-tresnak ezarri ahal izango dituzte, osasun publikoko eskumenak eta osasun-planak garatzeko. Era berean, aliantza estrategikoak sustatuko dituzte beste toki-entitate batzuekin, dagokien eremuan osasun publikorako interesgarriak izan daitezkeen elementuak erakartzeko.

3.– Euskadiko administrazio publikoek, gainera, komunitateari begirako ikuspegia eta ikuspegi sektoreartekoa lehenetsiko dituzte beren jarduketetan, eta ekintza komunitarioa indartuko dute komunitateen parte-hartze aktiboaren bidez beren osasun-

premiei erantzungo dieten prozesuak diseinatzeko, abian jartzen eta ebaluatzen, osasunaren determinatzaileetan eta haien bizi-kalitatean eragin eta kontrol handiagoa lortzeko.

Hirugarren atala.- Osasun Publikoaren antolaketa, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean eta Instituzionalean.

34. artikulua.- Osasun publikoa, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean eta Instituzionalean.

1.- Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrak, bere sail eta ente instrumental guztietan, gaixotasunen prebentzioa eta osasunaren babesa, sustapena eta zaintza bultzatuko ditu sektorearteko koordinazioaren eta baterako lan-mekanismoen bidez, horretarako ezarriko diren prozeduretan oinarrituta, bere politikak eta jarduketak osasun-helburuetara egokituz eta politika publikoak baloratzuz osasunean dituzten eraginei dagokienez.

2.- Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorren sektore publikoan sektorearteko ekinbidea eratu, mantendu eta indartzeko, Eusko Jaurlaritzan osasunaren arloko eskumena duen sailak bitartekoak proposatuko dizkio lehendakariari, osasunean eragina duten politikak eta jarduketak dituzten gainerako sail eta organismo publikoekin koordinatze aldera. Horretarako, behar adina koordinazio-tresna sortzea proposatuko du jarduketek osasunean duten inpaktua baloratzeko, osasun-desberdintasunak monitorizatzeko eta gizarte-determinatzaileek sortutako ekitaterik ezak gainditzeko, bai eta Euskadin ingurune eta jokabide osasungarriagoak errazteko ere.

35. artikulua.- Osasun publikoko zerbitzuen antolaketa, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean eta Instituzionalean.

1.- Eusko Jaurlaritzari dagokio osasun publikoko zerbitzuen antolamendua ezartzea Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean eta Instituzionalean, erakundeen arteko koordinazioa bultzatuz, hiru xede hauei begira: osasun publikoko politikak modu orekatuan abiaraztea, esku-hartzeak efizienteak eta administrazio-ekinbidea efikaza izatea, eta jasangarritasuna erdiestea.

2. Euskal Autonomia Erkidegoak antolaketa-egitura bat izango du, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema bere administrazio orokorrean eta administrazio instituzionalean integratzera eta arlo horretan dagozkion eginkizunak betetzera bideratutako baliabide publiko guztiak bilduko dituen, lege honen eta Legea garatzen duten arauak jarraituz.

Egitura horren parte izango dira Administrazio Orokorren eta Instituzionalaren barruan, administrazio orokorrean eta administrazio instituzionalean, osasun publikoari lotuta dauden giza baliabideak eta baliabide materialak, bai eta Eusko Jaurlaritzan osasunaren arloko eskumena duen sailean definitzen diren zuzendaritza-, kudeaketa- eta partaidetza-tresnak, eta eraginkortasunari, efizientziari, ekitateari eta

jasangarritasunari dagokienez Osasun Publikoaren Euskal Sistemaren eginkizunak garatzeko ezar daitezkeen beste egitura batzuk ere. Zuzendaritza-, kudeaketa- eta partaidetza-egitura eta -tresna horiek lurralde-ezarpeneko mailetan antolatu ahal izango dira, baldin eta hori onuragarria bada eraginkortasun eta inpaktuaren aldetik, efizientziaren, irisgarritasunaren eta parte-hartze sozialaren aldetik.

36. artikulua.– Euskadiko osasun publikoaren antolaketa-egituraren funtzioak

Euskadiko osasun publikoaren antolaketa-egiturak funtzio hauek izango ditu, besteak beste:

- a) Euskal Autonomia Erkidegoan osasun publikoko politiken goi-mailako zuzendaritza egikaritzea, antolaketa operatiboa ezartzea, laneko barne-sistemak definitzea eta koordinazio-lanak egitea, bai eta arlo horretako Estatuko eta Europako politikekin koordinatzea ere.
- b) Eusko Jaurlaritzak osasun publikoaren arloan dituen eskumenak planifikatzea eta kudeatzea.
- c) Osasun publikoaren arloko politika publikoak kudeatzeko ardura duten Eusko Jaurlaritzako eta beste administrazio publiko batzuetako organoekin zuzendaritza-, sustapen-, koordinazio- eta lankidetzak egitea, aintzat hartuta sektoreartekotasuna eta «osasuna politika guztietan» printzipioak, bai eta arlo horretan eskumenak dituzten beste administrazio publiko batzuetako organoekin koordinatzea eta lankidetzan aritzea ere.
- d) Osasunaren aldeko ingurune mesedegarria bultzatuko duten eta osasun publikoan zein norbanakoen osasunean eragin negatibo posibleak murriztuko dituzten baldintza sozialak, ingurumenekoak eta ekonomikoak sortuko dituzten ekintzak bultzatzea.
- e) Osasun Publikoaren Zaintzarako Sarearen zuzendaritza.
- f) Eusko Jaurlaritzari eta beste erakunde batzuei laguntza eta babesa ematea osasun publikoaren arloan.
- g) Euskadiko Osasun Planeko osasun-helburuen proposamenak egitea, bai eta haiek gauzatzeko estrategiak, jarraipena egiteko adierazleak eta betetze-mailei buruzko ebaluazio-txostenak egitea ere. Era berean, osasun publikoaren arloan proposamenak egitea eta plangintza-tresnak gauzatzea.
- h) Osasun publikoaren aurrekontua betearaztea.
- i) Proposamenak egitea, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrak lege honetan ezartzen diren konpromisoei aurre egin ahal izateko beharrezkoak diren aurrekontuei eta kredituei buruz.
- j) Herritarren osasunerako arriskutsuak diren krisi, osasun publikoko larrialdi eta pandemiei aurrea hartzeko prestaketa-lanak eta, herritarren osasunerako arrisku bat baitira, erantzuna emateko koordinazio- eta kudeaketa-lanak, egoera horien aurrean

mobilizatzen diren administrazioen antolakundeeekin koordinatuta. Era berean, osasunaren babesa zuzenduko du, jarduketa programatuen bidez.

- k) Osasunaren determinatzaileei eta gaixotasunei buruzko prebentzio-politikak zuzentzea eta lehenestea, zoonosia eta gaixotasun berriak barne.
- l) Lege honetan definituta dauden baina toki-entitateei ez dagozkien edo eskuordetu ez diren osasun publikoko prestazioak betearaztea.
- m) Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordea eta Osasun Publikoaren Euskal Kontseilua —38. eta 43. artikulua, hurrenez hurren— zuzentzea, bultzatzea eta asistentzia teknikoa ematea. Era berean, osasun publikoaren arloan beste partaidetza-organo guztiei laguntza eta babesa ematea.
- n) Osasun publikoaren arloko proposamenak eta gomendioak egitea osasun-arloaren eskumena duen sailari, Osakidetza, Eusko Jaurlaritzako beste sail eta organismo batzuei, toki- eta foru-erakundeei eta gizarte zibileko entitate pribatu eta adierazgarriei, eta gizarte zibilari berari zuzenean ere. Komunikazioa egiazkoa, esanguratsua eta egokia izan dadin zainduko du.
- o) Lege honetan esleitzen zaizkion funtzioei buruzko txostenak egitea.
- p) Osasun publikoaren eremuan Eusko Jaurlaritzak ezartzen dituen laguntzak kudeatzea.
- q) Osasun publikoko profesionalen prestakuntza eta ikerketa bultzatzea eta sustatzea, gai horretan erantzukizuna duten organoekin, unibertsitateekin eta ikerketa-zentroekin lankidetzan.
- r) Laneko osasuna zaintzeko eta babesteko politikak eta jarduketak zuzentzea, Eusko Jaurlaritzan segurtasunaren, osasunaren, higienaren eta laneko ingurumenaren arloko politikak kudeatzeaz arduratzen den organoarekin lankidetzan.
- s) EAEko adikzioen arloko politika integrala definitzea; arlo horretako sail eta erakundeen arteko jarduketan bultzada, inplikaturako sektore-eremuekin lankidetzan, eta adikzioak prebenitzeko eta arriskuak murrizteko programak eta ekimenak bultzatzea eta mantentzea.
- t) Eusko Jaurlaritzako eta osasun publikorako garrantzitsuak diren politika sektorialeaz arduratzen diren beste erakunde batzuetako organoekin lankidetzan jardutea, sektoreartekotasuna eta «osasuna politika guztietan» osasun-printzipioa sustatuz.
- u) Osasun-agintaritza eta zehatzeko ahala egikaritzea, lege honetan eta aplikatu beharreko beste arau batzuetan ezarritakoaren arabera.
- v) Ordenamendu juridikoak esleitzen dion beste edozein eginkizun.

Laugarren atala.- **Administrazio publikoen arteko koordinazioa, lankidetzak eta elkarrekintza**

37. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaosatzen duten administrazioen arteko elkarlana

1.– Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorak eta foru- eta toki-administrazioek lankidetzan jardungo dute, modu koordinatuan, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren kohesioa eta baliabideen erabileraren efizientzia bermatzeko.

2.– Erakundeen arteko lankidetzak hobeto eta efikazia handiagoz betetzeko eta Euskadiko administrazioen arteko eskumenak egikaritzean gainjartzeak edo konkurrentziak saihesteko, bai eta informazioa partekatzeko eta koordinazio eraginkorra bermatzeko ere, Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzorde bat eratuko da. Gainera, jarduera-protokolo orokorrak, hitzarmenak eta beste lankidetzak-tresnak batzuk sinatu ahal izango dira. Halaber, helburu komunak lortzeko planak eta programak prestatu eta egikaritu ahal izango dira elkarrekin.

3.– Osasun publikoaren antolaketa-egiturak osasun publikoaren arloko jarraibideak eta gomendioak emango ditu, toki- eta foru-erakundeek osasun publikoaren arloan dituzten erantzukizunak eraginkortasunez betetzeko.

38. artikulua.- Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordea.

1.– Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordea osasun publikoaren alorreko politikak bateratzeko organoa izango da, bai eta Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaosatzen duten administrazio publikoen koordinazio-, lankidetzak- eta partaidetzak-organoa gorena lege hau aplikatzearen ondoriozko jarduketetan, kontuan izanik aipatutako administrazioek osasun publikoaren arloan dituzten eskumenak.

2.– Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordea Eusko Jaurlaritzan osasun-arloko eskumena duen sailari atxikita egongo da, eta haren titularra izango da batzordeburua. Batzordekide, berriz, osasunean eragina duten Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorreko sailen edo arloen ordezkariak, goi-kargudun direnak, eta Euskal Autonomia Erkidegoko foru-aldundien eta udalen ordezkariak, goi-kargudun edo hautetsi direnak.

3.– Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordeak hala erabakiz gero, bileretan aztertzen diren gaien izaera aintzat harturik, beste hauek ere parte hartu ahal izango dute: Batzordeaosatzen duten administrazioetako teknikariek, administrazio publikoetako beste sail batzuetako ordezkariak eta, administrazio horietako parte izan gabe, jakintza, esperientzia eta ospearengatik osasun publikoaren arloko adituak diren beste pertsona batzuek. Horrelakoetan, pertsona horiek hitza izango dute, baina botorik ez.

4.– Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordeak funtzio hauek izango ditu:

a) Aldez aurreko txostena egitea lege honetatik eratortzen diren osasun publikoaren arloko araudiari eta erregelamenduzko xedapenei buruz, bai eta Euskadiko Osasun Planari buruz ere.

b) Euskadiko administrazio publikoek osasun publikoaren arloan erabaki beharreko estrategia nagusiak, tresna komunak eta proposamenak eztabaidatzea eta proposatzea.

c) Administrazioen arteko lankidetza-tresnak eta ordenamendu juridikoan aurreikusitako eskumenak baliatzeko formulak izenpetzeko irizpideen proposamenak egitea, bai eta tresna horien oinarri izan behar duten aurrekontuak eta kredituak ere.

d) Osasun-larrialdietan —osasun-krisiak eta pandemiak barne—, Batzordea osatzen duten administrazioen arteko lankidetza-akordioak edo -hitzarmenak eztabaidatu eta proposatu ahal izango dira, egoera horiek kudeatzeko, osasun-larrialdiari aurre egiteko beharrezkoak diren funtzioak eta zereginak bere gain hartzea barne.

e) Ordenamendu juridikoan zehazten den beste edozein.

5.— Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordearen egitura, antolaketa eta eskumenak erregelamendu bidez zehaztuko dira.

39. artikulua.- Koordinazioa, Estatuko Administrazio Orokorrekin eta beste administrazio eskudunekin.

1.— Osasun-arriskua, -larrialdia edo -krisia eta pandemia egonez gero, arriskuaren larritasun-maila, dimentsioa edo lurralde-inpaktua zenbaterainokoak diren, berehala jakinaraziko zaio Estatuko Administrazio Orokorriari, ezarritako komunikazio-sare eta kanalen bitartez, hark osasunaren koordinazio orokorraren eskumena erabili ahal izan dezan.

2.— Osasun publikoaren eskumena duen Eusko Jaurlaritzako sailak Estatuko Administrazio Orokorreko dagozkion erakundeekin eta beste autonomia-erkidego batzuekin koordinatuko ditu beharrezkoak diren politikak eta estrategiak, osasun publikoko larrialdiei, osasun-krisiei edo pandemiari aurre egiteko eta erantzuna emateko, osasun publikoko larrialdi bat, osasun-krisi bat edo pandemiaren bat gertatzen denean.

3.— Beharrezkoa den heinean, Eusko Jaurlaritzan osasun publikoaren eskumena duen saila bere eginkizunak behar bezala betetzeko kasuan kasuko nazioarteko administrazio eta organismoekin koordinatuko da.

4.— Osasun publikoaren arloan eskumena duen Eusko Jaurlaritzako sailak osasun publikoaren arloko eskumena duten administrazio publiko guztien arteko lankidetza eta koordinazioa bultzatuko du, herritarren osasuna zaintzeko helburuarekin. Lankidetza horren esparruan, osasun-arriskua edo -larrialdia dela eta, administrazioen artean langileak aldi baterako mugitzeko aukera izango da, betiere ordainsariak eta lanaren funtsezko baldintzak errespetatuta eta informazioa gizarte-eragileei eta sindikatuei helaraziz, larrialdi-egoerak ahalbidetzen duen neurrian.

Bosgarren atala.- Koordinazioa, lankidetza eta elkarrekintza, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren eta Euskadiko Sistema Sanitarioaren artean.

40. artikulua.- Koordinazioa, lankidetza eta elkarrekintza, Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren eta Euskadiko Sistema Sanitarioaren artean.

- 1.– Eusko Jaurlaritzan osasun-arloaren eskumena duen sailak Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren eta Euskadiko Sistema Sanitarioaren arteko koordinazio, lankidetza eta elkarrekintzako irizpideak eta mekanismoak ezarriko ditu, horrela erraztuz lege honen helburuak betetzea, koordinazioa eta baterako lana, ebaluazioa, informazioaren sorrera eta Euskadiko Osasun Behatokiaren lana, esku-hartzeen efizientzia eta administrazio-ekintzaren efikazia.
- 2.– Koordinazio, lankidetza eta elkarrekintza horrek helburu hauek dituzten jarduketak egingo ditu, gutxienez: osasuna babestea eta sustatzea, gaixotasunak prebenitzea, osasunerako hezteak, osasuna zaintzea eta osasun-larrialdiei aurre egitea.
- 3.– Lurralde-eremuan, Osakidetza eremuko erakunde sanitario integratuekin izan beharreko koordinazio-mekanismoak ezarriko dira.
- 4.– Osasun publikoaren prebentzioaren, sustapenaren eta zaintzaren arloan osasun-arloko ardura duen Eusko Jaurlaritzako sailak ezartzen dituen lurralde-mailako komunikazioa eta koordinazioa bermatuko ditu Osakidetza.
- 5.– Eusko Jaurlaritzan osasun-arloaren ardura duen sailak dagozkion koordinazio- eta ebaluazio-mekanismoak ezarriko ditu osasun publikoaren helburuak bermatzeko eta Euskadiko Osasun Plana benetan betetzen dela bermatzeko, bai eta Osakidetzarekin lankidetzan jarduteko mekanismoetan proposatutako programak berrikusteko eta haien jarraipena egiteko ere.

41. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren betebeharrak Euskadiko Sistema Sanitarioarekiko.

Euskadiko osasun publikoaren zerbitzuek betebeharrak izango dituzte Euskadiko Osasun Sistemarekiko:

- a) Laguntza-zerbitzuei informazioa ematea adskribatutako biztanleen osasun-egoerari buruz eta konparazioa eta balorazioa egiteko baliagarriak diren beste lurralde-erreferentzia batzuei buruz. Lehentasunez esku hartzeko lurraldetzat edo herritzat hartuko dira osasun-egoeren eta -adierazleen arabera balio nabarmen kaltegarriak dituztenak. Osasun publikoko informazio-sistemek osasun publikoa zaintzera bideratuta egon behar dute, eta, funtzionalki, orientazio horrekin integratuta.
- b) Gaixotasunak prebenitzeko eta osasuna sustatzeko programak eta esku-hartzeak proposatu, ezarri, bultzatu eta ebaluatzea, eta horiek zerbitzu-zorroan integratzea. Programa eta esku-hartze horiek unean uneko ebidentzia zientifikoaren arabera proposatuko dira, eta kalitate-, jasangarritasun- eta efizientzia-irizpideak kontuan hartuta.
- c) Herritarren osasuna, oro har, edo talde ahulen edo populazio-talde jakin batzuen osasuna zaintzera bideratutako populazioei edo pertsonei buruzko neurriak ezartzea.

d) Harremanak erraztea eta indartzea gizarte-ingurunearekin eta laguntza-taldeen lurralde-eremuko erakundeekin.

e) Ingurune naturala eta soziala errespetatzen duten politika eta esku-hartze sanitario efizienteak proposatzea, herrien eta lurraldeen benetako beharrekin bat datozenak, eta produktu eta zerbitzu sanitarioen erabilera arrazionala sustatzea.

42. artikulua.- Euskadiko Sistema Sanitarioaren betebeharrak Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemarekiko.

Oro har, honako betebeharrak hauek dituzte zerbitzu sanitarioak eman behar dituzten organoek —publikoek zein pribatuak—, Eusko Jaurlaritzaren osasun publikoaren antolaketa-egiturari dagokionez:

a) Norbanakoen eta taldeen gaixotasunarekin eta osasunarekin zerikusia duten gertaerei buruzko informazioa ematea, baldin eta gertaera horiek ezagutzea garrantzitsua bada herritarren osasun-egoera baloratzeko edo populazio-talde batean prebentzioan eta sustapenean esku hartzeko, bai orokorrean, bai espezifikoki edo selektiboki, datu pertsonalak babesteko printzipioen eta arloan aplikatzekoa den legeriaren arabera.

b) Osasun publikorako arrisku-egoeretan dauden gaixotasun-kontaktuak edo -iturriak ikertzea, zuzenean edo osasun publikoko zerbitzuekin lankidetzan, arriskua murrizteko edo guztiz ezabatzeke baliagarria den informazioa emateko.

c) Osasun publikoaren antolaketa-egiturak eskatuta edo irizpide klinikoei jarraituta, komunitatean baloratzeko eta esku hartzeko beharrezkoak diren proba edo balorazio diagnostikoak egitea, osasuna babesteko eta gaixotasuna prebenitzeko neurriekin batera.

d) Euskal Autonomia Erkidegoan, biztanleria-eremuen arabera edo biztanleria-talde espezifikoek zuzenduta ezartzen diren prebentzio-programak garatzea eta ezartzea.

e) Asistentzia-maila guztietan, herritarren osasunaren determinatzaileen gaineko esku-hartzeak garatzea, osasuna prebenitzeko eta sustatzeko neurrien bidez, beste administrazio publiko batzuekin edo gizarte-eragile edo -kolektiboekin lankidetzan, bereziki toki-esparrukoekin.

f) Zerbitzuak zuzentzea eta haien jarduera garatzea, osasun-desberdintasunak murrizteko eta herritarren osasuna hobetzeko helburuarekin bat etorritik, gaixotasunekiko ahulena diren kolektiboengan arreta jarritik.

g) Pazienteen eta erabiltzaileen determinatzaile sozialak eta ohiturak diagnostiko- eta konponbide-prozesuaren funtsezko elementu gisa baloratzeko, ezarritako giden eta jardunbide egokien arabera.

h) Osasun publikoko larrialdietan, pandemietan edo osasun-krisietan, larrialdiei erantzuteko estrategia integral eta inklusiboa ezartzea, eskura dagoen ebidentzia zientifiko onenean oinarrituta. Estrategia horretan osasun publikoaren ikuspegia duten esku-hartze sanitarioak jaso ahal izango dira; informazio-sistema berriak edo berrituak; osasun-langileek zereginak birbideratzea —bai eta zeregin berriak ere—, eta hori guztia

euskal osasun-sistemak (hornitzaile publikoak eta pribatuak barne) erantzun eraginkorra eta koordinatua eman diezaion osasun publikoko larrialdiari, eta bat etor dadin osasun publikoaren antolaketa-egiturak eta, halakorik badago, indarrean dagoen larrialdiari erantzuteko koordinazio-organoak ezarritako printzipioekin.

Seigarren atala.- Kontsulta-, aholkularitza- eta partaidetza-organoak.

43. artikulua- Osasun Publikoaren Euskal Kontseilua.

1.– Eusko Jaurlaritzan osasun-arloaren eskumena duen sailari adskribatuta eta osasun publikoaren antolaketa-egituraren laguntza eta bultzadarekin, Osasun Publikoaren Euskal Kontseilua gizarte zibilaren parte hartzeko organo gorena da, osasun publikoaren arloko lege-proiektu, erregelamendu eta planei buruzko kontsultarako eta aholkularitzarako, «Osasuna Politika Guztietan» eta gobernu onaren printzipioei kasu eginez.

2.– Osasun Publikoaren Euskal Kontseiluaren osaera erregelamendu bidez ezarriko da, eta, gutxienez, honako hauek egon beharko dute ordezkaturik kontseilu horretan: osasun publikoaren antolaketa-egitura; Eusko Jaurlaritzan osasun-arloaren eskumena duen saila; Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordea; emakumeen eta gizonen arteko berdintasun erreal eta eraginkorrerako politikez arduratzen den Eusko Jaurlaritzako organoa; lan-arloaren eskumena duen Eusko Jaurlaritzako saila; Euskal Autonomia Erkidegoko unibertsitateak; eragindako elkarte profesionalak; gaixoek eta haien familiek osatutako elkarteak, irabazi-asmorik gabeko erakundeak eta gobernu kanpoko erakundeak; autonomia erkidego osoa jardun-eremu duten kontsumitzaileen elkarte edo federazioak; Osakidetza; Euskadin editatzen diren gizarte-hedabideak; Gazteriaren Kontseilua, eta pentsiodunen eta erretiratuen antolakundeak. Ahal denean, autonomia-erkidego osoa ordezkatzeko duten erakundeei emango zaie lehentasuna.

3.– Haren egitura, antolaketa eta eginkizunak erregelamendu bidez arautuko dira.

4.– Osasun Publikoaren Euskal Kontseiluak funtzio hauek izango ditu:

a) Egokitzen jotzen dituen txostenak, iradokizunak, gomendioak, azterlanak eta proposamenak egitea; horretarako, behar duen informazioa eskuratuko du.

b) Euskadiko administrazio publikoei aholku ematea, osasun publikoaren arloan aztertu beharreko gaietan.

c) Osasun publikoan eragina duten Euskadiko administrazio publikoen plan eta xedapen orokorren izapidetzean txostenak egitea.

d) Batzordearen antolamendu- eta funtzionamendu-erregelamendua egitea.

e) Euskadiko Osasun Planaren prestaketaren, jarraipenaren eta betetze-mailaren berri izatea.

f) Erregelamendu bidez zehazten den beste edozein eginkizun betetzea.

44. artikulua.- Beste koordinazio-, kontsulta-, aholkularitza- eta partaidetza-organo batzuk.

1.– Foru- eta toki-administrazioek koordinazio, kontsulta, aholkularitza eta parte-hartze sozialeko organoak sortu ahal izango dituzte osasun publikoaren arloan, zeinek bere jardun-arlo eta eskumenen esparruan.

2.– Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrak eta Instituzionalak eta foru- eta toki-administrazioek organo edo aholku-batzorde espezializatuak eratu ahal izango dituzte gai bereziak modu iraunkorrean edo aldi baterako aztertzeko, sailartekoak edo erakundeartekoak, eta, nahi izanez gero, baita entitate pribatuekin ere, osasun publikoaren arloko gai edo arlo espezifikoetarako beharrezkoak baldin badira.

45. artikulua.- Ordezkaritza orekatua.

Aholkularitza- eta partaidetza-organo guztiek ordezkaritza orekatua izango dute gizonen eta emakumeen artean, Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako otsailaren 18ko 4/2005 Legean azaldutako irizpideen arabera.

V. KAPITULUA: OSASUN PUBLIKOKO PRESTAZIOAK ETA JARDUKETAK

Lehenengo atala.- Osasun publikoko prestazioak.

46. artikulua. Osasun publikoko prestazioak.

1.– Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren zerbitzu-zorroak barne hartzen ditu Euskal Autonomia Erkidegoaren eremuan osasun publikoko prestazioak gauzatzeko erabiltzen diren jarduera, teknika, teknologia, protokolo edo prozeduren multzoa, honako jardun-ildo hauen arabera:

- a) Osasunaren zaintza.
- b) Osasun-arazoak prebenitzea eta haren determinatzaileen gainean jardutea.
- c) Herritarren osasuna babestea; zehazki, elikagaien segurtasunaren eta ingurumen-osasunaren arloan.
- d) Osasun publikoko larrialdietan, pandemietan edo osasun-krisietan osasun publikoko erantzunak koordinatzea eta zuzentzea.
- e) Laneko osasuna.
- f) Eskola-osasuna.
- g) Osasun publikoko laborategia.
- h) Osasunaren sustapena.

i) Adikzioak.

2.– Eusko Jaurlaritzak Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren zerbitzu-zorroa zabaltzeko ahal izango du Euskal Autonomia Erkidegoan, Osasun Sistema Nazionalaren prestazioen katalogoan ezarritako gutxienekoa errespetatuz.

Bigarren atala.- Osasunaren zaintza.

47. artikulua.- Osasunaren zaintza.

1.– Osasun publikoaren zaintza da herritarren osasun-egoerarekin eta hura baldintzatzen duten faktoreekin lotutako informazioa bildu, aztertu, interpretatu eta zabaltzeko jardueren multzoa, osasun publikoko jarduketan oinarria izan nahi duena.

Era berean, alerta eta erantzun azkarreko sistemak barne hartzen ditu, herritarren osasunerako mehatxu izan daitezkeen arriskuak detektatzeko.

2.– Eusko Jaurlaritzan osasun publikoaren arloko eskumena duen sailari dagokio, osasun publikoaren antolaketa-egituraren bidez, osasun publikoaren zaintza garatzeko eta kudeatzeko ardura, Osasun Publikoaren Zaintzarako Sarearen bitartez.

48. artikulua.- Osasun Publikoaren Zaintzarako Sarea.

1. Osasun Publikoaren Zaintzarako Sarea giza baliabideek, baliabide teknologikoek, materialek eta antolaketakoek osatuko dute, baita informazio-sistemek ere, osasun publikoko zaintza-funtzioari erantzuten baitiote.
2. Osasun Publikoko Zaintza Sarearen parte izango dira Osakidetzan, erakunde autonomikoetan, foru- eta toki-erakundeeetan eta osasungintzarekin loturiko beste entitate publiko edo pribatu batzuetan dauden baliabideak, herritarren osasun-arazo eta -determinatzaile garrantzitsuak detektatu eta horien jarraipena egiteko, datuak sistematikoki bilduz, integratuz eta aztertuz, eta informazio hori behar bezala erabiliz eta zabaltuz, norberaren osasuna eta osasun kolektiboa babesteko edo hobetzeko jarduerak garatzeko.
3. Sarearen zuzendaritza osasun publikoaren antolaketa-egiturari egokituko zaio.
4. Hauek dira Osasun Publikoaren Zaintzarako Sarearen funtzio nagusiak:
 - a) Herritarren osasun-egoera eta egoera horren arrazoiak neurtzeko informazio-sistemak lantzea, garatzea eta kudeatzea.
 - b) Osasun-arazo nagusien eta horien determinatzaileen analisi epidemiologikoak egitea, herritarren ezaugarrietatik, haien banaketa geografikotik eta denbora-joeratik abiatuta, gutxieneko desagregazio-maila batean..
 - c) Osasunean, osasun-zerbitzuetarako irispidean eta arrisku-faktoreen esposizioan dauden desberdintasunak monitorizatzea, eta gizarte-egoera ahulenerako taldeak identifikatzea.

- d) Ingurumen-arriskuak, ingurumeneko eragile kutsatzaile eta kaltegarrien presentzia eta horrek osasunean dituen ondorioak kontrolatzea, eta ingurumen-arriskuen mapak egitea.
- e) Elikagaiak ekoitzi, merkaturatu, saldu eta prestatzeko prozesutik eratorritako arriskuak zaintzea, bai eta haiekin lotutako osasun-ondorioak zaintzea ere.
- f) Epidemia-egoeretan edo osasun kolektiborako arriskutsuak diren egoeretan, alerta-sistemak eta goiz detektatzeko sistemak izatea, eta egoera horiei azkar erantzutea.
- g) Gaixotasun transmitigarriak monitorizatzea, haiek garaiz detektatu eta kontrolatzeko, bai eta herritarrentzat esposizio-arriskua eta zabaltzeko arriskua duten mikroorganismo prebalenteak eta berriak ere bai, gaixotasun zoonotikoak barne.
- h) Gaixotasun infekzioso berrien eta inportatutako gaixotasunen jarraipena egitea.
- i) Mikrobioen aurkako erresistentziak eta osasun-asistentziarekin erlazionatutako infekzioak zaintzea.
- j) Gaixotasun ez-transmitigarrien eta haien faktore determinatzaileen monitorizazioa.
- k) Erasoek edo indarkeria-ekintzek nahi gabe edo nahita eragindako lesioen eta kalteen jarraipena egitea, bai eta osasunean dituzten ondorioena ere.
- l) Toxikoen, drogen eta adikzioak sor ditzaketen jokabideen ondoriozko arriskuak zaintzea.
- m) Lan-arriskuak eta haiek osasunean dituzten ondorioak zaintzea.

49. artikulua.- Osasun Publikoko Alerta eta Larrialdietarako Sistema.

1. Osasun Publikoko Alerta eta Larrialdietako Sistema, zeina osasun publikoaren antolaketa-egiturak zuzenduko baitu, Euskal Autonomia Erkidegoan edo Estatuan edo nazioartean sor daitezkeen alerta- eta larrialdi-egoerak detektatzeko, jakinarazteko, ebaluatzeko eta haien aurrean erantzuteko beharrezkoak diren baliabide eta prozeduren multzo antolatuak osatuko du.
2. Osasun Publikoko Alerta eta Larrialdietako Sistema Euskadiko babes zibileko informazio- eta alerta sarearen barruan egongo da, eta bermatuko du berehala, efikaziaz eta etengabe jardungo duela, osasun publikorako arrisku potentziala duen gertaera baten ondorioz biztanleria osoaren osasunari eragindako kalteak prebenitzeko, kontrolatzeko, saihesteko, konpontzeko edo murrizteko.
3. Osasun publikoko alerta- eta larrialdi-deklarazioa eta haren eguneroko gorabeherena nahitaez eta urgentziaz egingo dira, nazioarteko, Europako eta Estatuko legeriarekin eta osasun-agintaritza eskudunaren jarraibideekin bat etorritik eta, halakorik badago, Osasunaren Mundu Erakundearen gomendioei jarraituz.

4. Osasun Publikoko Alerta eta Larrialdi Sistema hori Espainiako, Europako eta nazioarteko izaera bereko sistemen parte izango da, eta haiekin harremanetan egongo da etengabe.
5. Erregelamendu bidez zehaztuko da osasun publikoko alertak eta larrialdiak kudeatzeko, koordinatzeko eta esku hartzeko prozedura, bai eta Euskal Autonomia Erkidegoko larrialdietako eta babes zibileko sistemarekin koordinatzeko prozedura ere.

Hirugarren atala.- Osasun-arazoen prebentzioa-

50. artikulua.- Osasun arazoen prebentzioa

Administrazio publikoek betebeharrak izango dituzte, zeinek bere eskumenen esparruan:

- a) Prebentzio-jarduketak, -prestazioak, -zerbitzuak eta -programak egingo dituzte babes-faktoreak indartzeko eta arrisku-faktoreak murrizteko, bai eta herritarren artean gaixotasun, lesio eta desgaitasunen intzidentzia eta prebalentzia murrizteko ere, eta halaber horien ondorio negatiboak arintzeko eta, ahal den neurrian, ezabatzeko, horretarako txertaketa, immunizazio pasibo, aholku, baheketa eta tratamendu goiztiarreko banakako eta taldekako ekintzak erabiliz. Nolanahi ere, osasunaren determinatzaileen eta arrisku-faktoreen gainean jardungo dute lehentasunez.
- b) Helburu horrekin, eta ekitate-printzipioa aplikatuz, administrazio publikoek osasun-arazoak prebenitzeko eta osasuna hobetzeko jarduketak garatuko dituzte, pertsonen bizitzako etapa guztietara zuzenduta, genero-ikuspegiarekin eta, bereziki, biztanleria-talde ahulenetara eta maila sozioekonomiko apalenera eremuetara zuzenduta; horrela, arriskuekiko esposizioa, osasun-arazoak, lesioak eta desgaitasuna detektatu, aurrea hartu eta saihestu ahal izango da, eta halaber gaixotasunen progresioa eta konplikazioa detektatu, aurrea hartu eta saihestu.
- c) Horretarako, ekintza egokiak egingo dituzte, betiere zorrotasun zientifikoaren printzipioaren arabera eta eskura dagoen jakintza zientifiko onenean oinarrituta.
- d) Langileen osasun-arazoak prebenitzeko programak garatuko dituzte; baita langaiaren ondorenean ere, lan-bizitza amaitu osteko zaintza behar duten kasu espezifikoetan.
- e) Beste entitate —pribatu zein publiko— batzuen parte hartzea eskatu ahal izango dute prebentzioko esku-hartzeak egiteko, ekintzak eta baliabideak sailarteko planen bitartez koordinatuz, horrelakorik dagoenean, edo sektorearteko ekintzen bitartez.
- f) Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemako gainerako eragile eta antolakundeekin koordinatuta lan egingo dute, bai eta Osakidetzarekin ere, erreferentziazko biztanleria bera artatzen baitute.

- g) Era berean, Eusko Jaurlaritzan osasun publikoaren arloko ardura duen sailak prebentzioaren onurei buruzko informazioa bultzatuko du, eta herritarren osasun-arazoak prebenitzeko programetan parte hartzea sustatuko du, bai zuzenean, bai bera partaide den edo bera ordezkatzan duten beste antolakunde batzuen bidez.

51. artikulua.-.artikulua.- Osasun-arazoak prebenitzeko jarduketak.

Osasun-arazoen prebentzioak jarduketa hauek hartuko ditu, gutxienez:

- a) Sortzetiko gaixotasunen arriskua identifikatu eta kontrolatzea, eta arrisku obstetrikoren edo infekzioen kutsapen bertikalaren diagnostiko goiztiarra egitea.
- b) Behar bereziak dituzten edo egoera ahulean dauden pertsonen osasun-arazoen prebentzioa, dela bizi-egoeragatik (haurtzaroa, haurdunaldia, buruko nahasmendu larria, hauskortasuna, desgaitasuna edo gaixotasun kronikoa, besteak beste), dela gizarte-egoeragatik, ohiturengatik edo osasunerako arriskuen eraginpean egoteagatik.
- c) Diagnostiko goiztiarra eta sektorearteko esku-hartzea emakumeen kontrako indarkeria-kasuetan edo tratu txarretan: haurtzaroan, adineko pertsonetan, desgaitasuna duten pertsonetan edo beste kolektiboren batean eta edozer jardueratan.
- d) Gaixotasun infekzioso transmitigarrien eta epidemia-agerraldien prebentzioa eta kontrola.
- e) Txertaketa-jarduketak eta -programak. Horretarako, txertaketari buruzko Euskadiko-kontsultarako eta aholkularitzako organoari kontsulta eginda, hala badagokio, Euskal Autonomia Erkidegoan txertaketaren arloan egin beharreko egutegiak eta jarduketak onartuko dira, osasun-arloaren eskumena duen sailburuaren agindu bidez. Txertaketa-egutegi, -programa eta -gomendioetan jasotako txertoak espezifikoak izango dira adin bakoitzerako bizitzan zehar eta arrisku-talde jakin batzuetarako, eta unibertsalak eta doakoak izango dira xede-populazio horietan, edozein dela ere dagokion osasun-estaldura edo aseguramendu-maila.
- f) Desgaitasuna eragin dezaketen gaixotasunak bilaka daitezkeen inguruabarren edo osasun-arazoen baheketa, detekzio eta identifikazio goiztiarrerako programak.
- g) Gaixotasun hereditarioen eta gaixotasunen faktore genetiko lehenetsien jaioaurreko eta ondorengo detekzio goiztiarra eta aholku genetikoa, ebidentzia zientifikoak eta detekzio goiztiar horren ondorioen balorazio etikoak hala gomendatzen duenean, informazioko irizpide zehatzak eta, hala badagokio, eragindako pertsonen baimen informatua kontuan hartuta.
- h) Minbiziaren eta prebalentzia handieneko gaixotasun ez-transmitigarrien prebentzioa, diagnostikoa eta tratamendu goiztiarra.
- i) Sortzetiko zein hartutako desgaitasunen prebentzioa eta, halaber, prebalentzia txikiko gaixotasunetatik («gaixotasun arraro» ere izendatutakoetatik) eratorritako desgaitasunen prebentzioa.

- j) Osasuna prebenitzea eta babestea, mendekotasuna eta beste adikzio batzuk sortitzaketen substantziak edo jokabideak erabiltzearen ondoriozko arrisku-faktoreetatik.
- k) Zentro eta establezimendu ez-sanitarioetan egindako arautu gabeko terapien edo tratamendu estetikoen edo izaera ez-terapeutikoko beste tratamendu batzuen ondorioz eragindako osasun-arazoen prebentzioa.
- l) Asistentzia sanitarioari lotutako osasun-arazo saihesgarrien prebentzioa.
- m) Istripuzko lesioen prebentzioa.

Laugarren atala.- Herriarren osasuna babestea.

52. artikulua.- Osasuna babesteko jarduketak.

- 1.– Osasuna babesteko jarduketak arriskuen analisisan oinarrituko dira, osasunerako elikagai- eta ingurumen-arriskuak identifikatzea, ebaluatzea, kudeatzea eta komunikatzea barne.
- 2.– Arriskuen ebaluazioa eskuragarri dagoen informazio tekniko eta zientifikoan oinarrituko da, eta modu independente, objektibo eta gardenean egingo da. Prebentzioko eta arriskua kudeatzeko neurriak modu koordinatuan hartuko dira, eta kontuan hartu beharko dira zuzentasun-printzipioa, arrisku-ebaluazioaren emaitzak eta nazioz gairikiko osasun-agintarien eta entitate elkartuen txostenak eta irizpenak.
- 3.– Osasun-arloko arriskuren bat egonez gero, osasun-agintaritzak beharrezkoa den informazioa jakinaraziko die alderdi interesdunei edo, oro har, herritarrei, kontuan hartuta independentzia-, gardentasun-, proportzionaltasun- eta konfidentzialtasun-printzipioak. Herritarrei zuzendutako mezuek objektiboak, fidagarriak, egokiak, ulergarriak eta eskuragarriak izan behar dute.

53. artikulua.- Elikagaien segurtasuna.

Osasun-administrazio publikoek elikagaien osasuna babesteko ekintzak bultzatuko dituzte, eta jarduera hauek egingo dituzte, gutxienez:

- a) Elikagaien kontsumoaren bidez osasunerako arriskuak identifikatu eta ebaluatu.
- b) Arriskua kudeatu elikagaien kontrol ofizialaren bitartez, eta herritarrei arriskuen berri eman, beste administrazio batzuen eskumenak errespetatuz.
- c) Estatuan eta Europan ezartzen diren elikagaien informazio- eta alerta-sistema ofizialetan parte hartu.
- d) Euskal Autonomia Erkidegoko herritarrentzako nutrizio-arriskuak aztertu eta prebenitu.
- e) Haien eskumenen esparruan erregulamendu bidez ezarrita dauden eta elikagaien segurtasunari eragiten dioten kontrolak eta egiaztapenak egin.

- f) Administrazio publiko, elkarte, enpresa eta antolakundeak koordinatu, elikagaien segurtasunari eragiten dioten gaietan.

54. artikulua.- Ingurumen-osasuna.

Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaosatzen dutenek ingurumen-osasuna babesteko ekintzak bultzatuko dituzte, eta jarduketa hauek egingo dituzte, gutxienez:

- a) Kanpoko agenteei eta ingurumen-eragina duten jardueri (kanpoko ingurunearen kutsadura fisiko, kimiko edo biologikoa) lotutako osasun-arriskuak identifikatu, bereizi, ebaluatu, kudeatu eta jakinarazi.
- b) Ingurumena eta hari eragin diezaioketen faktore eta jarduerak kontrolatu eta haien osasun-arloko zaintza egin, arriskuen prebentzioan eragina izango duten ikuskapen- eta jarraipen-programak inplementatuz.
- c) Herritarren osasunean eragina izan dezaketen Ingurumen Arriskuak Zaintzeko Sistema garatu, esposizioaren eta ondorioen etengabeko balorazioa egin ahal izateko.
- d) Ingurumen-faktoreek osasunean izan ditzaketen ondorioen eta babes-neurrien berri eman herritarrei.
- e) Ikerketa eta berrikuntza ingurumen-osasunaren esparruan.
- f) Administrazio publiko eskudunen arteko lankidetzaz ingurumen jasangarri eta osasungarria garatzeko, baita neutraltasun klimatikoa sustatzeko neurriak hartzeko ere.
- g) Hilotzen sanitatari buruzko jarduketak.

Bosgarren atala- Herritarren osasuna babestea osasun-larrialdietan, epidemietan edo pandemietan.

55. artikulua.- Osasun Publikoaren Sistemaren erantzuteko eta egokitze neurriak, osasun-larrialdietan edo pandemietan.

Herritarren osasuna babesteko eta gaixotasuna prebenitzeko, osasun publikoko alertak eta larrialdiak modu eraginkorrean kudeatzeari begira, osasun-agintaritzak, Nazioarteko Osasun Erregelamenduak emandako kontzeptu-esparruan oinarrituta, funtsezko neurri hauek hartuko ditu:

- a) Zaintza-sistemak, komunikazio-sareak eta datu-analisiak ezartzea, osasun publikorako arriskuen eta osasun indibidual edo kolektiboan eragina izan dezaketen egoeren hurbiltasuna edo presentzia azkar eta goiz detektatzeko eta ezagutzeko, bai eta arrisku horien ebaluazioari eta kudeaketari ekiteko ere. Helburu hori lortu ahal den guztietan, datu horiek disoziatuta egon beharko dute, tratatutako informazioa ezein pertsona fisiko identifikaturekin edo identifikagarriekin lotzerik izan ez dadin.

- b) Arriskuak baloratzeko sistema bat ezartzea, osasun publikorako mehatxu potentzialei maila egokia sistematikoki esleitzeko, zaintza-sistemak sortutako alerta eta ohartarazpen goiztiarretatik abiatuta; eta sistema hori erabakiak hartzeko prozesuan txertatzea.
- c) Erantzun-neurri eraginkorrak aplikatzea arazoa oraindik mugatua denean, erantzun azkarra eta babes eraginkorra emateko, eta osasun-larrialdietan osasuna lehengoratzeko. Bereziki, eskala, kronologia edo aurreikusteko ezintasuna dela-eta sistema sanitarioaren eta, oro har, gizartearen eta ekonomiaren ohiko funtzioetarako karga bidegabea sor dezaketen neurriak. Helburuak izango dira, batez ere, morbiditatea eta hilkortasuna gutxitzea, gaixotasunaren hedapena eta gizarte-haustura mugatzea, eta azpiegiturak eta ingurumena kaltetu daitezen eragozteak.
- d) Osasun publikoko larrialdien aurrean erantzuteko jarduketak planifikatzea, jarduketan oinarrian ebidentzia zientifikoa, jardunaren neurketa eta neurri zuzentzaileak direla.
- e) Gobernantza eta lege-esparru egokiak ezartzea, bai eta osasun-larrialdi eta -krisien aurrean prestatzeko, erantzuteko eta osasuna lehengoratzeko planak ere, eta prozedurak eta protokoloak eta koordinazio-mekanismoak, aukera emango dutenak osasun-larrialdi eta -krisietan kudeaketa goiztiarra eta eraginkorra egiteko eta horien aplikazioa eta ikuskapena egiteko.
- f) Legeriak enplegu publikoaren arloan ezartzen duenaren arabera, osasun-agintaritzaren eta larrialdiari erantzuteko eskumenak dituen beste edozein administrazioaren zerbitzura dauden langileen eginkizunak egokitzea, eta langileak funtzionario izendatzea edo langileak kontratatzea osasun publikoko larrialdi bati eraginkortasunez erantzuteko. Aplikagarria den araudi horrekin bat etorritik, beti bermatuko da funtzionarioek legez erreserbatuta dituzten ahal publikoak baliatzeko exijitzen zaizkien eginkizunak beteko dituztela.
- g) Lankidetzak-sistema funtzional bat ezartzea, beharrezkoa den eskalan (eskualdekoa, naziokoa eta nazioartekoa), larrialdiaren irismenaren arabera, barne direla eragilearen arteko komunikazio egokia, informazio-trukea eta erabaki gardenak hartzea bultzatzen duten prozesuak.
- h) Ekitaldiaren ondoren ebaluatzea osasun-larrialdiari aurre egiteko prestakuntza-maila, egon daitezkeen hutsuneak eta hobetu beharreko eremuak identifikatzeko, eta larrialdien aurrean prestatzeko eta babesteko sistemaren indarguneak eta ahuleziak ebaluatu ondoren ikasitako irakaspenak aplikatzeko.

56. artikulua.- Herriarren osasuna babesteko neurriak, osasun-alerta edo -larrialdietan.

1.— Lege honen 85., 87., eta 88. artikuluetan adierazitako neurri berezietan, kautelazko eta esku hartzeko neurrietan gain, osasun publikoko alerten eta larrialdien kasuan, eta organo eskudunen bitartez, osasun-agintaritzak jarduera publiko eta pribatuaren esku hartu ahal izango du, honako neurri hauek hartuta:

a) Herritarren osasunean eragina izan dezaketen jardueren baldintza higieniko-sanitarioak, funtzionamendukoak eta garapenekoak ezartzea eta kontrolatzea.

b) Mediku-azterketak, tratamenduak, ospitaleratzeak edo kontrolak egiteko neurriak hartzea, baldin eta pertsona baten edo talde baten zirkunstantzia jakin batengatik edo jarduera bat zer baldintzatan burutzen den ikusita herritarren edo biztanleriaren osasuna arriskuan egon litekeela pentsatzeko arrazoizko zantzurik badago. Gaixoekin dauden edo egon diren pertsonak, edo hirugarren batzuentzat arriskutsutzat jo daitekeen kondizioen bat duten pertsonak, kontrolatzeko neurriak ere hartu ahal izango dira.

c) Osasun publikoko larrialdi-egoeretan, osasun-agintariek jarduera mugatzeko, pertsonak lekualdatzeko eta eremu jakin batzuetan zerbitzuak emateko neurriak hartu ahal izango dituzte, lege honetan xedatutakoaren arabera.

d) Osasun publikoko larrialdi-egoera zailei dagokienez, osasun-agintaritzak, larrialdi-araudiak eskura jarritako organoekin koordinatuta, arrisku-mailak eta hartu beharreko neurriak zehaztuko ditu, informazio epidemiologikoan, osasun publikoko informazioan eta jarduketa-planetan oinarrituta. Neurriak nahitaezkoak izan daitezke.

2.– Aipatutako neurriak ezartzeko, herritarren eskubideei ahalik eta gutxien eragitea hartuko da kontuan beti, eta, ahal den guztietan, neurri horiek eraginkorrak izateko beharrezkoa den gutxieneko lurralde-eremura egokitu beharko dira.

3.– Neurriak zehatz-mehatz ematen dituen ebazpenak mailakatze-mekanismoak ere jaso ditzake, adierazleen bilakaeraren arabera.

57. artikulua. Elkarlana osasun-agintaritzarekin.

1.– Administrazio publikoek, beren eskumenen esparruan, eta erakunde eta entitate pribatuek eta pertsona partikularrek osasun-agintaritzei eta haien agenteei laguntzeko betebeharra daukate, baldin eta beharrezkoa bada osasun publikoaren arloan hartutako neurriak efektiboak izan daitezen.

2.– Nahitaezkoa da pertsonak osasun-administrazio eskudunaren bulegoetan agertzea, arrisku-kasuetan eta osasun-larrialdiko egoeretan osasun publikoa babesteko hala behar bada. Agertzeko errekerimendua behar bezala arrazoitu behar da.

3.– Instalazio, establezimendu, zerbitzu eta industrien titularrek sumatzen badute beren jarduerak edo egiten dituzten produktuak arriskutsuak izan daitezkeela osasunarentzat, berehala eman beharko diote horren berri kasuan kasuko osasun-agintaritzari, eta, halaber, haien aburuz hautemandako arriskuaren sortzaile den produktua erretiratu egin beharko dute berehala merkatutik edo jarduera utzi.

Seigarren atala. Eskola-osasuna

58. artikulua- Eskola-osasuna.

1.— Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema osatzen duten administrazio publikoek — bereziki, osasunaren eta hezkuntzaren arloko eskumena duten Eusko Jaurlaritzako sailek, Osakidetza ente publikoko antolakundeek eta udalek— honako jarduketa hauek garatuko dituzte eskola-eremuan, zeinek bere eskumenen esparruan, Euskadiko Osasun Planean edo dagokion toki-, foru- edo eskualde-planean xedatutakoaren arabera: osasun-hezkuntzarako jarduketak, osasuna sustatzekoak, eta haurtzaroan eta nerabezaroan osasun-arazoak prebenitzeko jarduketak.

2.— Osasuna prebenitzeko eta sustatzeko jarduketak garatuko dira, batez ere haur-hezkuntzako, lehen hezkuntzako, bigarren hezkuntzako eta lanbide-heziketako ikastetxeetan eta beste ikastetxe batzuetan (unibertsitateak eta goi-mailako hezkuntzako ikastetxeak barne), zentro horiek beren hezkuntza-proiektuan osasunaren sustapena txerta dezaten eta hezkuntza-komunitate osoak osasunaren aldeko giroan bizimodu osasuntsuak har ditzan.

Zazpigarren atala.- Lan-osasuna

59. artikulua.- Lan-osasuna.

Eusko Jaurlaritzan segurtasunaren, osasunaren, higiearen eta laneko ingurumenaren arloko politikak kudeatzeaz arduratzen den organoak jarduketa hauek egingo ditu, osasun publikoan eskumena duen organoarekin koordinatuta eta genero-ikuspegia aintzat hartuta:

1.— Informazio sanitarioko sistema bat ezartzea, laneko epidemiologiaren eta patologia profesionalen kontrola egiteko. Lanbide-patologiak eragindako heriotzen erregistro iraunkorra eta aldi baterakoa ezarriko du, eta, era berean, interesgarria izan daitekeen beste edozein informazio erregistratuko du, datu egokiekin, eta lortu nahi den helburuari dagokionez behar-beharrezkoak diren datuetara mugatuta. Hori guztia Osasun Publikoko Informazio Sistemaren parte izango da.

2.— Lan-ingurunean osasuna sustatzeko, prebenitzeko eta babesteko ekintza kolektiboak eta banakakoak egitea bultzatzea, Euskadiko Osasun Publikoaren Planaren eta lan-osasunaren arloko jarduketa-programen bitartez.

Zortzigarren atala.- Euskadiko Osasun Publikoko Laborategia.

60. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoko Laborategia.

Euskadiko Osasun Publikoko Laborategiak erreferentzia autonomiko gisa jardungo du osasun publikoaren arloko behar analitikoak dagokienez, eta behar bezala egiaztatuta egongo da indarrean dagoen araudi sektorialaren arabera, emandako zerbitzuen kalitatea ziurtatzeko.

61. artikulua.- Osasun Publikoko Laborategiak egin beharreko jarduketak.

Euskadiko Osasun Publikoko Laborategiak honako jarduketa hauek egingo ditu, gutxienez:

- a) Ingurumen-osasunarekin, elikagaien segurtasunarekin eta beste agente batzuekin lotutako arriskuak ebaluatzeko eta zaintzeko emaitza analitiko fidagarriak ematea.
- b) Determinatzaile mikrobiologikoen emaitzak ematea, agente patogenoen transmisioa kontrolatzen laguntzeko.
- c) Determinatzaile kimikoen eta biomonitorizaziokoen emaitzak ematea, herritarren osasunean garrantzia duten substantzien arriskuak ebaluatzeko.
- d) Gaixotasun infekziosoak, transmitigarriak, kronikoak eta genetikoak ebaluatzeko eta zaintzeko emaitza analitiko fidagarriak ematea.
- e) Euskarri analitikoa eta beharrezko koordinazioa eskaintzea, osasun-arazoak detektatzeko ezartzen diren baheketak egiteko.
- f) Euskarri analitikoa eta beharrezko koordinazioa eskaintzea droga-mendekotasunak prebenitzeko, kontrolatzeko eta tratatzeko, Adikzioen eta Droga Mendekotasunen gaineko Arreta Integralari buruzko apirilaren 7ko 1/2016 Legea eta osasun publikoaren alorrean ezartzen diren beste araudi eta estrategiak betez.
- g) Aholkularitza eta babes analitikoa ematea, osasun publikoa ikertzeko azterlan eta proiektuetarako.
- h) Parte hartzea osasun publikoari aplikatzeko moduko teknologia analitikoen eremuko prestakuntzan eta ikerketan.
- i) Prestakuntza teknikoan laguntzen duten organismoekin hitzarmenak egitea, bai eta metodologia analitikoen arloko laguntza teknikoa ematea ere.
- j) Alderdi analitikoei buruzko aholkularitza ematea osasun publikoa kontrolatu eta zaintzeko programak diseinatzean eta eremu horretako arauak garatu eta aplikatzean.
- k) Osasun publikoarekin lotutako alerta eta larrialdietan parte hartzea, babes analitikoa emanez arriskuak, infekzio-iturriak, eramaileak eta gainerako arrisku-faktoreak identifikatzeko.
- l) Elikagaien kontrol ofizialeko planetan parte hartzea eta laguntza teknikoa ematea.

62. artikulua.- Beste laborategi batzuen jarduketak osasun publikoaren arloan..

1.– Euskadiko Osasun Publikoko Laborategiak koordinatuko ditu titulartasun publikoko laborategien jarduera analitikoak (Osakidetza sareko laborategi egiaztatuenak barne) eta titulartasun pribatuko laborategienak, baldin eta Euskal Autonomia Erkidegoaren barruan osasun publikoaren arloko jarduera analitikoak egiteko egiaztatuta badaude.

Era berean, osasun publikoko beharrei erantzuteko, Euskadiko Osasun Publikoko Laborategiak beste eremu analitiko batzuetako titulartasun publikoko edo pribatuko laborategiak eduki ahal izango ditu. Osasun Publikoko Laborategiak zehaztu ahal izango du zein izango den erreferentziako teknika analitiko espezifikoak, behar bezala egiaztatuak, egiteko egoitza.

2.– Osasun publikoaren arloan jarduten duten titulartasun publikoko edo pribatuko laborategi guztiek kalitatea kudeatzeko sistema bat izan beharko dute, ezarritako betekizunen arabera eta kalitate analitiko handienarekin egiaztatutako produktu eta zerbitzu bat bermatzeko. Gainera, etengabe eguneratuta eduki beharko dute zerbitzu-zorroa, Osasun Publikoko Laborategiarekin koordinatuta.

3.– Bestalde, Euskal Autonomia Erkidegoko, beste autonomia-erkidego batzuetako edo Estatuko Administrazioari agintari eskudunek, beren eskumenen esparruan, Euskal Autonomia Erkidegoko laborategi publiko edo pribatuak izendatuko dituzte elikagaien kontrol ofiziala egiteko.

Bederatzigarren atala.- Osasuna sustatzea.

63. artikulua.- Osasuna sustatzea.

1.– Administrazio publikoek norbanakoen eta taldeen osasuna sustatuko dute, herritarrek eta gizarte-taldeek beren gaitasunak gara ditzaten, beren osasunaren kudeaketan autonomia handiagoa izan dezaten eta osasunaren determinatzaileen gaineko kontrola indartu dezaten, pertsonen eta komunitateen osasunerako jarrera eta ohitura positiboak sustatuz. Era berean, aukera osasungarrienak erraztuko dituzten gizarte-, lan-, ingurumen- eta ekonomia-baldintzak bultzatuko dituzte; ekintza komunitarioa, sektoreartekoa eta gizarte-ehuna sendotzen lagunduko dute; osasunerako hezkuntza sustatuko dute, eta ingurune osasuntsu, seguru eta jasangarriak sustatuko dituzte, osasuneko ekitatea lortzeko azken helburuarekin.

2.– Osasuna sustatzeko jarduketak, ahal dela, herritarrak eta gizarte-taldeak bizi diren eta bizikidetzan diharduten leku eta inguruneetan garatuko dira, ikasten duten edo lan egiten duten leku eta inguruneetan, bereziki teknologia digital berrien eta gizarte-elkarrekintzaren bidez. Eskola-eremuan, lan- eta komunitate-eremuan eta eremu sanitarioan eragingo da bereziki, eta lehentasuna emango zaie gazteenei, adinekoei eta talde ahulei edo premia bereziak dituztenei.

64. artikulua.- Osasuna sustatzeko jarduketak

Administrazio publikoek, osasuna sustatzeari dagokionez, jarduketa hauek egingo dituzte, besteak beste:

- a) Osasuna sustatzeko ekimenak garatzea, zeharkakoak eta sektoreartekoak, herritar-taldeen bizitoki eta bizieran eragina duten osasun-determinatzaile espezifikoek ekiteko, bi helburu hauekin: desgaitasunik gabeko bizimoldea

sustatzea, zahartze aktibo eta osasungarria bultzatuta, eta osasundesberdintasunak murriztea.

- b) Ekintza komunitarioa bultzatzea eta indartzea, herritarrek berek parte hartuz beren osasun-premiei erantzungo dieten prozesuak diseinatzen, abian jartzen eta ebaluatzen.
- c) Sareko lana sustatzea Osasun Publikoaren Euskal Sistema osatzen duten administrazioekin, Osakidetzarekin eta sektore pribatuarekin, komunitate bakoitzeko gizarte-eragileak eta gizarte zibila kontuan hartuta, aholkularitza eta laguntza teknikoa emanez, bai eta prestakuntza-, informazio- eta dokumentazio-baliabide eguneratuenak eskuratuz ere.
- d) Planak eta programak diseinatzea eta ezartzea, herritarrei osasun-arloko informazioa eta hezkuntza emateko, bizitzako etapa desberdinei aurre egiteko ezinbestekoak diren gaitasun pertsonalak gara ditzaten, eta norberaren osasunari buruzko erabakiak hartzen laguntzeko eta haren alde dagokeena aukeratzen laguntzeko.
- e) Planak eta programak garatzea elikadura osasungarriaren arloan, jarduera fisikoaren eta sedentarismoaren murrizketaren arloan, ongizate emozionalaren eta osasun mentalaren arloan, sexu- eta ugalketa-osasunaren arloan, zahartze aktibo eta osasungarrian, suizidoaren prebentzioan eta, oro har, jokabide osasungarri eta seguruaren sustapenaren arloan.
- f) Osasunaren aldeko neurriak bultzatzea araudiaren arloan —bereziki toki-eremuan—, prezioak finkatzearen arloan, zerga-arloan, informazioan eta etiketatzean.

Hamargarren atala.- Adikzioak.

65. artikulua.- Adikzioen alorreko jarduketak.

1.— Administrazio publikoek, osasunaren babesa ziurtatzeko, neurriak eta jarduketak bultzatu eta garatuko dituzte adikzioei arreta integrala emateko —bai droga-mendekotasunei, bai eta jokabide-adikzioei—, honako eremu hauei dagokienez: prebentzioa, eskaintzaren murrizketa, osasun-laguntza eta laguntza soziosanitarioa, gizarteratzea, garapena eta ezagutzaren kudeaketa. Gainera, ekintzak bultzatu eta garatuko dira erakundeak antolatze eta koordinatzeko eta arlo honetan gizarte-ekimenarekin lankidetzan aritzeko.

2.— Jarduketa horiek diseinatzean eta garatzean, arestian deskribatutako osasunaren prebentzio-, babes- eta sustapen-faktoreak hartuko dira kontuan. Arreta berezia jarriko zaie prebentzio-faktoreei eta arrisku-faktoreei, genero-ikuspegiari eta adingabeen eta gazteenen ezaugarri eta premiei, bai eta egoera bereziki ahulean daudenei ere.

3.— Esparru honetako prestazioen garapena Adikzioen eta Droga Mendekotasunen gaineko Arreta Integralari buruzko apirilaren 7ko 1/2016 Legean eta hura garatzen

duen araudian ezartzen da. Horien plangintza Adikzioen Euskadiko Planaren bidez egingo da, eta plan hori Euskadiko Osasun Planarekin lotuta egongo da.

4.– Adikzioen arloko jarduketak osasun-agintaritzak Euskadiko Osasun Planarekin lotuta osasun publikoaren arloan zehaztutako gainerako jarduketekin integratuko dira.

VI. KAPITULUA.- OSASUN PUBLIKOAREN ARLOKO EZAGUTZA KUDEATZEA

Lehenengo atala.- Euskadiko osasun publikoaren Informazio Sistema.

66. artikulua- Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistema.

Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistema eratuko dute osasun publikoaren helburua osorik edo partez partekatzen duten informazio-sistemek, bai eta osasun publikoaren gaineko erabakiak hartzean garrantzitsua izan daitekeen informazioa ematen dutenek ere, sustatu edo kudeatzen dituen administrazioa eta sortzen dituen sektorea edozein dela ere, publikoa zein pribatua. Dituen helburuen arabera, informazio-mota hauek integratuko ditu, gutxienez:

- a) Osasunaren determinatzaileak ezagutzeko eta ebaluatzeko beharrezkoak diren estatistikak, erregistroak, inkestak eta azterlanak, sistematikoak izan ala ez: hezkuntza, gizarte-egoera, lan-egoera eta lan-baldintzak, etxebizitza, ingurune fisikoaren eta ingurumenekoaren baldintzak eta segurtasuna, bizi-estiloak, adikzioak, demografia eta biztanleria, sare sozialak, ekonomia, zerbitzuak, baliabide sanitarioak eta beste.
- b) Osasun-arazoak, osasun-maila, bizi-kalitatea eta ongizatea ebaluatzen laguntzen duten estatistikak, erregistroak, inkestak eta azterlanak, sistematikoak izan ala ez: morbiditatea eta heriotza-tasa, bizi-baldintzak eta ongizate-adierazleak, desgaitasuna eta gaixotasun-karga, eta bizi-itxaropena.
- c) Osasun-arriskuei eta jarduera sanitarioei eta osasun publikokoei jardueri buruzko estatistikak, erregistroak, inkestak eta azterlanak, sistematikoak izan ala ez: osasun publikoko zaintza-sistemak; osasun-alertak, osasun publikoko larrialdiak; ingurumen-osasuna eta elikagaien segurtasuna; osasunaren sustapena, prebentzioa, txertaketak eta osasunaren babesa; lan-osasuna; asistentzia sanitario publikoaren eta pribatuaren irisgarritasuna, erabilera, kalitatea, eraginkortasuna eta efizientzia; politika sanitarioen eta politika ez-sanitarioen osasun-inpaktuaren balorazioa, eta osasun publikoko beste edozein ekintza edo zerbitzu.
- d) Osasun publikoko jarduerak diseinatzeko, garatzeko edo ebaluatzeko baliagarriak diren ondasun edo zerbitzuen ekoizpen- eta merkataritza-jardueri buruzko informazioa.

67. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemaren funtzioak.

1.– Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemari dagokio:

- a. Bermatzea Euskal Autonomia Erkidegoan nahitaezkoa den informazio sanitarioa erregistratu, prozesatu, zaindu eta bidali edo jakinaraziko dela.
- b. Herritarren osasun-egoerari buruzko azterlanak egitea, eguneratzea eta zabaltzea, osasun-arazo nagusiak eta horien determinatzaileak aldian-aldian ezagutu eta baloratu ahal izateko.
- c. Herritarren osasuna hobetzeko eta osasun-arloko desberdintasunak murrizteko aukerak identifikatzea.
- d. Identifikatzea langileen osasunean eragina duten lan-ingurunearen determinatzaileak; baloratzea lanetik eratorritako osasun-premiak, eta ebaluatzea laneko osasunean egiten diren programa, esku-hartze eta politiken eraginkortasuna.
- e. Osasun publikoko esku-hartzeen eraginkortasuna eta «Osasuna Politika Guztietan» estrategiaren efikazia ebaluatzeko beharrezko informazioa kudeatzea.
- f. Sistema sanitario publikoaren eta pribatuaren ekarpenaren emaitzek eta inpaktuak herritarren osasuna hobetzeko duten eragina ebaluatzeko behar den informazioa kudeatzea, bai eta osasun publikoko eta arreta sanitario publiko eta pribatuko jarduketan irisgarritasuna, erabilera, kalitatea, segurtasuna, eraginkortasuna eta efizientzia ebaluatzeko beharrezkoa dena ere.
- g. Osasunaren arloan planifikatzen, kudeatzen, ebaluatzen eta ikertzen laguntzea.
- h. Administrazioei eta profesionalei osasun publikoko funtzioak betetzeko behar duten informazioa ematea, eta erabakitzen den informazioa herritarreei oro har edo zenbait talde edo gizarte-eragileri zabaltzea.
- i. Estatuko edo nazioarteko erakunde eskudunei jakinaraztea legez edo erregelamenduz ezarritako osasun publikoaren arloko informazioa.
- j. Eskuragarri dauden datuak, estatistikak, txostenak eta azterlanak ematea pertsona edo entitate jakin batzuei, baldin eta erabiltzen badituzte ikerketa-helburuetarako, osasuneko foru-, toki- edo eskualde-planak egiteko, biztanlerian esku hartzeko planak egiteko edo «Osasuna Politika Guztietan» esparruko proiektuen jarraipena egiteko, betiere haien konfidentziasuna eta segurtasuna bermatzen bada.
- k. Osasun publikoko larrialdi-egoeretan, funtzio hauetan beharrezkoak diren salbuespenak zehaztuko dira, larrialdiaren testuinguruan herritarren osasuna babesteko beharrezkoak diren funtzioei eutsi eta betetzen direla ziurtatzeko.

2.– Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemari dagokionez, Eusko Jaurlaritzan osasun-arloko eskumena duen sailari dagokio honako jarduketa hauek egitea:

- a) Teknologia berrietara egokitzen diren komunikazio-tresnak ezartzea, informazioa biltzea, aztertzea, trukatzeko eta hedatzea azkarragoa eta efikazagoa izan dadin.
- b) Osasun publikoaren arloko informazio-sistemen ekarpena koordinatzea Eusko Jaurlaritzako beste sail batzuetako eta Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemako beste administrazio batzuetako informazio-sistemekin.
- c) Informazio-sistemaren funtzionamendu-arauak definitzea. Arau horiek oinarri hartuta ezarriko dira osasun publikoko informazioaren hornitzaileen, prozesatzaileen eta erabiltzaileen betebeharrak eta eskubideak.
- d) Datuak babesteko araudian ezarritako segurtasun-neurriak betetzen direla bermatzea bere mendeko erregistro eta jakinarazpen-sistemetan.
- e) ñ Osasun publikoarekin zerikusia duten informazio-sistemak sailkatzeko eta kodifikatzeko prozedurak ezartzea, eta kudeatzen duten informazioa bateragarria izango dela bermatzeko eta horien arteko harremanak ahalbidetzeko sistema horiek bete behar dituzten gutxienezko eskakizun tekniko komunak ezartzea.
- f) Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemak kudeatzen duen informazioa biltzen, prozesatzen eta aztertzen lan egiten duten pertsonen etengabeko prestakuntza sustatzea.

68. artikulua.- Euskadiko Osasun Behatokia.

1.– Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemaren ikerketa-, analisi- eta informazio-funtzioak, teknikoak zein zientifikoak, Euskadiko osasun-behatoki baten bidez gauzatu ahal izango dira. Behatoki horren konfigurazioa erregelamendu bidez zehaztuko da.

2.– Behatokiak jarduera hauek egin ahal izango ditu:

- a) Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemari informazio garrantzitsua eta kalitatezkoa ematea, Euskadiko Osasun Planetik eta osasun publikoaren antolaketa-egituratik eratorritako jarraibideetan oinarrituta, eta, horrela, Euskadiko osasun-egoerari buruzko ikuspegi orokorra ematea, «Osasuna Politika Guztietan» ikuspegitik.
- b) Osasun arloko plangintzarako, kudeaketarako, ebaluaziorako eta ikerketarako behar den informazioa sortzea, honako hauei zuzenduta: Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema osatzen duten eragileak, erakundeak, ikerketako langileak, osasun-arloko profesionalak, eremu pribatuko eragileak eta gizarte zibila, oro har.
- c) Osasun-egoerari eta -joerei eta horien determinatzaileei buruzko datuak, analisiak, ikerketak eta informazioak biltzea eta zabaltzea, barne hartuta Euskadiko osasun-arloko gizarte-desberdintasunei buruzkoak, osasuna sustatzeko politikak eta esku-

hartzeak diseinatzeari begira osasun publikoaren arloan erabakiak hartzea errazteko. Beti bermatuko beharko da eskuratutako datuen konfidentzialtasuna.

d) Osasun publikoaren arloko ikerketa-, azterketa- eta prestakuntza-ildoak bultzatzea, sektoreen arteko eta diziplinen arteko ikuspegitik, eta genero-ikuspegia berariaz kontuan hartuta.

69. artikulua.- Informazioaren tratamendua, komunikazioa, segurtasuna eta konfidentzialtasuna.

1.– Sektore publikoko zein pribatuko administrazio, zentro, zerbitzu eta establezimendu guztiak, bai eta horietan lan egiten duten pertsonak ere, behartuta daude Osasun Publikoaren Informazio Sistemak eskatutako informazioa ematera, bai eta beren informazio- eta erregistro-sistemak tratamendu egokia ahalbidetzen duten formatu eta formetara egokitzea ere.

2.– Aurreko epigrafean aipatzen den informazioaren transmisioa, ahal dela, informazio-sistemen elkarreragingarritasunaren bidez egingo da, horrek aukera emango baitu Eusko Jaurlaritzako sail eta organismoen eremuko aplikazioetan eta gainerako administrazio publikoen eremuko aplikazioetan eskuragarri dagoen informazioa trukatzeko, horrela betez zenbait lege-xedapenetan egindako aurreikuspenak: Osasun Sistema Nazionalaren Kohesio eta Kalitateari buruzko maiatzaren 28ko 16/2003 Legea, Osasun Sistema Nazionaleko osasunaren informazio-sistemaren inguruan; Datu Pertsonalak Babesteari eta Eskubide Digitalak Bermatzeari buruzko abenduaren 5eko 3/2018 Lege Organikoa; Administrazio Publikoen Administrazio Prozedura Erkidearen urriaren 1eko 39/2015 Legea, herritarrek zerbitzu publikoetan sarbide elektronikoa izatearen inguruan, eta horiek guztiak garatzeko diren gainerako arauak.

3.– Aurreko 2. puntuaren ondorioetarako, Euskadiko Osasun Publikoko Informazio Sistemak azpiegitura teknologiko egokia izango du, Informazio Sistemako eragileen arteko elkarreragingarritasuna errazteko.

4.– Datu pertsonalak babesteari buruzko araudian ezarritakoari jarraikiz, artikulua honen lehen apartatuan aipatutako pertsona fisiko eta juridikoek beren eginkizunak betetzean jasotzen dituzten datu pertsonalak interesdunaren baimenik gabe jakinarazi ahal zaizkio osasun publikoaren antolaketa-egiturari, Osasun Publikoaren Informazio Sistemaren beharren arabera trata ditzan.

Historia klinikoan dagoen informazioa helburu horiekin irispidean jartzeak behartzen du pertsonaren identifikazio-datuak bereizita gordetzera; alegia, datu kliniko eta asistentzialetatik bereizita. Horrela, oro har, anonimotasuna bermatuko da, Pazientearen autonomiari eta informazio eta dokumentazio klinikoaren arloko eskubide eta betebeharrei buruzko azaroaren 14ko 41/2002 Oinarrizko Legeak ezarritakoaren arabera, baina salbuespen hauekin:

a) Interesdunak aldeztu aurretik baimena eman badu datuok ez bereizteko.

- b) Herritarren osasunerako arrisku larri bat prebenitzeko beharrezkoa izanik, Osasun Publikoari buruzko urriaren 4ko 33/2011 Lege Orokorrak aipatzen dituen osasun-administrazioek pazienteen identifikazio-datueta jo behar badute, arrazoi epidemiologikoengatik edo osasun publikoa babesteko.

Osasun publikoko profesionalek datu klinikoetarako irispidea izan ahalko dute, lege honetan ezarritako esku-hartze publikoen ondorioetarako.

Historia klinikoko datuetarako eta dokumentuetarako irispidea kasu bakoitzaren helburu espezifikoetara mugatuko da soil-soilik, eta sekretu profesionalaren mende dauden profesional sanitarioek eskuratuko dituzte, datuetarako irispidea eskatzen duen administrazioaren arrazoiak azaldu ondoren.

5.– Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemaren maila guztietan hartu beharko dira datuen konfidentzialtasun eta segurtasuna bermatzeko beharrezko neurriak, datuen babesaren arloan legeaz eta erregelamenduz xedatutakoari jarraituz.

Herritarren identifikazio-datuak, beharrezkoak direnean, lortu nahi den helbururako egokiak eta baliagarriak izan beharko dira, bai eta proportzionaltasun-irizpideen arabera bildutakoak ere; gainera, suntsitu egingo dira lortu ziren osasun publikoaren helbururako ekarpenak egiteari uzten dioten unean.

6.– Beren eginkizunak betetzean Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemako datu pertsonaletara irispidea duten pertsona guztiek sekretu profesionala gordetzeko betebeharra eta konfidentzialtasun-betebeharra dute, datu pertsonalak babesteari buruzko araudiak ezarritakoari jarraikiz. Horretarako, behar bezala jakinaraziko zaie informazio horren segurtasuna zaintzeko erantzukizuna dutela eta ezin dutela informazio hori jakinarazi berariazko baimenik izan ezean. Era berean, betebeharrak horri buruzko konpromiso pertsonal bat sinatu beharko dute, aldizka berrituko dena eta denboran iraungo duena, lan-harremana iraungiz gero ere.

7.– Lege honetan ezarritakoaren arabera tratatuko diren datu pertsonalen titularrek euren eskubideak erabili ahal izango dituzte tratamenduaren arduradunen aurrean, datu pertsonalak babesteari buruzko araudiaren xedatutakoari jarraikiz.

70. artikulua.- Euskadiko Osasun Publikoaren Informazio Sistemaren plangintza, kudeaketa eta koordinazioa.

1.– Euskadiko osasun publikoaren antolaketa-egiturak egingo du Osasun Publikoko Informazio Sistemaren plangintza, kudeaketa eta koordinazioa, informazio-sistema osatzen duten informazio-azpisisitemen ardura duten euskal administrazioako egiturekin koordinatuta.

2.– Haren funtzionamendu-prozedura ezarriko da, eta erakundeek eta entitateek osasun publikoaren informazio-sistemaren inguruan dituzten betebeharrak eta eskubideak ere bai.

3.– Legez ezarritako gainerako jakinarazpen-betebeharrak eragotzi gabe, zentro, zerbitzu eta establezimendu sanitarioek, hala sektore publikokoek nola pribatukoek, osasun publikoa behar bezala zaintzen dela bermatzeko eskatzen zaizkien

protokoloak, txostenak, estatistikak eta gainerako dokumentazioa eta informazioa bete beharko dituzte; betiere, informazio egokia eta osasun publikoaren zaintza egokia bermatzeko behar-beharrezkoa den informazioa baino ez. Zehazki, bermatzen da Osakidetzaaren informazio-sistemetan eskuragarri dagoen osasun publikoko informazioaren hornidura eta irispidea, bai eta Euskadiko entitate eta establezimendu publiko eta pribatuen beste informazio-sistema batzuetan eskuragarri dagoena ere.

Bigarren atala.- Prestakuntza, ikerketa, berrikuntza eta ebaluazioa.

71. artikulua.- Osasun publikoko profesionalen prestakuntza eta gaikuntza.

1.– Osasun publikoaren esparruko jarduera profesionaltzat hartzen dira osasun publikoaren funtzioak betetzean garatzen direnak. Osasun publikoa diziplinartekoa denez, bertako langileek bizialdi osoko etengabeko prestakuntza jarraitu behar dute nahitaez, eta prestakuntza horrek, gainera, egokia izan behar du haien erantzukizun eta eskumen mailarako, jardun profesional egokia bermatzeko.

2.– Osasun publikoaren arloan eskumenak dituzten euskal administrazio publikoek eta, bereziki, Eusko Jaurlaritzan osasunaren arloko eskumena duen sailak Euskadiko Osasun Publikoko Sistemako profesionalen etengabeko prestakuntza eta gaitasun teknikoa bultzatu ahal izango dute, prestakuntza-gaitasuna duten sektore eta erakundeen sinergiak azkartuz eta erraztuz eta etengabeko prestakuntzako programak garatuz, besteak beste.

3.– Besteak beste, prestakuntzarekin lotutako ekintza hauek egin ahal izango dira:

- a) Prestakuntza-aukera espezializatuak eta kalitatezkoak sustatzea, Euskadiko lurraldean edo Euskadiko profesionalentzat.
- b) Osasun publikoarekin erlazionatutako espezialitateen irakaskuntza-unitateak egiaztatzen eta ebaluatzean parte hartzea.
- c) Osasun publikoko profesionalentzako etengabeko prestakuntzako programak prestatzea edo egiten laguntzea.
- d) Osasun publikoko profesionalen etengabeko prestakuntza-programak eta programa horiek ematen dituzten zentroak egiaztatzeko irizpideak proposatzea.
- e) Osasun publikoko profesionalen eskumenak ezartzen eta berrikusten parte hartzea.

72. artikulua.- Osasun publikoko prestakuntza.

1. Osasun publikoaren arloan eskumenak dituzten euskal administrazio publikoek eta, bereziki, Eusko Jaurlaritzan osasunaren arloko eskumena duen sailak osasun publikoaren gaineko prestakuntza bultzatuko dute Euskadi osoan. Horretarako, graduako eta graduondoko prestakuntza-programak ezartzen lagunduko dute, Euskal Autonomia Erkidegoko unibertsitateekin lankidetzan, bai eta Euskal

Autonomia Erkidegoko eta hemendik kanpoko beste entitate akademiko batzuekin ere, osasun publikoan diziplina anitzeko gaitasun profesionala indartzeko.

2.– Osasunaren arloan eskumena duen Eusko Jaurlaritzaren sailak, halaber, profesional sanitario eta soziosanitarioei eta osasunarekin lotutako beste arlo batzuetako profesionalei zuzendutako prestakuntza-programak egin eta bultzatuko ditu, osasun publikoaren alorreko haien prestakuntza hobetzeko eta gaikuntza handiagoak emateko. Horretarako, hezkuntza-erakunde eta -entitateekin lankidetzan arituko dira, Euskal Autonomia Erkidegoaren barruan eta erkidegotik kanpo, profesional horientzat osasun publikoaren arloko ezagutza eta prestakuntza garatzeko.

3.– Lehen mailako arretako profesional guztiek osasun publikoaren arloko prestakuntza-ekintzak egingo dituzte, prestakuntza- eta trebakuntza-prozesuak egiten dituztenean, aplikatu beharrekoa den araudiaren arabera.

73. artikulua.- Osasun publikoaren gaineko ikerketa eta berrikuntza.

1.– Osasun publikoaren eskumenak dituzten Euskadiko administrazio publikoek eta, bereziki, Eusko Jaurlaritzan osasun-arloaren eskumena duen sailak, unibertsitateekin lankidetzan, osasun publikoaren arloko ikerketa eta berrikuntza bultzatuko dituzte.

2.– Gainera, ekintza hauek egingo dituzte:

- a) Ikerketa-taldeak eratu daitezen bultzatzea —mistoak izan daitezke—, sektore hauetako profesionalekin: osasun publikoa, osasun-zerbitzu asistentzialak, osasun-establezimenduak, unibertsitateak eta ikerketa-zentroak.
- b) Kalitatezko ikerketa eta berrikuntza lortzea, Euskadiko osasun-planetan ezarritako estrategia eta lehentasunen zerbitzura.
- c) Osasun publikoko ikerketaren emaitzak eta horrek herritarren osasunean izan dezakeen eragina ebaluatzea, emaitzen komunikazioa eta zabalkundea sustatuz.
- d) Ikerketa-jarduera eta emaitzak praktika klinikora transferitzeko jarduera zientifikoki garatzen eta sostengatzen direla bermatzea, kolektiboen arteko ezberdintasunak aintzat hartuta.

74. artikulua.- Osasun publikoko programen ebaluazioa

1.– Osasun publikoko programak aldizka ebaluatu beharko dira, administrazio eskudunaren ekimenez.

2.– Ebaluazioaren barruan sartuko dira, eskura dauden baliabideak eta jakintza aintzat hartuta, jardueraren analisia, egiturarena, prozesuena eta emaitzena, bai eta jarduera hobetzeko gomendioak ere.

VII. KAPITULUA. – ERANTZUKIDETASUNA ETA ADMINISTRAZIOAREN ESKU-HARTZEA OSASUN PUBLIKOKO GAIETAN.

Lehenengo atala.- Administrazioaren esku-hartzearen printzipio informatzaileak.

75. artikulua.- Administrazioaren esku-hartzearen printzipio informatzaileak.

Kapitulu honetan aipatzen diren osasun publikoaren arloko neurriak Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemaren printzipio gidariak errespetatuz hartu behar dira, eta, bereziki, osasun publikoaren arloko esku-hartze administratiboaren printzipio informatzaile hauek errespetatuz:

- a) Neurriak garaiz eta modu egokian hartu beharko dira, eta proportzionalak izan behar dute lortu nahi diren helburuekiko eta sortarazi dituen egoerarekiko.
- b) Erabakiak irizpide zientifikoetan oinarrituta justifikatu behar dira, edo osasun publikoarentzat egon daitekeen arriskuari buruzko balioespen profesional eta inpartzial batean oinarrituta.
- c) Erabakiak gainerako osasun-agintaritzek hartutako erabakiekin koordinatu beharko dira, arriskuak beste lurralde-eremu batzuk ere hartzen baditu.
- d) Herritarrei unean uneko informazio objektiboa ematea, dagoen arriskuari, hartutako erabakiei eta gomendatutako autobabes-neurriei buruz, ahal dela eragindako industria, zerbitzu eta enpresentzat beharrezkoak ez diren kalteak saihestuz.
- e) Eragina murriztea pertsonen eta ondasunen zirkulazio askean, enpresa-askatasunean eta herritarren gainerako eskubideetan.
- f) Herritarren bizitza eta osasuna babestea, osasun publikoko larrialdi-egoeretan.

Bigarren atala.- Erantzukidetasuna eta lankidetzaren osasun publikoaren alorrean.

76. artikulua.- Erantzukidetasuna eta autokontrola.

1.— Herritarren osasunean eragina duten edo izan dezaketen jarduerak egiten diren lokal, instalazio, establezimendu, zerbitzu eta industrien titularrak diren pertsona fisiko edo juridikoak behartuta daude herritarren osasunari lesiorik ez eragitera, eta lokal eta instalazioen eta haien eranskinen higieken eta segurtasun sanitarioaren erantzuleak dira, bai eta horien ondoriozko prozesuen eta produktuen edo substantzien erantzuleak ere. Horretarako, autokontrol-prozedura eraginkorrak ezarri behar dituzte beren segurtasun sanitarioa bermatzeko; gainera, honako betebeharrak hauen mende egongo dira:

- a) Ziurtatzea haren kontrolpean dauden instalazio, lokal, establezimendu, enpresa eta jardueretan osasun-legediaren baldintzak betetzen direla; horretarako, autokontrol-sistema egokiak ezarriko dituzte.
- b) Instalazioei, jardueri eta produktuei lotutako arriskuei buruzko jakintza teknikoa eta zientifikoa egunean izatea.
- c) Arriskuren bat dagoela pentsaraz dezaketen erreklamazioak ikertzea.

2.– Aurreko apartatuan adierazitako pertsona fisiko edo juridikoek beren gain hartu ahal izango dute osasuna sustatzeko eta gaixotasunak prebenitzeko gizarte-erantzukizuneko ekintzak borondatez egitea, bai beren jardueraren esparruan, bai ingurunearen eta komunitatearen barne-esparruan. Horretarako, osasun-administrazio publikoek lankidetzak akordio egokiak sinatu ahal izango dituzte haiekin.

77. artikulua.- Osasun publikoa babesteko eta osasun-administrazioarekin lankidetzan aritzeko eginbeharra.

1.– Osasun publikoa babesteko eta horretarako hartutako neurriak eraginkorrak izan daitezen, administrazio publikoek, beren eskumenen esparruan, bai eta erakunde eta entitate pribatuak ere, osasun publikoa zaintzeko eta agintari sanitarioekin eta haien agenteekin lankidetzan aritzeko betebeharra dute, agintari eta agente horiek ezartzen dituzten kontrolei men eginez eta osasunerako arriskuei aurre egiteko adostutako neurrien betearazpena erraztuz.

2.– Instalazio, establezimendu, zerbitzu edo industrien titular diren pertsona fisiko edo juridikoek detektatzen badute osasunerako arriskuak daudela (edo arrisku horien zantzu nahikoak daudela) beren jardueraren edo produktuen ondorioz, betebeharrak izango dituzte:

- a) Egoera berehala jakinaraztea dagokion osasun-agintaritzari, eta hark eskatzen dion informazio guztia ematea.
- b) Egokitzen jotzen dituen euste-neurriak hartzea, bere ekimenez eta errekerimendurik gabe, osasun-administrazioak horren gainean ezer xedatzen ez duen bitartean.
- c) Osasun publikoko jarduketan garapena erraztea, eta jarduketok zaildu, eragotzi edo faltsutzen duten jokabideak alde batera uztea.
- d) Osasun-agintaritzak arrisku-egoerari buruz adostutako neurriak atzerapenik gabe betearaztea.

3.– Erregelamendu bidez ezarriko dira osasun publikoaren arloko agintari eskudunei informazioa emateko protokoloak eta prozedurak, bai eta kasuan kasuko jakinarazpenaren edukia ere.

Hirugarren atala.- Osasun-agintaritza.

78. artikulua.- Osasun-agintaritza.

Lege honen ondorioetarako, osasun-agintaritzaren izaera dute, bakoitzak bere eskumen-eremuan: osasunaren arloan eskumena duen sailburuak, osasun publikoaren antolaketa-egiturako titularrak, osasun publikoko lurralde-unitateetako arduradunek eta Euskal Autonomia Erkidegoko udaletan osasun publikoaren arloaren eskumena duten organoek.

79. artikulua.- Osasun-agintaritzaren funtzioak.

1.– Osasun-agintaritzak, bere jardun-esparruan, esku har dezake jarduera publikoetan eta pribatuetan, herritarren osasuna babesteko eta gaixotasuna prebenitzeko, honako funtzio hauek betez:

- a) Herritarren osasunean eragina izan dezaketen jarduerak egiteko eta establezimenduak eta instalazioak irekitzeko funtzionamendu- eta baimen-araubideak konfiguratzea, baimen sanitario egokia ez dutenak eta osasun-agintaritzak ezarritako funtzionamendu-baldintzak betetzen ez dituztenak ixtea barne.
- b) Instalazioen, osasun-establezimendu sanitarioen, industrien, jardueren eta produktuen osasun-kontrola errazteko beharrezkoak diren erregistroak sortzea eta mantentzea.
- c) Ondasunak eta produktuak ekoitzi, banatu, merkaturatu eta erabiltzeko gutxieneko betekizunak eta baldintza higieniko-sanitarioak ezartzea, bai eta horiek ikuskatu eta kontrolatzeko prozedurak ere; gabezia higienikoak eta sanitarioak zuzentzeko beharrezkoak diren egiturazko aldaketak edo prebentzio- eta zuzenketa-neurriak barne.
- d) Zaintza-sistemak, komunikazio-sareak, informazio-sistemak eta datuak aztertzeke metodoak ezartzea, osasun publikoan eragin negatiboa izan dezaketen egoeren hurbiltasuna edo presentzia ahal bezain azkar detektatu eta ezagutu ahal izateko.
- e) Osasunean eragina izan dezaketen produktuen eta jardueren publizitatea eta propaganda kontrolatzea, egiazkotasun-irizpideetara egokitzeko eta osasun publikoari kalte egin diezaiokeen guztia saihesteko.
- f) 28.l, 47.2, 84., 85., 87. eta 88. artikuluetan osasun-agintaritzari esleitutako eginkizunak betetzea.

2.– Osasun-agintaritzak, bere funtzioak betetzean, babesa, laguntza eta lankidetzak eskatu ahal izango dizkie beste administrazio-organo batzuei, enplegatu publikoei edo beste erakunde batzuei, eta, are gehiago, Ertzaintzari edo segurtasun-funtzioak esleituta dituzten beste agintaritza-agente batzuei ere eskatu ahal izango die laguntza, premia zorrotzeko eta presazko kasuetan, indarrean dagoen legeria hobeto betetzeko.

80. artikulua.- Osasun-agintaritzako agenteen jarduketak.

Osasun-agintaritzako agenteek jarduketa hauek egiteko ahalmena izango dute, indarrean dagoen araudian adierazitako baldintzetan:

- a) Eragile ekonomikoei eta entitate, establezimendu, instalazio eta zerbitzuen titularrei aholkularitza ematea, aplikagarri zaien araudi sanitarioaren ezarpenari eta eskakizunei buruz.
- b) Eragile ekonomikoek eta entitate, establezimendu, instalazio eta zerbitzuen titularrek segurtasun sanitarioaren arloan dituzten autokontrol-sistemen egiaztapena eta jarraipena egitea.
- c) Eragile ekonomikoen eta entitate, establezimendu, instalazio eta zerbitzuen titularren jarduketak sistematikoki aztertzea, aplikagarri zaien araudi sanitarioa betetzen dutela egiaztatzeko.
- d) Kontrol sanitarioari lotutako edozein instalazio, establezimendu, zerbitzu edo industrian ikuskapen-bisitak egitea.
- e) Ikerketak egitea, kontrol sanitarioa gauzatzeko beharrezkoak diren proben edo azterketen bidez, indarrean dagoen araudiaren arabera.
- f) Osasun publikoaren tutoretzarekin lotutako txostenak egitea.
- g) Ikuskatu edo kontrolatu beharreko enpresak, entitateak, establezimenduak, instalazioak eta zerbitzuak kontrolatzeko beharrezkoa den dokumentaziorako irispidea, edozein euskarritan, eta dokumentazio horren kopietarako edo irudietarako irispidea.
- h) Arduraduna edo hark eskuordetutako pertsona bertaratzeko errekerimendua, bai eta enpresa, entitate, zerbitzu, establezimendu edo instalazioko teknikariak ere, behar diren azalpenak eta argibideak eskatzeko.
- i) Lege honetan araututako kautelazko neurriak behin-behinean hartzea, gerora osasun-agintaritzak berrets baditzake ere.
- j) Haien eskumenen esparruan erregelamendu bidez ezarrita dauden eta elikagaien segurtasunari eragiten dioten egiaztapenak egitea.
- k) Garatzen diren kontrol- eta ikuskapen-funtzioak betetzeko beharrezkoak diren gainerako jarduketak.
- l) Osasun-informazio indibidualerako irispidea, baldin eta osasun publikorako arriskuren bat dagoela susmatzen edo jakiten bada.

Laugarren atala.- Administrazioaren esku-hartzea.

81. artikulua.- Osasun publikoaren alorreko esku-hartze administratiboa

1.— Osasun publikoaren arloko administrazioaren esku-hartzea hauen bidez gauzatuko da: osasun publikoaren arloko komunikazioa, jarduerak gauzatzeko baimen- eta komunikazio-araubideak ezartzea, jardueren ikuskapena eta kontrol sanitarioa, kautela-neurriak ezartzea eta pertsonen gainean esku hartzeko neurriak hartzea.

82. artikulua.- Osasun publikoaren alorreko komunikazioa.

1.— Osasun publikoaren arloko jarduerak garatzen dituzten administrazio publikoek irizpide hauek zainduko dituzte beren informazio- eta publizitate-ekintzetan: inklusioa, gardentasuna, zehaztasuna, nahikotasuna, egiazkotasuna, efikazia eta eskuragarritasuna. Komunikazioa modu egokian egingo da, xede dituen biztanleria-sektoreek erraz ulertzeko moduan, herritarren osasunari edo segurtasunari kalte egin diezaiokeen edozein lerratze saihestuz eta osasun publikoari buruzko informazio zuzena eta zehatza bermatuz. Era berean, erabiltzen den ikuspegia, komunikazio-kanalak, erregistroak eta adierazpena hartzaile diren pertsona eta kolektiboetara eta testuinguruetara ahalik eta gehien doitzen direla bermatuko da.

2.— Botere publikoek, beren eskumenen esparruan, beharrezko zaintza-ekintzak egingo dituzte publizitate eta propaganda komertzialak egiazkotasun- eta zehaztasun-irizpideetara egokitu daitezen, osasunari dagokionez, eta herritarren osasunari kalte egin diezaiokeen edozer mugatzeko. Arreta jarriko da, bereziki, herritarren osasunerako edo segurtasunerako arriskuak sor ditzaketen produktu, ondasun, jardura eta zerbitzuen publizitate eta propaganda komertzialean, eta, batez ere, kolektibo ahulenen kasuan, haur, gazte edo adinekoen kolektiboetan.

3.— Osasun-administrazioak osasun publikoaren sustapen aktiboa egingo du, kontsumitzaileei, erakundeei, entitate pribatuei eta eragile ekonomikoei zuzenduta, eraginkortzat jotzen den edozein komunikabide, formatu edo euskarriren bidez.

Alde horretatik, eta kontsumoaren arloan eskumena duen organoarekin lankidetzan, kontsumitzaileek produktuak eta zerbitzuak modu seguruan landu eta kontsumitu ahal izateko moduko jakintza izan dezaten sustatuko du.

4.— Beste neurri batzuk hartzea eragotzi gabe, administrazio publikoek komunikatuak eta gomendioak eman ahal izango dituzte osasun publikoarekin zerikusia duten gaiei buruz. Komunikazio horiek zalantzazko arriskuei eragiten dietenean edo osasun-alerta edo -krisi baten testuinguruan gertatzen direnean, administrazio publikoak arduratuko dira mezua koordinatzeaz, osasun publikoaren arloan Eusko Jaurlaritzaren ardura duen sailaren bidez, eta arriskuaren agertokia fidagarritasunez eta zehaztasunez identifikatzeaz, eragindako sektore ekonomiko eta sozialetan duen eragina neurritz kanpo ez zabaltzeko.

5.– Osasun publikorako alerta-egoeren aurrean, osasun-agintaritzak, eskura dituen baliabideak aintzat hartuta, herritarrei jakinaraziko die, modu ulergarrian, egoera zertan den, dagoen arrisku-maila, haren bilakaerari buruzko aurreikuspena, eta arriskuarekiko esposizioa murrizteko edo osasuna babesteko gomendatutako neurriak.

Informazio hori jakinarazteko, lege honetan osasun publikoaren arloan ezarritako jarduera-irizpide orokorrak bete beharko dira, eta, bereziki, objektibotasuna, gardentasuna, zuhurtzia, proportzionaltasuna eta intimitatearekiko errespetua, bai eta datu pertsonalen babesari buruzko arauak ere.

83. artikulua.- Jarduerak egiteko baimen- eta komunikazio-araubidea.

1.– Osasun publikoan eragina izan dezaketen jarduerak garatzen dituzten instalazio, lokal, establezimendu, zerbitzu eta industriek aurretiko funtzionamendurako osasun-baimenaren izapidea bete beharko dute, aplikatzekoa den araudi sektorialak hala ezartzen badu.

Erregelamendu bidez zehaztuko dira osasun-baimenaren edukia eta baimen hori emateko irizpideak eta betekizunak.

2.– Osasun-administrazioek, indarrean dagoen araudiaren arabera, erantzukizunpeko adierazpen bat edo jarduera hasi aurreko komunikazio bat aurkezteko betebeharra ezarri ahal izango dute, osasun publikoan eragina izan dezaketen jarduerak egiten dituzten instalazio, lokal, establezimendu, zerbitzu eta industrietarako.

Erregelamendu bidez zehaztuko dira erantzukizunpeko adierazpenaren edo alde aurreko komunikazioaren edukiak, bai eta jardueran aritzeko betekizunak ere.

84. artikulua.- Jardueren osasun-kontrola.

1.– Osasun-agintaritzako agenteek gauzatuko dituzte zuzenean osasun publikoa zaintzeko ikuskapen- eta kontrol-eginkizunak, eta, beren egitekoak bete beharrez, osasun-agintaritzako agentetzat hartuko dira, lege honetan aurreikusitako baldintzetan.

2.– Osasun-agintaritzako agenteek zuzenean egiaztatutako egitateek, baldin euskarri fisiko edo elektroniko bidez dokumentu publiko batean formalizatzen badira, frogabalioa izango dute, hargatik eragotzi gabe beren eskubideak eta interesak defendatzeko interesdunek berek adierazi edo aurkez ditzaketen frogak.

3.– Lege honetan aurreikusitako osasun-ikuskapen eta -kontrolerako funtzioak betez, osasun-agintaritzako agenteek, indarrean dagoen araudiaren arabera, baimen hauek baliatuko dituzte:

a) Lege honen mendeko zentro, zerbitzu, establezimendu edo instalazioetan askatasunez eta alde aurreko jakinarazpenik gabe sartzea, edozein unetan.

- b) Arduraduna edo hark eskuordetu duen pertsona eta enpresako, instalazioko edo establezimenduko teknikariak bertaratu daitezen exijitzea, azalpenak eta argibideak eskatzeko.
- c) Osasun publikoaren arloan indarrean dauden xedapenak benetan betetzen direla egiaztatzeko beharrezkoak diren probak, ikerketak, lagin-hartzeak, azterketak, argazkiak, grabazioak edo kontrol fisikoak, dokumentalak eta nortasun-kontrolak egitea.
- d) Oro har, dagozkien osasun-zaintza eta -kontrolerako funtzioak betetzeko beharrezkoak diren jarduketak egitea.
- e) Lege hau garatzen duen araudiaren arabera osasun-agintaritzari berriaz erreserbatzen ez zaizkion neurri bereziak edo kautelazkoak hartzea, baldin eta osasun publikorako arriskua sortzen bada, arriskuren bat dagoela pentsatzeko nahikoa arrazoi badago edo ordenamendu juridikoak ezarritako eskakizunak eta baldintzak ez direla bete jakiten bada, betiere lege honetan ezarritakoari jarraituz. Ahal bezain laster, neurri horien berri eman behar diote adskribatuta dauden zuzendaritzako titularrari.

4.– Osasun-agintaritzako agenteek beste zerbitzu publiko edo erakunde batzuen laguntza eta lankidetzak eskatu ahal izango dute, bai eta Segurtasun Indar eta Kidegoen edo segurtasun-funtzioak esleituta dituzten agintaritzako beste agente batzuen laguntza ere.

5.– Ikuskapen-funtzioa behar bezala betetzeko, osasun-agintaritzako agenteek dagozkien kredentzialekin identifikatu beharko dute beren burua; zuzentasunez eta diskrezioz jokatu dute; beren jardunaren proportzionaltasuna zainduko dute; ikuskatutako jardueraren ohiko funtzionamenduan sortutako eragozpenak murriztuko dituzte, eta, haien ardurapeko gaiei dagokienez, isiltasun eta sekretu profesional zorrotza gordeko dute.

6.– Ikuskapena etxebizitza batean egin behar bada, aldeztu aurretik titularraren adostasuna lortuko da, edo, halakorik ezean, dagokion baimen judiziala eskuratuko da.

7.– Ikuskatze-lanean diharduen osasun-agintaritzako agenteak ahalmena izango du ikuskatutako zentro edo jarduera horretan erabiltzen den tresneria martxan jar dadin eta probak egin daitezen exijitzeko; horretarako, jardueraren funtzionamendu-eritmoari egokituta, ahal dela, eta horren berri jasoko du aktan zehatz-mehatz.

8.– Proba analitikoak osasun-administrazioaren ardurapean egingo dira, Euskadiko Osasun Publikoko Laborategian edo hark egiaztatutako establezimenduetan. Laginak hartzeko eta analizatzeko, lege ezarritako prozedurari jarraitu behar zaio.

10.– Ikuskapen-aktak frogatutako elementutzat erabili ahal izango dira, eta dagozkien zehapen-prozedurak hasteko edo legezkotasuna berrezartzeko oinarri izango dira, ezertan eragotzi gabe interesdunek beren eskubideak edo interesak defendatzeko adierazitako edo aurkeztutako frogak.

85. artikulua.- Neurri bereziak eta kautelazkoak.

1.– Osasun indibidual edo kolektiborako arriskua sortzen bada, edo arrisku horren arrazoizko zantzuak badaude, bai eta zuhertasun-printzipioa aplikatzen denean ere, osasun-agintariek edo haien agenteek beharrezko neurri bereziak eta kautela-neurriak hartu ahal izango dituzte merkantzia eta produktuei, lokal eta establezimenduei, jarduerai, animaliei eta, hala badagokio, pertsonen buruz, arriskua geldiarazteko eta osasun publikoa babesteko.

Era berean jardun ahal izango da egiaztatzen denean ordenamendu juridikoak eta arau sanitarioek osasun publikoa babesteko ezartzen dituzten funtsezko baldintzak eta bermeak ez direla betetzen ari.

2.– Osasun-agintaritzek edo, hala badagokio, haien agenteek, neurri hauek hartu behar dituzte, besteak beste:

- a) Baldintza higieniko-sanitarioak zehaztea produktuak eta substantziak fabrikatu edo merkaturatzeko edozein fasetan, detektatutako gabeziak zuzentzeko, bai eta lege honetan aipatzen diren instalazioen, establezimenduen, zerbitzuen eta industrien funtzionamenduan ere.
- b) Instalazio, establezimendu, zerbitzu eta industrien titularrei errekerimendua egitea, gabezia higieniko-sanitarioak konpontzeko beharrezkoak diren egiturazko aldaketak egin ditzaten edo prebentzio-neurriak eta neurri zuzentzaileak har ditzaten.
- c) Erregistroak, baimenak, aldez aurreko jakinarazpenak edo erantzukizunpeko adierazpenak exijitzea instalazio, establezimendu, zerbitzu eta industria, produktu eta jarduerai, 84. artikuluan ezarritako baldintzak betez eta, betiere, sektoreko araudiarekin bat etorritik.
- d) Debekuak eta gutxieneko eskakizunak ezartzea, ondasun eta produktuak ekoitzi, banatu, merkaturatu eta erabiltzeko, eta osasunerako kaltegarriak diren edo izan daitezkeen praktiketarako.
- e) Ondasunak, lehengaiak, bitarteko produktuak edo produktu landuak, eta hondatuta, iraungita, aizunduta edo baimenik gabe daudenak kautelaz ibilgetzea, konfiskatzea edo suntsitzea, baldin eta, osasuna babesteko edo gaixotasuna prebenitzeko arrazoiak direla medio, komeni bada ondasun edo produktu horiek suntsitzea, eraldatzea, murriztea edo beste erabilera baimendu batzuetara bideratzea, ondasun edo produktuon izaeraren arabera. Konfiskazioaren aurretik akta bat egingo da, zeinean ibilgetutako, konfiskatutako edo suntsitutako ondasunen ezaugarrien eta egoeraren deskribapen zehatza jasoko baita.
- f) Animaliak ibilgetzea, nahitaezko albaitaritza-tratamenduak agintzea eta, are, animaliak nahi eta nahi ez hiltzea, betiere haien ongizateari buruz indarrean dagoen araudia errespetatuz.
- g) Produktu baten banaketa edo merkaturatzea mugatzea edo debekatzea, edo produktu hori merkatutik kentzeko agintzea, eta, beharrezkoa denean, baldintza

egokietan suntsi dadila erabakitzea, bai eta produktu hori dagoeneko duten kontsumitzaileengandik berreskuratzea ere.

- h) Jarduerak osorik edo batez gutxienez bertan behera uztea.
- i) Osasun-baimenik ez duten edo alde aurreko jakinarazpenaren edo erantzukizunpeko adierazpenaren betebeharrak betetzen ez dituzten instalazio, establezimendu, zerbitzu edo industriak kautelaz ixtea edo betiko ixtea erabakitzea, aplikatzekoa den araudi sektorialaren arabera.
- j) Higiene-neurriak aplikatzea, lokalak eta establezimenduak desinfektatu arte ixtea eta haien jarduera etetea barne, bai eta lokalak, aparatuak edo ekipak zigilatzea ere.
- k) Ibilgailuak geldiaraztea eta zigilatzea.
- l) Osasunean eragina izan dezaketen produktu eta jardueren buruzko publizitatea eta propaganda kontrolatzea, egiazkotasuneko irizpideetara egokitzeko eta osasunarentzat kaltegarri izan daitekeen edozer ekiditeko.
- m) Arriskua geldiarazteko beharrezkoa den beste edozein zuzenketa- edo segurtasun-neurri, betiere proportzionaltasun-printzipio orokorra eta administrazioaren esku-hartzearen gainerako printzipio informatzaileak errespetatuz.

86. artikulua- Neurri bereziak eta kautelazkoak hartzeko prozedura.

1.– Neurri bereziak eta kautelazkoak prozedura honi jarraituz hartuko dira:

- a) Hartzen diren neurriek, bai eta neurri horiek betearazteko edo eraginkor izateko baliabideek ere, bat etorri beharko dute neurriok funtsatzen dituzten arrazoiekin, eta proportzionalak izan beharko dute neurriek dakartzaten arriskuekin, ahalik eta gutxien oztopatuz salgaien zirkulazio askea eta zerbitzuak ematea, enpresa-askatasuna eta eragindako gainerako eskubideak, baina betiere osasun publikoaren babesa lehenetsita.
- b) Osasun-agintaritzaren ebazpen arrazoitu baten bidez hartuko dira neurriak, interesdunei entzun ondoren, zeinek gutxienez hamar eguneko eta gehienezko hamabost eguneko epean egokitzen jotzen dituzten dokumentuak eta justifikazioak alegatu eta aurkeztu ahal izango baitituzte. Agintaritzak eskudunak ikusten badu osasun publikoko larrialdia dagoela edo susmatzen badu herriarren osasunerako berehalako eta ohiz kanpoko arriskua dagoela, neurriak hartu ahal izango dira alde aurreko entzunaldi-izapideak eta alegazioak aurkezteko aukera behar izan gabe.
- c) Osasun-administrazioak ahalik berezia egingo du neurrien hartzaile direnekin eta beraien eraginpean daudenekin adostasuna lortzeko.
- d) Osasun-agintaritzako agenteek osasunerako arrisku baten larritasuna eta berehalakotasuna dela-eta zuzenean hartzen dituzten neurri bereziak eta kautelazkoak osasun-agintaritzak berretsi edo berrikusi beharko ditu gero, gehienez ere 5 egun balioduneko epean. Aktan justifikatu beharko dira hartutako neurri bereziak eta kautelazkoak funtsatzen dituzten egitateak.

e) Kapitulu honetan jasotzen diren neurri bereziek eta kautela-neurriek ez dute zerikusirik zehapen-prozedura bat irekitzearekin, legezketasuna berrezartzearekin edo egitate horietan jatorria duten beste motaren bateko jarduketekin.

2.– Lege honetan aipatzen diren neurri bereziak eta kautela-neurriak edo kasuan kasuko errekerimenduak betetzen ez badira, 10.000 euro bitarteko hertsapen-isunak jarri ahal izango dira, bete ez den kautela-neurria edo errekerimendua eman zuen organoak berak emandako ebazpen bidez. Hertsapen-isunek ez dute zehapen izaerarik; zehapen-prozedura baten ondorioz ezar daitezkeenekiko independenteak dira, eta haiekin bateragarriak.

3.– Artikulu honetan aipatzen diren neurri kautelazko eta bereziren bat ezartzeagatik sortzen diren gastuak pertsona fisiko edo juridiko erantzulearen kontura izango dira. Osasun-agintaritzek ez dute kalte-ordainen erantzukizunik izango lege honen arabera ezarritako kautela-neurriei dagokienez, Sektore Publikoaren Araubide Juridikoari buruzko urriaren 1eko 40/2015 Legeak ezarritako kasuetan salbu.

87. artikulua.- Herritarren gainean esku hartzeko neurriak.

1.– Indarrean dagoen araudiari jarraituz eta araudi horrek ezarritako bermeen arabera, herritar baten edo herritar-talde baten osasun-egoera jakin baten ondorioz, edo osasun publikoko larrialdi-egoeren edo pandemien ondorioz, herritarren osasunerako arrisku larria dagoenean edo egon litekeela susmatzen denean, osasun-agintaritzak ahalmena izango du prebentzio-neurri orokorrak eta esku hartzeko neurriak hartzeko agintzeko. Neurri horiek dira, besteak beste: mugikortasun-askatasunean eta lanbide-jardunean murrizketak ezartzea; azterketa eta miaketa medikoak egitea; biztanleria- edo profesional-talde jakin batzuen txertaketa selektiboa, tratamendu medikoaren preskripzioa eta ospitaleratzea; herritar baten kontrol indibiduala edo herritar-talde batena, bai eta etxeko isolamendua ere, erabaki arrazoituaren bidez, arriskua desagertzeko behar den denborarako.

2.– Halaber, kontrola ezarri ahal izango da, batetik, gaixoekin kontaktuan dauden edo egon diren pertsonen gainean, eta, bestetik, berehalako ingurunearen gainean. Horretaz gainera, transmititzeko moduko arriskua dagoenean beharrezkotzat jotzen diren neurriak ere hartu ahal izango dira, hala nola ikerketa epidemiologikoa, osasun-datu indibidualen erabilera, kontaktuen trazabilitatea eta kontaktu horien gaineko kautelazko esku-hartzea.

3.– Neurri horiek honako hauen esparruan hartu behar dira: Osasun publikoaren arloko neurri bereziei buruzko apirilaren 14ko 3/1986 Lege Organikoa, Osasunari buruzko apirilaren 25eko 14/1986 Lege Orokorra, Osasun Publikoari buruzko urriaren 4ko 33/2011 Lege Orokorra, Euskadiko Antolamendu Sanitarioari buruzko ekainaren 26ko 8/1997 Legea eta Administrazioarekiko Auzien Jurisdikzioa arautzen duen uztailaren 13ko 29/1998 Legea.

4. Esku hartzeko neurriak erabakitzeko, printzipio eta berme hauek bete beharko dira beti:

- a) Agintari eskudunak hartu behar ditu neurriak, eta aplikatu beharreko araudian duten oinarria justifikatu behar da.
- b) Argi eta garbi identifikatu eta frogatu behar dute neurriaren xede den gaixotasun transmitigarriak dakarren arrisku larria.
- c) Neurriek aproposak, egokiak, proportzionatuak eta ezinbestekoak izan behar dute, eta ez da arriskuari aurre egiteko beste baliabiderik egongo.
- d) Neurriek beren lurralde- eta denbora-eremua mugatu behar dituzte, bai eta espezifikoki zein subjekturi zuzentzen zaizkien ere.

5.— Indarrean dagoen araudiaren arabera osasun publikoko agenteen errekerimendua jasotzen duten herritarrek nahitaez lagundu beharko dute beren esku-hartzea nahitaezkoa den prozedura guztietan.

88. artikulua.- Isolamendu- edo berrogeialdi-neurriak, osasun-larrialdietan.

1.— Aurreko artikuluan aurreikusitako neurri orokorreaz gain, pandemia edo osasun publikoko larrialdien kasuan, eta agerraldi epidemikoak geldiarazteko osasun-agintaritzak hartutako ebazpenekin bat etorriz, pertsona edo talde bati zuzendutako neurriak hartu ahal izango dira, isolamendua edo berrogeialdia egiteko betebeharra ezarrita. Betebehar horrek esan nahi du kutsatuta dagoen pertsona batek edo pertsona-talde batek —edo kutsatuta egotearen susmopean daudenak, edo kutsa daitezkeenak edo beste batzuk kutsa ditzaketenak— adierazten zaien lekuan egon behar dutela, kasu bakoitzean ezarritako epean, eta ezin izango direla lekuz aldatu edo beste pertsona batzuekin harremanik izan.

Gaixoeekin dauden edo egon diren pertsonak, edo hirugarren batzuentzat arriskutsutzat jo daitekeen kondizioen bat duten pertsonak, kontrolatzeko neurriak ere hartu ahal izango dira.

2.— Isolamenduaren edo berrogeialdiaren iraupena kasu bakoitzaren egoera partikularraren araberakoa izango da, osasun-agintaritzaren edo osasun-zerbitzuen jarraibideei jaramon eginez eta indarrean dauden prozedurak eta protokoloak aplikatuta.

3.— Konfinatzeko betebeharra, dagokion modalitatean, kasuan kasuko agintariak edo zerbitzuek komunikatuko diete eraginpeko pertsonari edo pertsonari, ahoz edo idatziz, bitarteko telematiko edo telefonikoen bidez, eta berehala izango ditu ondorioak. Pazientearen historia klinikoan jasoko dira betebeharra eta komunikazioa.

4.— Ahal dela, konfinatzeko betebeharra gauzatzeko, konfinatu beharreko pertsonari borondatezko lankidetzak eskatuko zaie. Eginbehar horiek betetzeko borondaterik erakusten ez badute, derrigortze-erabakiak hartzeko eskatu ahal izango da ezinbestean, banakakoak edo kolektiboak, eta ebazpen horiek oinarritzko eskubideak murriztea ekar badezakete, kasuan kasuko zerbitzu juridikoei jakinaraziko zaizkie, organo judizial eskudunaren aurrean berrespena eska dezaten.

Bosgarren atala.- Arau-haustek eta zehapenak.

89. artikulua.- Zehapen-ahala.

1.— Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrari eta osasun publikoko gaietan eskumena duten toki-administrazioei dagokie lege honetan xedatutakoaren arabera zehatzeko ahala baliatzea.

2.— Euskal Autonomia Erkidegoaren lurralde-eremuan osasun publikoaren arloan egiten diren arau-hausteei —zeinak tipifikatuta baitaude lege honetan, Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren ekainaren 26ko 8/1997 Legean, Adikzioen eta Droga Mendekotasunen gaineko Arreta Integralari buruzko apirilaren 7ko 1/2016 Legean eta aplikagarri den gainerako araudi sanitario espezifikoa— lege honetan ezarritako zehapenak aplikatu ahal izango zaizkie, baita kasuan-kasuan dagokion oinarritzko araudian ezarritakoak ere, aldeztu aurretik dagokion zehapen-prozedura izapidetuta, Euskal Autonomia Erkidegoan zehatzeko ahala arautzen duen otsailaren 20ko 2/1998 Legearen arabera.

90. artikulua.- Arau-haustek.

1.— Osasun publikoaren arloko arau-hauste dira lege honetan ezarritakoa urratzen duten egiteak edo ez-egiteak, bai eta aplikagarri den osasun-araudi espezifikoa ezarritakoak ere. Egindako arau-haustek lege honetan jasotzen diren zehapenen bidez zigortuko dira, dagokion zehapen-prozedura izapidetu ondoren, hargatik eragotzi gabe kasuan kasuko erantzukizun zibila, penala edo bestelako erantzukizuna.

2.— Administrazio-prozeduraren arloan indarrean dagoen legedian xedatutakoarekin bat etorriz, dagoeneko arlo penalean edo administrazio-arloan zehapena jaso duten egitateak ezin izango dira zehatu, baldin subjektuak, egitatea eta funtsa berak direla ikusten bada.

3.— Arau-haustek delitu izan badaitezke, prozedura hasteko eskumena duen organoak fiskaltza edo jurisdikzio-organo eskuduna ipiniko du horren jakitun, eta ez du hasiko zehapen-prozedura —edo eten egingo du, jada hasita badago—, harik eta ebazpen judizial irmoa ematen den arte.

Arau-hauste penalik ez dagoela baietsi bada, edo prozesu penalari amaiera ematen dion beste mota bateko ebazpena eman bada, administrazioak zehapen-prozedurari ekingo dio —edo, jada hasita badago, aurrera jarraituko du—, auzitegiek frogatutzat jotako egitateak oinarritzat hartuta.

4.— Halaber, zehapen-prozedura ebazteko eskumena duen organoak auzi penalaren instrukzioaren berri badu justizia-auzitegietan, eta uste badu subjektu, egitate eta oinarri berberak daudela arau-hauste administratiboaren eta gerta litekeen arau-hauste penalaren artean, prozedura geldiaraztea erabakiko du, harik eta ebazpen judizial irmoa ematen den arte. Ebazpena kondenatzailea ez bada, administrazioak prozedurarekin jarraitu ahal izango du, baldin eta arau-hauste administratiboa dagoela ikusten badu, auzitegiek frogatutzat jotako egitateak oinarritzat hartuta.

5.– Herritarren osasuna eta segurtasuna zaintzeko hartu diren administrazio-neurriak bere horretan atxikiko dira, agintaritza judizialak neurri horiei buruzko erabakia eman arte edo horien beharra eten arte.

91. artikulua.- Arau-hauste motak.

1.– Lege honetan tipifikatutako arau-hausteak arintzat, astuntzat eta oso astuntzat jotzen dira, irizpide hauek kontuan hartuta: osasunerako arriskua, eragindako nahasmendu sanitario eta sozialaren larritasuna, lortutako balizko onuraren neurria, intenzionalitate-maila, arau-haustearen orokortzea eta berrerortzea.

2.– Arau-hauste arinak dira:

- a) Kasu bakoitzean aplikatu beharreko araudi espezifikoan berariaz halakotzat jotakoak.
- b) Osasun-araudian ezarritako betekizun higieniko-sanitarioak eta betebeharrak edo debekuak ez betetzea, horrek osasunean zuzeneko eragina ez badu.
- c) Indarrean dagoen araudiaren arabera osasun-administrazioari nahitaez eman behar zaion informazioa ematerakoan irregulartasunez jokatzeko hutsa.
- d) Nahitaezko baimena edo osasun-erregistroa eskatu gabe edo haren indarraldia igarota jarduerak egitea edo garatzea, bai eta agintaritza eskudunaren baimenik gabe aldatzea baimena emateko berariaz oinarri gisa hartu ziren baldintza teknikoak edo egiturazkoak.
- e) Erantzukizunpeko adierazpena edo komunikazioa egiteko betebeharra urratzea hala eskatzen den jarduera edo produktuetan, halaber komunikazioarekin edo adierazpenarekin batera aurkezten den edozein datu, adierazpen edo dokumentutan funtsezko zehaztugabetasuna, faltsutasuna edo omisioa egotea.
- f) Lege honetan agindutakoa ez betetzea, arau-hauste astun edo oso astuntzat jotzen ez bada.

3.– Arau-hauste astunak dira:

- a) Osasun-agintaritzari edo haren agenteei laguntza edo sorospena ukatzea; ikuskarpen-jarduketari eta osasun-kontrolari dagokienez begirunerik ez izatea edo lankidetzarik ez ematea, jarduera hori eragozten edo atzeratzen duen edozein egite edo ez-egiteren bitartez.
- b) Beren eginkizunak betetzen ari direla, osasun-agintaritzei edo haien agenteei datuak ematerakoan edo informazioa eskuratzerakoan oztopoak jartzea, aurka egitea edo jarkitzea, eta, oro har, osasun-agintaritzaren lana oztopatzen edo eragozten duen edozein egite edo ez-egite burutzea.
- c) Osasun-agintaritzek edo haien agenteek ezarritako errekerimendu espezifikoak eta neurri bereziak eta kautelazkoak ez betetzea.

- d) Instalazioak, establezimenduak edo haien aparatuak funtzionamenduan jartzea, edo edozein jarduera burutzea, indarrean egonda lege honetan arautzen diren zigilatzea, ixtea, etetea edo kautelazko beste edozein neurri; betiere lehenengo aldiz gertatzen bada eta herritarren osasunari kalte larririk eragiten ez bazaio.
- e) Operadore ekonomikoak agintaritza eskudunari informazioa emateko duen betebeharra urratzea, nahiz eta jakin inportatu, ekoitzi, eraldatu, fabrikatu edo banatu dituen produktuetako batek ez dituela segurtasun-baldintzak betetzen; betiere ez-betetze hori arau-hauste oso astun gisa tipifikatuta ez badago.
- f) Baimendu gabeko edo debekatutako teknologia edo manipulazioen bidez lortutako lehengaiak, gehigarriak edo elikagaiak ekoiztea, banatzea edo erabiltzea, edo baimendutakoak baino kantitate handiagoetan edo ezarrita dagoenaz bestelako erabilera baterako erabiltzea.
- g) Baimendutako produktu zoosanitarioak, fitosanitarioak edo pestizidak eman zaizkien animalietatik edo landareetatik lortutako elikagaiak ekoiztea, banatzea edo merkaturatzea, baldin ezarritakoa baino kopuru handiagoan edo baimendutakoak ez diren helburuekin egiten bada, bai eta produktu horiek ezarritako epeetan kendu ez zaizkien animaliak merkaturatzea edo hiltzeko onartzea ere.
- h) Gizakiengan gaixotasunak sortzeko edo transmititzeko gai diren germenak, substantzia kimikoak edo erradioaktiboak, toxinak edo parasitoak dituzten elikagaiak prestatzea, banatzea, hornitzea edo saltzea herritarren artean, edo arlo horretan erregelamenduz ezarritako mugak edo tolerantzia-mailak gainditzen dituztenak, osasunerako arrisku larririk sortzen ez denean.
- i) Elikagaiak prestatzea, banatzea, hornitzea, sustatzea edo saltzea, baldin eta haien itxura, etiketatzea edo publizitatea ez badator bat araudi erregulatzailarekin, edo kontsumitzailea nahas badezake benetako ezaugarri edo nolakotasunei buruz; halaber etiketatze eskasa edo akastuna ere, osasun publikoa arriskuan jar badezake.
- j) Produktuak aginduzko marka sanitariorik gabe edo ezarritako baldintzetara egokitzen ez diren markekin banatzea, edo beste industria edo ekoizle batzuen marka sanitarioak edo etiketak erabiltzea.
- k) Pertsonen eskura jarritako ondasunen osasun-egoera eta segurtasuna dela-eta arauz jarritako betekizun, baldintza, betebehar eta debekuak ez betetzea.
- l) Elikagaien enpresek arriskuen analisiaren eta kontrol kritikoko puntuen printzipioetan oinarritutako autokontrol-sistemak ez ezartzea eta ez mantentzea, edo elikagaien trazabilitaterako funtsezkoak diren prozedurak, dokumentuak edo datuak ez betetzea, edo egin beharreko analisiak eta probak ez egitea, ez-betetze horrek osasun publikorako arriskua dakarrenean.
- m) Irregularitasunak izatea, osasun publikoko araudian ezarritakoaren arabera jardueran, zerbitzuan edo instalazioan eskatu beharreko kontrol- eta arreta-

faltagatik, edo osasun-agintaritzari osasunerako arriskuak ez jakinaraztea, indarrean dagoen araudiaren arabera hori egitea nahitaezkoa bada.

- n) Arau-hauste arinak behin baino gehiagotan egitea azken hamabi hilabeteetan.
- o) Osasun publikoko larrialdietan, osasun-agintaritzak larrialdia kontrolatzeko proposatutako neurriak gaizki betetzea edo ez betetzea, nahiz eta eragindako ondorioek herritarren osasunean eragin txikia edo garrantzi zuzenik gabea izan.

4.– Arau-hauste oso astunak dira:

- a) a) Osasun-agintaritzek eta haien agenteek hartzen dituzten kautelazko edo behin betiko neurriak ez betetzea, edo osasun-agintaritzei laguntzeko betebeharra ez betetzea, behin eta berriz gertatzen denean edo herritarren osasunari kalte larria eragiten zaionean.
- b) Osasun-agintaritzei edo haien agenteei hertsapena, mehatxua, errepresalia edo beste edozein presiobide egitea.
- c) Gizakiengan gaixotasunak sortzeko edo transmititzeko gai diren germenak, substantzia kimikoak edo erradioaktiboak, toxinak edo parasitoak dituzten elikagaiak prestatzea, banatzea, hornitzea edo saltzea herritarren artean, edo arlo horretan erregelamenduz ezarritako mugak edo tolerantzia-mailak gainditzen dituztenak, osasunerako arrisku larriak sortzen direnean.
- d) Indarrean dagoen araudiaren arabera legez kontrako tratamendua jaso duten edo debekatutako substantziak edo produktuak eman zaizkien ustategiko animaliak merkaturatzea eta hiltzeko onartzea.
- e) Operadore ekonomikoak agintaritza eskudunari informazioa emateko duen betebeharra ez betetzea, nahiz eta jakin inportatu, ekoitzi, eraldatu, fabrikatu edo banatu dituen elikagaietako batek ez dituela betetzen elikagaien segurtasuneko baldintzak eta ez-betetze horrek arrisku larria dakarkiola osasun publikoari.
- f) Indarreko araudiaren arabera, marka sanitarioa edo identifikazio-marka faltsutzea hala eskatzen duten elikagaietan; administrazio publikoei dokumentazio faltsua ematea, jakinaren gainean egonda, eta dokumentazio sanitario faltsua erabiltzea elikagaiak merkaturatzerakoan.
- g) Arau-hauste astunak behin baino gehiagotan egitea azken bost urteetan.
- h) Osasun publikoko larrialdi-egoeretan, osasun-agintaritzak eta haren agenteek larrialdia kontrolatzeko emandako jarraibideetako bat baino gehiago nahita eta kontzienteki ez betetzea eta ez-betetzeak denboran errepikatzea.

92. artikulua.- Zehapenak.

1.– Lege honetan tipifikatutako arau-hausteei isuna jarriko zaie, mailaketa honen arabera:

a) Arau-hauste arinak:

- 1.- Gutxieneko maila: 1.000 eurora arte.
- 2.- Erdi-maila: 1.001 eurotik 2.000ra.
- 3.- Gehieneko maila: 2.001 eurotik 3.000ra.

b) Arau-hauste astunak:

- 1.- Gutxieneko maila: 3.001 eurotik 21.000ra.
- 2.- Erdi-maila: 21.001 eurotik 41.000ra.
- 3.- Gehieneko maila: 41.001 eurotik 60.000ra.

c) Arau-hauste oso astunak:

- 1.- Gutxieneko maila: 60.001 eurotik 240.000ra.
- 2.- Erdi-maila: 240.001 eurotik 420.000ra.
- 3.- Gehieneko maila: 420.001 eurotik 600.000ra.

Arau-hauste oso astunen kasuan, zilegi izango da kopuru hori gainditzea arau-haustean izan diren produktu edo zerbitzuen merkatuko balioa halako bosteraino.

2.– Aurreko apartatuaren arabera dagokion isuna eragotzi gabe, arau-haustea egiten duen pertsonari arau-haustea bera arauak betetzea baino onuragarriagoa gerta ez dakion, ezartzen den zehapen ekonomikoari gehitu ahal izango zaio lortutako legez kontrako onuraren zenbatekoa.

3.– Arau-hauste oso astunen kasuan, eta osasun publikoa bermatzeko, Eusko Jaurlaritzaren Gobernu Kontseiluak establezimendua, instalazioa edo zerbitzua aldi baterako ixtea erabaki ahal izango du, gehienez ere bost urterako, dagokion legeriak zehazten dituen lan-ondorioekin.

Ez dira zehapentzat hartuko aldez aurreko baimen edo osasun-erregistorik ez duten establezimenduak, instalazioak edo zerbitzuak ixtea edo haien funtzionamendua etetea, ez eta komunikazio- edo erantzukizunpeko adierazpenaren araubidearen mende daudenak ere, harik eta akatsak zuzendu arte edo osasun-, higiene- edo segurtasun-arrazoiengatik arauz eskatzen diren baldintzak bete arte.

4.– Eredugarritasun-arrazoiak direla medio, eta kontsumitzaileen osasunari, segurtasunari edo interes ekonomikoei benetako arriskua edo kaltea eragiten dien inguruabar larriak gertatzen badira, edo antzeko arau-haustek behin baino gehiagotan egiten badira edo egiaztaturiko intentzionalitatea badago, zehapen-prozedura ebatzi duen agintaritzak erabaki ahal izango du, behar bezala arrazoitutako ebazpen bidez, ezarritako zehapenei publizitatea ematea, behin administrazio-bidean irmoak direnean, enpresaren edo pertsona fisiko edo juridiko erantzuleen izena argitaratuz, egindako arau-haustek espresuki adierazita.

Publizitatea Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkarian egingo da, gutxienez, bai eta gerora jokabide arau-haustek prebenitzeko egokitzen jotzen diren gizarte-komunikabideetan ere. Publizitateak lortu nahi duen helburua bete ondoren, behar

diren jarduketak egingo dira datu pertsonalen araudian aitortzen den ezabatzeko eta ahaztua izateko eskubidea bermatzeko.

93. artikulua.- Zehapenak mailakatzeko irizpideak.

Arau-haustek zehatzeko, ezarri beharreko zehapenaren egokitasuna eta premia zainduko dira, bai eta arau-haustea eragin duen egitatearen larritasunarekin bat datorren ere, eta mailakatu egingo dira, aurreko artikuluan ezarritako moduan, irizpide hauei jarraikiz:

- a) Erruduntasun- edo intentzionalitate maila.
- b) Urtebeteko epean izaera bereko arau-hauste bat baino gehiago egiteagatik berrerortzea, administrazio-bidean ebazpen irmoz hala deklaratu bada.
- c) Administrazio eskudunak aldeztu aurretik egindako errekerimenduak edo ohartarazpenak ez betetzea.
- d) Iruzurra edo elkar hartzea.
- e) Eragindako kalteen izaera eta herritarren osasunerako arriskua, kontuan hartuta eragindako pertsonen kopurua eta adina eta arriskuen iraunkortasuna edo iragankortasuna.
- f) Bereziki kalteberak diren biztanleria-taldeetan duen eragina, hala nola adingabeak, emakume haurdunak, desgaitasuna duten pertsonak edo adinekoak.
- g) Arau-haustek arau-haustea eginez lortutako onuraren diru-zenbatekoa.
- h) Erantzulearen jokabidearen gaitzespen-mailan edo erruduntasunean eragiten duen beste edozein inguruabar, zentzu aringarri edo astungarrian.

94. artikulua.- Erantzukizuna.

1.— Pertsona fisikoak eta juridikoak izan daitezke arau-hausteen erantzule, bai eta eragindako pertsona-taldeak, nortasun juridikorik gabeko batasun eta entitateak eta ondare independente edo autonomoak ere, baldin eta lege batek jarduteko gaitasuna aitortzen badie eta dolo edo erruz osasun publikoaren arloko arau-hauste gisa tipifikatutako egiteak edo ez-egiteak burutzen badituzte.

2.— Establezimenduaren edo negozioaren titularrek, fisikoak zein juridikoak izan, erantzukizun solidarioa izango dute beren enplegatuek edo mendeakoei egindako arau-hausteen ondoriozko zehapenen ordainketaren aurrean.

Publizitate-enpresek, publizitatearen onuradunek —hots, iragarritako marka edo produktuaren titular direnek—, bai eta iragarkia ematen den establezimendu edo guneen titular direnek ere, lege honetan publizitatearen arloan aurreikusitako arau-hausteen ondoriozko zehapenen ordainketaren erantzukizun solidarioa izango dute.

Gurasoek, tutoretza edo harrera betetzen duten pertsonak eta legezko zaintzaileak, hurrenkera horretan, solidarioki erantzun beharko dute egindako arau-hauste

administratiboari aurrea hartzeko betebeharra ez betetzeagatik, adingabeek egindako arau-hausteen ondoriozko zehapenak ordaintzeari dagokionez.

95. artikulua.- Zehapena jartzeko eskumena duten organoak.

1.– Euskal Autonomia Erkidegoaren eremuan, organo hauei dagokie lege honek ezartzen duen zehatzeko ahala erabiltzea, legeria sektorialak ezarritako zehapen-araubideak eragotzi gabe:

- a) Eusko Jaurlaritzaren Gobernu Kontseiluari, lege honetan ezarritako 240.001.- eurotik gorako zehapenak ezartzeko, bai eta establezimenduak aldi baterako itxeko ere, arau-hauste oso astunengatik zehapenaren osagarri.
- b) Osasun-arloaren eskumena duen sailburuari, 60.001 eta 240.000.- euro bitarteko zehapenak ezartzeko.
- c) Osasun publikoaren antolaketa-egituraren titularrari, 60.000.- eurorainoko zehapenak ezartzeko.

2.– Udal-eremuan, organo hauei dagokie zehatzeko ahala baliatzea, zeinek bere eskumenaren esparruan:

- a) Alkateari edo dagokion zinegotzi delegatuari, 41.000 eurora arteko zehapenak ezartzeko.
- b) Gobernu Batzordeari eta, hala badagokio, Osoko Bilkurari, 60.000 eurora arteko zehapenak ezartzeko.

96. artikulua.- Preskripzioa eta iraungitzea.

1.– Dagokion Estatuko oinarritzko araudian xedatutakoa eragotzi gabe, lege honetan arintzat tipifikatutako arau-hausteez urtebetera preskribatuko dute, astunek hiru urtera eta oso astunek bost urtera.

Arau-haustearen preskripzio-epea arau-haustea egin den egunetik hasiko da kontatzen. Arau-hauste jarraituen edo iraunkorren kasuan, jokabide arau-hauslea amaitu denetik aurrera hasiko da preskripzio-epea.

Preskripzioa geldiarazi egingo da zehapen-prozedura administratibo bat hasten denean, interesdunari horren berri emanda, eta preskripzio-epea berririo hasiko da baldin zehapen-espeditentea hilabete baino gehiagoz geldirik badago ustezko erantzuleari egotzi ezin zaion arrazoiren batengatik.

2.– Arau-hauste arinen ondorioz ezarritako zehapenak urtebetera preskribatuko dute; arau-hauste astunen ondorioz ezarritakoek, hiru urtera, eta oso astunen ondorioz ezarritakoek, bost urtera.

Zehapenen preskripzio-epearen neurketa hasiko da zehapena ezartzen duen ebazpena betearaz daitekeen egunaren biharamunetik edo ebazpenaren aurkako errekurtsoa aurkezteko epea amaitu den egunaren biharamunetik.

Preskripzioa geldiarazi egingo da betearazpen-prozedura bat hasten denean, interesdunari horren berri emanda, eta preskripzio-epea berriro hasiko da baldin prozedura hilabete baino gehiagoz geldirik badago ustezko erantzuleari egotzi ezin zaion arrazoiren batengatik.

3.– Prozedura hasi eta handik bederatzi hilabetera ez bada ebazpena oraindik jakinarazi, iraungita geratuko da, oinarritzko araudian aurreikusitako baldintza eta ondorioekin.

Bederatzi hilabeteko epe hori geldiarazi egingo da, lege honetan ezarritako kasuetan ez ezik, baita interesdunei egotz dakizkiekeen arrazoiak direla-eta prozedura etenda dagoen bitartean ere.

Gerta daiteke iraungitzea ez aplikagarri izatea, sortutako auzia interes orokorrekoa bada edo hura bideratzea komeni bada auzia definitzeko eta argitzeko; hori berariaz erabaki beharko da prozedura ebazteko eskumena duen organoaren ebazpen arrazoitu baten bidez.

Osasun publikoko larrialdi-egoeretan, zehapenen preskripzioa luzatu ahal izango da, lehen adierazitako epeak bikoiztu arte.

Lehenengo xedapen gehigarria.- Datu pertsonalen tratamendua

Lege honek arautzen dituen jarduketaren ondoriozko datu pertsonalak Europako Parlamentuaren eta Batzordearen 2016ko apirilaren 27ko 2016/679 (EB) Erregelamenduan jasotakoaren artean sartzen dira (Datu pertsonalen tratamenduari dagokionez pertsona fisikoen babesari eta datu horien zirkulazio askeari buruzko arauak ezartzen dituen eta 95/46/EE Zuzentaraua indargabetzen duen Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2016ko apirilaren 27ko 2016/679 (EB) Erregelamendua).

Lege hau aplikatuzetik eratorritako datu pertsonalen tratamendua honako hauen arabera egin beharko da: 3/2018 Lege Organikoa, abenduaren 5ekoa, Datu Pertsonalak Babestekoa eta Eskubide Digitalak Bermatzekoa; lehen aipatutako 2016/679(EB) Erregelamendua; 2/2004 Legea, otsailaren 25ekoa, Datu Pertsonaletarako Jabetza Publikoko Fitxategiei eta Datuak Babesteko Euskal Bulegoa Sortzeari buruzkoa, eta lege hori garatzeko araudia, aurreko araudiak ordezkatu ez duen guztian, bai eta arlo horretan unean-unean indarrean dagoen araudia ere.

Bigarren xedapen gehigarria.- Hizkuntza ofizialen erabilera.

1.- Lege honetan xedatutakoa betetzen dutenean, osasun publikoko jarduketetan, administrazio publikoek, haiei lotutako entitateek eta entitate pribatuek herritarren hizkuntza-eskubideak errespetatu eta zainduko dituzte. Horretarako, herritarrekin dituzten ahozko zein idatzizko harremanetan, herritarrek hautatutako hizkuntza ofiziala erabiliko dute, Kontsumitzaileen eta Erabiltzaileen Estatutuari buruzko abenduaren 22ko 6/2003 Legean eta indarrean dagoen gainerako araudian aurreikusitako moduan.

2.- Osasun Publikoaren Erakundearteko Batzordea eta Osasun Publikoaren Euskal Kontseilua osatzen duten kideek euskara eta gaztelania erabili ahalko dituzte beren eginkizunak betetzean. Era berean, Euskal Autonomia Erkidegoko bi hizkuntza ofizialen erabilera bermatuko da bilera deietan, gai zerrendetan, saioetan eta oro har pertsona horien artean banatzen diren dokumentu guztietan.

3.- Lege honek xedatutakoa betetzeko erabiltzen diren kartel, dokumentu eta errotulazio guztiak euskaraz eta gaztelaniaz idatziko dira.

Hirugarren xedapen gehigarria.- Udal-ordenantzak egokitzea.

Lege hau indarrean jartzen denetik bi urteko epean, legean ezarritakora moldatu beharko dituzte udalek beren ordenantzak.

Lehenengo xedapen iragankorra.- Osasun publikoko funtzioak esleitzea.

Lege honek 35.2 artikuluan aipatzen den antolaketa-egiturari esleitzen dizkion eginkizunak Eusko Jaurlaritzan osasun-arloko eskumena duen sailaren osasun publikoko eginkizunak esleituta dituen organoak beteko ditu, arau bidez garatu arte..

Bigarren xedapen iragankorra.- Indarrean dauden planak.

Lege honetan jasota dauden eta Legea indarrean jartzen denean indarrean dauden planek aurrera jarraituko dute haien indarraldia amaitu arte.

Hirugarren xedapen iragankorra.- Zehapen-espedienteak.

Lege hau indarrean jarri aurretik hasitako zehapen-espedienteek arau-haustea egin zen unean indarrean zegoen legediaren arabera izapidetzen jarraituko dute, ezertan eragotzi gabe araudirik mesedegarrienaren aplikazioa, bai arau-haustearen kalifikazioari dagokionez, bai zehapenak ezartzeari dagokionez.

Xedapen indargabetzaile bakarra.- Arauak indargabetzea.

Indargabetuta geratzen da Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren ekainaren 6ko 8/1997 Legearen 13. artikulua, bai eta lege honen aurka doan osasunaren arloko beste edozein xedapen ere.

Azken xedapenetako lehenengoa.- Arauak emateko gaikuntza.

Gobernu Kontseiluari ahalmena ematen zaio lege hau garatzeko eta aplikatzeko beharrezkoak diren erregelamenduzko xedapenak eman ditzan.

Azken xedapenetako bigarrena. - Indarrean jartzea.

Lege hau Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkarian argitaratu eta hogeï egunera jarriko da indarrean.

Ondorioz, Euskadiko herritar guztiei, norbanako zein agintari, bete eta betearaz dezatela agintzen diet.

Lehendakaria,
IÑIGO URKULLU RENTERIA.

Proyecto de Ley xx/2022, de 26 de julio, de Salud Pública de Euskadi

PROYECTO DE LEY DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI

CAPÍTULO I.- DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto.

Artículo 2.- Ámbito.

Artículo 3.- Concepto de Salud Pública

Artículo 4.- Definiciones

Artículo 5.- Principios rectores.

Artículo 6.- La Salud en Todas las Políticas

Artículo 7. - Funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi.

CAPÍTULO II.- LA CIUDADANÍA Y LA SALUD PÚBLICA

Sección primera.- Derechos de la ciudadanía en relación a la salud pública.

Artículo 8.- Derechos de la ciudadanía en relación a la salud pública.

Artículo 9.- Derecho a la igualdad y a la equidad.

Artículo 10.- Derecho a la información.

Artículo 11.- Derecho de participación efectiva en las actuaciones de salud pública.

Artículo 12.- Derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad.

Artículo 13.- Derecho a la actuación imparcial.

Artículo 14.- Derecho a la autonomía personal.

Artículo 15.- Derecho a la seguridad en las intervenciones en salud pública.

Artículo 16.- Derecho a la educación para la salud.

Artículo 17.- Limitación de los derechos al objeto de proteger la salud pública.

Sección segunda.- Deberes de la ciudadanía en relación a la salud pública.

Artículo 18.- Deberes de la ciudadanía en relación a la salud pública.

CAPÍTULO III.- EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI

Sección primera.- El Sistema de Salud Pública de Euskadi.

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

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

Artículo 21.- Evaluación de resultados e impacto en la salud.

Sección segunda.- Profesionales de la salud pública.

Artículo 22.- Profesionales de la salud pública.

Artículo 23.- Competencias profesionales.

Sección tercera.- Planificación.

Artículo 24.- El Plan de Salud de Euskadi.

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

Artículo 26.- Otros planes y estrategias en materia de salud pública.

CAPÍTULO IV.- ORDENACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI

Sección primera.- Distribución competencial en materia de salud pública.

Artículo 27.- Competencias de las administraciones públicas vascas.

Artículo 28.- Competencias del Gobierno Vasco.

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

Artículo 30.- Competencias de las diputaciones forales.

Artículo 31.- Coordinación de las actuaciones en materia de salud pública.

Sección segunda.- La organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi.

Artículo 32.- La organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi.

Artículo 33.- La salud pública en el ámbito local y comunitario.

Sección tercera.- La organización de la salud pública en la Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Artículo 34.- La salud pública en la Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Artículo 35.- La organización de los servicios de la salud pública en la Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Artículo 36.- Funciones de la estructura organizativa de la salud pública en Euskadi.

Sección cuarta.- Coordinación, cooperación e interacción entre distintas administraciones públicas.

Artículo 37.- Colaboración entre las administraciones que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi.

Artículo 38.- La Comisión Interinstitucional de Salud Pública.

Artículo 39.- Coordinación con la Administración General del Estado y otras administraciones competentes.

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

Artículo 40.- Coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi.

Artículo 41.- Obligaciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi con respecto al Sistema Sanitario de Euskadi.

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

Sección sexta.- Órganos de coordinación, consulta, asesoramiento y participación.

Artículo 43.- El Consejo Vasco de Salud Pública.

Artículo 44.- Otros órganos de coordinación, consulta, asesoramiento y participación.

Artículo 45.- Representación equilibrada.

CAPÍTULO V.- PRESTACIONES Y ACTUACIONES EN SALUD PÚBLICA

Sección primera.- Prestaciones de salud pública.

Artículo 46.- Prestaciones de salud pública.

Sección segunda.- Vigilancia de la salud.

Artículo 47.- La vigilancia de la salud.

Artículo 48.- La Red de Vigilancia de la salud pública.

Artículo 49.- Sistema de alertas y emergencias en salud pública.

Sección tercera.- Prevención de los problemas de salud

Artículo 50.- La prevención de los problemas de salud.

Artículo 51.- Actuaciones de prevención frente a problemas de salud.

Sección cuarta.- Protección de la salud de la población.

Artículo 52.- Actuaciones en el ámbito de la protección de la salud.

Artículo 53.- La seguridad alimentaria.

Artículo 54.- La salud ambiental.

Sección quinta.- Protección de la salud de la población en caso de emergencia sanitaria, epidemia o pandemia.

Artículo 55.- Medidas de respuesta y adaptación del Sistema de Salud Pública en caso de emergencia sanitaria o pandemia.

Artículo 56.- Medidas para la protección de la salud de la población en caso de alertas o emergencias sanitarias.

Artículo 57.- Colaboración con la autoridad sanitaria.

Sección sexta.- Salud escolar.

Artículo 58.- La salud escolar.

Sección séptima.- Salud laboral.

Artículo 59.- La salud laboral.

Sección octava.- Laboratorio de salud pública de Euskadi.

Artículo 60.- Laboratorio de salud pública de Euskadi.

Artículo 61.- Actuaciones a desarrollar por el laboratorio de salud pública.

Artículo 62.- Actuaciones de otros laboratorios en materia de salud pública.

Sección novena.- Promoción de la salud.

Artículo 63.- La promoción de la salud.

Artículo 64.- Actuaciones de promoción de la salud.

Sección décima.- Adicciones.

Artículo 65.- Actuaciones en materia de adicciones.

CAPÍTULO VI.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Sección primera. - Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi.

Artículo 66.- Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi.

Artículo 67.- Funciones del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi.

Artículo 68.- Observatorio de salud de Euskadi.

Artículo 69.- Tratamiento, comunicación, seguridad y confidencialidad de la información.

Artículo 70.- Planificación, gestión y coordinación del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi.

Sección segunda.- Formación, investigación, innovación y evaluación.

Artículo 71.- Formación y capacitación de las y los profesionales de salud pública.

Artículo 72.- Formación en salud pública.

Artículo 73.- Investigación e innovación en salud pública.

Artículo 74.- Evaluación de los programas de salud pública.

CAPÍTULO VII.- CORRESPONSABILIDAD E INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Sección primera.- Principios informadores de la intervención administrativa.

Artículo 75.- Principios informadores de la intervención administrativa.

Sección segunda.- Corresponsabilidad y colaboración en materia de salud pública.

Artículo 76.- Corresponsabilidad y autocontrol.

Artículo 77.- Deber de tutelar la salud pública y de colaborar con la administración sanitaria.

Sección tercera.- Autoridad sanitaria.

Artículo 78.- Autoridad sanitaria.

Artículo 79.- Funciones de la autoridad sanitaria.

Artículo 80.- Actuaciones de las y los agentes de la autoridad sanitaria.

Sección cuarta.- Intervención administrativa.

Artículo 81.- Intervención administrativa en materia de salud pública.

Artículo 82.- Comunicación en materia de salud pública.

Artículo 83.- Régimen de autorización y comunicación para el ejercicio de actividades.

Artículo 84.- Control sanitario de actividades

Artículo 85.- Medidas especiales y cautelares.

Artículo 86.- Procedimiento para la adopción de medidas especiales y cautelares.

Artículo 87.- Medidas de intervención sobre las personas.

Artículo 88.- Medidas de aislamiento o cuarentena en caso de emergencias sanitarias-

-Sección quinta.- Infracciones y sanciones.

Artículo 89.- Potestad sancionadora.

Artículo 90.- Infracciones.

Artículo 91.- Tipos de infracciones.

Artículo 92.- Sanciones.

Artículo 93.- Criterios para la graduación de las sanciones.

Artículo 94.- Responsabilidad.

Artículo 95.- Órganos competentes para imponer sanciones.

Artículo 96.- Prescripción y caducidad.

Disposición adicional primera. – Tratamiento de los datos de carácter personal.

Disposición adicional segunda. – Uso de las lenguas oficiales.

Disposición adicional tercera. – Adaptación de las ordenanzas municipales.

Disposición transitoria primera. – Atribución de funciones de salud pública.

Disposición transitoria segunda. - Planes vigentes.

Disposición transitoria tercera. - Expedientes sancionadores.

Disposición derogatoria única. - Derogación normativa.

Disposición final primera. - Habilitación normativa.

Disposición final segunda.- Entrada en vigor.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Desde la consideración de la salud como un derecho humano, y de la equidad en salud como una expresión de la justicia social, en sintonía con la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, en la cual se fijó el objetivo histórico de la «Salud para todos», la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi (en adelante, LOSE) constituyó en su momento el instrumento fundamental para articular el compromiso que adquieren los poderes públicos vascos con la ciudadanía respecto al desarrollo y aplicación de un derecho tan relevante como el relacionado con la protección y el cuidado de la salud.

Así, a partir de la aprobación de esta ley, el desarrollo de las políticas de salud y del sistema sanitario, como pilares fundamentales de la calidad de vida y del bienestar de la sociedad vasca, han constituido una prioridad en la acción pública. En estos años, las necesidades relacionadas con la salud de la población vasca se han cubierto de manera adecuada y, de hecho, en Euskadi los resultados en salud son positivos y su modelo sanitario es valorado de forma satisfactoria por la ciudadanía; si bien es preciso reconocer que siguen existiendo desigualdades sociales en salud; es decir, diferencias injustas y evitables, entre grupos que están definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

La Constitución Española de 1978 dio un paso clave en el camino de la mejora de la salud de la población al reconocer en su artículo 43 el derecho a su protección, encomendando para ello a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, habilitó a todas las administraciones públicas a la adopción de medidas con afección a

derechos fundamentales de las personas, cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

Asimismo, la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad regula los principios del sistema de salud, las actuaciones sanitarias del Sistema de Salud, la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva, las competencias de las entidades locales y las infracciones y sanciones en materia de salud. Esta norma constituyó la primera norma ordinaria integral que habilitó al Parlamento Vasco para legislar en esta materia, de acuerdo con la distribución territorial del poder político.

La Ley 14/1986 fue complementada en 2003 por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que, manteniendo las líneas básicas de la norma, modificó y amplió el articulado para adaptarlo a la nueva realidad social y política y, por supuesto, a la situación de asunción de las competencias en salud por parte de las comunidades autónomas.

De la misma manera, resulta fundamental la ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública. Esta Ley establece las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas en materia de salud pública.

Por otro lado, la pandemia COVID-19 declarada en 2020 ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar desde la normativa los mecanismos, herramientas y medidas para dar la mejor respuesta a emergencias sanitarias que supongan una amenaza a la salud del conjunto de la población, como las pandemias, así como a las alertas y crisis sanitarias de ésta y otra naturaleza

El artículo 3 de la LOSE señala que *“De acuerdo con las obligaciones que impone a los poderes públicos vascos el reconocimiento del derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, compete a la administración sanitaria vasca garantizar la tutela general de la salud pública a través de medidas preventivas, de promoción de la salud y de prestaciones sanitarias individuales.*

Asimismo, le corresponderá garantizar un dispositivo adecuado de medios para la provisión de las prestaciones aseguradas con carácter público, a través fundamentalmente de la dotación, mantenimiento y mejora de la organización de medios de titularidad pública.”

Dicha ley creó y configuró el Sistema Sanitario de Euskadi como el medio para llevar a cabo una adecuada organización y ordenación de las actuaciones que competen a la administración sanitaria vasca, señalando que su objetivo último era el mantenimiento, la recuperación y mejora del nivel de salud pública de la población configurado por todos los recursos sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Sin embargo, en el tiempo de desarrollo de la ley ha evolucionado el concepto de salud pública que aparecía inicialmente incluido en el sistema sanitario de Euskadi que creaba.

La actuación sobre los determinantes de la salud, con el propósito de mejorar los resultados generales en salud y reducir las desigualdades en salud, forma parte de las tareas en materia de salud pública. En 2005, la Organización Mundial de la Salud constituyó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de ofrecer asesoramiento respecto a la

forma de abordarlos, de recabar información científica sobre posibles acciones para modificarlos y de impulsar un movimiento mundial en favor de la equidad en salud. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, la OMS propuso como recomendaciones mejorar las condiciones de vida cotidianas, aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales, y hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades en salud y sus determinantes.

Por su parte, la conferencia mundial de promoción de la salud celebrada en Helsinki en 2013, centrada en la Salud en Todas las Políticas, puso de manifiesto que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario y que una política de salud eficaz debe atender a todos los sectores públicos; y, en consonancia, apeló a los gobiernos a adoptar el enfoque de Salud en Todas las Políticas en sus estrategias gubernamentales.

Hoy día, la mejora de la salud y el bienestar constituyen un objetivo compartido por los distintos poderes públicos y políticas sectoriales, de forma que, mediante su acción, sea el ámbito que sea, puedan influir en la mejora de la salud y contribuir a aumentar el bienestar de la ciudadanía. Este enfoque de la Salud en Todas las Políticas permea las distintas intervenciones de las instituciones públicas y permite incorporar, de una manera más decisiva y eficaz, las consideraciones relativas a la salud en la toma de decisiones de los distintos sectores y áreas de políticas.

Así, la evolución de la salud pública conlleva actualmente la implicación de un amplio número de agentes que intervienen en su aplicación. Por supuesto, interviene el Sistema Sanitario de Euskadi, pero además intervienen otros departamentos del Gobierno Vasco, competentes en materias de una incidencia indudable en el ámbito de la salud pública como es la prevención y salud laboral, el desarrollo económico (transportes, agricultura, ganadería, industria), la hacienda y economía, la educación, las políticas sociales, las políticas de igualdad, el medio ambiente, la planificación territorial, las políticas de vivienda, las políticas de empleo, las políticas de juventud, las políticas de promoción de la actividad física, el consumo y el comercio. Intervienen ámbitos como el universitario, el de la sanidad privada, las diputaciones, los ayuntamientos, así como la ciudadanía y la sociedad civil y el sector privado.

Se hace imprescindible, por tanto, acometer a través de un nuevo texto legal un nuevo sistema que agrupe la multitud de agentes que intervienen en la materia de salud pública y que trascienden del sistema sanitario de Euskadi, con el que sigue teniendo una necesaria y fructífera relación. Por ello, la presente ley crea y configura el Sistema de Salud Pública de Euskadi, que se organiza como una red articulada, cuya finalidad, en base al paradigma de Salud en Todas las Políticas, es ofrecer un conjunto de servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible.

La irrupción de una pandemia causante de una gran crisis sanitaria, económica y social, como ha sido la ocasionada por COVID-19, ha puesto en valor a la salud pública como pieza primordial del sistema de salud para abordar las grandes cifras de morbilidad, la sobrecarga y riesgo de colapso del sistema sanitario y las consecuencias a nivel de salud y

de impacto socioeconómico que puede llegar a experimentar la sociedad como consecuencia de dicha pandemia y crisis global producida.

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.

Por su parte, el Plan de Protección Civil de Euskadi establece el marco organizativo general de la Comunidad Autónoma Vasca para hacer frente a todo tipo de emergencias que, por su naturaleza o extensión o por la necesidad de coordinar más de una administración, requieran una dirección autonómica (artículo 29.e del decreto legislativo 1/2017, de 27 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Gestión de Emergencias).

El Plan de Protección Civil de Euskadi fue aprobado por Decreto 153/1997, de 24 de junio, por el que se aprueba el Plan de Protección Civil de Euskadi, Larrialdiei Aurregiteko Bidea-Labi y se regulan los mecanismos de integración del sistema vasco de atención de emergencias. Y fue modificado por decreto 1/2015 de 13 de enero, por el que se aprueba la revisión extraordinaria del Plan de Protección Civil de Euskadi, “Larrialdiei Aurrera egiteko bidea-Labi”.

Es también destacable el papel de la investigación, tanto en salud pública como en I+D+i biomédica. La investigación en salud pública permite conocer mejor las causas y determinantes de las enfermedades, su distribución y consecuencias y aportar las mejores fórmulas para la prevención, estrategias de control y el abordaje de situaciones de riesgo, así como estrategias de mitigación del daño y de recuperación. El esfuerzo conjunto entre agentes públicos y privados permite generar, producir y distribuir en breve plazo de tiempo medidas farmacológicas necesarias y eficaces, como son las vacunas.

Por último, con un ámbito temporal ceñido a la persistencia de la emergencia, la ley 2/2021, de 24 de junio, de medidas para la gestión de COVID-19 tiene por objeto la regulación de los instrumentos jurídicos y actuaciones que competen a las administraciones públicas vascas con el fin de prevenir y preservar la salud pública, garantizar la seguridad de las personas y sostener las capacidades del sistema sanitario vasco durante la situación de emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de la COVID-19.

Por todo ello, esta nueva norma lo que pretende es:

- Adoptar la estrategia de Salud en Todas las Políticas y el enfoque de los determinantes de la salud, siguiendo las prioridades mundiales y europeas en materia de salud. En particular, se reconocen como marco de referencia los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con Salud en Todas las Políticas.
- Promover la salud y el bienestar de las personas, priorizando la orientación comunitaria e intersectorial en las actuaciones.
- Potenciar el trabajo colaborativo entre las administraciones públicas en materia de salud y bienestar de la población, intensificándolo en las intervenciones locales.

- Incluir a las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones.
- Analizar el impacto sobre la salud de las personas y las afecciones sobre el medio físico de las distintas políticas sectoriales. Especialmente la interrelación entre la salud humana, el medio ambiente y la salud animal, tal como reconoce el enfoque conocido como “One Health/ Una Sola Salud”.
- Y, desde un enfoque colaborativo, trabajar en coordinación desde todas las administraciones públicas y junto a otras y otros agentes concernidos, para proteger la salud de las personas, impulsar la promoción de la salud y los entornos y estilos de vida saludables, e incidir positivamente en los determinantes de la salud que afectan a las personas.
- Sentar las bases para la prevención, la detección precoz, la vigilancia y la gestión eficaz de emergencias sanitarias, epidemias y pandemias.

La presente ley se adopta en el ámbito material relativo a la sanidad interior y, en dicho ámbito, las medidas que adopta la norma suponen la plasmación del ejercicio por parte de la Comunidad Autónoma de Euskadi de la competencia que le reconoce el ordenamiento jurídico en un ámbito competencial que le es propio, puesto que se realiza dentro del marco establecido en los artículos 149.1.16^a de la Constitución que reconoce al Estado competencia exclusiva en materia de Sanidad exterior y bases y coordinación general de la sanidad, donde la Comunidad Autónoma del País Vasco ostenta la competencia autonómica de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica estatal en materia de sanidad interior, tal y como se prevé en el artículo 18 del Estatuto de Autonomía.

CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto.

La presente ley tiene por objeto:

- 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 en salud pública y las líneas de actuación en relación a la cartera de 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 actuaciones y prestaciones de salud pública con la máxima competencia, excelencia y eficiencia social y contribuyen a generar en la ciudadanía confianza y seguridad.

Artículo 2.- Ámbito.

- 1. Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Asimismo, se aplicarán tanto a las personas que residan en la Comunidad Autónoma de Euskadi con carácter permanente o temporal, como a quienes se encuentren en su ámbito territorial con carácter ocasional.
- 2. Lo establecido en la presente ley será de aplicación 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.

3. Asimismo, será de aplicación también a las organizaciones privadas que desarrollen acciones con impacto en la salud pública en los términos y ámbitos de actuación determinados por esta ley, y la diversa incidencia subjetiva que de ella resulta.

Artículo 3.- Concepto de salud pública

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.

Artículo 4.- Definiciones.

A los efectos de esta ley serán aplicables las siguientes definiciones:

Agentes de la autoridad sanitaria: personal funcionario debidamente acreditado 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.

Autocontrol: conjunto de obligaciones de las personas físicas o jurídicas sujetas al ámbito de aplicación de la presente ley con el fin de garantizar la inocuidad y salubridad de los productos, las actividades y los servicios respectivos.

Autoridad sanitaria: el órgano de la administración que, en el ejercicio de su responsabilidad y de acuerdo con las competencias que le reconoce la normativa, dicta disposiciones y adopta y aplica medidas que obligan a particulares, colectivos e instituciones, de forma personal o a sus bienes, al objeto de proteger la salud de la población.

Desigualdades en salud: diferencias en la salud evitables que son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de sus condiciones sociales, económicas, de género, demográficas o geográficas, lo que se traduce en una peor salud

Detección precoz: Identificación de un riesgo, problema de salud o enfermedad en el momento más próximo a aquél en que se manifiesta, con el objetivo de adoptar todas las medidas preventivas o terapéuticas necesarias.

Determinantes de la salud: conjunto de factores interrelacionados que afectan a la salud y la calidad de vida de las personas y de las poblaciones y que, incluyen los hábitos de vida individuales, la educación, las redes sociales y

comunitarias, las condiciones de vida y trabajo, el acceso a los servicios y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de carácter más estructural.

Educación para la salud: estrategia básica para promover la responsabilidad personal y social en materia de salud, que incorpora conocimientos, actitudes y conductas saludables, y contribuye al desarrollo de valores, actitudes y habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud individual y colectiva, mediante la capacitación para tomar las decisiones más adecuadas para el cuidado de la propia salud y de la ajena.

Emergencia de salud pública: situación extraordinaria que se produce cuando se da un riesgo para la salud pública o tiene lugar un evento de salud pública con la potencialidad de afectar gravemente la salud de la población.

Equidad en salud: condición y objetivo social tendente a que la salud de las personas y los grupos sociales se distribuya sin diferencias determinadas por condiciones individuales, sociales o económicas evitables o aminorables.

Evaluación del impacto en la salud: 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

Factor de protección: condición, situación, conducta o elemento que disminuye la probabilidad de mantener o mejorar la salud.

Factor de riesgo: condición, situación, conducta o elemento que aumenta la probabilidad de aparición de un efecto negativo para la salud.

Gobernanza o buen gobierno de la salud pública: conjunto de valores, criterios y órganos de decisión dirigidos a establecer, apoyar, supervisar y evaluar los fines, medios y resultados de las acciones y agentes de salud pública, con el fin de velar por su adecuación, eficacia, eficiencia, sostenibilidad, ética, transparencia y adecuación a las normas.

Intervención administrativa en materia de salud pública: se llevará a cabo a través de la comunicación en materia de salud pública, el establecimiento de regímenes de autorización y comunicación para el ejercicio de actividades, la configuración de registros sanitarios, la inspección y control sanitario de las actividades, la toma de muestras y el control analítico, la realización de actas de inspección, la implementación de medidas cautelares y la adopción de medidas de intervención sobre las personas.

Medidas especiales en materia de salud pública: conjunto de medidas de vigilancia, prevención, contención y control en caso de crisis de salud pública, emergencia sanitaria, pandemia, otros riesgos de carácter transmisible; o cuando así lo exijan razones epidemiológicas o sanitarias de urgencia o necesidad debidamente justificadas.

Pandemia: propagación mundial de una nueva enfermedad.

Política de salud: declaración o directriz oficial de las instituciones públicas que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otros condicionantes políticos.

Prevención: conjunto de actuaciones destinadas a reducir la incidencia y la prevalencia de enfermedades, lesiones, problemas de salud y discapacidades en la población, y sus factores de riesgo, detener su avance y atenuar o eliminar en la medida de lo posible sus consecuencias negativas.

Promoción de la salud: proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Incluye todas las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, así como aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de fomentar su impacto favorable o mitigar su impacto negativo en la salud pública e individual.

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.

Salud laboral: conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios orientados a la prevención y promoción de la salud de la población trabajadora, en relación con las condiciones y riesgos derivados del trabajo.

Salud ambiental: 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.

Seguridad alimentaria: conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios destinados a velar por la inocuidad y salubridad de los productos alimentarios en su producción, transformación-distribución y consumo, consiguiendo con ello alimentos saludables para una correcta nutrición.

Artículo 5.- Principios rectores.

Las actuaciones, prestaciones y servicios en salud pública se inspirarán en los siguientes principios:

- a) **Universalidad** de las prestaciones de salud pública como derecho individual y social que los poderes públicos han de garantizar a todo el conjunto de la población.
- b) **Equidad** en salud y desarrollo de políticas e intervenciones que reduzcan las desigualdades en salud 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.

- c) **Solidaridad**, como compromiso colectivo de la sociedad para garantizar a toda la ciudadanía el mayor nivel de salud y bienestar posible.
- d) **Ética** en salud pública, para la efectiva incorporación de la justicia, equidad, solidaridad y el reconocimiento de los derechos y deberes de las personas físicas, empresas, organizaciones sociales y administraciones públicas, de forma que las actuaciones que inciden en la población se realicen de forma informada y bajo la defensa de la salud individual y colectiva.
- e) **Responsabilidad pública**, como garantía y salvaguarda de los derechos individuales.
- f) Alineamiento con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** y de **Salud en Todas las Políticas**, de forma que la mejora de la salud y el bienestar de las personas sea un objetivo compartido por las distintas administraciones, para que, mediante la acción política y las sinergias entre todas ellas, se puedan lograr resultados en salud mejores, más eficaces, equitativos y sostenibles que los alcanzables por la acción en solitario del sector de la salud.
- g) **“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. Las esferas de trabajo en las que el enfoque de «Una Sola Salud» son especialmente pertinentes son la inocuidad de los productos alimentarios, el control de zoonosis y la lucha contra la resistencia a los antibióticos. Proteger la salud de los animales y de los ecosistemas contribuye a mejorar la salud de las personas.
- h) **Integralidad e interdisciplinariedad**. Las actuaciones y servicios de salud pública deberán organizarse y desarrollarse dentro de la concepción integral del Sistema de Salud Pública de Euskadi.
- i) **Intersectorialidad y coordinación** interinstitucional, como marco formalizado de compromisos y responsabilidades compartidas, desde el que impulsar y cohesionar el principio de Salud en Todas las Políticas.
- j) **Buen gobierno** de la salud pública, basado en un compromiso ético que promueva una gestión eficiente, justa, equitativa y ajustada a la ley, en todos los niveles de la administración de salud pública.
- k) **Evaluación, transparencia y rendición de cuentas** en todas las intervenciones de salud pública.
- l) **Responsabilidad social** sobre la salud de la totalidad de agentes y entidades que conforman la sociedad civil, con el fin de contribuir a lograr

entornos sociales y ambientales seguros y promovedores de la salud de las personas.

- m) **Participación, colaboración y corresponsabilidad ciudadana** en la formulación y gestión de políticas y acciones de salud pública, sustentada en el acceso a información fiable, comprensible y útil, y en el compromiso de cada persona por el mantenimiento de su propia salud y la de su entorno y comunidad.
- n) **Pertinencia** de las intervenciones de salud pública, cuya protección prevalecerá sobre cualquier otro interés. Dichas intervenciones serán ajustadas a la magnitud del problema de salud que se pretende corregir, en base a los criterios de proporcionalidad, aplicabilidad, efectividad, eficiencia y rigor científico.
- o) **Precaución**. La existencia de indicios fundados de una posible afectación grave de la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, determinará la cesación, prohibición o limitación de la actividad sobre la que concurran.
- p) **Calidad, competencia, eficiencia y sostenibilidad** en la prestación de los servicios y en el desarrollo de las actuaciones de salud pública.
- q) **Seguridad**. Las actuaciones y servicios en materia de salud pública se llevarán a cabo previa constatación de su seguridad en términos de salud y se basarán en conocimientos científicos fiables, actuales, rigurosos y de calidad.
- r) **Rigor técnico y científico**, con base al mejor conocimiento técnico y científico posible.
- s) **Garantía** de la protección de datos personales en el tratamiento de la información en todas las actuaciones de salud pública.

Artículo 6.- La Salud en Todas las Políticas.

1. El principio de Salud en Todas las Políticas, los objetivos del desarrollo sostenible y el enfoque de los determinantes de la salud estarán en la base de todas las acciones a desarrollar e impulsar en salud pública de manera integral y sostenible, con el fin último de que la salud y la equidad en salud sean asumidas como metas de todas las políticas públicas.

Asimismo, se considerará como fundamento el enfoque “One Health/Una Sola Salud”, concebido para diseñar y aplicar programas, políticas, leyes e investigaciones en las que múltiples sectores se comunican y colaboran para lograr mejores resultados de salud pública.

2. Se impulsarán, entre otras, las siguientes actuaciones:

- a) Promover la salud y el bienestar de la ciudadanía y prevenir la enfermedad y la discapacidad, priorizando la orientación comunitaria e intersectorial en las actuaciones.

- b) Potenciar el trabajo colaborativo entre las administraciones públicas en materia de salud y bienestar de la población, incluyendo los ámbitos centrados en la salud animal, salud alimentaria y salud ambiental.
- c) Incluir a las comunidades, los movimientos sociales, los agentes sociales y la sociedad civil en la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones.
- d) Valorar en todos los ámbitos de la administración el efecto que pueden tener en la salud de las personas las distintas políticas, planes y programas sectoriales
- e) Desarrollar medidas tendentes a reducir la vulnerabilidad de la salud individual y colectiva ante las emergencias de salud pública de relevancia y las crisis sanitarias, incluyendo las epidemias y pandemias de enfermedades transmisibles graves, ante el cambio climático y el fenómeno de la globalización, habida cuenta de la influencia que tienen, y pueden tener en el futuro, en la salud de las personas y en sus determinantes.
- f) Así mismo, contribuir a reducir los grandes problemas de salud en los países más desfavorecidos, a través de la cooperación al desarrollo y de la acción humanitaria en salud.

Artículo 7- Funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi.

Además de las actuaciones previstas en la normativa vigente en materia de ordenación sanitaria, las funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi son las siguientes:

- a) La vigilancia e investigación de la salud y el bienestar de la población y de las condiciones y manifestaciones de pérdida de salud; la evaluación de resultados e impacto sobre la salud de las actuaciones, públicas y privadas, susceptibles de comprometerla; así como el estudio de los factores que inciden en la salud y de las intervenciones, servicios y programas sanitarios.
- b) La identificación de los problemas de salud y de los riesgos para la salud en la comunidad.
- c) La actuación sobre los determinantes de la salud.
- d) La promoción de leyes y normativas que protejan la salud de la ciudadanía o incidan en su mejora.
- e) En base al principio de Salud en Todas las Políticas, el desarrollo de sinergias entre distintos sectores, administraciones y agentes sociales.
- f) Bajo la dirección de las autoridades del Gobierno Vasco competentes en la gestión de emergencias, la preparación y planificación ante emergencias de salud pública, pandemias y crisis sanitarias, y la organización y coordinación de la respuesta sanitaria ante dichas crisis y emergencias, así como el control de las diversas amenazas para la salud de la población.
- g) La protección de la salud, contribuyendo al diseño, puesta en marcha y desarrollo de las distintas estrategias y políticas de salud y a la ordenación del sistema sanitario,

ejerciendo el liderazgo estratégico en la salud poblacional y fomentando su protección y promoción en las políticas intersectoriales.

- h) La prevención de la enfermedad, contribuyendo a la investigación para encontrar nuevas maneras de intervenir en los problemas de salud pública y al diseño y articulación de políticas de salud pública tendentes a prevenir enfermedades y pérdida de salud.
- 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.
- 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.
- 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.
- l) La gobernanza, financiación y evaluación de la calidad para mejorar la salud pública.
- 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, mediante la adopción de medidas idóneas, necesarias, y estrictamente proporcionadas; 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.
- n) La comunicación en salud pública.
- o) El desarrollo de las distintas actuaciones y prestaciones en materia de salud pública.
- p) La gestión del conocimiento en materia de salud pública, en los aspectos relativos a información, investigación, innovación y evaluación.

CAPÍTULO II.- LA CIUDADANÍA Y LA SALUD PÚBLICA

Sección primera.- Derechos de la ciudadanía en relación a la salud pública.

Artículo 8.- Derechos de la ciudadanía en relación a la salud pública.

1. Además de los derechos de carácter instrumental y complementario que se reconocen 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, toda persona tiene, en relación a la salud pública, los siguientes derechos: a la igualdad; a la información; a la participación efectiva; a la confidencialidad, intimidad y respeto a la dignidad; a la actuación imparcial; a la autonomía personal; a la seguridad en las intervenciones y a la educación para la salud.
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.
- 3.- Asimismo, también será exigible el derecho a las prestaciones de salud pública en los términos establecidos en el capítulo V de esta Ley.

Artículo 9.- Derecho a la igualdad y a la equidad.

1. 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, edad, etnia, religión, condición socioeconómica, capacidad funcional, opinión, orientación sexual o cualquier otra circunstancia o condición personal o social.
2. La ciudadanía tiene derecho a la igualdad de oportunidades para alcanzar el nivel óptimo de salud, para lo cual las administraciones competentes desarrollarán –entre otras- las políticas sectoriales económicas, de empleo, laborales, educativas y de servicios sociales que procuren la máxima equidad social y, por lo tanto, favorezcan la equidad en salud.

Artículo 10.- Derecho a la información.

1. 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. Este derecho comprende, en todo caso, recibir información relativa a los siguientes aspectos:
 - a) Los derechos que les otorga esta ley, así como sobre las vías para ejercerlos.
 - b) Las actuaciones, prestaciones y programas de salud pública, su contenido y la forma de acceder a los mismos.
 - c) Los fundamentos, objetivos, riesgos y consecuencias de la intervención, en el caso de solicitar a una persona o colectivo la participación en un programa de salud.

- d) Los determinantes de salud como factores que influyen en el nivel de salud y de equidad en salud de la población.
 - e) Los problemas sanitarios de la comunidad y los riesgos biológicos, químicos, físicos, medioambientales, sociales, educativos, económicos, o de cualquier otro carácter, relevantes para la salud de las personas. Si el riesgo es inmediato, la información se proporcionará con carácter urgente.
 - f) Las medidas especiales tomadas en caso de riesgo o peligro para la salud de la población, incluidas las emergencias de salud pública, crisis sanitarias o pandemias.
2. Las personas que voluntariamente participen en programas poblacionales de prevención de enfermedades tienen el derecho a tener toda la información relevante sobre las consecuencias potenciales de las actividades de estos programas, de acuerdo con el procedimiento que se establezca reglamentariamente.
 3. El derecho a la información podrá ejercitarse directamente por la ciudadanía o por medio de las organizaciones en que ésta se agrupe o que la representen.
 4. La información en materia de salud pública se ajustará a los principios rectores de esta ley, así como a los criterios para la comunicación establecidos en el artículo 82, comunicación en materia de salud pública.
 5. Todo ciudadano o ciudadana tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. En este caso, la persona responsable del programa o actuación debe dejar constancia escrita de esta decisión. De existir riesgo relevante para la salud, se informará a las personas vinculadas designadas, salvo oposición expresa de la persona afectada.

Artículo 11.- Derecho de participación efectiva en las actuaciones de salud pública.

La ciudadanía, directamente o por medio de las organizaciones en que se agrupe o que la representen, tiene derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública, conforme a los procedimientos que al efecto establezca la administración competente. Y, en concreto, tiene derecho a la participación en:

- a) La elaboración, modificación y evaluación de los planes y programas en materia de salud pública que le afecten.
- b) La identificación de las necesidades de salud.
- c) La detección de problemas o riesgos para la salud de la población.
- d) Los procedimientos de otorgamiento de autorizaciones en las que, por su impacto en la salud pública, esté previsto el trámite de audiencia.

Artículo 12.- Derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad.

1. Todas las personas tienen derecho al respeto de su dignidad e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública.
2. Toda la ciudadanía tiene derecho a la confidencialidad de la información personal que se utilice en las intervenciones que las administraciones públicas, entidades o empresas realicen en materia de salud pública, y a que nadie pueda acceder a la misma sin previa autorización legalmente amparada. Cualquier tratamiento de datos, especialmente los de salud, deberán tener su fundamento en alguna de las bases de legitimación establecidas en la normativa de protección de datos personales.
3. Las administraciones públicas vascas, las entidades y las empresas que realicen intervenciones en materia de salud pública deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la información personal que utilicen en sus actuaciones, quedando quienes tengan acceso a la misma obligados a mantener la máxima confidencialidad y aplicando el principio de integridad y confidencialidad regulado por la normativa.
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.

Artículo 13.- Derecho a la actuación imparcial.

La ciudadanía tiene derecho a que se garantice la imparcialidad en las actuaciones llevadas a cabo en el ejercicio de las funciones previstas en esta ley.

Artículo 14.- Derecho a la autonomía personal.

1. Todas las personas tienen derecho a decidir libremente sobre su salud personal, así como al respeto de su voluntad en torno a su participación en intervenciones, planes y programas de salud pública promovidos por las administraciones públicas. En situaciones de incapacidad personal declarada, esa capacidad de decisión corresponderá a quienes ejerzan la tutoría legal.
2. Cualquier actuación en salud pública que implique una intervención individual, precisará el consentimiento libre y voluntario de la persona afectada, una vez recibida la información a que se refiere el apartado anterior en las condiciones previstas en la normativa reguladora de la autonomía de la o del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
3. La persona afectada podrá revocar libremente su consentimiento en cualquier momento. La administración competente deberá aceptar sin más trámite esa decisión, interrumpiendo cualquier actuación con la o el afectado desde que tenga

conocimiento de esa revocación e informándole de las consecuencias, individuales y colectivas, que tendrá dicha decisión.

Artículo 15.- Derecho a la seguridad en las intervenciones en salud pública.

Todas las personas tienen derecho a que las intervenciones en salud pública tengan el máximo nivel de seguridad, con el límite del estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica de salud pública del momento.

Artículo 16.- Derecho a la educación para la salud.

1. Las ciudadanas y los ciudadanos tienen derecho a recibir educación para la salud.
2. Para hacer efectivo este derecho, las administraciones públicas desarrollarán actuaciones tendentes a potenciar las capacidades personales de la ciudadanía que han de permitirle la toma de decisiones libres y conscientes sobre su salud personal y sobre la salud de la sociedad en la que se integran.

Artículo 17.- Limitación de los derechos al objeto de proteger la salud pública.

1. Los derechos reconocidos en este capítulo se establecen sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa vigente sobre medidas especiales en materia de salud pública y recogido en esta ley en los artículos 55, 56, 57, 85, 87 y 88.
2. En caso de emergencia, pandemia, o crisis de salud pública grave 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 lo establecido en esta ley, en la normativa vigente, así como como en la jurisprudencia.

Sección segunda.- Deberes de la ciudadanía en relación a la salud pública.

Artículo 18.- Deberes de la ciudadanía en relación a la salud pública.

Además de las obligaciones establecidas por la normativa en relación con la organización y gestión del sistema sanitario y con las políticas de salud específicas, son deberes de la ciudadanía en relación a la salud pública:

- a) Tener información y mantener un comportamiento activo y responsable con respecto a su propia salud y a la de la comunidad, mediante su implicación en las acciones preventivas, la participación en programas de salud pública y la adopción de conductas saludables.

- b) Respetar y cumplir con las prescripciones generales de naturaleza sanitaria, así con las medidas que establezca la autoridad sanitaria para el control de riesgos, la protección de la salud y la lucha contra las amenazas a la salud pública, incluidas las crisis y emergencias de salud pública y pandemias.
- c) Cooperar con las autoridades sanitarias en el desarrollo de actuaciones relativas a la protección de la salud y a la prevención de enfermedades.
- d) Comunicar a las autoridades competentes cualquier circunstancia o situación que pueda suponer un riesgo o peligro grave para la salud de la población o que pueda constituir una emergencia de la salud pública. Lo dispuesto en este apartado se entiende sin perjuicio de las obligaciones de comunicación e información que las leyes imponen a quienes ejercen profesiones sanitarias.
- e) Utilizar debidamente la información facilitada por las autoridades competentes y relativa a la salud pública.
- f) Comparecer ante la administración sanitaria competente cuando así se requiera para proteger la salud pública en caso de riesgo y en situaciones en que haya declarada una situación de emergencia sanitaria.
- g) Facilitar el desarrollo de las actuaciones de salud pública y abstenerse de realizar conductas o acciones que dificulten, impidan o falseen su ejecución.

CAPÍTULO III.- EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI

Sección primera.- El Sistema de Salud Pública de Euskadi.

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

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

1. Las administraciones públicas con competencias en materia de salud harán efectivos los derechos de la ciudadanía establecidos en el Capítulo II, así como las prestaciones recogidas en el Capítulo V de esta ley, en base a los principios sustanciados en la misma. Para ello, ejercerán las funciones esenciales que corresponden al Sistema de Salud Pública de Euskadi, dentro de sus respectivas competencias.
2. En aras al cumplimiento efectivo de los preceptos de esta ley, todas las administraciones públicas competentes en materia de salud prestarán los servicios adecuados en intensidad y en calidad, en función de las necesidades de cada persona y de cada comunidad, procurando la máxima equidad y la eficiencia social.
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.- Evaluación de resultados e impacto en la salud.

1. Se aplicará la evaluación 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.
2. La evaluación del impacto en la salud tiene por objeto evaluar los posibles efectos directos o indirectos sobre la salud de la población de las normas, planes, programas o proyectos y señalar las medidas necesarias para eliminar o reducir hasta límites razonables los efectos negativos y reforzar los efectos positivos.
3. La evaluación 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.
4. El Gobierno Vasco desarrollará reglamentariamente los criterios para identificar aquellas intervenciones sectoriales que tienen un impacto relevante en salud y que deben ser objeto de evaluación de impacto en la salud.
5. El procedimiento, la metodología y los contenidos para la evaluación de los resultados e impacto en la salud se establecerán también reglamentariamente. Contemplará, al menos, un documento de evaluación de resultados y de impacto en la salud elaborado por la entidad promotora, y un informe preceptivo emitido por el órgano competente en materia de salud pública.

Sección segunda.- Profesionales de la salud pública.

Artículo 22.- Profesionales de la salud pública.

1. A los efectos de la presente ley, tendrán la consideración de profesionales del Sistema de Salud Pública de Euskadi todas aquellas personas que desarrollen las funciones esenciales establecidas en el artículo 7 en cualesquiera de las administraciones públicas vascas que integran el citado sistema.
2. El carácter multidisciplinar de la salud pública exige la inclusión de diferentes perfiles profesionales de salud pública para abordar las necesidades de salud de la población.
3. El personal de la salud pública estará suficientemente capacitado para el ejercicio de sus funciones y seguirá una formación continua adecuada a su nivel de responsabilidad y competencia para garantizar un correcto ejercicio profesional a lo largo de su desempeño profesional.

Artículo 23.- Competencias profesionales.

1. La concepción integral de la salud pública supone la realización de las funciones que le son propias desde el enfoque multidisciplinar, para lo cual es necesaria la cooperación y trabajo en equipo de las y los distintos profesionales de salud pública, atendiendo a su capacitación y especialización, de acuerdo con la normativa básica sobre ordenación de las profesiones sanitarias.
2. Las y los profesionales de salud pública, de acuerdo con su especialización ejercerán todas o algunas de las competencias profesionales que permitan desarrollar las funciones esenciales del Sistema de Salud Pública enunciadas en el artículo 7.
3. A tal efecto, se consideran competencias básicas profesionales de salud pública, además de las que se puedan encomendar por la autoridad sanitaria competente, las siguientes:
 - a) Definir y analizar los problemas de salud pública, utilizando los métodos, datos y variables apropiados, evaluando los resultados y utilizando la información obtenida en el contexto pertinente.
 - b) Describir y analizar la asociación que tienen los factores de riesgo y los problemas de salud con el impacto de los servicios y de las intervenciones de salud pública.
 - c) Planificar, formular e implementar políticas y programas de salud, gestionando sus recursos, organización y evaluación.
 - d) Definir, analizar, valorar y comprender el estado de salud de la población y sus factores determinantes, aplicando las ciencias básicas de la salud pública.
 - e) Utilizar herramientas adecuadas a la resolución de los problemas, incluyendo las de vigilancia, las fuentes de información, la investigación social, las encuestas y otras.

- f) Efectuar el seguimiento y la intervención epidemiológica frente a brotes epidémicos, y situaciones de riesgo de transmisión de enfermedades, y ante situaciones de emergencia de salud pública incluyendo pandemias.
- g) Realizar actuaciones de promoción de la salud orientadas a mejorar las condiciones físicas y sociales de las personas, a fortalecer las habilidades y capacidades de éstas, a incrementar la equidad en salud, y a la intervención preferente sobre grupos de personas desfavorecidas.
- h) Producir y comunicar de manera eficaz la información relevante para la salud pública, y participar en los programas de educación para la salud que sean pertinentes.
- i) Colaborar en la ordenación del sistema de salud mediante la utilización de información sobre problemas y necesidades de salud; el establecimiento de prioridades en salud; la formulación de objetivos en salud; el análisis de políticas de salud y la evaluación de sistemas y políticas.
- j) Llevar a cabo inspecciones y auditorías sanitarias.
- k) Intervenir en seguridad alimentaria, ejerciendo el control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de las materias primas de origen animal, vegetal y de los productos alimenticios a lo largo de toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta su consumo final.
- l) Valorar la distribución de los riesgos ambientales y biológicos y desempeñar actuaciones en sanidad ambiental mediante la atención a los determinantes ambientales de la salud y la adopción de medidas de control y promoción de mejora de estos.
- m) 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.
- n) Practicar e interpretar la analítica de todas aquellas determinaciones microbiológicas, físico-químicas e instrumentales de interés en salud pública.
- o) Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales e identificar los factores sociales y culturales de la salud e interactuar de manera apropiada y eficaz con profesionales y personas.
- p) Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias y de salud pública y gestionar programas incluyendo sus recursos, organización y evaluación.
- q) Todas aquellas que se consideren necesarias para la coordinación y colaboración con los servicios sanitarios, a fin de conseguir una atención integral de la salud.
- r) Evaluar el impacto sanitario de las políticas públicas, así como de servicios y programas.
- s) Fomentar y reforzar la implicación, el compromiso y el control de la ciudadanía sobre su propia salud, movilizar y generar opinión pública en defensa de la salud y actuar en defensa de la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad.
- t) Establecer directrices, y elaborar guías y protocolos.

u) Aquellas que reglamentariamente se determinen.

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

Sección tercera.- Planificación.

Artículo 24.- El Plan de Salud de Euskadi.

1. 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, 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.

2. El Plan de Salud de Euskadi 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.

3. 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 tramitación reglamentaria como comunicación. En la elaboración del Plan de Salud de Euskadi 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.

4.- 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.

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 recogerá 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.- Otros planes y estrategias en materia de salud pública.

El Plan de Salud de Euskadi podrá desarrollarse a través de las estrategias, planes y programas complementarios que fueran necesarios, así como a través de los planes forales, locales o comarcales de salud. Además, el Plan Sobre Adicciones de Euskadi, previsto en la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, y otros Planes con incidencia en salud estarán alineados con las directrices y criterios estratégicos del Plan de Salud de Euskadi, atendiendo a su función de instrumento superior de planificación, ordenación y coordinación de las políticas de salud.

CAPÍTULO IV.- ORDENACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI

Sección primera.- Distribución competencial en materia de salud pública.

Artículo 27.- Competencias de las administraciones públicas vascas.

1. La Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi, 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 38, del Consejo Vasco de Salud Pública previsto en el artículo 43 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.

Artículo 28.- Competencias del Gobierno Vasco

Corresponden al Gobierno Vasco, a través del departamento competente en materia de salud, las siguientes competencias:

- a) La dirección de las políticas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Euskadi y la coordinación con las políticas estatales y europeas en dicha materia.
- b) La aprobación de la normativa y las disposiciones reglamentarias en el ámbito de la salud pública, derivadas de la presente ley.
- c) La planificación, programación, coordinación y evaluación en materia de salud pública que sirvan de marco y establezcan directrices en materia de salud para las administraciones públicas vascas.
- d) La planificación en materia de salud, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- e) El diseño, elaboración y desarrollo de planes, programas y actuaciones en salud pública.
- f) Disponer la organización institucional de la salud pública que sea más conveniente con el objetivo de cumplir con los fines de la salud pública, de acuerdo a lo establecido en esta ley en relación al Sistema de Salud Pública de Euskadi.
- g) La coordinación con los municipios, diputaciones forales, entidades locales y demás organismos en materia de salud.
- h) La aprobación de las prestaciones de salud pública.

- i) La evaluación y gestión de las situaciones de emergencia de salud pública que constituyan un riesgo para la salud de la población, en coordinación con las autoridades del Gobierno Vasco competentes en materia de gestión de emergencias.
- j) La planificación, organización y gestión del Sistema de Información en Salud Pública.
- k) La evaluación de las necesidades, demandas y recursos relacionados con las materias objeto de esta ley.
- l) La implantación de mecanismos para el control, registro y autorización de establecimientos, instalaciones y actividades de importancia para la salud pública.
- m) La aprobación de la estructura y normas de funcionamiento de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública y del Consejo Vasco de Salud Pública.
- n) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta ley.
- o) Cualesquiera otras que le atribuya la legislación vigente.

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

1. Corresponde a los municipios y demás entes locales, en sus respectivos ámbitos territoriales, y en el marco del Plan de Salud de Euskadi y de las directrices y programas de la Comunidad Autónoma de Euskadi, el ejercicio de sus competencias propias establecidas en la legislación de régimen local, así como en la normativa sectorial de aplicación.
2. Sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones públicas, corresponde a los municipios, de conformidad a la Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi, velar por la promoción, gestión, defensa y protección de la salud pública, en sus respectivos territorios y, concretamente:
 - a) El desarrollo de programas y planes de protección y promoción de la salud y prevención de adicciones.
 - b) El control sanitario del medio ambiente, actividades, industrias, servicios, edificios, lugares de vivienda y convivencia humana, y todos aquellos establecimientos con posible incidencia en la salud de la ciudadanía.
 - c) El control sanitario de la distribución y suministro de productos alimentarios, bebidas y demás productos relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.
 - d) El control del cumplimiento de las normas sanitarias relativas a los animales domésticos, de compañía, animales salvajes urbanos, y de plagas.
 - e) Cuantas otras competencias propias o delegadas se definan de conformidad a la Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones locales de Euskadi.
 - f) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta ley.

3. Para la realización de las funciones anteriores, los ayuntamientos podrán actuar de forma individual o mancomunada.

Artículo 30.- Competencias de las diputaciones forales.

Las administraciones forales colaborarán y cooperarán con el resto de administraciones públicas en las materias coadyuvantes a la salud pública y, preferentemente, en lo relativo a las tareas de seguridad alimentaria y ambiental, y en lo relativo a las tareas de prevención y promoción de la salud.

Artículo 31.- Coordinación de las actuaciones en materia de salud pública.

1. El Gobierno Vasco, a través del departamento competente en materia de salud, coordinará las políticas y actuaciones locales en el ámbito de la salud pública, al objeto de garantizar la coherencia de la acción pública sobre dicha materia en todo el territorio de Euskadi.

Tal coordinación se establecerá en el seno de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública que se regula por la presente ley.

2. Como consecuencia del ejercicio de las facultades de coordinación establecida en el punto anterior, el Gobierno Vasco podrá establecer directrices y prioridades de obligado cumplimiento para las entidades forales y locales en el ejercicio de sus competencias, determinando niveles o estándares mínimos en materia de salud pública que deben satisfacerse en todo el territorio de la Comunidad Autónoma, para la protección de intereses generales o comunitarios.

Se graduará en todo caso el alcance e intensidad de la coordinación en función de la relación existente entre los intereses locales y supralocales o comunitarios existentes en los asuntos o materias sometidas a tal coordinación.

3. En caso de incumplimiento o defectuoso cumplimiento por parte de las entidades forales y locales de sus responsabilidades en materia de salud pública, el Gobierno Vasco podrá proceder, previo requerimiento y en caso de persistencia del incumplimiento, a la ejecución subsidiaria de tales competencias, de acuerdo con lo previsto en la legislación de régimen local.

Sección segunda.- La organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi.

Artículo 32.- La organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi.

1. Cada una de las administraciones públicas que conforman el Sistema de Salud Pública de Euskadi organizará internamente los recursos públicos y los instrumentos de gestión que debe dedicar a ejercer las atribuciones que le correspondan en materia de salud pública, en función de sus ámbitos de actuación, competencias y estructuras, y atendiendo a los principios y preceptos establecidos en la presente ley.

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

Artículo 33.- La salud pública en el ámbito local y comunitario.

1. En base al principio de Salud en Todas las Políticas, las administraciones públicas vascas promoverán la salud, la equidad en salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas en el ámbito local, con una orientación comunitaria y desde una concepción integral e intersectorial. Para ello, trabajarán coordinadamente, con el fin de impulsar en el ámbito local la promoción de la salud y los entornos y conductas saludables, e incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud que afectan a las personas.

2. Con la finalidad de fomentar la necesaria cooperación interadministrativa, la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y las administraciones locales podrán establecer instrumentos de colaboración y coordinación, para el desarrollo de las competencias de salud pública y de los respectivos planes de salud. Igualmente, fomentarán alianzas estratégicas con otras entidades locales que puedan aportar elementos de interés para la salud pública en el ámbito correspondiente.

3. Así mismo, las administraciones públicas vascas priorizarán en sus actuaciones la orientación comunitaria e intersectorial y fortalecerán la acción comunitaria mediante la participación activa de las comunidades en el diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos que respondan a sus necesidades de salud, con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y su calidad de vida.

Sección tercera.- La organización de la salud pública en la Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Artículo 34.- La salud pública en la Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

1. La Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, en todos sus departamentos y entes instrumentales, impulsará la prevención de las enfermedades, así como la protección, la promoción y la vigilancia 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.

2. Para configurar, mantener y reforzar la acción intersectorial en el sector público de la Comunidad Autónoma de Euskadi, el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud propondrá al lehendakari los medios de coordinación con el resto de departamentos y organismos públicos cuyas políticas y actuaciones tengan impacto en salud. Para ello propondrá la creación de cuantas herramientas de coordinación sean necesarias para valorar el impacto en la salud de las actuaciones, monitorizar las desigualdades en salud y superar las inequidades generadas por determinantes sociales, así como para facilitar en Euskadi entornos y conductas más saludables.

Artículo 35.- La organización de los servicios de la salud pública en la Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

1. Corresponde al Gobierno Vasco establecer la organización de los servicios de la salud pública en la Administración General e Institucional 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.

2. 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 de la Administración General e 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 36.- Funciones de la estructura organizativa de la salud pública en Euskadi

La estructura organizativa de la salud pública en Euskadi ejercerá, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Ejercicio de la alta dirección, establecimiento de la organización operativa, definición de los sistemas internos de trabajo y coordinación de las políticas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Euskadi, así como su coordinación con las políticas estatales, europeas y de otros ámbitos más amplios, en dicha materia.
- b) Planificación y gestión de las competencias del Gobierno Vasco en materia de salud pública.

- 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.
- d) Promoción de acciones dirigidas a generar condiciones sociales, ambientales y económicas que propicien ambientes favorables a la salud y mitiguen posibles impactos negativos en la salud pública e individual.
- e) Dirección de la Red de Vigilancia de la Salud Pública.
- f) Apoyo y asistencia al Gobierno Vasco y a otras instituciones en materia de salud pública.
- g) Elaboración de las propuestas de objetivos de salud del Plan de Salud de Euskadi, así como de las estrategias para su ejecución, los indicadores para su seguimiento y la elaboración de informes de evaluación sobre los niveles de cumplimiento. Igualmente, elaboración de propuestas y ejecución de instrumentos de planificación en materia de salud pública.
- h) Ejecución del presupuesto de salud pública.
- i) Elaboración de propuestas sobre los presupuestos y los créditos necesarios para que la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi pueda hacer frente a los compromisos que se establecen en esta ley.
- j) Preparación y anticipación de situaciones de crisis, emergencias de salud pública y pandemias, así como la coordinación y gestión de la respuesta ante dichas situaciones que constituyen un riesgo para la salud de la población, de forma coordinada con los dispositivos de las administraciones que se movilizan ante estas situaciones. Así mismo dirigirá la protección de la salud mediante actuaciones programadas.
- k) La dirección y priorización de políticas preventivas sobre determinantes de la salud, enfermedades, incluyendo zoonosis y enfermedades emergentes.
- l) Ejecución de las prestaciones de salud pública definidas en esta ley que no correspondan a las entidades locales o que no hayan sido delegadas.
- m) Dirección, impulso y apoyo técnico a la Comisión Interinstitucional de Salud Pública y al Consejo Vasco de Salud Pública previstos en los artículos 38 y 43, respectivamente. Igualmente, asistir y apoyar a cuantos otros órganos de participación así lo requieran, en materia de salud pública.
- n) Formulación de propuestas y recomendaciones en materia de salud pública al departamento competente en salud, a Osakidetza/Servicio vasco de salud, a otros departamentos y organismos del Gobierno Vasco, a instituciones locales y forales y a entidades privadas y representativas de la sociedad civil, así como directamente a la sociedad civil. Velará por una comunicación veraz, relevante y pertinente.
- o) Emisión de informes en relación con las funciones que se le atribuyen en esta ley.
- p) Gestión de las ayudas que el Gobierno Vasco establezca en el ámbito de la salud pública.

- q) Impulso y fomento, en colaboración con los órganos responsables, las universidades y los centros de investigación, de la formación de profesionales y de la investigación en salud pública.
- r) Dirigir, en colaboración con el órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, salud, higiene y medio ambiente laborales, las políticas y actuaciones en materia de vigilancia y protección de la salud laboral.
- s) Definición de la política integral vasca en materia de adicciones; impulso interdepartamental e interinstitucional de las actuaciones en este campo en colaboración con los distintos ámbitos sectoriales implicados; e impulso y sostenimiento de programas e iniciativas destinados a la prevención de las adicciones y reducción de riesgos y daños.
- t) Actuar en colaboración con los órganos del Gobierno Vasco y de otras instituciones encargadas de políticas sectoriales relevantes para la salud pública desde el fomento de la intersectorialidad y principios de salud en todas las políticas.
- u) Ejercicio de la autoridad sanitaria y de la potestad sancionadora, de acuerdo a lo establecido por esta ley y otras normas de aplicación.
- v) Cualesquiera otras funciones atribuidas por el ordenamiento jurídico.

Sección cuarta.- Coordinación, cooperación e interacción entre distintas administraciones públicas

Artículo 37.- Colaboración entre las administraciones que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi

1. La Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y las administraciones forales y locales colaborarán y actuarán de forma coordinada, en aras a garantizar la cohesión del Sistema de Salud Pública de Euskadi y la eficiencia en la utilización de los recursos.
2. Para el mejor y más eficaz ejercicio del deber de colaboración institucional, con el fin de evitar solapamientos o concurrencias competenciales en la ejecución de competencias entre las diferentes administraciones vascas, así como para compartir información y garantizar una coordinación efectiva, se constituirá una Comisión Interinstitucional de Salud Pública. Además, se podrán suscribir protocolos generales de actuación, convenios y otros instrumentos de colaboración. Así mismo, se podrán elaborar y ejecutar conjuntamente planes y programas para el logro de objetivos comunes.
3. La estructura organizativa de la salud pública proporcionará las directrices y recomendaciones en materia de salud pública necesarios para el eficaz cumplimiento de las responsabilidades en materia de salud pública de las entidades locales y forales.

Artículo 38.- La Comisión Interinstitucional de Salud Pública.

1. La Comisión Interinstitucional de Salud Pública será el órgano de alineación de políticas en materia de salud pública, así como de coordinación, colaboración y participación de las administraciones públicas vascas integrantes del Sistema de Salud Pública de Euskadi, atendiendo a las diferentes competencias que, en materia de salud pública, ostentan las mencionadas administraciones.

2. La Comisión Interinstitucional de Salud Pública estará adscrita al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud y presidida por su titular. Estará compuesta por representantes, que tengan la condición de personal de alto cargo, de los departamentos o áreas de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi cuya actuación tiene incidencia en la salud y por representantes, que tengan la condición de personal de alto cargo y o personas electas, de las diputaciones forales y de los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

3. Por acuerdo de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública, podrán asistir a las sesiones, atendiendo a la naturaleza de las cuestiones objeto de ellas, personas de nivel técnico de las diferentes administraciones que formen parte de la comisión, representantes de otros departamentos de las administraciones públicas, así como otras personas que, sin estar directamente vinculadas con ninguna de estas administraciones, pueden considerarse, por su conocimiento, experiencia y acreditado prestigio, expertas en el ámbito de la salud pública. Estas personas asistirán con voz, pero sin voto.

4. La Comisión Interinstitucional de Salud Pública tendrá las siguientes funciones:

a) Emitir informe previo sobre la normativa y las disposiciones reglamentarias en el ámbito de la salud pública derivadas de la presente ley, así como sobre el Plan de Salud de Euskadi.

b) Deliberar y proponer las principales estrategias, instrumentos comunes y propuestas a adoptar por las administraciones públicas vascas en materia de salud pública.

c) Formular propuestas de criterios para la suscripción de los instrumentos de colaboración interadministrativa y fórmulas de ejercicio de competencias previstas en el ordenamiento jurídico, así como los presupuestos y créditos que deben sustentarlos.

d) En situaciones de emergencia sanitaria, incluyendo crisis sanitarias y pandemias, se podrán deliberar y proponer acuerdos o convenios de colaboración entre las distintas administraciones que integran la comisión, para la gestión de dichas situaciones, incluyendo la asunción de funciones y tareas necesarias para el abordaje de la emergencia sanitaria.

e) Cualesquiera otras que le atribuya el ordenamiento jurídico.

5. La estructura, organización y atribuciones de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública se determinarán reglamentariamente.

Artículo 39.- Coordinación con la Administración General del Estado y otras administraciones competentes.

1. En caso de riesgo, emergencia o crisis sanitaria, y pandemia, en atención a la gravedad, dimensión o posible impacto territorial del riesgo, se informará de inmediato a la Administración General del Estado, a través de las redes y canales establecidos, a fin de que ésta pueda hacer uso de su competencia de coordinación general de la sanidad.
2. El Departamento del Gobierno Vasco competente en salud pública coordinará con las instituciones pertinentes de la Administración General del Estado, así como con otras comunidades autónomas, las políticas y estrategias de preparación ante emergencias de salud pública, crisis sanitarias o pandemias; así como la respuesta, una vez se desencadene una emergencia de salud pública, crisis sanitaria o pandemia.
3. Según sea necesario, el Departamento del Gobierno Vasco competente en salud pública se coordinará con las administraciones y organismos de orden internacional que sea conveniente para el adecuado ejercicio de sus funciones.
4. El Departamento del Gobierno Vasco competente en salud pública 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.

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

Artículo 40.- Coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi.

1. El Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud establecerá los criterios y mecanismos para la coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi con el fin de facilitar el cumplimiento de los objetivos de esta ley, la coordinación y trabajo conjunto, la evaluación, la generación de información y la eficacia en la acción administrativa.
2. Esta coordinación, cooperación e interacción tendrá por objetivos, como mínimo, las actuaciones de protección y promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, de educación para la salud, de vigilancia de la salud y de abordaje de emergencias sanitarias.
3. En el ámbito territorial, se establecerán los mecanismos de coordinación necesarios con las organizaciones sanitarias de Osakidetza/Servicio vasco de salud.

4. Osakidetza/Servicio vasco de salud garantizará la comunicación y coordinación a nivel territorial que, en materia de prevención, promoción y vigilancia en salud pública, se establezcan desde el departamento del Gobierno Vasco responsable en materia de salud.

5. El departamento del Gobierno Vasco responsable en materia de salud establecerá los mecanismos de coordinación y evaluación pertinentes para garantizar los objetivos de salud pública y el cumplimiento efectivo del Plan de Salud de Euskadi, así como para revisar y hacer el seguimiento de los programas propuestos en los mecanismos de colaboración con Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Artículo 41.- Obligaciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi con respecto al Sistema Sanitario de Euskadi.

Corresponden a los servicios de salud pública de Euskadi las siguientes obligaciones respecto al Sistema Sanitario de Euskadi:

- a) Proporcionar a los servicios asistenciales información sobre el estado de salud de la población adscrita y de otras referencias territoriales que permitan comparación y valoración. Serán territorios o poblaciones de intervención preferente aquellos en relación con los cuales las situaciones e indicadores de salud muestren valores manifiestamente desfavorables. Los sistemas de información de salud pública han de estar orientados a salvaguardar la salud pública e integrados funcionalmente con esa orientación.
- b) Proponer, establecer, favorecer y evaluar programas e intervenciones de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, integrándolos en la cartera de servicios. Estos programas e intervenciones se propondrán de acuerdo con la evidencia científica disponible y con criterios de calidad, sostenibilidad y eficiencia.
- c) Establecer medidas sobre poblaciones o personas dirigidas a preservar la salud de la ciudadanía en general, de colectivos vulnerables o de determinados grupos de población.
- d) Facilitar y potenciar las relaciones con el entorno social y las instituciones que están situadas en el ámbito territorial de los diferentes equipos asistenciales.
- e) Proponer políticas e intervenciones sanitarias que resulten efectivas y eficientes, respetuosas con el entorno natural y social y acordes con las necesidades reales de las poblaciones y de los territorios, así como promover el uso racional de los productos y servicios sanitarios.

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

Con carácter general, corresponden a los órganos de provisión de servicios sanitarios, tanto públicos como privados, las siguientes obligaciones respecto a la estructura organizativa de la salud pública del Gobierno Vasco:

- 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.

b) Investigar los contactos o las fuentes de las enfermedades en situaciones de riesgo para la salud pública, bien directamente o en colaboración con los servicios de salud pública, de manera que se proporcione información relevante a efectos de reducir o eliminar el riesgo.

c) Llevar a cabo, a requerimiento de la estructura organizativa de la salud pública o por criterio clínico, las pruebas o valoraciones diagnósticas que resulten necesarias para la valoración e intervención en la comunidad con medidas de protección de la salud y prevención de la enfermedad.

d) Desarrollar e implementar programas de prevención que, con ámbito poblacional o dirigido a grupos específicos de población, se establezcan en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

e) Desarrollar, en los distintos niveles asistenciales, intervenciones sobre los determinantes de la salud de la población mediante medidas de prevención y promoción de la salud en colaboración con otras administraciones públicas o con agentes o colectivos sociales, especialmente del ámbito local.

f) Dirigir los servicios y desarrollar su actividad en coherencia con el objetivo de reducir las desigualdades en la salud y mejorar la salud de la población, insistiendo en los colectivos más vulnerables a la enfermedad.

g) Valorar los determinantes sociales y los hábitos de pacientes y personas usuarias como elementos fundamentales en el proceso diagnóstico y reparador, de acuerdo con las guías y buenas prácticas establecidas.

h) En caso de emergencia de salud pública, pandemia 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 la estructura organizativa de la salud pública y, si lo hubiera, el órgano de coordinación de respuesta a la emergencia que esté vigente.

Sección sexta.- Órganos de consulta, asesoramiento y participación.

Artículo 43.- El Consejo Vasco de Salud Pública.

1. Adscrito al departamento competente en materia de salud y con la asistencia e impulso de la estructura organizativa de la salud pública, el Consejo Vasco de Salud Pública es el 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, atendiendo a los principios de Salud en Todas las Políticas y de buen gobierno.

2. La composición del Consejo Vasco de Salud Pública se establecerá reglamentariamente y en el mismo deberán estar representados, al menos: la estructura organizativa de la 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.

3. Su estructura, organización y atribuciones se determinarán reglamentariamente.

4. El Consejo Vasco de Salud Pública realizará las siguientes funciones:

- a) Elaborar cuantos informes, sugerencias, recomendaciones, estudios y propuestas estime convenientes, para lo cual podrá recabar la información que precise.
- b) Asesorar a las administraciones públicas vascas en aquellas cuestiones que le sean sometidas a su consideración en materia de salud pública.
- c) Emitir informe en la tramitación de disposiciones de carácter general que elaboren las administraciones públicas vascas con incidencia en la salud pública.
- d) Elaborar su reglamento de organización y funcionamiento.
- e) Ser informado de la elaboración, seguimiento y cumplimiento del Plan de Salud de Euskadi.
- f) Cualquier otra función que se determine reglamentariamente.

Artículo 44.- Otros órganos de coordinación, consulta, asesoramiento y participación.

1. Las administraciones forales y locales podrán crear órganos de coordinación, consulta, asesoramiento y participación social en materia de salud pública, en su ámbito de actuación y dentro de sus competencias.

2. La Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma de Euskadi 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 45.- Representación equilibrada.

Todos los órganos de asesoramiento y participación dispondrán de una representación equilibrada entre hombres y mujeres, según los criterios expuestos en la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

CAPÍTULO V: PRESTACIONES Y ACTUACIONES EN SALUD PÚBLICA

Sección primera.- Prestaciones de salud pública.

Artículo 46.- Prestaciones de salud pública.

1. La cartera de servicios del Sistema de Salud Pública de Euskadi, que incluye el conjunto de actividades, técnicas, tecnologías, protocolos o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones de salud pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, responderá a las siguientes líneas de actuación:

- a) Vigilancia de la salud.
- b) Prevención de los problemas de salud y actuación sobre sus determinantes.
- c) Protección de la salud de la población, incluyendo la seguridad alimentaria y la salud ambiental.
- d) Coordinación y dirección de las respuestas de salud pública en caso de emergencia de salud pública, pandemia o crisis sanitaria.
- e) Salud laboral.
- f) Salud escolar.
- g) Laboratorio de salud pública.
- h) Promoción de la salud.
- i) Adicciones.

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.

Sección segunda.- Vigilancia de la salud.

Artículo 47.- La vigilancia de la salud.

1. La vigilancia en salud pública es el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública.

Asimismo, la vigilancia en salud pública incluye los sistemas de alerta y respuesta rápida para la detección de riesgos que puedan suponer una amenaza para la salud de las personas.

2. Corresponde al departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud, a través de la estructura organizativa de la salud pública, la responsabilidad de desarrollar y gestionar la vigilancia en salud pública a través de la Red de Vigilancia de la Salud Pública.

Artículo 48.- La Red de Vigilancia de la Salud Pública.

1. La Red de Vigilancia de la Salud Pública estará integrada por el conjunto de recursos humanos, tecnológicos, materiales y organizativos, incluidos los sistemas de información, que responden a la función de vigilancia en salud pública.
2. Formarán parte de la Red de Vigilancia de la Salud Pública los recursos existentes en Osakidetza/Servicio vasco de salud, 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.
3. La dirección de la Red corresponderá a la estructura organizativa de la salud pública.
4. La Red de Vigilancia de la Salud Pública tiene como funciones principales las siguientes:
 - a) La elaboración, desarrollo y gestión de los sistemas de información para la medición del estado de salud de la población y sus causas.
 - b) El análisis epidemiológico de los principales problemas de salud y sus determinantes a partir de las características de las personas, de su distribución geográfica y de su tendencia temporal en un nivel de desagregación mínimo.
 - c) La monitorización de las desigualdades en la salud, en el acceso a los servicios de salud o en la exposición a factores de riesgo, así como la identificación de los grupos de especial vulnerabilidad.
 - d) El control de los riesgos ambientales, de la presencia de agentes contaminantes y perjudiciales en el medio ambiente y de sus efectos en la salud, así como la elaboración de mapas de riesgos ambientales.
 - e) La vigilancia de los riesgos alimentarios, derivados del proceso de producción, comercialización, venta y restauración de los alimentos y de los efectos en la salud relacionados con ellos.
 - f) Los sistemas de alerta y detección precoz de situaciones epidémicas o de riesgo para la salud colectiva y la respuesta rápida ante las mismas.

- 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.
- h) El seguimiento de las enfermedades infecciosas emergentes y de las enfermedades importadas.
- i) La vigilancia de las resistencias antimicrobianas y de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- j) La monitorización de las enfermedades no transmisibles y de sus factores condicionantes.
- k) El seguimiento de las lesiones y daño causados bien de manera accidental o intencionada por agresión o violencia, así como de sus efectos en la salud.
- l) La vigilancia de los riesgos derivados de tóxicos, de drogas y de conductas susceptibles de generar adicciones.
- m) La vigilancia de los riesgos laborales y sus efectos en la salud.

Artículo 49.- Sistema de alertas y emergencias en salud pública.

1. El Sistema de Alertas y Emergencias en Salud Pública, cuya dirección corresponde a la estructura organizativa de la salud pública, estará integrado por el conjunto organizado de recursos y procedimientos necesarios para detectar, notificar, evaluar y atender las situaciones de alerta y emergencia que puedan plantearse en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi o en el ámbito estatal o internacional.
2. El Sistema de Alertas y Emergencias en Salud Pública formará parte de la red de información y alerta de protección civil de Euskadi y garantizará la actuación inmediata, eficaz y sostenida para prevenir, controlar, evitar, remediar o minimizar los daños a la salud del conjunto de la población como consecuencia de un evento o situación de potencial riesgo para la salud pública.
3. La declaración de alertas y emergencias en salud pública y sus incidencias diarias se realizará de forma obligatoria y urgente, de conformidad con la legislación internacional, europea y estatal y con las directrices de la autoridad sanitaria competente y, en su caso, atendiendo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.
4. Dicho Sistema de Alerta y Emergencias de Salud Pública formará parte de los sistemas de igual naturaleza estatales, europeos e internacionales y estará en comunicación permanente con ellos.
5. Reglamentariamente se determinará el procedimiento de gestión, coordinación e intervención en materia de Alertas y Emergencias en Salud Pública, así como su coordinación con el sistema de Emergencias y Protección civil de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Sección tercera.- Prevención de los problemas de salud.

Artículo 50.- La prevención de los problemas de salud

Las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias:

- a) Llevarán a cabo actuaciones, prestaciones, servicios y programas de prevención, destinados a potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, así como la incidencia y la prevalencia en la población de enfermedades, lesiones y discapacidades, y destinados igualmente a atenuar y, en la medida de lo posible, eliminar las consecuencias negativas de éstas, mediante acciones individuales y colectivas de vacunación, inmunización pasiva, consejo, cribado y tratamiento precoz. En todo caso, actuarán prioritariamente sobre los determinantes de la salud y los factores de riesgo.
- b) Con este propósito, y aplicando el principio de equidad, las administraciones públicas desarrollarán actuaciones de prevención de problemas de salud y mejora de la salud dirigidas a todas las etapas de la vida de las personas, con perspectiva de género y, en particular, a aquellos grupos de población más vulnerables y en las áreas de menor nivel socioeconómico, al objeto de detectar, anticiparse y evitar la exposición a riesgos, la aparición de problemas de salud, lesiones, y discapacidad, así como la progresión y complicación de las enfermedades.
- c) Para ello, efectuarán las acciones oportunas siempre de conformidad con el principio de rigor científico y con base en el mejor conocimiento científico disponible.
- d) Desarrollarán programas de prevención de los problemas de salud de la población trabajadora, así como tras su retirada del trabajo en aquellos supuestos específicos que requieran una vigilancia post-ocupacional.
- e) 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.
- f) Trabajarán coordinadamente con el resto de agentes y organizaciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi, así como de Osakidetza/Servicio vasco de salud, que atiendan a la misma población de referencia.
- g) Así mismo, el departamento responsable en materia de salud pública impulsará la información relativa a los beneficios de la prevención y fomentará la participación en los programas de prevención de los problemas de salud de la ciudadanía, bien directamente, bien mediante las organizaciones en que se agrupe o que la representen.

Artículo 51.- Actuaciones de prevención frente a problemas de salud.

La prevención frente a problemas de salud incluirá, al menos, las siguientes actuaciones:

- a) Identificación y control del riesgo de enfermedades congénitas y el diagnóstico precoz del riesgo obstétrico o de transmisión vertical de infecciones.
- 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), o por razón de su situación social, hábitos o especial exposición a riesgos para la salud.
- 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.
- d) La prevención y el control de las enfermedades infecciosas transmisibles y de los brotes epidémicos.
- e) Las actuaciones y programas de vacunación. Para ello, consultado, en su caso, el-órgano consultivo asesor sobre vacunaciones de Euskadi, se aprobarán los calendarios y actuaciones en materia de vacunación a llevar a cabo en la Comunidad Autónoma de Euskadi mediante orden de la persona titular del departamento competente en materia de salud. Las vacunas incluidas en los calendarios, programas y recomendaciones de vacunación serán específicas para cada edad a lo largo de la vida y para grupos de riesgo determinados, y tendrán carácter universal y gratuito en dichas poblaciones diana, independientemente de la cobertura sanitaria o nivel de aseguramiento que corresponda.
- f) Los programas de cribado y detección e identificación precoz de las circunstancias o problemas de salud que puedan evolucionar hacia enfermedades incapacitantes.
- g) La detección precoz y consejo genético pre- y post-natal de enfermedades hereditarias y factores genéticos predisponentes de las enfermedades, cuando así lo aconseje la evidencia científica y la valoración ética de las consecuencias de dicha detección precoz, observando criterios precisos de información y, en su caso, consentimiento informado por parte de las personas afectadas.
- h) La prevención, el diagnóstico y el tratamiento precoz del cáncer y de las enfermedades no transmisibles más prevalentes.
- i) La prevención de las discapacidades, tanto congénitas como adquiridas, así como las derivadas de las enfermedades poco prevalentes, también denominadas enfermedades raras.
- j) La prevención y protección de la salud de los factores de riesgo derivados de la utilización de sustancias o de conductas que pueden generar dependencia y otras adicciones.
- k) La prevención de los problemas de salud derivados de la utilización de terapias no regladas o de tratamientos estéticos u otros de carácter no terapéutico, realizadas en centros y establecimientos no sanitarios.
- l) La prevención de los problemas de salud evitables asociados a la asistencia sanitaria.
- m) La prevención de lesiones de carácter accidental.

Sección cuarta.- Protección de la salud de la población.

Artículo 52.- Actuaciones en el ámbito de la protección de la salud.

1. Las actuaciones en el ámbito de la protección de la salud se basarán en el análisis de riesgos, incluyendo la identificación, evaluación, gestión y comunicación de riesgos alimentarios y ambientales para la salud.
2. La evaluación de los riesgos se basará en la información técnica y científica disponible y se efectuará de una manera independiente, objetiva y transparente. Las medidas preventivas y de gestión del riesgo se llevarán a cabo de manera coordinada y deberán tener en cuenta el principio de cautela, los resultados de la evaluación de riesgo y los informes y dictámenes de las autoridades sanitarias supranacionales y entidades asociadas.
3. Ante la existencia de un riesgo en materia de salud, la autoridad sanitaria comunicará la información necesaria a las partes interesadas o al público en general, teniendo presentes los principios de independencia, transparencia, proporcionalidad y confidencialidad. Los mensajes dirigidos a la ciudadanía han de ser objetivos, fiables, apropiados, entendibles y accesibles.

Artículo 53.- La seguridad alimentaria.

Las administraciones públicas sanitarias impulsarán acciones dirigidas a proteger la salud alimentaria y realizarán, como mínimo, las siguientes actuaciones:

- a) La identificación y evaluación de riesgos para la salud a través del consumo de alimentos.
- b) La gestión del riesgo a través del control oficial de alimentos y establecimientos alimentarios, y su comunicación a la población, respetando las competencias de otras administraciones.
- c) La participación en los sistemas de información y alerta alimentaria oficiales que se establezcan en los ámbitos estatal y europeo.
- d) El estudio y la prevención de los riesgos nutricionales para la población vasca.
- e) Los controles y certificaciones que afecten a la seguridad de los productos alimentarios que estén reglamentariamente establecidos en el ámbito de sus competencias.
- f) La coordinación de las administraciones públicas, asociaciones, empresas y organizaciones sectoriales, en los temas que afecten a la seguridad alimentaria.

Artículo 54.- La salud ambiental.

Las administraciones públicas integrantes del Sistema de Salud Pública de Euskadi, impulsarán acciones dirigidas a proteger la salud ambiental y realizarán, como mínimo, las siguientes actuaciones:

- a) La identificación, evaluación, gestión y comunicación de los riesgos para la salud asociados a los agentes externos y actividades con repercusión ambiental (contaminación física, química o biológica del medio externo).
- b) El control y la vigilancia sanitaria del medio ambiente y de aquellos factores y actividades que lo puedan afectar, implementando programas de inspección y seguimiento que incidan en la prevención de riesgos.
- 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.
- d) La información a la ciudadanía de los posibles efectos en salud de los factores ambientales y de las medidas de protección.
- e) La investigación e innovación en el ámbito de la salud ambiental.
- f) La colaboración entre las administraciones públicas competentes en el desarrollo de un medio ambiente sostenible y saludable, así como en la adopción de medidas tendentes a promover la neutralidad climática.
- g) Actuaciones relativas a la sanidad mortuoria.

Sección quinta.- Protección de la salud de la población en caso de emergencia sanitaria, epidemia o pandemia.

Artículo 55.- 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:

- a) La 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.

- b) La adopción de un sistema de valoración de riesgos para asignar de modo sistemático el nivel adecuado a las amenazas potenciales para la salud pública a partir de alertas y advertencias tempranas producidas por el sistema de vigilancia; así como su incorporación en la toma de decisiones.
- c) La aplicación de medidas de respuesta efectivas cuando todavía el problema es limitado, para ofrecer una respuesta rápida, una protección eficaz, y el restablecimiento ante emergencias sanitarias. En especial, de aquellas cuya escala, cronología o imprevisibilidad puede dar lugar a una carga indebida para las funciones habituales del sistema sanitario, y de la sociedad y economía en general. Los objetivos serán, principalmente, minimizar la morbilidad y mortalidad, limitar la expansión de la enfermedad y la disrupción social y evitar el daño de infraestructuras y medio ambiente.
- d) La planificación de actuaciones de respuesta ante las emergencias de salud pública, basadas en la evidencia científica, en la medición del desempeño y la adopción de medidas correctivas.
- e) El establecimiento de la gobernanza y marco legal, y de planes de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias y crisis sanitarias, de procedimientos y protocolos, así como de mecanismos de coordinación que permitan una gestión precoz y efectiva de las emergencias y crisis sanitarias y su aplicación y supervisión.
- f) De acuerdo a lo establecido por la legislación en materia de empleo público, 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 citada 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.
- g) El establecimiento de un sistema funcional de cooperación a la escala necesaria (regional, nacional e internacional) en función del alcance de la emergencia; incluyendo procesos que favorezcan la adecuada comunicación entre los actores, el intercambio de información y la toma de decisiones transparentes
- h) La evaluación posterior al evento sobre el nivel de preparación ante la emergencia sanitaria, con el objetivo de identificar posibles lagunas y ámbitos de mejora; y la aplicación de las lecciones aprendidas tras evaluar las fortalezas y debilidades del sistema de preparación y protección ante emergencias.

Artículo 56- Medidas para la protección de la salud de la población en caso de alertas o emergencias sanitarias

1. Además de las medidas especiales, cautelares y de intervención indicadas en los artículos 85, 87 y 88, en caso de alertas y emergencias de salud pública y a través de los órganos competentes, la autoridad sanitaria podrá intervenir en las actividades públicas y privadas, a través de la adopción de las siguientes medidas:

- a) Establecer y controlar las condiciones higiénico-sanitarias, de funcionamiento y desarrollo de las actividades que puedan repercutir en la salud de las personas en caso de alerta y emergencia sanitaria.
 - b) Adoptar medidas de reconocimiento médico, tratamiento, hospitalización o control si hay indicios racionales de la existencia de peligro para la salud de las personas o de la población a causa de una circunstancia concreta de una persona o un grupo de personas, o por las condiciones en que se realiza una actividad. También pueden adoptarse medidas para el control de las personas que estén o hayan estado en contacto con personas enfermas o portadoras de alguna condición considerada de riesgo para terceros.
 - c) En situaciones de emergencia de salud pública, las autoridades sanitarias podrán adoptar medidas de limitación a la actividad, el desplazamiento de las personas y la prestación de servicios en determinados ámbitos, de acuerdo con lo que dispone esta ley.
 - d) Con respecto a situaciones de emergencia de salud pública grave, la autoridad sanitaria, en coordinación con los órganos puestos a disposición por la normativa de emergencias, determinará los niveles de riesgo y medidas a adoptar en base a la información epidemiológica y de salud pública y de los planes de actuación. Las medidas podrán ser de carácter obligatorio.
2. El establecimiento de las medidas mencionadas se tendrá que llevar a cabo teniendo en cuenta siempre la menor afectación a los derechos de las personas, y siempre que sea posible, se tendrán que ajustar territorialmente al mínimo ámbito necesario para su efectividad.
3. La resolución por la cual se adopten las medidas concretas podrá establecer mecanismos de graduación de las medidas en función de la evolución de los indicadores.

Artículo 57. Colaboración con la autoridad sanitaria.

- 1. Las administraciones públicas, en el marco de sus competencias, así como las instituciones y entidades privadas y los particulares, tienen el deber de colaborar con las autoridades sanitarias y sus agentes para la efectividad de las medidas adoptadas.
- 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.
- 3. Si las y los titulares de instalaciones, establecimientos, servicios o industrias detectan la existencia de riesgos para la salud derivados de la actividad o de los productos respectivos, tienen la obligación de informar de ello inmediatamente a la autoridad sanitaria correspondiente y, asimismo con inmediatez, deben retirar del mercado el elemento, o cesar la actividad, que en su conocimiento genera el riesgo detectado.

Sección sexta.- Salud escolar.

Artículo 58.- Salud escolar.

1. Las administraciones públicas integrantes del Sistema de Salud Pública de Euskadi y, particularmente, los departamentos del Gobierno Vasco competentes en materia de educación y 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.
2. Se desarrollarán actuaciones de prevención y promoción de la salud, en los centros de educación infantil, educación primaria, educación secundaria, formación profesional y otros centros educativos, incluidas las universidades y centros de educación superior, con la finalidad de que dichos centros integren en su proyecto educativo la promoción de la salud y faciliten la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud.

Sección séptima- Salud laboral

Artículo 59.- La salud laboral.

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, realizará las siguientes actuaciones:

1. 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.
2. Impulsar 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 de los programas de actuación en materia de salud laboral.

Sección octava.- Laboratorio de salud pública de Euskadi.

Artículo 60.- Laboratorio de salud pública de Euskadi.

El laboratorio de salud pública de Euskadi ejercerá como referencia autonómica en relación a las necesidades analíticas en materia de salud pública y estará debidamente acreditado según normativa sectorial vigente para asegurar la calidad de los servicios prestados.

Artículo 61.- Actuaciones a desarrollar por el laboratorio de salud pública.

El laboratorio de salud pública de Euskadi llevará a cabo, al menos, las siguientes actuaciones:

- a) Proporcionar resultados analíticos fiables para la evaluación y vigilancia de los peligros relacionados con la salud ambiental y la seguridad alimentaria, y otros agentes.
- b) Proporcionar los resultados de determinaciones microbiológicas para contribuir al control de la transmisión de agentes patógenos.
- c) Proporcionar los resultados de determinaciones químicas y de biomonitorización, para la evaluación de riesgos de sustancias con relevancia en la salud de la población.
- d) Proporcionar resultados analíticos fiables para la evaluación y vigilancia de enfermedades infecciosas, transmisibles, crónicas y genéticas.
- e) Proporcionar el soporte analítico y la coordinación necesaria a los cribados de detección de problemas de salud que se establezcan.
- f) Proporcionar el soporte analítico y la coordinación necesaria para la prevención, control y tratamiento de drogodependencias en cumplimiento de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias y de otras normativas o estrategias de salud pública que se determinen.
- g) Prestar asesoramiento y apoyo analítico a estudios y proyectos de investigación en salud pública.
- h) Participar en la formación e investigación en el campo de las tecnologías analíticas aplicables a la salud pública.
- i) Establecer convenios con organismos de formación técnica, así como asistencia técnica en materia de metodología analíticas.
- j) Asesorar sobre aspectos analíticos en el diseño de programas de control y vigilancia de la salud pública, y en el desarrollo y aplicación de normas de este ámbito.
- k) Intervenir en alertas y emergencias relacionadas con la salud pública, prestando apoyo analítico a la identificación de peligros, fuentes de infección, portadores y demás factores de riesgo.
- l) Participar y prestar asistencia técnica en los planes de control oficial de productos alimentarios.

Artículo 62.- Actuaciones de otros laboratorios en materia de salud pública.

1. El Laboratorio de salud pública de Euskadi coordinará las actividades analíticas de los laboratorios tanto de titularidad pública (incluyendo laboratorios acreditados de la red asistencial de Osakidetza/Servicio vasco de salud), como privada, que hayan sido acreditados para llevar a cabo las actividades analíticas en materia de salud pública dentro de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Así mismo, con objeto de atender a las necesidades de salud pública, el Laboratorio de salud pública de Euskadi 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.

2. Todos los laboratorios de titularidad pública o privada que actúen en materia de salud pública, deberán disponer de un sistema de gestión de calidad para garantizar un producto y servicio acreditado conforme con los requisitos establecidos y con la máxima calidad analítica. Así mismo, deberán elaborar y mantener permanentemente actualizada su cartera de servicios, en coordinación con el Laboratorio de salud pública.

3. Por otra parte, 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.

Sección novena.- Promoción de la salud.

Artículo 63.- La promoción de la salud.

1. Las administraciones públicas promoverán la salud individual y colectiva con acciones destinadas a que las personas y los grupos sociales desarrollen sus capacidades, aumenten su autonomía en la gestión de su propia salud y refuercen el control sobre los determinantes de la misma, promoviendo actitudes y hábitos positivos para la salud de las personas y de las comunidades. Así mismo, impulsarán las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas que faciliten las opciones más saludables, contribuirán al fortalecimiento de la acción comunitaria, intersectorial y del tejido social, fomentarán la educación para la salud y promoverán entornos sanos, seguros y sostenibles, con el fin último de alcanzar la equidad en salud.

2. Las actuaciones de promoción de la salud se desarrollarán preferentemente en los lugares y entornos en los que las personas y grupos sociales viven, conviven, estudian o trabajan, muy especialmente a través de las nuevas tecnologías digitales y de interacción social. Se incidirá especialmente en el ámbito escolar, laboral, comunitario y sanitario, y tendrá como diana prioritaria a las personas más jóvenes, las mayores, y los colectivos vulnerables o con necesidades especiales.

Artículo 64.- Actuaciones de promoción de la salud

Las administraciones públicas, en materia de promoción de la salud, realizarán, entre otras, las siguientes actuaciones:

- a) El desarrollo de iniciativas de promoción de salud, de carácter transversal e intersectorial, que aborden los determinantes de salud específicos que influyen en los escenarios de vida de los diferentes grupos de población, con los objetivos de promover una vida libre de discapacidad, incluyendo la promoción de un envejecimiento activo y saludable, y de disminuir las desigualdades en salud.
- b) El impulso y fortalecimiento de la acción comunitaria mediante la participación de la población en el diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos que respondan a sus necesidades de salud.
- c) El fomento del trabajo en red con las administraciones integrantes del Sistema Vasco de Salud Pública, con Osakidetza/Servicio vasco de Salud y el sector privado, incluyendo los agentes sociales y la sociedad civil en cada comunidad, facilitando asesoramiento y apoyo técnico, así como acceso a los recursos de formación, información y documentación más actualizados.
- d) El diseño e implementación de planes y programas orientados a proporcionar a la ciudadanía información y educación en salud para el desarrollo de aptitudes personales, indispensables para afrontar las diferentes etapas de la vida y para ayudar a la toma de decisiones sobre la propia salud y a la elección de aquello que la propicie.
- e) El desarrollo de planes y programas en materia de alimentación saludable, actividad física y reducción del sedentarismo, bienestar emocional y salud mental, salud sexual y reproductiva, envejecimiento activo y saludable, prevención del suicidio y, en general, fomento de conductas saludables y seguras.
- f) El impulso de medidas favorables a la salud en materia de normativa -especialmente en el ámbito local-, fijación de precios, fiscalidad, información y etiquetado.

Sección décima.- Adicciones.

Artículo 65.- Actuaciones en materia de adicciones.

1. Las administraciones públicas, para asegurar la protección de la salud, impulsarán y desarrollarán medidas y actuaciones dirigidas a la atención integral de las adicciones, tanto de las drogodependencias como de las adicciones comportamentales, en lo relativo a la prevención, reducción de la oferta, asistencia sanitaria y socio sanitaria, inclusión social, desarrollo y gestión del conocimiento. Igualmente se impulsarán y desarrollarán aquellas acciones orientadas a la organización y coordinación institucional y a la cooperación con la iniciativa social en esta materia.

2. En el diseño y desarrollo de estas actuaciones se tendrán en cuenta los factores de prevención, protección y promoción de la salud descritos anteriormente. Se prestará especial atención a los factores de protección y de riesgo, a la perspectiva de género y a las características y necesidades de las personas menores de edad y más jóvenes, así como a quienes se encuentren en situación de especial vulnerabilidad.
3. El desarrollo de las prestaciones en este ámbito se establece en la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, y en su normativa de desarrollo. La planificación de las mismas se llevará a cabo a través del Plan sobre Adicciones de Euskadi, que estará vinculado con el Plan de Salud de Euskadi.
4. Las actuaciones en materia de adicciones se integrarán con el resto de actuaciones en materia de salud pública determinadas por la autoridad sanitaria en relación con el Plan de Salud de Euskadi.

CAPÍTULO VI.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Sección primera.- Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi.

Artículo 66.- Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi.

El Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi estará conformado por todos aquellos sistemas de información que compartan, total o parcialmente, la finalidad de salud pública o cuya información sea relevante en la toma de decisiones en salud pública, independientemente de la administración que los promueva o gestione y del sector que los genere, público o privado. De acuerdo con sus objetivos, integrará, como mínimo los siguientes tipos de información:

- a) Las estadísticas, registros, encuestas y estudios, sistemáticos o no, necesarios para conocer y evaluar los determinantes de la salud: educación, situación social, situación laboral y condiciones de trabajo, vivienda, condiciones y seguridad del entorno físico y medioambiental, estilos de vida, adicciones, demografía y población, redes sociales, economía, servicios, recursos sanitarios y otros.
- b) Las estadísticas, registros, encuestas y estudios, sistemáticos o no, que contribuyan a evaluar los problemas de salud, el nivel de salud, de calidad de vida y de bienestar: morbilidad y mortalidad, condiciones de vida e indicadores de bienestar, discapacidad, carga de enfermedad, así como esperanza de vida.
- c) Las estadísticas, registros, encuestas y estudios, sistemáticos o no, sobre riesgos sanitarios y actividades sanitarias y de salud pública: sistemas de vigilancia en salud pública; alertas sanitarias, emergencias de salud pública; salud ambiental y seguridad alimentaria; promoción, prevención, vacunaciones y protección de la salud; salud

laboral; accesibilidad, utilización, calidad, seguridad clínica y de pacientes, efectividad y eficiencia de la asistencia sanitaria pública y privada; valoración de impacto en salud de las políticas sanitarias y no sanitarias; y cualquier otra acción o servicio en salud pública.

- d) La información sobre actividades productivas y comerciales de bienes o servicios de utilidad para el diseño, desarrollo o evaluación de las actuaciones en salud pública.

Artículo 67.- Funciones del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi.

1. Corresponde al Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi:

- a. Garantizar el registro, procesado, custodia y envío o notificación de la información sanitaria obligatoria en el ámbito de Euskadi.
- b. Elaborar, actualizar y difundir los estudios sobre el estado de salud de la población, que permita conocer y valorar periódicamente los principales problemas de salud y sus determinantes.
- c. Identificar las oportunidades para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades en salud.
- d. Identificar los determinantes del entorno laboral que influyen en la salud de la población trabajadora, valorar sus necesidades de salud derivadas del trabajo, y evaluar la efectividad de los programas, intervenciones y políticas llevadas a cabo en salud laboral.
- e. Gestionar la información necesaria para evaluar la efectividad de las intervenciones en salud pública y la eficacia de la estrategia de Salud en Todas las Políticas.
- f. Gestionar la información necesaria para evaluar los resultados e impacto de la contribución del sistema sanitario público y privado y de sus intervenciones en la mejora de la salud de la población, así como para evaluar la accesibilidad, utilización, calidad, seguridad, efectividad y eficiencia de las actuaciones de salud pública y de la atención sanitaria pública y privada.
- g. Contribuir a la planificación, gestión, evaluación e investigación en salud.
- h. Proporcionar a administraciones y profesionales la información necesaria para el ejercicio de las funciones de salud pública y divulgar la información que se determine a la ciudadanía en general o a determinados grupos o agentes sociales.
- i. Comunicar a los organismos estatales o internacionales competentes las informaciones del ámbito de la salud pública legal o reglamentariamente establecidas.
- j. Facilitar los datos, estadísticas, informes y estudios disponibles a personas o entidades que vayan a utilizarlos con fines investigadores, de elaboración de planes forales, locales o comarcales de salud, planes de intervención poblacional o de

elaboración y seguimiento de proyectos en el marco de Salud en Todas las Políticas, siempre que se garantice la confidencialidad y seguridad de los mismos.

- k. En situaciones de emergencia de salud pública, se determinarán las excepciones a estas funciones que sean necesarias con el fin de que prevalezcan y se asegure el cumplimiento de las funciones necesarias para proteger la salud de la población en el contexto de la emergencia.
2. En relación al Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi, corresponde al departamento competente en salud del Gobierno Vasco el ejercicio de las siguientes actuaciones:
- a) Establecer mecanismos de comunicación que se adapten a las nuevas tecnologías, que faciliten la rapidez y la eficacia en la captación, el análisis, el intercambio y la difusión de información.
 - b) Coordinar la contribución de los sistemas de información del ámbito de la salud pública con los sistemas de información de otros departamentos del Gobierno Vasco y de otras administraciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi.
 - c) Definir sus normas de funcionamiento en base a las cuales se establecen obligaciones y derechos de personas proveedoras, procesadoras y usuarias de la información de salud pública.
 - d) Garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas en la normativa de protección de datos, en los registros y sistemas de notificación que dependan de él.
 - e) ñ) Establecer los procedimientos de clasificación y codificación, así como los requerimientos tecnológicos mínimos comunes que deben seguir los sistemas de información relacionados con la salud pública, para garantizar la compatibilidad de la información que gestionan y posibilitar las relaciones entre ellos.
 - f) Promover la formación continuada de las personas que trabajan en la recogida, procesamiento y análisis de la información gestionada por el sistema de Información en Salud Pública de Euskadi.

Artículo 68.- Observatorio de salud de Euskadi

1. Las funciones de investigación, análisis e información de carácter técnico y científico del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi se podrán llevar a cabo a través de un observatorio de salud de Euskadi, cuya configuración se determinará reglamentariamente.

2. El observatorio podrá desarrollar las siguientes actuaciones:

- a) Proporcionar información relevante y de calidad al Sistema de Salud Pública de Euskadi en base a las directrices emanadas del Plan de Salud de Euskadi y de la

estructura organizativa de la salud pública, aportando así una visión de conjunto sobre el estado de salud en Euskadi, desde el enfoque de Salud en Todas las Políticas.

b) Generar la información requerida para la planificación, gestión, evaluación e investigación en salud, dirigida a las y los agentes integrantes del Sistema de Salud Pública de Euskadi, instituciones, personal de investigación, profesionales de la salud, agentes del ámbito privado y sociedad civil en general.

c) Recopilar y difundir datos, análisis, investigaciones e informaciones sobre la situación y tendencias en salud y sus determinantes, incluyendo las desigualdades sociales en salud en Euskadi, con el fin último de facilitar la toma de decisiones en salud pública para el diseño de políticas e intervenciones promotoras de salud. En todo caso se garantizará la confidencialidad de los datos que se obtengan.

d) Impulsar líneas de investigación, estudio y formación en materia de salud pública, desde una perspectiva intersectorial e interdisciplinar y atendiendo de forma específica a la perspectiva de género.

Artículo 69.- Tratamiento, comunicación, seguridad y confidencialidad de la información.

1. Todas las administraciones, centros, servicios y establecimientos tanto del sector público como del privado, así como las personas que desempeñen en ellos su labor, están obligados a facilitar la información solicitada por el Sistema de Información en Salud Pública, así como a adaptar sus sistemas de información y registros a los formatos y formas que permitan su tratamiento adecuado.

2. La transmisión de información a la que se refiere el epígrafe anterior se hará preferentemente mediante la interoperabilidad de sus sistemas de información, permitiendo el intercambio de información ya disponible en las distintas aplicaciones en el ámbito de los departamentos y organismos del Gobierno Vasco, así como en el del resto de las administraciones públicas, conforme a las previsiones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en materia de sistema de información sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las administraciones públicas, en materia de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, y demás normativa que las desarrolle.

3. A los efectos del punto 2 anterior, el Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi se dotará de la infraestructura tecnológica que facilite la interoperabilidad entre los distintos agentes del Sistema de Información.

4. Los datos de carácter personal que las personas físicas y jurídicas a que se refiere el epígrafe 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.

5. En todos los niveles del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi han de adoptarse las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y la seguridad de los datos, de acuerdo a lo legal y reglamentariamente dispuesto en materia de protección de datos.

Los datos identificativos de las personas, cuando éstos sean necesarios, deberán ser adecuados y pertinentes a la finalidad perseguida, así como recabados con criterios de proporcionalidad, y serán destruidos en el momento en que dejen de contribuir al propósito de salud pública para el cual fueron obtenidos.

6. Todas las personas que en el ejercicio de sus funciones tengan acceso a datos de carácter personal del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi quedan obligadas al deber de secreto profesional y al deber de confidencialidad, de acuerdo con la normativa sobre protección de datos de carácter personal. Para ello, serán debidamente informadas acerca de su responsabilidad en la preservación de la seguridad de esta información y de que no deberán revelarla sin ser expresamente autorizadas para ello. Así mismo, deberán suscribir un compromiso personal relativo a este deber que será periódicamente renovado, y que perdurará en el tiempo aún en el caso de extinguirse la relación laboral.

7. Las personas titulares de datos de carácter personal, tratados en virtud de lo que establece esta ley, podrán ejercer sus derechos ante quienes sean responsables y estén encargados del tratamiento, de acuerdo con la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

Artículo 70.- Planificación, gestión y coordinación del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi.

1. La planificación, gestión y coordinación del Sistema de Información en Salud Pública se realizará por parte de la estructura organizativa de la salud pública en Euskadi, en coordinación con las estructuras de la administración vasca responsables de los distintos subsistemas de información que forman parte del sistema de información.
2. Se establecerá el procedimiento para su funcionamiento, así como las obligaciones y derechos de las instituciones y entidades respecto del sistema de información en salud pública.
3. Sin perjuicio de los restantes deberes de notificación legalmente establecidos, los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto del sector público como del privado, deberán cumplimentar los protocolos, informes, estadísticas y demás documentación e información adecuada, pertinente y limitada a lo estrictamente necesario para garantizar la correcta vigilancia de la salud pública. En particular, se garantiza el suministro y acceso a información de salud pública disponible en los sistemas de información de Osakidetza/Servicio vasco de salud, así como aquel disponible en otros sistemas de información de entidades y establecimientos públicos y privados radicados en Euskadi.

Sección segunda.- Formación, investigación, innovación y evaluación.

Artículo 71.- Formación y capacitación de las y los profesionales de salud pública.

1. Se consideran actividades profesionales del ámbito de la salud pública las desarrolladas en el ejercicio de las funciones de la salud pública. Atendiendo al carácter multidisciplinar de la salud pública, sus profesionales tienen el deber de seguir a lo largo de la vida laboral una formación continua, que además deberá ser adecuada a su nivel de responsabilidad y competencia para garantizar un correcto ejercicio profesional.
2. Las administraciones públicas vascas con competencias en salud pública y, en especial, el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud, podrán facilitar la formación continua y competencia técnica de las y los profesionales del Sistema de Salud Pública de Euskadi, mediante la potenciación y facilitación de sinergias de los sectores y organismos con capacidad formativa y el desarrollo de programas de formación continuada, entre otros.
3. Se podrán llevar a cabo, entre otras, las siguientes acciones relacionadas con la formación:
 - a) Fomentar el desarrollo de oportunidades formativas especializadas y de calidad en el territorio de Euskadi o bien dirigidas a las y los profesionales de Euskadi.
 - b) Participar en la acreditación y evaluación de las unidades docentes de las especialidades vinculadas a la salud pública.

- c) Elaborar o colaborar en la elaboración de programas de formación continua para las y los profesionales de salud pública.
- d) Proponer criterios para la acreditación de programas y centros proveedores de formación continua de profesionales de salud pública.
- e) Participar en el establecimiento y revisión de las competencias de las y los profesionales en salud pública.

Artículo 72.- Formación en salud pública.

1. Las administraciones públicas vascas con competencias en salud pública y, en particular, el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud, impulsarán la formación en salud pública en el conjunto de Euskadi. Para ello facilitarán el establecimiento de programas formativos de grado y postgrado en colaboración con el conjunto universitario del País Vasco, así como con otras entidades académicas dentro y fuera de la Comunidad Autónoma de Euskadi, con el fin de fortalecer la capacidad multidisciplinar profesional en salud pública.

2. Asimismo, el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud también potenciará el desarrollo de programas de formación dirigidos a las y los profesionales sanitarios, socio-sanitarios y de otros ámbitos relacionados con la salud, con el fin de mejorar su formación en salud pública y dotarles de mayores competencias en estos ámbitos. Para ello, colaborarán con instituciones y entidades educativas, dentro y fuera de la Comunidad Autónoma de Euskadi, para el desarrollo del conocimiento y formación en salud pública para dichos y dichas profesionales.

3. La totalidad de las y los profesionales de atención primaria, en sus procesos de formación y capacitación, realizarán acciones formativas en materia de salud pública, de acuerdo con la normativa de aplicación.

Artículo 73.- Investigación e innovación en salud pública.

1. Las administraciones públicas vascas con competencias en salud pública y, en particular, el departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud, en colaboración con las universidades, impulsarán la investigación, y la innovación en salud pública.

2. Además, llevarán a cabo acciones dirigidas a:

- 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.
- b) Lograr una investigación e innovación de calidad y al servicio de las estrategias y prioridades establecidos en los planes de salud de Euskadi.

c) Evaluar los resultados de la investigación en salud pública y su posible impacto en la salud de la población, fomentando la comunicación y divulgación de los resultados.

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.

Artículo 74.- Evaluación de los programas de salud pública.

1. Los programas de salud pública deberán ser evaluados periódicamente por iniciativa de la administración competente.

2. La evaluación comprenderá, dentro de los recursos y conocimientos disponibles, el análisis de la estructura, el proceso y los resultados de la actividad, así como las recomendaciones para mejorarla.

CAPÍTULO VII. – CORRESPONSABILIDAD E INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA.

Sección primera.- Principios informadores de la intervención administrativa.

Artículo 75.- Principios informadores de la intervención administrativa.

Las medidas en materia de salud pública a que se refiere el presente Capítulo deben adoptarse respetando los principios rectores del Sistema de Salud Pública de Euskadi y, en particular, los siguientes principios informadores de la intervención administrativa en materia de salud pública:

- a) Proporcionalidad de las medidas adoptadas en tiempo y forma con los fines perseguidos y la situación que los motiva.
- b) Justificación de las decisiones en base a criterios científicos o a una valoración profesional e imparcial del riesgo implicado para la salud pública.
- c) Coordinación con las decisiones adoptadas por el resto de autoridades sanitarias cuando se trate de riesgos que afecten a otras geografías.
- d) Información puntual y objetiva a la población sobre el riesgo existente, las decisiones adoptadas y las medidas de autoprotección recomendadas, evitando en la medida de lo posible perjuicios innecesarios para las industrias, servicios y empresas afectadas.
- e) Minimización de su incidencia sobre la libre circulación de las personas y los bienes, la libertad de empresa y los demás derechos de la ciudadanía.

- f) Salvaguarda de la vida y de la salud de las personas en situaciones de emergencia de salud pública-

Sección segunda.- corresponsabilidad y colaboración en materia de salud pública.

Artículo 76.- Corresponsabilidad y autocontrol.

1. Las personas, físicas o jurídicas, titulares de locales, instalaciones, establecimientos, servicios e industrias donde se realizan actividades que inciden o pueden incidir en la salud de las personas, tienen el deber de no lesionar la salud de la población, son responsables de la higiene y de la seguridad sanitaria de los locales e instalaciones y de sus anexos, así como de los procesos y de los productos o sustancias que derivan de ellos. Para ello, deben establecer procedimientos de autocontrol eficaces para garantizar su seguridad sanitaria y, además, quedan sujetas a las siguientes obligaciones:

- a) Asegurarse de que en las instalaciones, locales, establecimientos, empresas y actividades que se hallen bajo su control se cumplan los requisitos de la legislación sanitaria, para lo cual implementarán los sistemas de autocontrol oportunos.
- b) Estar al día en el conocimiento técnico y científico sobre los riesgos asociados a sus instalaciones, actividades y productos.
- c) Investigar las reclamaciones de las que pudiera deducirse la existencia de un riesgo.

2. Las personas, físicas o jurídicas, señaladas en el punto anterior, podrán asumir la realización voluntaria de acciones de responsabilidad social destinadas a promover la salud y prevenir las enfermedades, tanto en el ámbito de su propia actividad como en el ámbito interno de su entorno y de la comunidad. A tal efecto, las administraciones públicas sanitarias podrán suscribir con ellas los oportunos acuerdos de colaboración.

Artículo 77.- Deber de tutelar la salud pública y de colaborar con la administración sanitaria.

1. En aras a la protección de la salud pública y a la efectividad de las medidas adoptadas para ello, las administraciones públicas, en el marco de sus competencias, así como las instituciones y entidades privadas, tienen el deber de tutelar la salud pública y de colaborar con las autoridades sanitarias y sus agentes, sometiéndose a los controles que éstos y estas establezcan y facilitando la ejecución de las medidas acordadas para hacer frente a los riesgos para la salud.

2. Si las personas, físicas o jurídicas, titulares de instalaciones, establecimientos, servicios o industrias detectan la existencia de riesgos para la salud (o indicios suficientes de los mismos) derivados de su actividad o de sus productos, deberán:

- a) Notificar de inmediato la situación a la autoridad sanitaria correspondiente y poner a su disposición toda la información que ésta le requiera al respecto.
 - b) Adoptar, por iniciativa propia y sin necesidad de requerimiento, las medidas de contención que estime apropiadas, en tanto la administración sanitaria no disponga nada al efecto.
 - c) Facilitar el desarrollo de las actuaciones de salud pública y abstenerse de realizar conductas que dificulten, impidan o falseen su ejecución.
 - d) Ejecutar sin demora las medidas acordadas por la autoridad sanitaria respecto a la situación de riesgo.
3. Se establecerán los protocolos y procedimientos de información a las autoridades competentes en materia de salud pública, así como el contenido de la comunicación correspondiente.

Sección tercera.- Autoridad sanitaria.

Artículo 78.- Autoridad sanitaria.

A los efectos de esta ley, tienen la condición de autoridad sanitaria en sus respectivos ámbitos de competencia: la persona titular del departamento competente en materia de salud, la persona titular de la estructura organizativa de la salud pública, así como los órganos competentes en materia de salud pública de los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Artículo 79.- Funciones de la autoridad sanitaria.

1. La autoridad sanitaria, en su ámbito de actuación, puede intervenir en las actividades públicas y privadas para proteger la salud de la población y prevenir la enfermedad, mediante el ejercicio de las siguientes funciones:
- a) La configuración de los regímenes de funcionamiento y autorización para el ejercicio de actividades y la apertura de establecimientos e instalaciones que pueden tener incidencia en la salud de las personas, incluido el cierre de aquéllos que no dispongan de la pertinente autorización sanitaria y que no cumplan con las condiciones de funcionamiento establecidas por la autoridad sanitaria.
 - b) La creación y el mantenimiento de los registros necesarios para facilitar el control sanitario de instalaciones, establecimientos sanitarios, industrias, actividades y productos.
 - c) El establecimiento de requisitos mínimos y de condiciones higiénico-sanitarias para la producción, distribución, comercialización y el uso de bienes y productos, así como los procedimientos para su inspección y control; incluyendo las modificaciones estructurales o medidas preventivas y correctoras necesarias para enmendar las deficiencias higiénicas y sanitarias.

- d) El establecimiento de sistemas de vigilancia, redes de comunicaciones, sistemas de información y métodos de análisis de datos que permitan detectar y conocer, tan rápidamente como sea posible, la proximidad o presencia de situaciones que puedan repercutir negativamente en la salud pública.
- e) El control de la publicidad y propaganda de productos y actividades que puedan incidir en la salud, con la finalidad de ajustarlas a criterios de veracidad y evitar todo lo que pueda suponer un perjuicio para la salud pública.
- f) Ejercer las funciones atribuidas a la autoridad sanitaria en los artículos 28.I, 47.2, 84, 85, 87 y 88.

2. La autoridad sanitaria, en el ejercicio de sus funciones, podrá solicitar el apoyo, auxilio y colaboración de otros órganos administrativos, empleadas y empleados públicos u otras instituciones, pudiendo incluso requerir, en caso de estricta y urgente necesidad y para el mejor cumplimiento de la legislación vigente, el auxilio de la Ertzaintza u otros agentes de la autoridad que tengan encomendadas funciones de seguridad.

Artículo 80.- Actuaciones de las y los agentes de la autoridad sanitaria.

Las y los agentes de la autoridad sanitaria tendrán la facultad, en los términos previstos en la normativa vigente, para el desarrollo de las siguientes actuaciones:

- a) El asesoramiento a las y los operadores económicos y titulares de entidades, establecimientos, instalaciones y servicios, sobre la implantación y exigencias de la normativa sanitaria que les resulte de aplicación.
- b) La verificación y seguimiento de los sistemas de autocontrol que incorporen las y los distintos operadores económicos y titulares de entidades, establecimientos, instalaciones y servicios, en materia de seguridad sanitaria.
- c) El examen sistemático de las distintas actuaciones de las y los operadores económicos y titulares de entidades, establecimientos, instalaciones y servicios, en aras a comprobar el cumplimiento de la normativa sanitaria que les resulte de aplicación.
- d) La realización de visitas de inspección en cualquier instalación, establecimiento, servicio o industria sujetos al control sanitario.
- e) La realización de las investigaciones necesarias mediante las pruebas, o exámenes que procedan para materializar el control sanitario, de conformidad con la normativa vigente.
- f) La elaboración de informes relacionados con la tutela de la salud pública.
- g) El acceso a la documentación, en cualquier tipo de soporte, que sea precisa para el control de las empresas, entidades, establecimientos, instalaciones y servicios sometidos a inspección o control; y a la obtención de copia de dicha documentación, o de imágenes.
- h) El requerimiento de la presencia de la persona responsable o de aquélla en quien delegue, así como del personal técnico de la empresa, entidad, servicio, establecimiento o instalación, a los efectos de solicitar las explicaciones y aclaraciones oportunas.

- i) La adopción, con carácter provisional, sin perjuicio de su posterior ratificación por parte de la autoridad sanitaria, de las medidas cautelares reguladas en esta Ley.
- j) La emisión de las certificaciones que afecten a la seguridad de los alimentos que estén reglamentariamente establecidas en el ámbito de sus competencias.
- k) Aquellas otras actuaciones que sean precisas en orden al cumplimiento de las funciones de control e inspección que se desarrollen.
- l) El acceso a información sanitaria de carácter individual siempre que se sospecha o conoce la presencia de un riesgo para la salud pública.

Sección cuarta.- Intervención administrativa.

Artículo 81.- Intervención administrativa en materia de salud pública

1. La intervención administrativa en materia de salud pública se llevará a cabo a través de la comunicación en materia de salud pública, el establecimiento de regímenes de autorización y comunicación para el ejercicio de actividades, la inspección y control sanitario de las actividades, la implementación de medidas cautelares y la adopción de medidas de intervención sobre las personas.

Artículo 82.- Comunicación en materia de salud pública.

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.

2. Los poderes públicos, en el ámbito de sus competencias, velarán y ejercerán las acciones necesarias para que la publicidad y la propaganda comerciales se ajusten a criterios de veracidad y exactitud en lo que atañe a la salud, así como para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la salud de las personas. Se atenderá especialmente a la publicidad y propaganda comercial de aquellos productos, bienes, actividades y servicios susceptibles de generar riesgos para la salud o la seguridad de las personas; singularmente, en el caso de los colectivos más vulnerables, la infancia, la juventud o las personas mayores.

3. La administración sanitaria hará una promoción activa de la salud pública, dirigida tanto a las personas consumidoras como a las instituciones, entidades privadas y operadores

económicos, a través de cualquier medio de comunicación, formato o soporte que se considere efectivo.

En este sentido, y en colaboración con el órgano competente en materia de consumo, fomentará que las personas consumidoras dispongan de conocimientos que les permitan elaborar y consumir productos y servicios de forma segura.

4. Sin perjuicio de adoptar otro tipo de medidas, las administraciones públicas podrán emitir comunicados y recomendaciones sobre cuestiones relacionadas con la salud pública. Cuando dichas comunicaciones afecten a riesgos inciertos o se produzcan en el contexto de una alerta o crisis sanitarias, las administraciones públicas velarán para coordinar el mensaje a través del departamento responsable del Gobierno Vasco en materia de salud pública y para identificar fielmente y con precisión el escenario de riesgo, con el fin de no amplificar su impacto en los sectores económicos y sociales afectados.

5. Ante situaciones de alerta para la salud pública, y atendiendo a los medios disponibles, la autoridad sanitaria informará a la ciudadanía, de modo comprensible, sobre la naturaleza de la situación, el nivel de riesgo existente, la previsión sobre su evolución y las medidas recomendadas para disminuir la exposición al riesgo o proteger la salud.

La comunicación de esta información estará sujeta a los criterios generales de actuación en materia de salud pública establecidos en esta ley y, en particular, a los criterios de objetividad, transparencia, prudencia, proporcionalidad y respeto a la intimidad, así como a las normas relativas a la protección de datos de carácter personal.

Artículo 83.- Régimen de autorización y comunicación para el ejercicio de actividades.

1. Las instalaciones, locales, establecimientos, servicios e industrias en los que se desarrollen actividades que puedan tener incidencia en la salud pública están sujetos al trámite de autorización sanitaria de funcionamiento previa, si la normativa sectorial aplicable lo establece.

Reglamentariamente se determinarán el contenido de la correspondiente autorización sanitaria y los criterios y requisitos para su otorgamiento.

2. Las administraciones sanitarias pueden establecer, de acuerdo con la normativa vigente, la obligación de presentar una declaración responsable o una comunicación previa al inicio de la actividad para las instalaciones, locales, establecimientos, servicios e industrias que lleven a cabo actividades que pueden tener incidencia en la salud pública.

Reglamentariamente se determinarán los contenidos de la declaración responsable o la comunicación previa, así como los requisitos para ejercer la actividad.

Artículo 84.- 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 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 sanitario 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.

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.

Artículo 85.- Medidas especiales y cautelares.

1. Si se produce un riesgo para la salud individual o colectiva, o cuando existan indicios razonables de dicho riesgo, así como en aplicación del principio de precaución, las autoridades sanitarias o sus agentes podrán adoptar las medidas especiales y cautelares necesarias sobre las mercancías y productos, los locales y establecimientos, las actividades, los animales y, en su caso, las personas, con el objetivo de contener el riesgo y proteger la salud pública.

De la misma forma podrá actuarse en los casos en que se constate el incumplimiento de requisitos, condiciones y garantías esenciales para la protección de la salud pública impuestas por el ordenamiento jurídico y las normas sanitarias.

2. Las medidas a adoptar por parte de las autoridades sanitarias o, en su caso, por sus agentes son, entre otras:

- 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.
- b) Requerir a los y las titulares de las instalaciones, los establecimientos, los servicios y las industrias que hagan modificaciones estructurales o que adopten medidas preventivas y correctoras para enmendar las deficiencias higiénicas y sanitarias.
- c) Establecer la exigencia de registros, autorizaciones, comunicaciones previas o declaraciones responsables a instalaciones, establecimientos, servicios e industrias, productos y actividades, con sujeción a las condiciones establecidas por el artículo 84 y, en todo caso, de acuerdo con la normativa sectorial.

- d) Establecer prohibiciones y requisitos mínimos para la producción, distribución, comercialización y el uso de bienes y productos, y para las prácticas que comporten un perjuicio o una amenaza para la salud.
- e) La inmovilización cautelar, decomiso o destrucción de bienes, materias primas, productos intermedios o elaborados, productos deteriorados, caducados, adulterados o no autorizados, cuando, por razones de protección de la salud o prevención de la enfermedad, sea aconsejable, destruir, transformar, reducir o destinarlos a otros usos autorizados, conforme a la naturaleza de dichos bienes o productos. El decomiso se llevará a cabo previa acta, que incluirá la descripción detallada de las características y del estado de los bienes inmovilizados, decomisados o destruidos.
- f) La inmovilización de animales, la prescripción de tratamientos veterinarios forzosos e, incluso, el sacrificio forzoso, respetando en todo caso la normativa en vigor sobre bienestar animal.
- g) La limitación o prohibición de distribución o comercialización de un producto o la ordenación de su retirada del mercado y, cuando sea necesario, el acuerdo de la destrucción en condiciones adecuadas, así como su recuperación de las o los consumidores que ya lo tuvieran en su poder.
- h) La suspensión cautelar del ejercicio de actividades o parte de las mismas.
- i) Acordar la clausura o el cierre cautelar de las instalaciones, los establecimientos, los servicios o las industrias que no dispongan de las autorizaciones sanitarias o que no cumplan las obligaciones de comunicación previa o de declaración responsable, de acuerdo con la normativa sectorial aplicable.
- j) La aplicación de medidas higiénicas, incluidos el cierre y cese de actividad hasta la desinfección de locales y establecimientos, así como el precintado de locales, aparatos o equipos.
- k) La paralización y precintado de vehículos.
- l) Controlar la publicidad y propaganda de productos y actividades que puedan incidir en la salud, con la finalidad de ajustarlas a criterios de veracidad y evitar todo lo que pueda suponer un perjuicio para la salud.
- m) Cualquier otra medida de corrección o de seguridad que resulte necesaria para contener el riesgo, dentro del respeto al principio general de proporcionalidad y demás principios informadores de la intervención administrativa.

Artículo 86.- Procedimiento para la adopción de medidas especiales y cautelares.

1. Las medidas especiales y cautelares se adoptarán siguiendo el siguiente procedimiento:
 - a) Las medidas tomadas, así como los medios para su ejecución o efectividad, deberán ser congruentes con los motivos que las originen y proporcionadas con los riesgos que

conlleven, minimizando en lo posible la restricción de la libre circulación de mercancías y prestación de servicios, de la libertad de empresa y de los demás derechos afectados, aún siempre prevaleciendo la protección de la salud pública.

- b) Las medidas se adoptarán por resolución motivada de la autoridad sanitaria, previa audiencia de las personas interesadas, quienes, en un plazo no inferior a diez días ni superior a quince, podrán alegar y presentar los documentos y justificaciones que estimen pertinentes. En caso de emergencia de salud pública o sospecha de riesgo inminente y extraordinario para la salud de la población apreciado por la autoridad competente, se podrán adoptar las medidas sin ser necesarios los trámites de audiencia previa, ni la posibilidad de alegaciones.
- c) La administración sanitaria estimulará y favorecerá, en todo momento, la concertación de las medidas con las personas destinatarias y afectadas por las mismas.
- d) Las medidas especiales y cautelares que tomen directamente las y los agentes de la autoridad sanitaria ante la gravedad e inmediatez de un riesgo para la salud, serán objeto de ratificación o revisión por la autoridad sanitaria en el plazo máximo de 5 días hábiles. En el acta correspondiente se deberán justificar los hechos que dan lugar a la adopción de las medidas especiales y cautelares adoptadas.
- e) Las medidas especiales y cautelares contempladas en este capítulo son independientes de la eventual apertura de un procedimiento sancionador, de restablecimiento de la legalidad o de actuaciones de otro tipo que tengan su origen en esos mismos hechos.

2. Del incumplimiento de las medidas especiales y cautelares a las que se refiere esta ley, o de los requerimientos que correspondan, podrán derivarse multas coercitivas de hasta 10.000 euros, mediante resolución del mismo órgano que dictó la medida cautelar o el requerimiento que se ha incumplido. Las multas coercitivas no tienen carácter de sanción y son independientes de las que pueden imponerse como consecuencia de un procedimiento sancionador, con las cuales son compatibles.

3. 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 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Artículo 87.- Medidas de intervención sobre las personas.

1. Conforme a la normativa vigente y a las garantías establecidas por ésta, cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo urgente para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupos de personas, o a situaciones de emergencia de salud pública o pandemias, la autoridad sanitaria podrá ordenar la adopción de las medidas preventivas generales y de intervención. Entre dichas medidas se incluyen: el establecimiento de restricciones en la libertad de movilidad y en el ejercicio profesional; la

práctica de exámenes y reconocimientos médicos; la vacunación selectiva de determinados grupos de población o profesionales, prescripción de tratamiento médico y hospitalización; el control individual sobre la persona o grupos de personas, así como el aislamiento domiciliario, mediante decisión motivada, por el tiempo necesario para la desaparición del riesgo.

2. También podrá disponerse el control, por una parte, de quienes estén o hayan estado en contacto con las personas enfermas; y, por otra, del medio ambiente inmediato. Igualmente podrán adoptarse cuantas medidas se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible, incluyendo la investigación epidemiológica, la utilización de datos de carácter sanitario individual, la trazabilidad de contactos, y la intervención cautelar sobre dichos contactos.

3. Estas medidas deben adoptarse en el marco de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi y de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contenciosa administrativa.

4. La adopción de medidas de intervención estará sometida, en cualquier caso a la observancia de los siguientes principios y garantías:

- a) Las medidas deben adoptarse por autoridad competente y justificar su fundamento en la normativa aplicable.
- b) Deben identificar y probar con claridad el peligro grave que comporta la enfermedad transmisible objeto de la medida.
- c) Las medidas deberán ser idóneas, adecuadas, proporcionadas e imprescindibles, sin que concurran otros medios para hacer frente al riesgo.
- d) Las medidas deben delimitar tanto su ámbito territorial como temporal, así como los sujetos a los que específicamente van dirigidas.

5. Los ciudadanos y ciudadanas que, en base a la normativa vigente, se vean requeridos por agentes de salud pública, tendrán la obligación de colaborar en aquellos procedimientos en los que su intervención sea necesaria.

Artículo 88.- Medidas de aislamiento o cuarentena en caso de emergencias sanitarias

1. Además de las medidas de carácter general previstas en el artículo anterior, en caso de pandemia o de emergencia de salud pública, y de acuerdo con las resoluciones adoptadas por la autoridad sanitaria para la contención de brotes epidémicos, podrán adoptarse medidas individualizadas dirigidas a una persona o grupos de personas mediante la obligación de mantener aislamiento o cuarentena. Dicha obligación implica que una persona o grupo de personas contagiadas, sospechosas de contagio, o susceptibles de serlo o de transmitir un agente contagioso, deban permanecer en el lugar que se les indique, durante el plazo establecido en cada caso, sin posibilidad de desplazarse ni de relacionarse con otras personas.

También pueden adoptarse medidas para el control de las personas que estén o hayan estado en contacto con personas enfermas o portadoras de alguna condición considerada de riesgo para terceros.

2. La duración del aislamiento o cuarentena vendrá determinada por la situación concreta de cada caso, según las indicaciones de la autoridad sanitaria o los servicios sanitarios en aplicación de los procedimientos y protocolos vigentes.

3. La obligación de confinamiento, en la modalidad que proceda, se comunicará materialmente, de forma verbal o escrita, por medios telemáticos o telefónicos, a la persona o personas afectadas, por parte de la autoridad o los servicios afectados, y surtirá efecto de inmediato. De la obligación y de la comunicación se dejará constancia en la historia clínica del o de la paciente.

4. La obligación de confinamiento se cumplirá, preferentemente, instando la colaboración voluntaria de las personas obligadas. En caso de no producirse dicha colaboración en el cumplimiento de los deberes, podrá requerirse la adopción de resoluciones, individuales o colectivas, de imposición coactiva que, en caso de que puedan suponer restricción de derechos fundamentales, se comunicarán también a los servicios jurídicos correspondientes para que soliciten la ratificación ante el órgano judicial competente.

Sección quinta.- infracciones y sanciones.

Artículo 89.- Potestad sancionadora.

1. Corresponde a la Administración General de Euskadi y a las administraciones locales, competentes en materia de salud pública, el ejercicio de la potestad sancionadora conforme a lo dispuesto en esta ley.

2. Las infracciones en materia de salud pública cometidas en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Euskadi, tipificadas en la presente ley, en la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi, en la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, y en el resto de normativa sanitaria específica aplicable, podrán ser sancionadas con las sanciones establecidas en la misma, así como en la respectiva normativa de aplicación básica, previa la tramitación del correspondiente procedimiento sancionador de acuerdo a la Ley 2/1998, de 20 de febrero, de la normativa reguladora de la potestad sancionadora en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Artículo 90.- Infracciones.

1. Son infracciones en materia de salud pública las acciones u omisiones que vulneren lo establecido por la presente ley, además de las establecidas en el resto de la normativa sanitaria específica aplicable. Las infracciones cometidas serán objeto de las sanciones

determinadas en la presente norma, previa tramitación del correspondiente procedimiento sancionador, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que concurra.

2. De conformidad con lo previsto en la legislación vigente en materia de procedimiento administrativo, no podrán sancionarse los hechos que hayan sido sancionados, penal o administrativamente, en los casos en que se aprecie identidad de sujetos, hecho y fundamento.

3. En los supuestos en que las infracciones pudieran ser constitutivas de delito, el órgano que tenga atribuida la competencia para iniciar el procedimiento, lo comunicará al Ministerio Fiscal o al órgano jurisdiccional competente, y se abstendrá de iniciar o suspenderá, en su caso, el procedimiento sancionador correspondiente hasta tanto recaiga resolución judicial firme.

De no haberse estimado la existencia de infracción penal, o en caso de haberse dictado resolución de otro tipo que ponga fin al proceso penal, la administración iniciará o continuará, en su caso, el procedimiento sancionador, tomando como base los hechos declarados probados por los tribunales.

4. Así mismo, cuando el órgano competente para resolver el procedimiento sancionador tenga conocimiento de la instrucción de causa penal ante los Tribunales de Justicia y estime que existe identidad de sujeto, hecho y fundamento entre la infracción administrativa y la infracción penal que pudiera concurrir, acordará la suspensión del procedimiento hasta que recaiga resolución judicial firme. Si la resolución no es condenatoria, la administración podrá continuar el procedimiento, si aprecia la concurrencia de infracción administrativa, tomando como base los hechos declarados probados por los tribunales.

5. Las medidas administrativas que hubieran sido adoptadas para salvaguardar la salud y seguridad de las personas, se mantendrán en tanto la Autoridad Judicial se pronuncie sobre las mismas o cese su necesidad.

Artículo 91.- Tipos de infracciones.

1. Las infracciones tipificadas en esta ley se califican como leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de riesgo para la salud, gravedad de la alteración sanitaria y social producida, cuantía del eventual beneficio obtenido, grado de intencionalidad, generalización de la infracción y reincidencia.

2. Son infracciones leves las siguientes:

- a) Las que reciben expresamente esta calificación en la normativa específica aplicable a cada caso.
- b) El incumplimiento de los requisitos higiénicos y sanitarios y de las obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, si estos incumplimientos no tienen repercusión directa en la salud.
- c) La mera irregularidad en la aportación a la administración sanitaria de la información que, de acuerdo con la normativa vigente, sea obligatorio facilitar.

- d) El ejercicio o desarrollo de actividades sin haber solicitado la correspondiente autorización o registro sanitario preceptivos, o transcurrido su plazo de vigencia, así como la modificación no autorizada por la autoridad competente de las expresas condiciones técnicas o estructurales sobre las cuales se hubiera otorgado la correspondiente autorización.
- e) El incumplimiento de la obligación de comunicación o declaración responsable en aquellas actividades o productos en que así se exija, así como la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a la comunicación o declaración.
- f) El incumplimiento de las prescripciones de la presente ley que no se califiquen de graves o muy graves.

3. Son infracciones graves las siguientes:

- a) La denegación de apoyo o auxilio a la autoridad sanitaria o a sus agentes, la desconsideración o falta de colaboración en relación con la actuación inspectora y de control sanitario mediante cualquier acción u omisión que perturbe o retrase la misma.
- b) La obstrucción, oposición o resistencia a suministrar datos o a facilitar información a las autoridades sanitarias o sus agentes en el ejercicio de sus funciones y, en general, cualquier acción u omisión que perturbe o impida la labor de la autoridad sanitaria.
- c) El incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas especiales y cautelares que impongan las autoridades sanitarias o sus agentes.
- d) La puesta en funcionamiento de instalaciones, establecimientos, sus aparatos o desarrollo de cualquier actividad, cuando el precintado, clausura, suspensión, cierre, o cualquiera de las medidas cautelares reguladas en la presente ley se mantuvieran en vigor, siempre que se produzca por primera vez y no concurra daño grave para la salud de las personas.
- e) El incumplimiento de la obligación de la o del operador económico de informar a la autoridad competente cuando considere que alguno de los productos que ha importado, producido, transformado, fabricado o distribuido no cumple con los requisitos de seguridad, siempre que dicho incumplimiento no esté tipificado como infracción muy grave.
- f) La producción, distribución o utilización de materias primas, aditivos o alimentos obtenidos mediante tecnologías o manipulaciones no autorizadas o prohibidas, o utilizarlos en cantidades superiores a las autorizadas o para un uso diferente al que está establecido.
- g) La producción, distribución o comercialización de alimentos obtenidos a partir de animales o vegetales a los que se hayan administrado productos zoonos, fitosanitarios o plaguicidas autorizados en cantidad superior a la establecida o con

finalidades diferentes a las permitidas, así como la comercialización o la aceptación para su sacrificio de animales a los que no se haya suprimido la administración de dichos productos en los plazos establecidos.

- h) La preparación, distribución, suministro o venta de productos alimentarios que contengan gérmenes, sustancias químicas o radioactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades a las personas, o que superen las limitaciones o tolerancia reglamentariamente establecida en la materia, cuando no se produzca riesgo grave para la salud.
- i) La elaboración, distribución, suministro, promoción o venta de productos alimentarios, cuando su presentación, etiquetado o publicidad no se ajuste a la normativa reguladora o pueda inducir a confusión a la persona consumidora sobre sus verdaderas cualidades o características, así como el etiquetado insuficiente o defectuoso que comporte un riesgo para la salud pública.
- j) La distribución de productos sin las marcas sanitarias preceptivas o con marcas que no se adecuen a las condiciones establecidas, así como utilizar marcas sanitarias o etiquetas de otras industrias o productores.
- k) El incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones establecidos normativamente en materia de salud y seguridad de los bienes puestos a disposición de las personas.
- l) 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, cuando dicho incumplimiento comporte un riesgo para la salud pública.
- m) Incurrir en irregularidades por falta de los controles y precauciones exigibles en la actividad, el servicio o la instalación, de acuerdo con lo establecido por la normativa de salud pública, o el no comunicar a la autoridad sanitaria los riesgos para la salud, en el caso en que, de acuerdo con la normativa vigente, sea obligatorio hacerlo.
- n) La reincidencia en la comisión de dos o más infracciones leves, en los últimos doce meses.
- o) En caso de emergencia de salud pública, el cumplimiento defectuoso, o no cumplimiento de las medidas de control de la emergencia propuestas por la autoridad sanitaria, aunque las repercusiones producidas hayan tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población.

4. Son infracciones muy graves las siguientes:

- a) El incumplimiento de las medidas cautelares o definitivas que adopten las autoridades sanitarias y sus agentes, o el incumplimiento del deber de colaboración

con las autoridades sanitarias cuando se produzca de modo reiterado o cuando concurra daño grave para la salud de las personas.

- b) La coacción, amenaza, represalia, o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes.
- c) La preparación, distribución, suministro o venta de productos alimentarios que contengan gérmenes, sustancias químicas o radiactivas, toxinas o parásitos capaces de producir o transmitir enfermedades al ser humano o que superen los límites o tolerancias reglamentariamente establecidos en la materia, y produzca riesgos graves a la salud.
- d) La comercialización y aceptación para su sacrificio de animales de explotación que hayan sido objeto de un tratamiento ilegal en base a la normativa vigente, o a los que se les hayan administrado sustancias o productos prohibidos.
- e) El incumplimiento de la obligación de la o del operador económico de informar a la autoridad competente cuando considere que alguno de los alimentos que ha importado, producido, transformado, fabricado o distribuido no cumple con los requisitos de seguridad alimentaria y dicho incumplimiento suponga un riesgo grave para la salud pública.
- f) La falsedad en la marca sanitaria o la marca de identificación en los alimentos que la requieran según normativa vigente; el suministro intencionado de documentación falsa las administraciones públicas; y la utilización de documentación sanitaria falsa para la comercialización de alimentos.
- g) La reincidencia en la comisión de dos o más faltas graves en los últimos cinco años.
- h)** En situaciones de emergencia de salud pública, el incumplimiento consciente y deliberado de más de una de las instrucciones recibidas por la autoridad sanitaria y sus agentes en relación con el control de la emergencia y la reiteración de incumplimientos en el tiempo.

Artículo 92.- Sanciones.

1. Las infracciones tipificadas en la presente ley serán sancionadas con multa, de acuerdo con la siguiente graduación:

a) Infracciones leves,

- 1º. Grado mínimo: hasta 1.000.- euros.
- 2º. Grado medio: de 1.001 a 2.000.- euros.
- 3º. Grado máximo: de 2.001 a 3.000.- euros.

b) Infracciones graves,

- 1º. Grado mínimo: de 3.001 a 21.000.- euros.
- 2º. Grado medio: de 21.001 a 41.000.- euros.

3º. Grado máximo: de 41.001 a 60.000.- euros.

c) Infracciones muy graves,

1º. Grado mínimo: de 60.001 a 240.000.- euros.

2º. Grado medio: de 240.001 a 420.000.- euros.

3º. Grado máximo: de 420.001 a 600.000.- euros.

En el caso de infracción muy grave se podrá rebasar esta cuantía hasta alcanzar el quíntuplo del valor de mercado de los productos o servicios objeto de la infracción.

2. Sin perjuicio de la multa que proceda conforme al anterior apartado, a fin de impedir que la comisión de infracciones resulte más beneficiosa para la persona que cometa la infracción que el cumplimiento de las normas infringidas, la sanción económica que en su caso se imponga podrá ser incrementada con la cuantía del beneficio ilícito obtenido.

3. En el caso de infracciones muy graves y para garantizar la salud pública, podrá acordarse por el Consejo de Gobierno Vasco el cierre temporal del establecimiento, instalación o servicio por un plazo máximo de cinco años, con los efectos laborales que determine la legislación correspondiente.

No tendrán carácter de sanción la clausura o cierre de establecimientos, instalaciones o servicios que no cuenten con las previas autorizaciones o registros sanitarios preceptivos o la suspensión de su funcionamiento, así como de los sometidos al régimen de comunicación o declaración responsable, hasta en tanto se subsanen los defectos o se cumplan los requisitos normativamente exigidos por razones de sanidad, higiene o seguridad.

4. Por razones de ejemplaridad y cuando concurren 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 que haya resuelto el procedimiento sancionador 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.

Artículo 93.- Criterios para la graduación de las sanciones.

Las infracciones serán sancionadas guardando la debida idoneidad y necesidad de la sanción a imponer y su adecuación a la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y se graduarán, en los términos establecidos en el artículo anterior, atendiendo a los siguientes criterios:

- a) El grado de culpabilidad o intencionalidad.
- b) La reincidencia por comisión de más de una infracción de la misma naturaleza en el plazo de un año cuando así haya sido declarado por resolución firme en vía administrativa.
- c) Incumplimiento de requerimientos o advertencias efectuados previamente por la administración competente.
- d) Fraude o connivencia.
- e) Naturaleza de los perjuicios causados y riesgo para la salud de las personas, considerando el número y edad de las personas afectadas y la permanencia o transitoriedad de los riesgos.
- f) La incidencia sobre grupos de población especialmente vulnerables, tales como menores, mujeres embarazadas, personas con discapacidad o personas mayores.
- g) La cuantía del beneficio obtenido por la persona infractora mediante la realización de la infracción.
- h) Cualquier otra circunstancia que incida en el grado de reproche de la conducta o culpabilidad de la persona responsable, en un sentido atenuante o agravante.

Artículo 94.- Responsabilidad.

1. Son responsables de las infracciones las personas físicas y jurídicas, así como los grupos de personas afectadas, uniones y entidades sin personalidad jurídica y los patrimonios independientes o autónomos, cuando una ley les reconozca capacidad de obrar, que incurran en las acciones u omisiones tipificadas como infracciones en materia de salud pública a título de dolo o culpa.

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.

Las empresas publicitarias, las y los beneficiarios de la publicidad, entendiendo por tales a quienes sean titulares de la marca o producto anunciado, así como titulares de establecimientos o espacios en que se emite el anuncio, deberán responder solidariamente del pago de las sanciones derivadas de las infracciones previstas en esta ley en materia de publicidad.

Los progenitores y progenitoras, personas que ejerzan la tutoría o la acogida y las personas guardadoras legales, por este orden, deberán responder solidariamente con las y los menores de edad del pago de las sanciones derivadas de las infracciones cometidas por éstas y éstos últimos, por el incumplimiento del deber de prevenir la infracción administrativa cometida.

Artículo 95.- Órganos competentes para imponer sanciones.

1. En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, el ejercicio de la potestad sancionadora que establece la presente ley, sin perjuicio de los regímenes sancionadores establecidos por la legislación sectorial, corresponde a los siguientes órganos:

- a) Al Consejo de Gobierno Vasco, para imponer las sanciones establecidas por la presente ley superiores a 240.001.- euros, así como el cierre temporal de establecimientos complementario a la sanción por infracción muy grave.
- b) A la persona titular del departamento competente en materia de salud, para imponer las sanciones comprendidas entre 60.001 y 240.000.- euros.
- c) A la persona titular de la estructura organizativa de la salud pública, para imponer las sanciones hasta 60.000.-euros.

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, al Pleno, para imponer sanciones de hasta 60.000 euros.

Artículo 96.- Prescripción y caducidad.

1. Sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa básica estatal correspondiente, las infracciones tipificadas en la presente ley como leves prescribirán al año, las graves a los tres años y las muy graves a los cinco años.

El plazo de prescripción de las infracciones comenzará a contarse desde el día en que la infracción se hubiera cometido. En el caso de infracciones continuadas o permanentes, el plazo de prescripción comenzará a correr desde que finalizó la conducta infractora.

La prescripción se interrumpirá con la iniciación, con conocimiento de la persona interesada, de un procedimiento administrativo de naturaleza sancionadora, reiniciándose el plazo de prescripción si el expediente sancionador estuviera paralizado durante más de un mes por causa no imputable al presunto responsable.

2. Las sanciones impuestas por la comisión de infracciones leves prescribirán al año, las impuestas por faltas graves a los tres años y las impuestas por faltas muy graves a los cinco años.

El plazo de prescripción de las sanciones comenzará a contarse desde el día siguiente a aquél en que sea ejecutable la resolución por la que se impone la sanción o haya transcurrido el plazo para recurrirla.

La prescripción se interrumpirá con la iniciación, con conocimiento de la persona interesada, del procedimiento de ejecución, volviendo a transcurrir el plazo si aquél está paralizado durante más de un mes por causa no imputable a la persona infractora.

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.

Podrá no ser aplicable la caducidad en el supuesto de que la cuestión suscitada afecte al interés general, o fuera conveniente sustanciarla para su definición y esclarecimiento, lo cual habrá de ser acordado expresamente mediante resolución motivada del órgano competente para resolver el procedimiento.

En situaciones de emergencia de salud pública, la prescripción de sanciones podrá extenderse en el tiempo hasta duplicar los plazos indicados anteriormente.

Disposición adicional primera.- Tratamiento de los datos de carácter personal

Los datos personales resultantes de las actuaciones reguladas en esta Ley se incluyen entre los contemplados en el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo referente al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.

El tratamiento de los datos de carácter personal derivado de la aplicación de la presente ley deberá realizarse de conformidad con 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, 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.

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, en los términos previstos en la ley 6/2003, de 22 de diciembre, de Estatuto de Personas Consumidoras y Usuarías y demás normativa vigente.

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 adicional tercera.- Adaptación de las ordenanzas municipales.

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

Disposición transitoria primera.- Atribución de funciones de salud pública.

Las funciones atribuidas por esta ley a la estructura organizativa que se señala en el artículo 35.2 serán ejercidas por el órgano que tiene atribuidas las funciones de salud pública del departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud hasta su desarrollo normativo.

Disposición transitoria segunda.- Planes vigentes.

Los Planes contemplados en la presente ley, que a la entrada en vigor de la misma estén vigentes, seguirán desarrollándose hasta la finalización del plazo de vigencia.

Disposición transitoria tercera.- Expedientes sancionadores.

Los expedientes sancionadores iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de la presente ley seguirán tramitándose conforme a la legislación vigente en el momento en que se cometió la infracción, sin perjuicio de la aplicación de la regulación más favorable tanto en la calificación de la infracción como en la imposición de las sanciones.

Disposición derogatoria única.- Derogación normativa.

Queda derogado el artículo 13 de la Ley 8/1997, de 6 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, y cualquier otra disposición en materia de salud que se oponga a esta ley.

Disposición final primera.- Habilitación normativa.

Se habilita al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones reglamentarias necesarias para el desarrollo y aplicación de la presente ley.

Disposición final segunda. - Entrada en vigor.

La presente ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

Por consiguiente, ordeno a toda la ciudadanía de Euskadi, particulares y autoridades, que la guarden y hagan guardarla.

El Lehendakari,
IÑIGO URKULLU RENTERÍA.

Firmado digitalmente por

MIREN GOTZONE SAGARDUI GOIKOETXEA

15/07/2022 13:15:41



Verificación correcta



II

GOBERNU KONTSEILURAKO MEMORIA / MEMORIA PARA CONSEJO DE GOBIERNO

**LEGE-PROIEKTUA,
EUSKADIKO OSASUN
PUBLIKOARENA.**

**PROYECTO DE LEY DE
SALUD PÚBLICA DE EUSKADI.**

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 Elkartea

- 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.
- EUEDEL, 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 EUEDEL, del Ayuntamiento de Donostia y del Ayuntamiento de Bilbao. EUEDEL 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 Pública 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 Usuarias.
- 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 4º párrafo, en esa misma 2ª 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 movilidades 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, adicción 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 el 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 Elkarte, 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 transmisión 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 perjuicio, 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 redundante 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 detallen 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 desgana 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 COJUE 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 COJUE en el párrafo 125 de su dictamen, en primer lugar, se reseñan, en bloques, las observaciones y planteamientos más relevantes formulados por la COJUE 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 COJUE en fecha 21 de marzo de 2022.

Principales observaciones formuladas por la COJUE

En primer lugar, el dictamen de la COJUE 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 COJUE 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 COJUE 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 COJUE 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 COJUE 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 COJUE.

El artículo 5 de definiciones es revisado a la luz de los epígrafes 286 a 391 del Dictamen de la COJUA, 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 COJUA 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 COJUA) 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 COJUA, 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 COJUA.

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 COJUA (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 COJUA 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 COJUA 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 COJUA 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 COJUA 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 COJUAЕ, 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 COJUAЕ 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 COJUAЕ (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 COJUAЕ 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 COJUAЕ 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 COJUE 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 COJUE 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 COJUE 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 COJUA, 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

Firmado digitalmente por

IÑAKI ARRIZABALAGA ORMAECHEA

14/07/2022 14:03:46



Verificación correcta



III

DATUAK BABESTEKO EUSKAL BULEGOAREN TXOSTENA / INFORME DE LA AGENCIA VASCA DE PROTECCIÓN DE DATOS

**LEGE-PROIEKTUA,
EUSKADIKO OSASUN
PUBLIKOARENA.**

**PROYECTO DE LEY DE
SALUD PÚBLICA DE EUSKADI.**



Datuak Babesteko
Euskal Bulegoa
Agencia Vasca de
Protección de Datos

Datuak Babesteko Euskal Bulegoa Agencia Vasca de Protección de Datos	
13 JUL 2022	
Nº	551/0329
IRTEERA - SALIDA	
Zkia.	

Gotzone Sagardui Goikoetxea
Sailburua / Consejera
OSASUN SAILA / DEPARTAMENTO DE SALUD
EUSKO JAURLARITZA / GOBIERNO VASCO

Erref. **IL22-004**
Ref.

GAIA
ASUNTO

"Euskadiko Osasun Publikoaren Lege-aurreproiektuari" buruzko txosten juridikoa

Informe jurídico sobre el *"Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Euskadi."*

Honekin batera bidaltzen dizut Bulegoak egin duen txosten juridikoa zuren kontsultaren gainean.

Adjunto le remito informe jurídico elaborado por esta Agencia en relación a la consulta realizada por usted.

Adeitasunez.

Atentamente.

Vitoria-Gasteiz, 2022ko uztailaren 12a

Vitoria-Gasteiz, 12 de julio de 2022

P.A.



Pedro Alberto González González
Idazkari nagusia / El Secretario General





INFORME QUE FORMULA LA AGENCIA VASCA DE PROTECCION DE DATOS EN RELACION CON EL ANTEPROYECTO DE LEY DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI

ANTECEDENTES

Con fecha 6 de junio de 2022 tuvo entrada en esta Agencia Vasca de Protección de Datos solicitud de informe en relación con el asunto referenciado en el encabezamiento.

II

INTERVENCIÓN DE LA AVPD

En virtud del artículo 17.1 de 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, corresponde a esta Agencia Vasca de Protección de Datos la emisión del informe en respuesta a la solicitud formulada.

III

CONSIDERACIONES GENERALES

La protección de la salud es un derecho constitucionalmente reconocido (art. 43 CE), correspondiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de prestaciones y servicios sanitarios.

La Ley proyectada pretende establecer un marco legal en materia de salud pública en Euskadi, que tiene su antecedente inmediato en la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, integrando el conjunto de actuaciones dirigidas a proteger, promover y vigilar la salud de las personas y prevenir las enfermedades.

La norma proyectada se estructura en una exposición de motivos, siete capítulos, ciento tres artículos, una disposición adicional, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

Pasaremos a continuación a analizar el texto del anteproyecto, deteniéndonos exclusivamente en aquellas cuestiones más relevantes desde el punto de vista de su afectación a la protección de datos de personales, sin incidir en otras cuestiones de legalidad ordinaria que el anteproyecto pueda suscitar.

En este sentido, lo más destacable, a nuestro juicio, es el tratamiento de datos personales dentro del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi, en particular, el tratamiento de datos de salud, y la limitación de algunos derechos en



caso de emergencia sanitaria, en aras a proteger la salud de la población, afectando estas limitaciones, entre otros, al derecho fundamental de la protección de datos personales.

Abordaremos estas y otras cuestiones a continuación. Antes de ello, creemos conveniente hacer una consideración previa sobre el marco normativo en materia de protección de datos personales, y el tratamiento de datos de salud.

IV

MARCO NORMATIVO EN PROTECCION DE DATOS PERSONALES

El actual marco normativo en protección de datos personales se contiene en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos, en adelante RGPD), directamente aplicable en los Estados miembros desde el 25 de mayo de 2018, y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), en vigor desde el 7 de diciembre de 2018.

Así mismo, resulta de aplicación en esta Comunidad Autónoma, la Ley 2/2004, de 25 de febrero, de Ficheros de Datos de Carácter Personal y de Creación de la Agencia Vasca de Protección de Datos y su normativa de desarrollo, en todo aquello que no se haya visto desplazada por la normativa anterior.

El artículo 4.1 del RGPD, define los datos personales como

“Toda información sobre una persona física identificada o identificable («el interesado»); se considerará persona física identificable toda persona cuya identidad pueda determinarse, directa o indirectamente, en particular mediante un identificador, como por ejemplo un nombre, un número de identificación, datos de localización, un identificador en línea o uno o varios elementos propios de la identidad física, fisiológica, genética, psíquica, económica, cultural o social de dicha persona”.

El tratamiento de datos personales se define, a su vez, en el artículo 4.2 del RGPD como

“Cualquier operación o conjunto de operaciones realizadas sobre datos personales o conjuntos de datos personales, ya sea por procedimientos automatizados o no, como la recogida, registro, organización, estructuración, conservación, adaptación o modificación, extracción, consulta, utilización, comunicación por transmisión, difusión o cualquier otra forma de habilitación de acceso, cotejo o interconexión, limitación, supresión o destrucción”.

El anteproyecto de ley remitido prevé numerosos tratamientos de datos personales.

Todo tratamiento de datos personales supone una injerencia en el derecho fundamental a la protección de datos personales, y por ello sólo será lícito si se ampara en alguna base jurídica que legitime el uso de los datos.



El RGPD regula en su artículo 5 los principios relativos al tratamiento de datos personales, disponiendo en primer lugar que los datos serán tratados de manera lícita, leal y transparente (art.5.1.a).

De conformidad con el principio de licitud del tratamiento, los tratamientos de datos personales deberán ampararse en alguna de las posibles seis bases jurídicas enunciadas en el artículo 6 del RGPD, entre ellas, el consentimiento del interesado (art.6.1.a), el cumplimiento de una obligación legal (art.6.1.c), la protección de intereses vitales de los interesados o de otras personas (art.6.1.d), o el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable (art.6.1.e), si bien para estos últimos casos el tratamiento será legítimo cuando derive de una norma con rango de ley o de una competencia atribuida por una norma con rango de ley (art.8 LOPDGDD).

No obstante, cuando esa información personal se refiera a categorías especiales de datos, como los datos de salud, la base jurídica legitimadora del tratamiento debe incardinarse en alguna de las excepciones del artículo 9.2 RGPD.

DATOS DE SALUD

Los datos relativos a la salud, se definen en el art. 4.15 del RGPD como los “*datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud*”.

El Considerando 35 del RGPD establece lo siguiente:

“Entre los datos personales relativos a la salud se deben incluir todos los datos relativos al estado de salud del interesado que dan información sobre su estado de salud física o mental pasado, presente o futuro. Se incluye la información sobre la persona física recogida con ocasión de su inscripción a efectos de asistencia sanitaria, o con ocasión de la prestación de tal asistencia, de conformidad con la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo; todo número, símbolo o dato asignado a una persona física que la identifique de manera unívoca a efectos sanitarios; la información obtenida de pruebas o exámenes de una parte del cuerpo o de una sustancia corporal, incluida la procedente de datos genéticos y muestras biológicas, y cualquier información relativa, a título de ejemplo, a una enfermedad, una discapacidad, el riesgo de padecer enfermedades, el historial médico, el tratamiento clínico o el estado fisiológico o biomédico del interesado, independientemente de su fuente, por ejemplo un médico u otro profesional sanitario, un hospital, un dispositivo médico, o una prueba diagnóstica in vitro”.

La especial protección conferida a los datos de salud por las normas internacionales y comunitarias tiene reflejo en el artículo 9 del RGPD.

Este precepto regula un régimen singular para las categorías especiales de datos personales, que son aquéllos que revelen el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, o la afiliación sindical o tratamiento de datos genéticos, datos biométricos dirigidos a identificar de manera unívoca a una persona física, datos relativos a la salud o datos relativos a la vida sexual o la orientación sexual de una persona física.



Como señala el considerando 51 del RGPD

“Especial protección merecen los datos personales que, por su naturaleza, son particularmente sensibles en relación con los derechos y las libertades fundamentales, merecen especial protección ya que el contexto de su tratamiento podría entrañar importantes riesgos para los derechos y las libertades fundamentales”

El RGPD, incluye estas categorías de datos personales en su artículo 9.1, estableciendo una prohibición general para su tratamiento. Sin embargo, ese mismo artículo 9 RGPD, contempla, en su apartado 2, una serie de excepciones en las que el tratamiento de esos datos es posible, cuando concurra una de las circunstancias siguientes:

“a) el interesado dio su consentimiento explícito para el tratamiento de dichos datos personales con uno o más de los fines especificados, excepto cuando el Derecho de la Unión o de los Estados miembros establezca que la prohibición mencionada en el apartado 1 no puede ser levantada por el interesado;

b) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos del responsable del tratamiento o del interesado en el ámbito del Derecho laboral y de la seguridad y protección social, en la medida en que así lo autorice el Derecho de la Unión de los Estados miembros o un convenio colectivo con arreglo al Derecho de los Estados miembros que establezca garantías adecuadas del respeto de los derechos fundamentales y de los intereses del interesado;

c) el tratamiento es necesario para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física, en el supuesto de que el interesado no esté capacitado, física o jurídicamente, para dar su consentimiento;

g) el tratamiento es necesario por razones de un interés público esencial, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros, que debe ser proporcional al objetivo perseguido, respetar en lo esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado;

h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros o en virtud de un contrato con un profesional sanitario y sin perjuicio de las condiciones y garantías contempladas en el apartado 3;

i) el tratamiento es necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública, como la protección frente a amenazas transfronterizas graves para la salud, o para garantizar elevados niveles de calidad y de seguridad de la asistencia sanitaria y de los medicamentos o productos sanitarios, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros que establezca medidas adecuadas y específicas para proteger los derechos y libertades del interesado, en particular el secreto profesional,

j) el tratamiento es necesario con fines de archivo en interés público, fines de investigación científica o histórica o fines estadísticos, de conformidad con el artículo 89, apartado 1, sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros, que debe ser proporcional al objetivo perseguido, respetar en lo



esencial el derecho a la protección de datos y establecer medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado”.

El RGPD legitima el tratamiento de datos de salud sin consentimiento de los afectados, entre otros supuestos, cuando estemos en presencia de razones de interés público en el ámbito de la salud pública, como la protección frente a amenazas transfronterizas graves para la salud, razones de interés público esencial, o de interés vital, en los términos señalados en su artículo 9.2.

El Considerando 46 del RGPD señala:

“El tratamiento de datos personales también debe considerarse lícito cuando sea necesario para proteger un interés esencial para la vida del interesado o la de otra persona física. En principio, los datos personales únicamente deben tratarse sobre la base del interés vital de otra persona física cuando el tratamiento no pueda basarse manifiestamente en una base jurídica diferente. Ciertos tipos de tratamiento pueden responder tanto a motivos importantes de interés público como a los intereses vitales del interesado, como por ejemplo cuando el tratamiento es necesario para fines humanitarios, incluido el control de epidemias y su propagación, o en situaciones de emergencia humanitaria, sobre todo en caso de catástrofes naturales o de origen humano”.

Además, según dispone el apartado 4 del artículo 9 del RGPD:

“Los Estados miembros podrán mantener o introducir condiciones adicionales, inclusive limitaciones, con respecto al tratamiento de datos genéticos, datos biométricos, o datos relativos a la salud”.

Por su parte, el artículo 9 de la LOPDGDD, dedicado también a las categorías especiales de datos, dispone en su apartado segundo:

“Los tratamientos de datos contemplados en las letras g), h) e i) del artículo 9.2 del Reglamento (UE) 2016/679 fundados en el Derecho español deberán estar amparados en una norma con rango de ley, que podrá establecer requisitos adicionales relativos a su seguridad y confidencialidad”.

En este sentido, resulta obligado mencionar la Disposición Adicional Decimoséptima de esta LOPDGDD, referida a los tratamientos de datos de salud, que, en su apartado primero, ampara en las letras g), h), i), y j) del artículo 9.2 del RGPD, los tratamientos de datos relacionados con la salud y datos genéticos que estén regulados en leyes y sus disposiciones de desarrollo que enumera. Entre ellas, y por lo que interesa a este informe, podemos destacar de esa relación: La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; 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; la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley 22/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Además, esa misma Disposición Adicional Decimoséptima de la LOPDGDD, en su apartado 2, establece los criterios por los que han de regirse los tratamientos de datos en la investigación en salud.

Por último, conviene también destacar que la LOPDGDD, en su Disposición Final Quinta y Novena, respectivamente, ha modificado dos normas sanitarias: la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, a la que ha añadido un artículo 105.bis (Tratamiento



de datos de la investigación en salud), y 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, modificando el apartado 3 de su artículo 16, referido a los usos de la historia clínica.

De lo expuesto, puede concluirse que el RGPD y la LOPDGDD, junto con la legislación sectorial, contemplan numerosas habilitaciones legales para el tratamiento de datos de salud sin consentimiento del afectado, entre otras, por razones de salud pública.

Pero además del principio de licitud, todos los tratamientos de datos personales que deriven de la norma proyectada deberán respetar escrupulosamente, el resto de principios recogidos en el RGPD, a los que nos iremos refiriendo al analizar el articulado del anteproyecto.

V

ANALISIS DEL ANTEPROYECTO

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES (artículos 1 a 5)

El primer capítulo del anteproyecto de ley contiene las disposiciones generales, en las que regula su objeto, ámbito de aplicación, principios rectores, las funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi y una serie de definiciones a los efectos de esta ley.

En el **artículo primero** se concreta la finalidad de la futura ley, que tiene por **objeto**, salvaguardar y potenciar la salud de la población vasca como bien público de máximo interés; incorporar la perspectiva de salud en todas las políticas y acciones públicas, así como en las iniciativas promovidas desde las organizaciones de la sociedad civil y entidades privadas, y crear el Sistema de Salud Pública de Euskadi, configurado en la norma como una red articulada de responsabilidad pública, cuya finalidad es ofrecer un conjunto de servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible.

El **ámbito de aplicación** de la Ley (**artículo 2**), se extiende a todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) y a todas las personas que residan en la misma con carácter permanente o temporal, así como a quienes se encuentren en Euskadi ocasionalmente, y esta ley será de aplicación para la Administración General de la CAE, a las Administraciones Forales y a las Locales de la misma, así como a las organizaciones privadas que desarrollen acciones con impacto en la salud pública en la CAE.

En el **artículo 3** del anteproyecto, dedicado a los **principios rectores** en los que se inspirarán las actuaciones, prestaciones y servicios en salud pública, **se echa especialmente en falta una mención a la necesidad de garantizar la protección de datos personales** en el tratamiento de la información, principio que debe inspirar todas las actuaciones en materia de salud pública, **por lo que proponemos su inclusión en la norma**.



Siguiendo con el articulado del texto, el **artículo 4** regula las funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi y, entre ellas, en su apartado m) se refiere a, ***“proponer la limitación de derechos individuales y colectivos en beneficio de los derechos de la población”***.

En este sentido, y sin perjuicio de lo que diremos al comentar los artículos del texto que regulan esas limitaciones, es obligado destacar que el marco regulatorio de la imposición de medidas para la tutela de salud pública, debe de ofrecer las pautas de actuación a las Administraciones Públicas, pero también garantizar la salvaguarda de los derechos y libertades individuales, sin merma de la protección de la salud pública. Para ello, resulta esencial aplicar el principio de proporcionalidad (idoneidad, necesidad y proporcionalidad estricta de la medida) al que se refiere el artículo 3 n) del anteproyecto, de modo que estas medidas sean las imprescindibles para la finalidad pretendida, tras constatar que no existen otras menos restrictivas de derechos, o que impongan menos obligaciones.

CAPÍTULO II. LA CUIDADANÍA Y LA SALUD PÚBLICA (artículos 6 a 17)

En este capítulo se regulan los derechos y deberes de la ciudadanía en relación con el Sistema de salud pública de Euskadi. En particular, el **artículo 6** enumera esos derechos: derecho a la igualdad; a las prestaciones de salud pública; a la información; a la participación efectiva; a la confidencialidad, intimidad y respeto a la dignidad; a la actuación imparcial; a la autonomía personal; a la seguridad en las intervenciones y a la educación para la salud.

En el análisis de este capítulo desde la perspectiva de la protección de datos personales, es relevante, 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.

El funcionamiento de la Salud Pública de Euskadi exige el tratamiento de datos personales, en algunos casos datos especialmente protegidos, por lo que, la afectación a la privacidad de las personas es clara, así como la necesidad de adoptar las cautelas oportunas. En este sentido, el artículo 11.2 del anteproyecto, dedicado a regular el derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto de la dignidad, dispone como sigue: ***“Toda la ciudadanía tiene derecho a la confidencialidad de la información personal que se utilice en las intervenciones que las administraciones públicas, entidades o empresas realicen en materia de salud pública, y a que nadie pueda acceder a la misma sin previa autorización legalmente amparada.”***

Respecto al precepto citado, consideramos importante exponer que cualquier tratamiento de datos debe tener su 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, a las que nos hemos referido anteriormente.

A su vez, el apartado 3 del artículo 11 del anteproyecto establece lo siguiente: ***“Las administraciones públicas vascas, las entidades y las empresas que realicen intervenciones en materia de salud pública deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la información personal que utilicen en sus actuaciones, quedando quienes tengan acceso a la misma obligados a mantener la máxima confidencialidad”***.



Este precepto nos lleva a otro principio de protección de datos personales, el **principio de integridad y confidencialidad** (artículo 5.1.f) del RGPD), que exige que la información deba tratarse de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de los datos personales, incluida la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas.

Entraña también el deber de confidencialidad respecto de las informaciones que se manejen, de modo que los datos no puedan ser conocidos por terceros fuera de los casos autorizados por la ley.

Este principio se desarrolla en el artículo 32 RGPD, en los siguientes términos:

“1. Teniendo en cuenta el estado de la técnica, los costes de aplicación, y la naturaleza, el alcance, el contexto y los fines del tratamiento, así como riesgos de probabilidad y gravedad variables para los derechos y libertades de las personas físicas, el responsable y el encargado del tratamiento aplicarán medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo, que en su caso incluya, entre otros:

(...)

2. Al evaluar la adecuación del nivel de seguridad se tendrán particularmente en cuenta los riesgos que presente el tratamiento de datos, en particular como consecuencia de la destrucción, pérdida o alteración accidental o ilícita de datos personales transmitidos, conservados o tratados de otra forma, o la comunicación o acceso no autorizados a dichos datos”.

Lo anterior se conoce como “*Gestión de la Seguridad orientada al Riesgo*”, lo cual implica que las medidas a aplicar no se deben derivar de un marco normativo fijo e inmutable, sino que deben ser la consecuencia de un proceso de “*Análisis de Riesgos*”, como resultado del cual será necesaria la implantación de manera proactiva de medidas técnicas y organizativas apropiadas en función del tratamiento previsto.

En este sentido, debe destacarse que la LOPDGDD contiene, en su Disposición Adicional Primera, dedicada a las medidas de seguridad en el ámbito del sector público, la siguiente previsión:

1. El Esquema Nacional de Seguridad incluirá las medidas que deban implantarse en caso de tratamiento de datos personales para evitar su pérdida, alteración o acceso no autorizado, adaptando los criterios de determinación del riesgo en el tratamiento de los datos a lo establecido en el artículo 32 del Reglamento (UE) 2016/679.

2. Los responsables enumerados en el artículo 77.1 de esta ley orgánica deberán aplicar a los tratamientos de datos personales las medidas de seguridad que correspondan de las previstas en el Esquema Nacional de Seguridad, así como impulsar un grado de implementación de medidas equivalentes en las empresas o fundaciones vinculadas a los mismos sujetas al Derecho privado.

Por todo ello, en los supuestos en los que el tratamiento de datos personales se lleve a cabo por una Administraciones 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**.



Es importante también señalar que en aquellos supuestos en los que la Administración responsable del tratamiento deba recurrir a un tercero para la prestación de un servicio que impliquen el acceso a datos personales, esa relación **responsable-encargado** de tratamiento deberá tener una constancia escrita y en la misma deberán determinarse las medidas de seguridad a adoptar -que se corresponderán con las de la Administración y se ajustarán también al Esquema Nacional de Seguridad- y el resto de previsiones contenidas en el artículo 28 del RGPD y 33 de la LOPDGDD.

Siguiendo con el análisis del capítulo II del anteproyecto de ley, su **artículo 16** trata sobre la limitación de los derechos al objeto de proteger la salud pública y, en su apartado segundo, dispone que, 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 esta ley**.

A esas medidas se refieren los artículos de la norma legal proyectada citados en el apartado 1 de este artículo 16 (artículos 57, 58, 59, 93, 94 y 95), que serán comentados posteriormente, en lo que afectan al derecho fundamental a la protección de datos personales.

En todo caso, y en relación con el apartado 2 de este artículo 16, resulta obligado destacar que **el precepto adolece de indefinición, al limitarse a introducir una remisión genérica a la normativa vigente, sin mayor concreción**.

A fin de garantizar el principio de seguridad jurídica, esta ley debe incardinarse de manera coherente con el resto del ordenamiento jurídico, pero, además, en la medida en que suponga una injerencia en el derecho fundamental de las personas a la protección de sus datos, o en otros derechos fundamentales, será necesario que sea la ley la que precise los casos en los que se aplicarán tales limitaciones o restricciones, y las garantías que mitiguen sus efectos.

Así lo ha establecido la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional, al disponer que toda injerencia en el ámbito de los derechos fundamentales y las libertades públicas precisa una habilitación legal, si bien la función de la reserva de ley se traduce en una doble exigencia: *“por un lado, la necesaria intervención de la ley para habilitar la injerencia; y, por otro lado, esa norma legal ha de reunir todas aquellas características indispensables como garantía de la seguridad jurídica, esto es, ha de expresar todos y cada uno de los presupuestos y condiciones de la intervención”*(STC 76/2019, de 22 de mayo).

CAPÍTULO III. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI (artículos 18 a 26)

El capítulo III crea y configura el Sistema de Salud Pública de Euskadi, que se organiza como una red pública articulada, de responsabilidad pública, cuya finalidad, en base al paradigma de “salud en todas las políticas” es ofrecer un conjunto de servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible.



CAPÍTULO IV. ORDENACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EUSKADI (artículos 27 a 46)

El capítulo IV se refiere a la organización y coordinación del sistema de salud pública de Euskadi, y en él se concretan las competencias que asumen las distintas Administraciones Públicas en materia de salud pública dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, y las normas para la organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi. Para responder a las necesidades en materia de salud pública, se incorpora en la norma la coordinación, cooperación y colaboración administrativa entre las Administraciones que integran el Sistema, a través de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública; la coordinación con la Administración General de Estado y otras Administraciones, en caso de riesgo o emergencia sanitaria; la coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema Sanitario de Euskadi y los servicios sanitarios públicos y privados y, finalmente, los órganos de consulta, asesoramiento y participación.

Dentro de este capítulo, el **artículo 38** contempla la **transmisión de información** entre la Administración General de la CAE y las Administraciones forales y locales que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi. 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.

Respecto a los preceptos señalados, 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).

Conviene también indicar en relación con el artículo 38 del anteproyecto, que **los protocolos** generales de actuación, **convenios y otros instrumentos de colaboración, no constituyen**, en ningún caso, **base legitimadora para el tratamiento de datos personales**.

CAPÍTULO V. PRESTACIONES Y ACTUACIONES EN SALUD PÚBLICA (artículos 47 a 67)

El capítulo V describe y regula las prestaciones y las líneas de actuación a las que responderá el sistema de Salud Pública de Euskadi mediante su cartera de servicios (vigilancia de la salud, la prevención de los problemas de salud y actuación sobre sus determinantes, la protección de la salud de la población, y la protección en caso de emergencia sanitaria, epidemia o pandemia, la salud escolar y laboral, el laboratorio de Salud Pública de Euskadi, la promoción de la salud y las actuaciones en materia de adicciones).

En este capítulo, nos detendremos en su sección quinta (artículos 57 a 59), dedicada a la protección de la salud de la población en caso de emergencia sanitaria, epidemia o pandemia.



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...”***.

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.

El artículo siguiente, **artículo 58** del anteproyecto, regula las **medidas** para la protección de la salud **en caso de alertas o emergencias sanitarias**, señalando que además de las medidas especiales, cautelares y de intervención indicadas en los artículos 93, 94 y 95, podrán adoptarse otras medidas, entre ellas, ***“de reconocimiento médico, tratamiento, hospitalización o control si hay indicios racionales de la existencia de peligro real para la salud de las personas o de la población a causa de una circunstancia concreta de una persona o grupo de personas, o por las condiciones en que se realiza una actividad. También podrán adoptarse medidas para el control de las personas que estén o hayan estado en contacto con las personas enfermas o portadoras de alguna condición considerada de riesgo para terceros,”*** medidas que según este precepto deberán adoptarse en el marco de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública y de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa (artículo 58.b).

Además de ello, dispone el apartado c) de este artículo 58, que se podrán adoptar otras medidas de limitación, como el desplazamiento de las personas, de acuerdo con lo que dispone esta ley.

Señala también este precepto, que estas medidas **podrán ser de carácter obligatorio** en situaciones de emergencia de salud pública grave (apartado d), y su establecimiento se llevará a cabo **con la menor afectación a los derechos de las personas**, y siempre que sea posible, afectando al mínimo ámbito territorial necesario para su efectividad (artículo 58.4), pudiendo la resolución que imponga las medidas establecer mecanismos de graduación en función de la evaluación de los indicadores.

A su vez, el **artículo 59** del anteproyecto, impone la comparecencia obligatoria de las personas ante las oficinas públicas, si es precisa para proteger la salud pública

En relación con estas previsiones, resulta obligado recordar nuevamente que la LOPDGDD, en su Disposición Adicional 17, ampara en el artículo 9.2 RGPD, los tratamientos de datos de salud regulados en la **Ley Orgánica 3/1986, a cuyo marco se remite el artículo 58 del anteproyecto, aunque su contenido no coincide del todo.**

Las medidas previstas en esa Ley Orgánica 3/1986, requieren que, además del necesario principio de proporcionalidad, concurren determinadas condiciones, tales como que su fin sea la prevención de la salud pública y la prevención de su deterioro; que existan razones de urgencia o necesidad que las justifiquen; y que existan indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad. Además, con el fin de controlar enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria podrá adoptar las



medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que están o hayan estado en contacto con los mismos, y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

En todo caso, las medidas urgentes y necesarias para la salud pública que impliquen limitación o restricción de derechos fundamentales precisarán de **autorización previa, o, en su caso, ratificación judicial** si la urgencia no ha permitido esa autorización, **cuando** estén plasmadas en actos administrativos singulares que **afecten únicamente a uno o varios particulares concretos e identificados de manera individualizada** (artículo 8.6 Ley de la Jurisdicción Contencioso-administrativa).

Por el contrario, **si los destinatarios de las medidas no están identificados individualmente**, el TC en su recientísima sentencia, **STC 70/2022, de 2 de junio**, ha declarado inconstitucional y nulo el apartado 8 del art. 10 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, en la redacción dada por la Ley 3/2020, de 18 de septiembre de medidas procesales y organizativas para hacer frente al Covid-19 en el ámbito de la Administración de Justicia, que atribuía a las Salas de lo Contencioso-Administrativo de los Tribunales Superiores de Justicia competencia para la autorización o ratificación judicial de las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades sanitarias autonómicas (o en su caso, locales), considerasen urgentes y necesarias para la protección de la salud pública y que implicasen la limitación o restricción de derechos fundamentales.

Señalado lo anterior, la sección sexta del Capítulo V (**artículos 60 y 61**) se refiere a la salud escolar y laboral. La norma proyectada contempla la necesidad de desarrollar actuaciones orientadas a la prevención y promoción de la salud en el ámbito educativo, así como de la población trabajadora, en el ámbito laboral.

Entre los objetivos de protección de la salud, está el de velar por la seguridad en el trabajo y por la salud laboral, para lo que el anteproyecto, entre otras actuaciones, contempla que 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: ***“Establecerá un sistema de información sanitaria que posibilite el 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. Todo ello formará parte del Sistema de Información en Salud Pública”*** (artículo 61.1).

En relación con las previsiones de este artículo, resulta 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 sólo se traten los datos pertinentes, adecuados y limitados a los estrictamente necesarios en relación con la finalidad perseguida.

CAPÍTULO VI. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA (artículos 68 a 77)

Este capítulo del anteproyecto se ocupa de un aspecto esencial, como es **el Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi**, definido en el artículo 68.1 del texto, como *“el conjunto organizado y armónico de personas, servicios, unidades, procedimientos e instrumentos de recogida, procesado y análisis de los datos necesarios para producir la información precisa para proteger y promover la salud de la población y llevar a cabo las actividades de salud pública”*.

Este Sistema de Información estará conformado por todos aquellos sistemas de información que compartan, total o parcialmente, la finalidad de salud pública o cuya información sea relevante en la toma de decisiones en salud pública, independientemente de la administración que los promueva o gestione y del sector que los genere, público o privado y, como mínimo, integrará los tipos de información que señala ese artículo (estadísticas, registros, encuestas y estudios...).

Entre las funciones de este Sistema de Información, el **artículo 69** del anteproyecto señala la de garantizar el registro, procesado, custodia, envío o notificación de la información sanitaria obligatoria en el ámbito de Euskadi; establecer mecanismos de comunicación que se adapten a las nuevas tecnologías, que faciliten la rapidez y eficacia en la captación, el análisis, el intercambio y la difusión de la información; facilitar datos con fines investigadores y garantizar las medidas de seguridad establecidas en la ley de protección de datos en los registros sistemas de notificación que dependan de él.

En relación con esas previsiones del anteproyecto no está de más recordar que de conformidad con el **principio de exactitud** proclamado en el artículo 5.1.d) RGPD, los datos tratados deberán ser exactos, y si fuera necesario, actualizados, adoptándose las medidas necesarias para que se supriman o rectifiquen sin dilación los datos personales inexactos.

Además de ello, el **principio de limitación de la finalidad** (artículo 5.1.b) obliga a que los datos sean recogidos con fines determinados, explícitos y legítimos, sin que puedan ser tratados posteriormente de manera incompatible con dichos fines. Únicamente se admite la desviación de la finalidad en los supuestos previstos en el artículo 89.1 RGPD, esto es, con fines de archivo en interés público, fines de investigación científica e histórica o con fines estadísticos.

Además, el cumplimiento de la finalidad afecta también al periodo de conservación de la información, siendo la **limitación del plazo de conservación** de la información, otro de los principios que el RGPD proclama en su artículo 5.1.e), de forma que sólo se permita la identificación de los interesados durante el tiempo necesario para los fines del tratamiento de los datos personales, si bien podrán conservarse durante periodos más largos, con fines, entre otros, de investigación científica, con arreglo al artículo 89.1 RGPD.



Precisamente, una de las finalidades del Sistema de Información en Salud Pública es la de proporcionar información que sirva de base para realizar investigaciones en este ámbito.

Tal y como hemos apuntado al inicio de este informe, el **tratamiento de datos de salud con fines de investigación** dispone de un precepto específico en la LOPDGDD, concretamente, en su Disposición Adicional decimoséptima, apartado segundo, que regula los criterios por los que se ha de regir el tratamiento de los datos en investigación en salud. Esta Disposición adicional aborda de forma extensa el tratamiento de datos de salud con fines de investigación, y, en particular, con fines de investigación en salud pública, pudiendo destacarse dos aspectos: el recurso a los datos seudonimizados en la labor investigadora y, la necesidad de adopción de garantías, entre ellas, medidas que eviten la reidentificación, realizar una evaluación de impacto, y que la investigación sea sometida a un informe previo del comité de ética correspondiente o, en su defecto, del Delegado de Protección de Datos, o, en último caso, de un experto.

En cuanto a las **medidas de seguridad** que deberán garantizarse, resulta obligado recordar que el RGPD configura un sistema de seguridad que ya no se basa en los niveles bajo, medio y alto, como exigía la normativa anterior, sino que tras un análisis de riesgos el responsable deberá determinar qué medidas técnicas y organizativas son necesarias en función del tratamiento previsto (Considerando 83 y artículo 32 RGPD).

En todo caso, y tal y como hemos apuntado anteriormente, cuando los responsables del tratamiento sean Administraciones Públicas, deberán aplicar las medidas de seguridad que correspondan con arreglo al Esquema Nacional de Seguridad (DA1ª LOPDGDD).

Continuando con el análisis del texto, nos detendremos ahora en el **artículo 70** que, dentro del Sistema de Información, regula el tratamiento, comunicación, seguridad y confidencialidad de la información.

El apartado 1 de este artículo impone a todas las administraciones, servicios y establecimientos tanto del sector público como del privado, así como a las personas que desempeñen en ellos su labor, la **obligación de facilitar la información solicitada por el Sistema de Información en Salud Pública**, y para ello deberán adaptar sus sistemas de información y registros, disponiendo el apartado 2 de ese artículo, que el intercambio de información entre las Administraciones se hará preferentemente mediante la interoperabilidad de sus sistemas, y **conforme a las previsiones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, así como de la LOPDGDD y de la Ley de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En relación con estas previsiones, y más allá de que las comunicaciones telemáticas entre las Administraciones Públicas deben ajustarse al Esquema Nacional de Interoperabilidad, y a sus normas técnicas de desarrollo, debemos referirnos a La Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que dedica su capítulo V al sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud, regulando en su artículo 56 el intercambio de información en salud entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, en los siguientes términos.



“Con el fin de que los ciudadanos reciban la mejor atención sanitaria posible en cualquier centro o servicio del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo coordinará los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, previamente acordados con las comunidades autónomas, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de dicha asistencia y la confidencialidad e integridad de la información, cualquiera que fuese la Administración que la proporcione.

El Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá un procedimiento que permita el intercambio telemático de la información que legalmente resulte exigible para el ejercicio de sus competencias por parte de las Administraciones públicas.

El intercambio de información al que se refieren los párrafos anteriores se realizará de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.”

De este modo, los tratamientos de datos de salud que contempla esa Ley, y que la Disposición Adicional Decimoséptima de la LOPDGDD ampara en el artículo 9.2 RGPD, deberán necesariamente realizarse de acuerdo con la normativa de protección de datos y con la ley de autonomía del paciente.

Dicho esto, el apartado 4 del artículo 70 del anteproyecto prevé que los datos que recojan las personas físicas y jurídicas obligadas a informar al Sistema de Información en salud pública pueden comunicarse sin consentimiento de la persona interesada al órgano central responsable de la salud pública, de acuerdo con la normativa de protección de datos personales, para que los trate de acuerdo con las necesidades del Sistema de Información en Salud Pública, si bien, el acceso con estos fines a la información contenida en la historia clínica deberá realizarse de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

De conformidad con el RGPD, toda comunicación de datos personales, es un tratamiento que debe estar amparado en una base jurídica que la legitime, de las previstas en el artículo 6 y 9.2 RGPD.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, regula, con carácter básico, la organización de los sistemas de información, en los siguientes términos:

“Artículo 41. Organización de los sistemas de información.

1. Las autoridades sanitarias con el fin de asegurar la mejor tutela de la salud de la población podrán requerir, en los términos establecidos en este artículo, a los servicios y profesionales sanitarios informes, protocolos u otros documentos con fines de información sanitaria.

*2. Las Administraciones sanitarias **no precisarán obtener el consentimiento** de las personas afectadas para el tratamiento de datos personales, relacionados con la salud, así como su cesión a otras Administraciones públicas sanitarias, **cuando ello sea estrictamente necesario** para la tutela de la salud de la población.*

3. A los efectos indicados en los dos apartados anteriores, las personas públicas o privadas cederán a la autoridad sanitaria, cuando así se las requiera, los datos de carácter personal que resulten imprescindibles para la toma de decisiones en



salud pública, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

*En cualquier caso, **el acceso a las historias clínicas por razones epidemiológicas y de salud pública se someterá a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 16 de 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***”.

Del contenido de dicho precepto se desprende que la Ley General de Salud Pública aplica el principio de minimización de datos, antes denominado principio de calidad, al legitimar exclusivamente el tratamiento de datos estrictamente necesarios para tutelar la salud de la población. Así mismo, somete el acceso a las historias clínicas por razones epidemiológicas y de salud pública a la Ley de Autonomía del Paciente.

Debe tenerse en cuenta que los tratamientos de datos de salud contemplados en ambas leyes, están también legitimados en el artículo 9.2 RGPD, a tenor de lo dispuesto en la Disposición Adicional Decimoséptima de la LOPDGD.

El artículo 70.4 del anteproyecto, en su segundo párrafo, somete el régimen de acceso a la información contenida a la historia clínica para necesidades del Sistema de Información en Salud Pública, a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Sin embargo, **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 (acceso por los profesionales de la salud pública a los efectos de las intervenciones públicas establecidas en esta ley; acceso a profesionales a quienes se autorice el acceso y a los fines y cometidos establecidos en cada caso), que posibilitan limitaciones al derecho a la protección de los datos obrantes en las historias clínicas, al margen de la Ley básica, y que obligan, a juicio de esta Agencia, a **una nueva redacción de este artículo, conforme con esa ley**.

Por lo demás, el apartado 5 del artículo 70, trata de reflejar la necesidad de adecuar los tratamientos de datos en el Sistema de Información Pública a los principios de integridad y confidencialidad, minimización y limitación del plazo de conservación de 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. 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. En realidad, es el reflejo del principio de integridad y confidencialidad que establece el RGPD en su artículo 5, y que ha sido analizado en el presente informe.



Por último, el apartado 6 del artículo 70, dispone que los titulares de los datos personales tratados en virtud de esta Ley podrán ejercer sus derechos ante quienes sean responsables y estén encargados del tratamiento, de acuerdo con la normativa de protección de datos.

El artículo 12.2 del RGPD obliga a los responsables del tratamiento a facilitar a los interesados el **ejercicio de sus derechos** de acceso, rectificación, supresión, olvido, oposición, limitación y el derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles.

Esos derechos podrán ejercerse también ante los encargados del tratamiento, si así lo dispone el encargo suscrito entre el encargado y el responsable. Sin embargo, debe aclararse que se trata de dos figuras distintas, definidas en el artículo 4 RGPD: «responsable del tratamiento» o «**responsable**»: *la persona física o jurídica, autoridad pública, servicio u otro organismo que, solo o junto con otros, determine los fines y medios del tratamiento, y «encargado del tratamiento» o «**encargado**»: la persona física o jurídica, autoridad pública, servicio u otro organismo que trate datos personales por cuenta del responsable del tratamiento.*”

Continuando el análisis del texto remitido, el **artículo 71.3** del anteproyecto, relativo a la planificación, gestión y coordinación del Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi, establece lo siguiente: “3. *Sin perjuicio de los restantes deberes de notificación legalmente establecidos, los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tanto del sector público como privado, deberán cumplimentar los protocolos, informes, estadísticas y demás documentación e **información que les sea requerida** para garantizar la adecuada vigilancia de la salud pública. En particular, se garantiza el suministro y acceso a información de salud pública disponible en los sistemas de información de Osakidetza/Servicio vasco de salud, así como aquel disponible en otros sistemas de información de entidades y establecimientos públicos y privados radicados en Euskadi*”.

Este precepto del anteproyecto de ley **tampoco puede constituirse en una habilitación en blanco** para el tratamiento de cualquier tipo de dato personal.

No debe perderse de vista la necesidad de cumplir con los principios de protección de datos proclamados en el RGPD. En este caso, nos referimos especialmente al principio de **minimización** de datos (artículo 5.1.c), que obliga a que los datos personales tratados sean adecuados, pertinentes y limitados a lo estrictamente necesario en relación con la finalidad perseguida por cada tratamiento.

Para finalizar el análisis del capítulo VI del anteproyecto, queremos referirnos al **artículo 72**, que regula el Observatorio de Salud de Euskadi, al que atribuye, entre otras funciones, “c) *Recopilar y difundir datos, análisis, investigaciones e informaciones sobre la situación y tendencias en salud y sus determinantes, incluyendo las desigualdades en salud en Euskadi, con el fin último de facilitar la toma de decisiones en salud pública para el diseño de políticas e intervenciones promotoras de salud. En todo caso se garantizará la confidencialidad de los datos que se obtengan.*”

De conformidad con lo dispuesto en ese precepto, se deduce que el Observatorio va tratar datos personales, lo que a juicio de esta Agencia únicamente estaría justificado



si fuese imprescindible para cumplir la finalidad última pretendida. En todo caso, entendemos que **los datos difundidos deberán estar disociados**.

CAPITULO VII. CORRESPONSABILIDAD E INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA (artículos 78 a 103)

Analizaremos a continuación el capítulo VII y último del anteproyecto, que aborda la corresponsabilidad y la intervención administrativa en salud pública, donde se prevé la respuesta urgente frente a situaciones de riesgo, a través de medidas especiales y cautelares que puedan garantizar la seguridad de la población. Se abordan también en este capítulo las infracciones y sanciones en materia de salud pública.

Dentro de la intervención administrativa, el **artículo 86**, establece los criterios aplicables a la **comunicación en materia de salud pública**.

Ante situaciones de alerta para la salud pública, la autoridad sanitaria deberá informar a los ciudadanos de modo comprensible la naturaleza de la situación, nivel de riesgo existente, la previsión de su evaluación y las medidas recomendadas para disminuir el riesgo o proteger la salud. Esa comunicación tendrá que estar sujeta a los criterios generales de actuación en materia de salud pública establecidos en esta ley, entre los que debe incluirse la protección de datos personales.

Siguiendo el análisis del texto, el **artículo 88** dispone que las Administraciones sanitarias constituirán **registros sanitarios** para facilitar las tareas de control sanitario de las instalaciones, locales, establecimientos, servicios, industrias, actividades y productos, cuya configuración y régimen de funcionamiento se desarrollará reglamentariamente, y deberá sujetarse a la normativa de protección de datos personales.

En relación con estos registros, debe recordarse que el tratamiento de datos que se derive de la inscripción registral, estará sometido a la normativa de protección de datos, y a sus principios, si se refiere a personas físicas, dado que las **personas jurídicas** están excluidas de la protección del derecho fundamental, tal y como señala el RGPD en su Considerando 14.

Siguiendo con el análisis del texto remitido, ante un riesgo grave para la salud de la población, o ante la sospecha razonable de ese riesgo, el anteproyecto de ley remitido contempla una serie de medidas especiales y cautelares sobre las mercancías y productos, locales y establecimientos, sobre las actividades y los animales y, en su caso, sobre las personas, con el propósito declarado de contener el riesgo y proteger la salud pública.

En particular, las **medidas de intervención sobre las personas** se regulan en el **artículo 94** del anteproyecto, que dispone lo siguiente:

“1. Conforme a la normativa vigente y a las garantías establecidas por ésta, cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo urgente para la población, debido a la situación sanitaria concreta de una persona, o grupo de personas, o situaciones de salud pública o pandemia, la autoridad sanitaria podrá ordenar la adopción de medidas preventivas generales y de intervención. Entre dichas medidas se incluyen: el establecimiento de restricciones en la libertad de movilidad y en el ejercicio profesional, la práctica



de exámenes y reconocimientos médicos, la vacunación, la prescripción de tratamiento médico y hospitalización, el control individual sobre la persona o grupos de personas, así como el aislamiento domiciliario mediante decisión motivada por el tiempo necesario para la desaparición del riesgo. También podrá disponerse el control, por una parte, de quienes estén o hayan estado en contacto con las personas enfermas; y por otra, del medio ambiente inmediato.

*También podrá disponerse el control, por una parte, de quienes estén o hayan estado en contacto con las personas enfermas; y, por otra, del medio ambiente inmediato. Igualmente, podrán adoptarse cuantas medidas se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible, incluyendo la investigación epidemiológica, **la utilización de datos de carácter sanitario individual**, la trazabilidad de contactos y la intervención cautelar sobre dichos contactos.”*

El apartado 2 de este artículo 94, dispone, por su parte, que “*la adopción de una medida que implique privación o restricción de la libertad o de otro derecho fundamental, como internamiento, aislamiento o restricciones a la libertad deambulatoria y el ejercicio profesional, está sujeta a autorización o ratificación judicial, de conformidad con la normativa reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativo en vigor*”, regulando, a continuación, las condiciones en las que se debe solicitar esa autorización o ratificación judicial (expediente acompañado de un informe explicativo y designación de un experto que pueda dar las explicaciones oportunas a la autoridad judicial, y posibilidad de emisión de un informe general por la autoridad sanitaria en caso de emergencia sanitaria declarada para recabar autorización judicial previa o ratificación de las actuaciones judiciales, con carácter colectivo y genérico).

Por último, el apartado 3 del artículo 94, señala que “*Además de las medidas mencionadas anteriormente, la administración sanitaria **podrá adoptar cualquier otra medida de corrección o de seguridad que resulte necesaria** para contener el riesgo dentro del respeto al principio general de proporcionalidad y demás principios informadores de la actividad administrativa*”.

En relación con este artículo 94, queremos señalar apuntar una serie de cuestiones:

La ley proyectada, con el objetivo de mantener el máximo nivel de salud posible de la población, contiene determinadas previsiones que inciden sobre los derechos de las personas.

Ante la sospecha razonable de un riesgo sanitario grave (o ante un riesgo) que ponga en peligro la salud de la población, el anteproyecto de ley posibilita que la autoridad sanitaria adopte medidas especiales, algunas de intervención sobre las personas.

Son varios los derechos fundamentales que pueden resultar limitados por la actuación de la Administración en estos casos, entre otros, el derecho a la libertad personal (hospitalización y aislamiento); el derecho a la intimidad personal y familiar (art. 18.1 CE, con desarrollo en la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo), y el derecho a la protección de datos personales (artículo 18.4 CE) que puede verse limitado si para la prevención de un riesgo grave para la salud pública, la Administración utiliza datos de carácter sanitario individual.

Toda limitación de un derecho fundamental ha de hacerse única y exclusivamente por ley, tal y como requiere el artículo 53.1 CE. Esa ley deberá ser la que determine la finalidad perseguida, la que regule pormenorizadamente las restricciones al derecho



fundamental y la que establezca las garantías adecuadas para proteger el derecho fundamental afectado.

Al analizar el principio de licitud y las bases legitimadoras del tratamiento de datos de salud, hemos advertido que esos tratamientos deben estar concretados en una norma con rango de ley.

Los requisitos que debe observar esa ley para considerar cumplido el principio de licitud, es una cuestión que ha sido abordada por el Tribunal Constitucional (**STC 76/2019, de 22 de mayo**). Se trata de un pronunciamiento de extraordinaria relevancia pues aclara cuestiones fundamentales como las relativas al contenido que ha de tener la normativa que pretenda establecer una injerencia en ese derecho fundamental. Así, el Alto Tribunal aporta claridad a esta materia al afirmar:

“(...) Por mandato expreso de la Constitución, toda injerencia estatal en el ámbito de los derechos fundamentales y las libertades públicas ora incida directamente sobre su desarrollo (artículo 81.1 CE), ora limite o condicione su ejercicio (artículo 53.1 CE), precisa una habilitación legal (por todas, STC 49/1999, de 5 de abril, FJ 4). (...) Esta doble función de la reserva de ley se traduce en una doble exigencia: por un lado, la necesaria intervención de la ley para habilitar la injerencia; y, por otro lado, esa norma legal «ha de reunir todas aquellas características indispensables como garantía de la seguridad jurídica», esto es, «ha de expresar todos y cada uno de los presupuestos y condiciones de la intervención» (STC 49/1999, FJ 4). En otras palabras, «no sólo excluye apoderamientos a favor de las normas reglamentarias [...], sino que también implica otras exigencias respecto al contenido de la Ley que establece tales límites» (STC 292/2000, FJ 15).

Y ello porque, en el ámbito de las categorías especiales de datos personales, como son los datos de salud, (...) el Reglamento general de protección de datos establece las garantías mínimas, comunes o generales para el tratamiento de datos personales que no son especiales. En cambio, no establece por sí mismo el régimen jurídico aplicable a los tratamientos de datos personales especiales, ni en el ámbito de los Estados miembros ni para el Derecho de la Unión. Por ende, tampoco fija las garantías que deben observar los diversos tratamientos posibles de datos sensibles, adecuadas a los riesgos de diversa probabilidad y gravedad que existan en cada caso; tratamientos y categorías especiales de datos que son, o pueden ser, muy diversos entre sí. El reglamento se limita a contemplar la posibilidad de que el legislador de la Unión Europea o el de los Estados miembros, cada uno en su ámbito de competencias, prevean y regulen tales tratamientos, y a indicar las pautas que deben observar en su regulación. Una de esas pautas es que el Derecho del Estado miembro establezca «medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado» [artículo 9.2.g) RGPD] y que «se ofrezcan garantías adecuadas» (considerando 56 RGPD). Es patente que ese establecimiento de medidas adecuadas y específicas solo puede ser expreso. Si la norma interna que regula el tratamiento de datos personales relativos a opiniones políticas no prevé esas garantías adecuadas, sino que, todo lo más, se remite implícitamente a las garantías generales contenidas en el Reglamento general de protección de datos, no puede considerarse que haya llevado a cabo la tarea normativa que aquel le exige.”



El Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) se ha pronunciado recientemente en igual sentido; así, el apartado 175 de la STJUE de 16 de julio de 2020, C-311/2020, Schrems 2, dice:

“Cabe añadir, sobre este último aspecto, que el requisito de que cualquier limitación del ejercicio de los derechos fundamentales deba ser establecida por ley implica que la base legal que permita la injerencia en dichos derechos debe definir ella misma el alcance de la limitación del ejercicio del derecho de que se trate”.

La misma STJUE de 16 de julio de 2020, Schrems 2, señala lo siguiente en su apartado 176:

“176 Finalmente, para cumplir el requisito de proporcionalidad según el cual las excepciones a la protección de los datos personales y las limitaciones de esa protección no deben exceder de lo estrictamente necesario, la normativa controvertida que conlleve la injerencia debe establecer reglas claras y precisas que regulen el alcance y la aplicación de la medida en cuestión e impongan unas exigencias mínimas, de modo que las personas cuyos datos se hayan transferido dispongan de garantías suficientes que permitan proteger de manera eficaz sus datos de carácter personal contra los riesgos de abuso. En particular, dicha normativa deberá indicar en qué circunstancias y con arreglo a qué requisitos puede adoptarse una medida que contemple el tratamiento de tales datos, garantizando así que la injerencia se limite a lo estrictamente necesario. La necesidad de disponer de tales garantías reviste especial importancia cuando los datos personales se someten a un tratamiento automatizado”.

A la vista de la citada jurisprudencia del Tribunal Constitucional y del Tribunal de la UE, la ley que contemple el tratamiento de datos incluidos en las categorías especiales, como los datos de salud, ha de establecer la finalidad de interés público esencial que lo justifica, así como reglas claras y precisas sobre el alcance y contenido de los tratamientos de datos que autoriza, junto con las garantías que permitan proteger de manera eficaz los datos de personales contra los riesgos de abuso.

En este caso, y por lo que afecta al derecho fundamental a la protección de datos personales, aunque es claro el interés público que la inspira, la ley proyectada no establece ni las garantías ni los límites claros de los posibles tratamientos de esos datos. **El anteproyecto de ley se limita a remitirse a la normativa vigente y a las garantías establecidas por ésta, lo que genera mucha inseguridad jurídica,** máxime cuando las garantías son especialmente importantes cuando el tratamiento afecta a categorías especiales de datos, como los datos de salud, dado que el uso de esos datos es susceptible de comprometer más directamente la dignidad, la libertad y el libre desarrollo de la personalidad.

En todo caso, como hemos señalado anteriormente, la adopción de las medidas previstas en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, además del principio de proporcionalidad, requieren que concurren las condiciones señaladas en sus artículos 2 y 3, medidas que necesitarán autorización previa o, en su caso, ratificación judicial cuando afecten únicamente a uno o varios particulares concretos e identificados de manera individualizada (artículo 8.6 Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa), pero no, si los destinatarios de las medidas no están identificados individualmente (STC 70/2022, de 2 de junio).



Y en cuanto al acceso a las historias clínicas, esa posibilidad está prevista en 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, en los términos exigidos por su artículo 16.3, con arreglo a la redacción dada por la Disposición Final Novena de la LOPDGDD, del siguiente tenor literal:

“3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos personales, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Se exceptúan los supuestos de investigación previstos en el apartado 2 de la Disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Asimismo, se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínicoasistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

Cuando ello sea necesario 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, podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública. El acceso habrá de realizarse, en todo caso, por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la Administración que solicitase el acceso a los datos.”

De conformidad con lo expuesto, **los tratamientos de datos personales derivados de la intervención sobre las personas**, contemplados en el anteproyecto de ley, **deberán respetar las prescripciones impuestas, con carácter básico, por las leyes sanitarias** citadas.

Infracciones y sanciones

La sección quinta y última del Capítulo VII regula el régimen sancionador en materia de salud pública, tipificando las infracciones, estableciendo las sanciones correspondientes y los criterios para su graduación, fijando las reglas de la prescripción, caducidad del procedimiento y órganos con competencias sancionadoras en este ámbito.

El **artículo 98** tipifica y gradúa las infracciones, y entre ellas, tipifica como infracción grave (apartado 3.c) *“la obstrucción, oposición o resistencia a suministrar datos o a facilitar información a las autoridades sanitarias o sus agentes”*.



Por su parte, el **artículo 99** del anteproyecto regula las sanciones que se impondrán como consecuencia de la comisión de las infracciones tipificadas en el texto. El apartado 4 de ese artículo, dispone lo siguiente:

*“Por razones de ejemplaridad, y siempre que concurra alguna de las circunstancias de riesgo o daño efectivo para la salud, seguridad o interés económicos de las y los consumidores, reincidencia en situaciones análogas o intencionalidad acreditada, **la autoridad competente** que adopte la resolución del procedimiento sancionador, **podrá acordar la publicación de las sanciones** impuestas 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”.

En relación con este precepto, debe tenerse en cuenta la especial protección que a los datos relativos a infracciones administrativas otorga el artículo 27 de la LOPDGDD, que establece una doble exigencia:

a) Que los responsables de dichos tratamientos sean los órganos competentes para la instrucción del procedimiento sancionador, para la declaración de las infracciones o la imposición de las sanciones.

b) Que el tratamiento se limite a los datos estrictamente necesarios para la finalidad perseguida por aquél.

Cuando no se cumpla alguna de estas condiciones, será necesario el consentimiento del interesado o la autorización contenida en una norma con rango de ley, en la que se regularán, en su caso, garantías adicionales para los derechos y libertades de los afectados.

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 realizará 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 cohererarse con el **derecho a la supresión y olvido** reconocido en el artículo 17 del RGPD, cuyo apartado 2 dispone que cuando el responsable:

“Haya hecho públicos los datos personales y esté obligado, en virtud de lo dispuesto en el apartado 1 a suprimir dichos datos, el responsable del tratamiento, teniendo en cuenta la tecnología disponible y el coste de su aplicación, adoptará medidas razonables, incluidas medidas técnicas, con miras a informar a los responsables que estén tratando los datos personales de la solicitud del interesado de supresión de cualquier enlace a esos datos personales o cualquier copia o réplica de los mismos.”

El responsable deberá cumplir con el deber de publicidad de las sanciones en los casos previstos en la ley; no obstante, debe ser consciente también del derecho a



que, una vez cumplido el propósito perseguido por la publicidad, se desindexen de los motores de búsqueda los enlaces que remitan a la publicación de la sanción.

DISPOSICIÓN ADICIONAL. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El anteproyecto de ley contiene una disposición específica relativa a la protección de datos, del siguiente tenor literal:

“Los datos personales resultantes de las actuaciones reguladas en esta Ley se incluyen entre los contemplados en el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (en adelante RGPD).

El tratamiento de los datos de carácter personal derivado de la aplicación de la presente ley, deberá realizarse de conformidad con la Ley Orgánica 3/ 2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, así como con el RGPD.”

Esta disposición, con mayor o menor acierto en su redacción, quiere reflejar en la ley el sometimiento de todos los tratamientos de datos personales derivados de su aplicación al marco normativo aplicable en esta materia, que se contiene en el RGPD y la LOPDGDD, así como en la Ley del Parlamento Vasco 2/2004, en lo que no se ha haya visto desplazada.

Ello implica el sometimiento a los principios contenidos en el artículo 5 RGPD, a los que nos hemos referido a lo largo del informe, y a las obligaciones que esa normativa impone a los responsables y, en su caso, a los encargados del tratamiento de esos datos.

Por ello, y para acabar este informe, creemos relevante detenernos en dos de esas obligaciones.

REGISTRO DE ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO

El Reglamento General de Protección de Datos elimina la obligación de creación y declaración de ficheros y la sustituye por el denominado “registro de las actividades de tratamiento”, regulando su contenido en el artículo 30.

Cada responsable del tratamiento está obligado a llevar un registro de todas las actividades de tratamiento efectuadas bajo su responsabilidad, con toda la información exigida en el artículo 30.1 RGPD.

Del mismo modo, cada encargado de tratamiento (en caso de haberlo) llevará un registro de todas las categorías de actividades de tratamiento efectuadas por cuenta de un responsable, con el contenido exigido por el artículo 30.2 RGPD.

Además, el artículo 31 de la LOPDGDD obliga a las Administraciones Públicas a publicar su inventario de actividades de tratamiento accesible por medios electrónicos, en el que deberá constar toda la información exigida por el artículo 30 RGPD y su



base legal. Esta obligación se ha trasladado a un nuevo artículo 6 bis de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, en virtud de lo establecido en la Disposición Final Undécima de la LOPDGGDD.

EVALUACIÓN DE IMPACTO

Uno de los instrumentos que el legislador comunitario ha puesto a disposición de los responsables del tratamiento a fin de que puedan cumplir con el principio de responsabilidad proactiva, que obliga no sólo a cumplir con las prescripciones del RGPD, sino también a estar en disposición de poder acreditar que se cumple, es la evaluación de impacto, regulada en el artículo 35 RGPD.

Según dispone el apartado primero de este precepto del Reglamento Europeo de Protección de Datos:

“1. Cuando sea probable que un tipo de tratamiento, en particular si utiliza nuevas tecnologías, por su naturaleza, alcance, contexto o fines, entrañe un alto riesgo para los derechos y libertades de las personas físicas, el responsable del tratamiento realizará, antes del tratamiento, una evaluación del impacto de las operaciones de tratamiento en la protección de datos personales. Una única evaluación podrá abordar una serie de operaciones de tratamiento similares que entrañen altos riesgos similares.”

La evaluación de impacto no es siempre obligatoria, el RGPD recoge en el artículo 35.3 una serie de supuestos en que sí se requiere, entre ellos, destacamos el incluido en el epígrafe b) referido a:

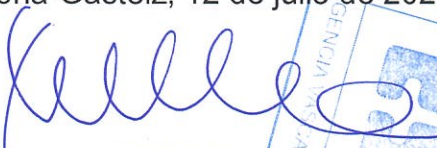
“Tratamiento a gran escala de las categorías especiales de datos a que se refiere el artículo 9, apartado 1, o de los datos personales relativos a condenas e infracciones penales a que se refiere el artículo 10”.

La puesta en marcha de los registros y sistemas de información previstos en la norma proyectada, implica necesariamente tratamientos de datos de salud, incluidos en las categorías especiales del artículo 9 RGPD que, al extenderse a nivel de esta Comunidad Autónoma, entran en el concepto de gran escala exigido por el RGPD.

Por ello, los responsables del tratamiento deberán realizar, con carácter previo, una evaluación de impacto de las operaciones de tratamiento en la protección de datos personales.

Estas son las consideraciones que realiza la Agencia Vasca de Protección de Datos en relación con el anteproyecto de ley remitido.

Vitoria-Gasteiz, 12 de julio de 2022


Margarita Uria Etxebarria
Directora de la Agencia Vasca de Protección de Datos





IV

EUSKADIKO AHOLKU BATZORDE JURIDIKOAREN (EABJ) IRIZPENA / DICTAMEN DE LA COMISIÓN JURÍDICA ASESORA DE EUSKADI (COJUAЕ)

**LEGE-PROIEKTUA,
EUSKADIKO OSASUN
PUBLIKOARENA.**

**PROYECTO DE LEY DE
SALUD PÚBLICA DE EUSKADI.**



OSASUNeko SAILBURU ANDREA

Euskadiko Aholku Batzorde Juridikoaren Osoko Bilkurak, 2022ko maiatzaren 24an egindako bileran, ertzean adierazitako kideak bertaratu direla, zure **kontsulta** aztertu du (erregistro-zenbakia: 61/2022), hain zuzen ere, **Euskadiko Osasun Publikoaren Legearen aurreproiektuaren gaine**koa (Erref.: DNCG_LEY_6380/21_09).

Eztabaidatu eta gero, irizpen hau eman du, aho batez. Urkiola Mendibil eta Erdaide Gabiola batzordekide andreek azaldu dute Batzordearen iritzia.

BATZORDEBURUA:

Sabino Torre Díez jauna.

BATZORDEBURUORDEA:

Xabier Unanue Ortega jauna.

BATZORDEKIDEAK:

M^a Teresa Astigarraga Goenaga andrea.

Iñaki Beitia Ruiz de Arbulo jauna.

Iñaki Calonge Crespo jauna.

M.^a Jesús Urkiola Mendibil andrea.

M.^a Lourdes Pérez Ovejero andrea.

Mirari Erdaide Gabiola andrea.

Jaione Juaristi Sánchez andrea.

IDAZKARIA:

Jesús M^a Alonso Quilchano jauna.

81/2022 IRIZPENA

AURREKARIAK.....	2
AURREPROIEKTUAREN DESKRIAPENA.....	5
BATZORDEAREN ESKU-HARTZEA.....	11
ESKUMEN-KONTSIDERAZIOAK ETA ARAU-ESPARRUA.....	11
I Estatuari dagokionez	11
II Europar Batasunaren barruan:	16
PRESTATZEKO PROZEDURA.....	18
LEGE-AURREPROIEKTUAREN ANALISIA.....	30
I Ohar orokorrak	30
A) Osasun-larrialdia	30
Osasun-larrialdiko egoeran hartu beharreko neurriak:.....	30
Emergentzien erregulazioarekin lotzea:	46





Langileen antolamendu-egokitzapenak eta funtzioen eta zereginen aldaketak:.....	50
Interbentzio-neurrien baimen edo berrespen judiziala:	52
B) Beste gai batzuk	55
Eskumen-banaketa eta koordinazio-ahalmenak:	55
Osasun publikoko zerbitzuen antolaketa, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean:.....	61
Zehatzeko ahala:	65
Datu pertsonalen babesa:	76
II Artikuluen gaineko beste zenbait ohar	79
III Legegintza-teknikaren arloko oharra	105
ONDORIOA.....	110

AURREKARIAK

1. Osasuneko sailburuaren 2022ko martxoaren 21eko Aginduaren bidez (Batzordean 2022ko martxoaren 22an sartu zen), kontsultarako jarri zen Euskadiko Osasun Publikoaren Legearen aurreproiektua.
2. Bidalitako espedientea, lege-aurreproiektuaren testuaz eta aipatutako eskaera-aginduez gain, honako dokumentu hauek osatzen dute:
 - a) 2021eko ekainaren 16ko Agindua, Osasuneko sailburuarena, Euskadiko Osasun Publikoaren Legearen aurreproiektuaren alde aurreko kontsulta publikoa egitekoa.
 - b) Aldez aurreko kontsulta-izapidean SATSE Erizainen Sindikatuak (2021/06/16an) eta Bilboko Medikuz Zientzien Akademiak (2021/07/06an) egindako ekarpenak.
 - c) IREKIA gobernu irekiaren plataforman egindako eta erantzundako ekarpenak, Jaurlaritzak, eztabaida-fasean (2021eko ekainaren 16tik 2021eko uztailaren 6ra), Euskadiko osasun publikoaren Legeari buruz egindako proposamenaren inguruan egindakoak.
 - d) 2021eko uztailaren 14ko Agindua, Osasuneko sailburuarena, Euskadiko Osasun Publikoaren Legearen aurreproiektua egiteko prozedurari hasiera ematen diona.



- e) 2021eko uztailaren 20ko memoria ekonomikoa, Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorretako zuzendariak sinatua.
- f) 2021eko uztailaren 20ko justifikazio-memoria teknikoa, Osasun Publikoaren eta Adikzioen zuzendariak sinatua.
- g) 2021eko abuztuaren 2ko Agindua, Osasuneko sailburuarena, Euskadiko Osasun Publikoaren Legearen aurreproiektua aldeztu aurretik onartzen duena.
- h) 2021eko abuztuaren 4ko Ebazpena, Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorretako zuzendariarena, zeinaren bidez jendakurrean jartzen baita Euskadiko Osasun Publikoaren Legearen aurreproiektua.
- i) Txosten juridikoa, Osasun Saileko Lege Aholkularitzarena, 2021eko abuztuaren 6koa.
- j) Emakunderen errekerimendua, 2021eko abuztuaren 12koa, lege-aurreproiektuari buruzkoa, generoaren araberrako eraginaren txostena egin dadin.
- k) Lege-aurreproiektuaren generoaren araberrako eraginaren txostena, 2021eko abuztuaren 24koa.
- l) Euskal Autonomia Erkidegoko Farmazialarien Kontseiluak jendakurreko informazioaren izapidean egindako alegazioak, 2021eko abuztuaren 27koak.
- m) Antolamendu-txostena, Herritarrak Hartzeko eta Zerbitzu Digitaletako Zuzendaritzarena, 2021eko abuztuaren 30ekoa.
- n) SATSE Erizainen Sindikatuak jendakurreko informazioaren izapidean egindako alegazioak, 2021eko abuztuaren 31koak.
- o) Bizkaiko Albaitarien Argi Legezko Elkargoko presidenteak eta Euskal Herriko Albaitarien Kontseiluko presidenteordeak egindako eskaera, 2021eko abuztuaren 31koa, alegazioak egiteko epea luzatzeko.
- p) Bizitza Elkarrekin jendakurreko informazioaren izapidean egindako alegazioak, 2021eko abuztuaren 31koak.
- q) Donostiako Udalaren Ingurumen Osasunaren eta Iraunkortasunaren Zerbitzuak egindako alegazioak, 2021eko irailaren 1ekoak.



- r) EUDLEK egindako eskaera, 2021eko irailaren 6koa, alegazioak egiteko epea luzatzeko.
- s) Bizkaiko Albaitarien Argi Legezko Elkargoak egindako alegazioak, 2021eko irailaren 15ekoak, Farmazialarien Kontseiluak egindako alegazioei buruzkoak.
- t) EUDLEK egindako alegazioak, 2021eko irailaren 20koak.
- u) Ziurtagiria, Euskadiko Kontsumoko Kontsulta Batzordearena, 2021eko irailaren 14koa.
- v) Bilboko Udalaren Osasuna eta Kontsumo Sailaren zuzendariak egindako alegazioak, 2021eko irailaren 28koak.
- w) Euskadiko Sendagileen Sindikatuak (SME) egindako alegazioak, 2021eko urriaren 5ekoak.
- x) Herri Administrazioetan Hizkuntza Normalizatzeko Zuzendaritzaren txostena, 2021eko urriaren 6koa.
- y) Euskadiko Osasun Kontseiluaren idazkariak egindako ziurtagiria, 2021eko urriaren 8koa.
- z) Emakunderen txostena, 2021eko urriaren 8koa.
- aa) 040/2021 txostena, 2021eko urriaren 28koa, Funtzio Publikoko Zuzendaritzarena.
- bb) Osalan-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundeak lege-aurreproiektuari egindako ekarpenak; ez dago horiei buruzko datarik, baina alegazioei erantzuteko txostenean adierazten denez, ekarpen horiek 2021eko irailaren 24an egindako bileran aurkeztu ziren.
- cc) Aurkeztutako alegazioei eta iradokizunei buruzko memoria, Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorretako zuzendariak sinatua, 2021eko azaroaren 11koa.
- dd) 12/21 irizpena, 2021eko abenduaren 9koa, Euskadiko Ekonomia eta Gizarte Arazoetarako Batzordearena.
- ee) Kontrol Ekonomikoko Bulegorako (KEB) memoria ekonomikoa (bigarrena), Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorretako zuzendariak sinatua, 2021eko abenduaren 16koa.



- ff) Euskadiko Ekonomia eta Gizarte Arazoetarako Batzordeak lege-aurreproiektuari buruz egindako ekarpenei eta proposatutako hobekuntza-eremuei buruzko memoria, Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorretako zuzendariak sinatua, 2021eko abenduaren 16koa.
 - gg) Tokiko Gobernuen Batzordearen txostena, 2022ko otsailaren 16koa.
 - hh) Txostena, ekonomia- eta araudi-kontrolari buruzkoa, Kontrol Ekonomikoko Bulegoak 2022ko martxoaren 8an egindakoa.
 - ii) Tokiko Gobernuen Batzordeak eta Kontrol Ekonomikoko Bulegoak egindako behaketei buruzko memoria, Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorretako zuzendariak sinatua, 2022ko martxoaren 15koa.
 - jj) Lege-aurreproiektua izapidetzeari buruzko memoria, Euskadiko Aholku Batzorde Juridikora bidaltzekoa, Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorretako zuzendariak sinatua, 2022ko martxoaren 21koa.
3. Apirilaren 27an espedientea osatu zen aurreproiektuaren izapidetze formalari hasiera eman aurretik egindako erkatze-izapideari dagokion dokumentazioarekin.

AURREPROIEKTUAREN DESKRIBAPENA

4. Aurreproiektuak honako hauek ditu: zioen azalpena, 99 artikulua –zazpi kapitulutan egituraturik–, bi xedapen gehigarri, bi xedapen iragankor, xedapen indargabetzaile bat eta hiru azken xedapen.
5. Zioen azalpenean, osasuna eskubidetzat eta osasun-ekitatea justizia sozialaren adierazpentzat hartu ondoren, azaltzen da 8/1997 Legea, ekainaren 26koa, Euskadiko Antolamendu Sanitarioarena, eta Lege hori onartu zenetik erdietsitako lorpenak garrantzitsuak izan direla, baina onartzen da gizarte-desberdintasunak daudela osasun-arloan.
6. Zati horretan adierazten da COVID-19aren pandemiak agerian jarri duela osasun-larrialdiei erantzun hobea emateko mekanismoak indartu egin behar direla.
7. Ondoren, adierazten da osasun publikoaren kontzeptuak zer bilakaera izan duen legea onartu zenetik. Ildo horretan, nazioartean onartutako tresnei buruzko hainbat aipamen egiten dira, eta jasotzen da garrantzitsua dela osasunaren baldintzatzaileen inguruan jardutea «osasun-emaiza orokorrak hobetzeko eta desberdintasunak murrizteko» eta komenigarria dela «Osasuna Politika Guztietan» ikuspegia ardatz hartzea; izan ere, horri esker, «osasunari lotutako kontsiderazioak



modu erabakigarriagoan eta eraginkorragoan txerta daitezke sektore eta arlo politikoek erabakiak hartzeko garaian».

8. Gaur egun osasun publikoaren aplikazioan esku hartzen duten eragileek zabaltasunaren ikuspegi horrekin, honako hau jasotzen da: «lege honek Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema sortu eta taxutzen du. Sare artikulatu gisa antolatzen da, eta zerbitzu integralen multzo bat eskaintzea du helburu, «Osasuna Politika Guztietan» paradigmaman oinarrituta, herritarrek ahalik eta osasun-mailarik handiena lortu eta eduki dezaten».
9. Jarraian, gaur egun bizi dugun pandemia-egoerak osasunaren alorrean agerian jarri dituen gaiak aipatzen dira, besteak beste, « osasun-agintaritzen eta osasunean eragina duten sektoreen, erakundeen, gizarte-eragileen eta ekonomiako eragileen artean beharrezkoa den koordinazioaren eta zeharkakotasunaren garrantzia». Horrela, beraz, Euskadiko Babes Zibileko Plana, larrialdi mota orori aurre egiteko Euskal Autonomia Erkidegoko antolamendu-esparru orokorra ezartzen duena, aipatzen da.
10. Zioen azalpena bukatzeko, ikerketak osasun publikoan duen garrantziari buruzko gogoeta egiten da eta arauaren helburuak zerrendatzen dira:
 - «Osasuna Politika Guztietan» estrategia eta osasunaren gizarte-baldintzatzaileen ikuspegia hartzea, osasunaren arloko munduko eta Europako lehentasunei jarraikiz. Bereziki, «Osasuna Politika Guztietan» ikuspegiari lotutako Garapen Jasangarrirako Helburuak hartzen dira erreferentzia-esparrutzat.
 - Pertsonen osasuna eta ongizatea sustatzea, eta jarduketetan orientazio komunitarioari eta sektore artekoari lehentasuna ematea.
 - Administrazio publikoen arteko elkarlana sustatzea herritarren osasunaren eta ongizatearen arloan, batez ere tokiko esku-hartzeetan.
 - Komunitateak, gizarte-mugimenduak eta gizarte zibila sartzeko esku-hartzeen plangintzan, garapenean eta ebaluazioan.
 - Politika sektorialek herritarren osasunean eta ingurune fisikoan dituzten eraginak aztertzea. Bereziki, giza osasunaren, ingurumenaren eta animalien osasunaren arteko lotura; hala aitortzen baitu «One Health / Osasun Bakarra» izeneko ikuspegiak.



- Eta, elkarlanaren ikuspegitik, administrazio publiko guztiak koordinatuta eta inplikaturik dauden beste eragile batzuekin batera lan egitea, herritarren osasuna babesteko, osasuna eta ingurune eta bizimodu osasungarriak bultzatzeko eta herritarrengan eragina duten osasunaren gizarte-baldintzatzaileetan eragin positiboa izateko.
 - Oinarriak ezartzea osasun-larrialdiak, epidemiak eta pandemiak prebenitu, goiz detektatu, zaindu eta modu eraginkorrean kudeatzeko.
11. I. kapituluan, «Xedapen orokorrak» (1. artikulutik 5.era), bere xedea eta aplikazio-eremua azaltzen dira, osasun publikoko jarduketek, prestazioek eta zerbitzuek oinarri izango dituzten printzipioak zerrendatzen dira, Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren funtsezko funtzioak arautzen dira eta testu arauemailean erabili diren kontzeptu batzuen definizioak zerrendatzen dira.
 12. II. kapitulua, «Herritarrak eta osasun publikoa» (6. artikulutik 17.era), bi ataletan egituratuta dago. Lehen atala herritarrek osasun publikoari dagokionez dituzten eskubideei buruzkoa da: berdintasunerako eta ekitaterako eskubidea, osasun publikoko prestazioetarako eskubidea, informaziorako eskubidea, osasun publikoko jarduketetan eraginkortasunez parte hartzeko eskubidea, konfidentzialtasunerako, intimitaterako eta duintasuna errespetatzeko eskubidea, jarduketa inpartzialerako eskubidea, autonomia pertsonalerako eskubidea, osasun publikoko esku-hartzeetan segurtasuna izateko eskubidea eta osasun-hezkuntzarako eskubidea. Atal horren amaieran, eskubide horien mugaketari buruzko artikulua bat dago. Bigarren atalean (17. artikulua), herritarrek osasun publikoaren arloan dituzten betebeharrak aipatzen dira.
 13. III. kapitulua, «Euskadiko Osasun Publikoko Sistema» (18. artikulutik 26. artikulura), hiru ataletan egituratuta dago. Lehen atalaren xedea osasun publikoaren sistema bera da, eta, hasteko, «Osasuna Politika Guztietan» printzipioa aldarrikatzen da osasun publikoan garatu beharreko ekintza guztien oinarri gisa. Jarraian, Euskadiko Osasun Publikoko Sistema definitu ondoren, administrazio publikoek osasun publikoari dagokionez dituzten betebeharrak ezartzen dira eta bi tresna eratzen ditu: osasunean duten eraginaren balorazioa eta osasun publikoko programen prozesuen eta emaitzen balorazioa.
 14. Bigarren atalean, «Osasun publikoko profesionalak» izenekoan, profesional horiek zeintzuk diren definitzen da eta profesional horien oinarritzko gaitasun profesionalak zerrendatzen dira. Ondoren, hirugarren atalaren hasieran, («Plangintza») Euskadiko Osasun Plana arautzen da. Horrek ekainaren 26ko 8/1997



Legean, Euskadiko Antolamendu Sanitarioari buruzkoan, arautzen dena ordeztzen du, eta Planaren gutxieneko edukia ezartzeaz gain, zenbateko maiztasunez egin eta ebaluatu behar den ezartzen du.

15. Atal honetako ondorengo artikuluetan jasotzen da «tokiko, eskualdeko eta foru-mailako erakundeek» osasun-arloko beren estrategiak edo planak onartzeko duten ahalmena, Euskadiko Osasun Planarekin eta Euskadiko Adikzioen Planarekin bat etorritik, eta aurreikusten dute beste plan eta estrategia osagarri batzuk ere egongo direla.
16. IV. kapitulua, «Euskadiko osasun publikoko sistemaren antolamendua eta koordinazioa » (27. artikulutik 46.era), bost ataletan egituratuta dago. Lehen atalaren xedea (27. artikulutik 30.era) osasun publikoaren arloko eskumen-banaketa da. Administrazio publiko guztien eskumenei buruzko artikulua orokor bat dago eta ondorengo hiru artikuluetan Eusko Jaurlaritzaren, udalerrien eta foru-aldundien eskumenak zehazten dira.
17. Bigarren atalean (31. artikulutik 37.era), Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren erakunde-antolamendua arautzen da. Atal horretan, irizpide batzuk ezartzen dira osasun publikoaren arloko baliabideak egituratzeko ez ezik, «osasun publikoko larrialdi-egoeretan» baliabide horiek berrorientatzeko ere. Azpimarratzen da garrantzitsua dela osasuna sustatzea toki-eremuan, orientazio komunitarioa izanda, eta helburu horrekin formaliza daitezkeen lankidetzak-tresnak ere azpimarratzen dira.
18. Administrazio Orokorraren mailan, «osasun publikoaren organo nagusiaren» funtzioak zehazten dira. «Organo horrek zuzendu eta koordinatuko ditu administrazio orokorrak eta administrazio instituzionalak osasun publikorako erabiltzen dituen bitarteko eta baliabide guztiak». Aurreproiektuan aurreikusten da egitura deszentralizatu bat ezarri ahal izango dela osasun publikoko lurralde-unitateekin.
19. Hirugarren atalean (38. artikulutik 40.era) administrazio publikoen arteko koordinazioa, lankidetzak eta interakzioa aipatzen da eta Osasun Publikoko Erakunde arteko Batzordea eratzen da. Batzorde hori «osasun publikoaren arloko politikak lerokatzeko organoa izango da, baita Euskadiko Osasun Publikoko Sistema osatzen duten EAEko administrazio publikoak koordinatzeko, elkarrekin lankidetzan aritzeko eta parte hartzeko organoa ere». Atal horren amaieran, osasun-arriskuen edo osasun-larrialdien kasuan, Estatuko Administrazio Orokorrarekin eta beste administrazio batzuekin izan behar den koordinazioa arautzen da.
20. Laugarren atala (41. artikulutik 43.era) Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren eta Euskadiko Sistema Sanitarioaren arteko koordinazioari, lankidetzari eta



interakzioari buruzkoa da. Zehazki, Euskadiko Osasun Publikoko Sistemak Euskadiko Sistema Sanitarioari dagokionez dituen betebeharrak aipatzen dira, eta, alderantziz, osasun-zerbitzu publikoak eta pribatuak ematen dituzten organoek «Eusko Jaurlaritzako osasun publikoko organo nagusiari dagokionez» dituzten betebeharrak.

21. Azkenik, bosgarren atalean, (44. artikulutik 46.era) kontsulta, aholkularitza eta parte-hartzerako organoak arautzen dira, eta, bereziki, Osasun Publikoaren Euskal Kontseilua, «sozietate zibilaren parte-hartzerako organo gorena den aldetik».
22. V. kapituluak (47. artikulutik 67.era) osasun publikoko prestazioei eta jarduketei buruz dihardu. Lehen atala osasun publikoko prestazioei buruzkoa da. Bigarrena osasunaren zaintzari buruzkoa. Hirugarren atalean osasun-arazoaren prebentzioa eta haren baldintzatzaileen gaineko jarduketa arautzen dira. Laugarren atalean herriarren osasuna babestea lantzen da. Bosgarren atala osasun-larrialdietan, epidemietan edo pandemietan herriarren osasuna babesteari buruzkoa da. Seigarren atalean eskola-osasuna arautzen da, eta zazpigarrenean lan-osasuna. Zortzigarren atalak Euskadiko Osasun Publikoko Laborategiaz dihardu, bederatzigarrenak osasunaren sustapenaz eta hamargarrenak adikzioez.
23. VI. kapitulua, «Euskadiko osasun publikoaren arloko informazio-sistemak eta ezagutzaren kudeaketa» (68. artikulutik 77.era), hiru ataletan egituratuta dago. Lehen atalean adierazten denez, Euskadiko Osasun Publikoko Informazio Sistema «pertsonek, zerbitzuen, unitateen, prozeduren eta datuak bildu, prozesatu eta analizatzeko instrumentuen multzo antolatu eta harmonikoa da; bildutako datu horiek biztanleriaren osasuna babestu eta sustatzeko beharrezkoa den informazioa sortzera eta osasun publikoko jarduerak egitera bideratuko dira». Sistemaren edukia eta funtzioak zedarritzen dira, baita sistema horrek bete behar dituen bermeak eta osasun publikoaren arloko informazioa duten eragileek informazioa transmititzeko dituzten betebeharrak ere.
24. Bigarren atalean, Euskadiko Osasun Behatokia arautzen da eta bertan adierazten denez, «iherketa, azterketa eta informazio tekniko eta zientifikoa emateko unitatea edo zerbitzua» da; horrez gain, Behatokiaren funtzioak zedarritzen dira eta horren antolamenduari eta funtzionamenduari buruzko arauak garatzen dira.
25. Lege-aurreproiektu honetako kapitulu honen hirugarren atalaren (azkena) xedea osasun publikoaren arloko prestakuntza, iherketa, berrikuntza eta ebaluazioa da. Osasun publikoko profesionalen prestakuntza eta trebakuntza aipatzen dira, baita unibertsitate-eremuko prestakuntza-programak eta jarduketa sanitarioak, soziosanitarioak eta osasunarekin lotutako beste jarduketa batzuk egiten dituztenentzako programak ere. Era berean, aipatzen da osasun publikoaren



arloko ikerketa eta berrikuntza sustatu behar direla eta osasun publikoko programa publikoak ebaluatu.

26. Azkenik, VII. kapituluan, osasun publikoaren arloko erantzunkidetasuna eta administrazioaren esku-hartzea arautzen dira. Lehen atalean, administrazioaren esku-hartzearen informazio-printzipioak agertzen dira.
27. Bigarren atalean (79. eta 80. artikulua), pertsonen osasunean eragina duten jardueren arduradunek aplikatu beharko dituzten autokontrol-prozedura deitzen zaienak aurreikusten dira; horrez gain, osasun publikoa babestu behar dela eta erakunde publiko eta pribatu guztien ardura duen Administrazio sanitarioarekin elkarlanean aritu behar dela adierazten da, eta osasunerako arriskuak daudela atzemanaz gero, erakunde eskudunei jakinarazteko prozedurari buruzko arauak egiteko eskatzen da.
28. Hirugarren atalean (81. artikulutik 84.era), osasun-agintaritza diren organoak eta horien funtzioak identifikatzen dira; era berean, osasun-agintaritzako eragileak eta horiei dagozkien jarduketak arautzen dira.
29. Laugarren atala, (85. artikulutik 91.era), administrazioaren esku-hartzeari buruzkoa «Zuhurtasun-printzipioa» deritzan artikuluekin hasten da; ondoren, esku-hartze horren eremu batzuk arautzen ditu, hala nola informazioaren eta publikotasunaren kontrolaren eremua (86. artikulua), jarduerak egiteko baimen- eta komunikazio-araubidea (87. artikulua) eta osasun-agintaritzaren eragileek ikuskapen- eta kontrol-funtzioak betetzea (88. artikulua).
30. 89.etik 91.era bitarteko artikuluetan, osasunerako arriskua dagoen kasuetan, osasuna babesteko hartu behar diren prebentzio- eta zuzenketa-neurriak arautzen dira, herritarren eskubideetan, baita funtsezkoetan ere, eragina izan arren. 89. artikuluan «Neurri bereziak eta kautelazkoak» arautzen dira, 90. artikuluan «Pertsonak eraginpean hartzen dituzten interbentzio-neurriak» eta 91. artikuluan «Bakartze- edo berrogeialdi-neurriak».
31. Azkenik, bosgarren atalak zehapen-araubideari buruz dihardu (92. artikulutik 99.era), eta arau-hausle motak (93. artikulua), zehapenak (94. eta 95. artikulua) eta haiek mailakatzeko irizpideak (96. artikulua) arautzen dira, baita beste hainbat gai ere, hala nola erantzukizuna (97. artikulua), zehapenak ezartzeko organo eskudunak (98. artikulua) eta preskripzioa eta iraungitzea (99. artikulua).
32. Aurreproiektuaren azken zatian, bi xedapen gehigarri datu pertsonalen tratamenduari eta hizkuntza ofizialen erabilerari buruzkoak dira, hurrenez hurren; eta bi xedapen iragankorrek indarrean dauden planei eta hasitako zehapen-



espedienteei aplika dakiekeen araubide iragankorra ezartzen dute. Xedapen indargabetzaileak 8/1997 Legearen, Titulartasun partekatua arautzen duenaren, 13. artikulua –Osasun Plana arautzen duena– indargabetzen du.

33. Testua bukatzeko, hiru azken xedapen daude: lehena egitura eta antolaketa instituzionalaren egokitzapenari buruzkoa da; bigarrenak Gobernu Kontseilua gaitzen du lege hau garatu eta aplikatzeko beharrezkoak diren erregelamenduzko xedapenak emateko; eta hirugarrenak legea indarrean jartzea zehazten du: legea Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkarian (EHAA) argitaratu eta hogeiei egunera.

BATZORDEAREN ESKU-HARTZEA

34. Irizpen hau Euskadiko Aholku Batzorde Juridikoari buruzko azaroaren 24ko 9/2004 Legearen 3.1. a) artikuluekin bat eman da; artikulua horrek Batzordearen kontsulta-funtzioaren eremutzat jotzen ditu lege-aurreproiektuak, edozein dela ere haien arloa eta xedea, betiere biltzen dituen salbuespenen barruan sartuta ez badaude, eta honako hau ez da horietako bat.

ESKUMEN-KONTSIDERAZIOAK ETA ARAU-ESPARRUA

I ESTATUARI DAGOKIONEZ

35. Konstituzioaren (EK) 43. artikuluan, Konstituzioaren I. titularen hirugarren kapituluaren ageri den artikuluan, alegia, aitortzen da osasunaren babeserako eskubidea, eta artikulua horren 2. apartatuak dio botere publikoei dagokiela osasun publikoa antolatzea eta zaintzea, prebentzio-neurrien bidez eta behar diren prestazio eta zerbitzuen bidez. Azkenik dio legeak ezarriko duela zer eskubide eta betebeharrak dituzten guztiek gai horretan.
36. Horren edukia Konstituzioko printzipio gidaritzat hartu behar da, eta botere publikoen jarduna orientatu eta finkatzeko balio du. Ildo horretatik, Konstituzio Auzitegiak hau ere adierazi du: «Osasuna “babesteko eskubidea” (EKren 43.1 artikulua) Konstituzioak aldarrikatu “politika sozial eta ekonomikoa gidatzeko printzipio”etako bat da, eta printzipioak horiek aitortuz, errespetatuz eta babestuz zertuko dira botere publikoen jardura guztiak (EKren 53.3 artikulua)» –Konstituzio Auzitegiaren 221/2009 autoa (KAA), uztailaren 21ekoa, 4. OJ–, eta, era berean «Konstituzioaren aldetik ukaezinezko garrantzia duen balioa» (96/2011 KAA, ekainaren 21ekoa, 5. OJ).
37. Testuinguru horretan, gure autonomia-erkidegoan xedapen hau emateko gaikuntza dakarren eskumen-titulua da, barne-osasunaren arloan, Estatuko oinarritzeko legeria lege bidez garatu eta betearazteari buruzkoa, autonomia-estatutuaren (EAEAE) 18.1 artikuluan baitago jasota; egin-eginean ere, eskumen



hori egikaritzeko, kontuan hartu behar da, EKren 149.1.16 artikulua arabera, Estatuak eskumen eskusiboa duela osasunaren oinarriak ezartzeari eta koordinazio orokorrari dagokienez.

38. Era berean, EAEAREN 18.4 artikulua autonomia-erkidegoa gaitzen du goian aipatutako gaiarekin lotura duten zerbitzuak antolatu eta administratzeko; horrez gain, osasunaren eta gizarte-segurantzaren alorreko instituzioak, erakundeak eta fundazioak babestuko ditu.
39. EAEAREN 18. artikulua baita, izan ere, erregulazioaren muina, eta oinarria ematen die ezarri nahi den erregimenaren xedapenei, alde batera utzi gabe, jakina, beste eskumen-titulu garrantzitsu batzuk ere, aurreproiektuak eragina duen beste eremuak ere aintzat hartuta.
40. Aurreproiektuaren 27. artikuluan bertan aipatzen diren arauen zerrendatik ondorioztatzen denez, –«politika komunitarioa; industriaren, nekazaritzaren eta arrantzaren arloetako politiken kudeaketa; laneko segurtasuna, higiena eta osasuna; toki-araubidea; barne-merkataritza; publizitatea eta komunikabideak; ingurumena, lurralde-plangintza eta hirigintza; enplegua eta gizarte-politikak; hezkuntza; gazteria; jarduera fisikoa; estatistika eta ikerketa; etxebizitza; garraioak; ogasuna; ekonomia; berdintasun-politika»–, legea diziplina anitzekoa izateak eragiten du beste eskumen-eremu batzuk barnean hartzea, indar handiagoz edo txikiagoz.
41. Beraz, aurreproiektuan jasotako erregulazioa kontuan hartzen badugu, honako eskumen-titulu hauek geratzen dira eraginpean, besteak beste: segurtasun publikoa (EAEAREN 17. artikulua), kontsumitzailearen eta erabiltzailearen defentsa (EAEAREN 10.28 artikulua), ingurumena (EAEAREN 11.1.a artikulua), hezkuntza (EAEAREN 16. artikulua), toki-araubidea eta funtzionarioen estatutua (EAEAREN 10.4 artikulua), prozedura administratiboa (EAEAREN 10.6 artikulua), kanpo-merkataritza (EAEAREN 10.21 artikulua) eta autoantolamendu administratiboa (EAEAREN 10.2 artikulua).
42. Barneko osasunari dagokionez gailentzen den tituluan arreta jarritz, esan behar dugu jurisprudentzia konstituzionalak irismena eta esanahia zedarritu dizkiola EKren 149.1.16 artikulua Estatuari emandako eskumen-tituluari, osasunaren oinarrien kontzeptuari alegia. Hauxe adierazi du:

«...1 gai jakin bat eratu edo antolatzen duten arau-printzipio orokorrak hartu behar dira halakotzat, Estatuko lurraldean nahitaez indarrean behar duen esparru edo arau erkideak osatzen dituztenak, funtsean. Oinarritzakoa, hartara, gai baten funtsa, mamia edo nahitaezkoa da, estatuko eskumena mugatu edo zedarritzen



duen jarrera juridikoen gutxieneko unitate baten mesedetan; era berean, abiapuntua eta muga finkatzen du, hortik aurrera autonomia-erkidego bakoitzak bere Estatutuan bereganatu duen eskumena erabil dezan, bere interesaren defentsan». (guztien erakusgarri, otsailaren 16ko 22/2012 KAE, 3. OJ).

43. Jurisprudentziak berak oinarrizkoaren irismenari eta gai honetan dituen mugei buruz adierazten duen bezala:

...Auzitegi honen doktrinak oinarrien ikuskera gutxieneko erkide uniforme gisa garatu du, baina autonomia-erkidegoek hobetu dezakete, hainbat gaitan oinarrizkoaren irismena interpretatzearen ildotik, hala nola osasun-prestazioetan. Estatuak, EKren 149.1.16 artikularen arabera, oinarrizko arauak eta koordinazioa ezartzeko gaitasuna baitu, eta autonomia-erkidegoei dagokie oinarriak arauz garatzea eta betearaztea.

44. Estatuak osasunaren oinarriak emateko duen eskumenaren irismenari dagokionez, Konstituzio Auzitegiaren doktrinak honako hau egiaztatzen du, gai horretan: «Konstituzioak Estatuari ahalmen bat esleitzeaz gain, Espainiako lurralde osoan gutxieneko erregulazio uniforme duen eta indarrean dagoen osasun-arloko arau-sistema nazional bat egotea ere eskatzen dio, hori bai, alde batera utzi gabe autonomia-erkidegoek dagozkien eskumenen arabera gai horri buruz eman ditzaketen arauak, hala badagokio, Estatuak ezarritako gutxieneko arau komun hori beren lurralde-eremuan hobetzera bideratuta daudenak, edo Konstituzioaren eta Estatutuen arabera arlo horretan dituzten kudeaketa- edo finantzaketa-eskumenak. Eta eskatu egiten dio EKren 149.1.16 artikuluan «osasunaren» arloko oinarriak esleitzen dizkionean, estatuko lurralde osoan indarrean egongo den eta aplikatuko den berdintasunezko gutxienekoa ezartzen dela bermatzeko –arestian esan denez–, osasun-prestazioak edukitzeari buruz, herritar guztiei eskubide berdinak ematearren» –134/2017 Konstituzio Auzitegiaren Epaia (KAE), azaroaren 16koa, 4. OJ–.

45. Ez dezagun ahantz, ezta ere, EKren 149.1.16 artikulua «osasunaren koordinazio orokorra» ere esleitu diola Estuari, nahiz eta kasu honetan ere Konstituzio Auzitegiak horren nondik norakoa taxutu duen, autonomia-erkidegoen eskumenen hustuketa gerta ez dadin, halako moldez non, koordinazioaren bitartez, «zati edo azpisistemen dibertsitatea multzo edo sistemara bildu nahi du, kontraesanak saihestuz eta disfuntzioak gutxituz, horiek bere horretan iraunez gero sistemaren errealitatea bera galarazi edo zailduko lukete eta» (32/1983 KAE, apirilaren 28koa, 2. OJ, 42/1983, maiatzaren 20koa, 3. OJ; 80/1985, uztailaren 4koa, 2. OJ, eta 22/2012, otsailaren 16koa). Nolanahi ere den, koordinazioak esan nahi duenez autonomia-erkidegoek eskumenak egikaritzea osasunaren alorrean, Estatuak, horiek koordinatzean, errespetatu ere egin behar ditu.



46. Estatuko lege-esparruari dagokionez, lehenik eta behin honako hau aipatu behar da: 3/1986 Lege Organikoa, apirilaren 14koa, osasun publikoaren arloko neurri bereziei buruzkoa (aurrerantzean, OPNBLO) –pertsonek oinarritzko eskubideei eragiten dieten neurriak hartzea aurreikusten du, urgentziazko edo premiazko osasun-arrazoiek hala eskatzen dutenean–.
47. Horrez gain, EKren 149.1.16 artikulua arabera emandako Estatuko legeria aipatu behar da. Lehenik eta behin, 14/1986 Legea, apirilaren 25ekoa, Osasunari buruzko Lege Orokorra (aurrerantzean, OLO). Lege horrek, besteak beste, honako hauek arautzen ditu: osasun-sistemaren printzipioak, Osasun Sistemaren jarduketa sanitarioak, esku-hartze publikoa banakako eta taldeko osasunari dagokionez, toki-erakundeek eskumenak eta osasunaren arloko arau-haustak eta zehapenak.
48. Era berean, urriaren 4ko 33/2011 Lege Orokorra, Osasun Publikoari buruzkoa, (aurrerantzean, OPLO) agintzen du, eta lege hori funtsezkoa da aurreproiektuaren helburua eta xedea direla-eta. Lege horrek zazpi titulu ditu, eta honako hauek arautzen dituzte, hurrenez hurren: osasun publikoaren printzipio orokorrak; osasun publikoaren arloko eskubideak, betebeharrak eta obligazioak; osasun publikoaren arloko jarduerak; osasun publikoaren plangintza eta koordinazioa; profesionalak eta ikerketa; Estatuko osasun-agintaritza, zaintza eta kontrola; arau-haustak eta zehapenak. II. tituluan, osasun publikoko jarduketari buruzkoan, zazpi kapitulu bereizten dira, honako hauek arautzen dituztenak: zaintza, osasunaren sustapena, osasun-arazoen prebentzioa eta horren baldintzatzaileak; osasunaren sustapena eta gaixotasunen eta lesioen prebentzioa koordinatzea Osasun Sistema Nazionalan; kudeaketa sanitarioa osasun publikoko ekintza gisa; osasunaren babesa herritarrengan; beste politika batzuek osasunean duten eraginaren ebaluazioa; kanpoko osasuna eta nazioarteko osasuna; eta osasun publikoko informazio-sistema.
49. Arau-ikuspegia Osasun Sistema Nazionalaren kohesioari eta kalitateari buruzko maiatzaren 28ko 16/2003 Legearekin (aurrerantzean, OSNKKL) osatu behar da. Lege horrek definitzen du, Osasun Sistema Nazionalaren prestazioen katalogoaren barruan, osasun publikoko prestazioa dela gizarteak biztanleriaren osasuna zaintzeko, babesteko eta sustatzeko antolatzen dituen ekimenen multzoa. Ekintza kolektibo edo sozialen bidez pertsona guztien osasuna mantendu eta hobetzera bideratutako zientzien, trebetasunen eta jarreraren konbinazioa da (11.1 artikulua). Artikulu horrek berak barne hartzen dituen jarduketak definitzen ditu (2. apartatua), eta zehazten du (3. apartatua) osasun publikoa emateak honako hauek ere barne hartuko dituela: osasun publikoaren arloan, administrazio publikoetako osasun-agintariak, beren eskumenen



esparruan, hartu beharreko jarduketa berezi edo neurri berezi guztiak, baldin eta aparteko osasun-egoerek edo urgentzia edo premia bereziko egoerek horrelakorik eskatzen badute, eta eskura dagoen ebidentzia zientifikoak justifikatzen baditu.

50. Adierazitako legeari dagokionez, 1030/2006 Errege Dekretua, irailaren 15ekoa, Osasun Sistema Nazionaleko zerbitzu komun en zorroa eta berau eguneratzeko prozedura ezartzen duena, aipatu behar da. Lege horren I. eranskinean osasun publikoko zerbitzu komun en zorroa definitzen da.
51. Aipatutako OSNKKLk, gainera, VIII. kapitulu en (65. eta 65 bis artikulua), Estatuak eta autonomia-erkidegoek osasun publikoaren eta elikadura-segurtasunaren arloetan egiten dituzten jarduketa koordinatuen deklarazioa lantzen du. Deklarazio hori, hurrenez hurren, Osasun eta Kontsumo Ministerioari, Osasun Sistema Nazionalaren Lurraldearteko Kontseiluak txostena egin ondoren, eta Elikagai en Segurtasunaren eta Nutrizioaren Espainiako Agentziari dagokio, premia larriko kasuetan izan ezik. Jarduera horiek aurreikusten diren kasuen batean sartuko dira nahitaez. Kasu horiek dira, besteak beste, osasun publikorako arrisku edo alarma bereziko egoerei erantzuteko premia eta Europar Batasunetik edo nazioarteko hitzarmenetatik datozen arau-eskakizunetik eratorritako programak gauzatzea.
52. Eta aurreproiektuari eragiten dion EKren 149.1.16 artikulua en arabera emandako Estatuko legeriari buruzko aipamen hori amaitzeko, honako hauek izango genituzke: azaroaren 14ko 41/2002 Oinarrizko Legea, informazio eta dokumentazio klinikoaren arloan pazientearen autonomia eta eskubideak eta betebeharrak arautzen dituen a; azaroaren 21eko 44/2003 Legea, lanbide sanitario en antolamenduari buruzkoa; eta abenduaren 28ko 2210/1995 Errege Dekretua, zaintza epidemiologikoko Sare nazionala sortzen duena.
53. Euskal Autonomia Erkidegoan onartutako legeriari dagokionez, lehenik eta behin, 8/1997 Legea, ekainaren 26koa, Euskadiko Antolamendu Sanitarioarena, (aurrerantzean, EASL) aipatu behar da. Lege hori osasunaren instituzio-eremuari buruzkoa da, EAEko botere publiko guztiak bereganatzen baititu, eta lehentasunezko zeregin gisa jarduera sozioekonomikoko sektore bakoitzean osasuna sustatzea eta indartzea esleitu die, bizitza-ohitura osasungarriei adore emateko, arrisku-faktoreak kentzeko, ondorio negatibo en intzidentzia ezabatzeko eta bere izaeragatik dagokion leku nagusiaren gainean sentsibilizatu eta kontzientziatzeko.
54. Lege horretan (3. artikulua), EAEko osasun-administrazioari dagozkion jarduketak ezartzean, osasun-prestazio indibidualekin batera, administrazio publikoek



osasun publikoaren babes orokorra prebentzio-neurrien bidez eta osasuna sustatzeko neurrien bidez bermatzeko duten betebeharra aipatzen da.

55. Horrez gain, autonomia-erkidegoko lege-esparruari dagokionez, honako hauek aipatu behar dira: apirilaren 7ko 1/2016 Legea, Adikzioen eta Droga Mendekotasunen gaineko Arreta Integralari buruzkoa; abenduaren 23ko 17/2008 Legea, Nekazaritza eta Elikagaigintza Politikakoa; eta ekainaren 30eko 7/1982 Legea, Eskola-osasunari buruzkoa. Lege horietan guztietan aurreproiektuak aztergai dituen gaiak azaltzen dira.
56. Bukatzeko, ekainaren 24ko 2/2021 Legea, COVID-19aren pandemia kudeatzeko neurriei buruzkoa, aipatu behar da. COVID-19aren pandemiak sortutako osasun-larrialdiari lotuta dagoen denbora-eremua izanik, Legeak, urgentziaren premisatik abiatuta, alderdi hauek arautzen ditu: osasun-larrialdiko egoeraren erregulazioa, babes-erakunde eta -sistema publikoen antolamendua, osasun-larrialdia kudeatzeko osasun-informazioko sistema integrala, bost alerta-mailetakoko bakoitzerako neurri orokorrak eta espezifikak, eta zehapen-araubidea.
57. Larrialdi-egoeren erregulazioari erreparatuta, larrialdiak kudeatzeko Legearen testu bategina onartzen duen apirilaren 27ko 1/2017 Legegintzako Dekretua (aurrerantzean, LKL) hartu behar da kontuan.

II EUROPAR BATASUNAREN BARRUAN:

58. Ekimenaren oinarri diren eskumen-tituluen ikuspegitik, esan behar da osasunaren arloan, erakunde erkideei dagokiela gaia antolatzea eta betearaztea, Autonomia Erkidego osorako erakundeen eta lurralde historikoetako foru-organoen arteko harremanei buruzko azaroaren 25eko 27/1983 Legeak (aurrerantzean, LHL) 6.1 artikuluko hondar-klausularen bidez ezartzen duen barne-banaketa generikoaren arabera.
59. Aurreproiektuak ez du inola ere eskumen-banaketaren esparru hori aldatzen; izan ere, nahiz eta 30. artikulua izenburua «Foru-aldundien eskumenak» izan, eta hori nahasgarria gertatu, ez da LHLn araututakoa urratzen, artikulua horrek apirilaren 2ko 7/1985 Legearen, Toki-araubidearen oinarriak arautzen dituenaren (TAOL) 36. artikuluan oro har jasota dagoen laguntza-funtzioa baino ez baitu jasotzen.
60. Udalerriei dagokienez, TAOLen eta Euskadiko Toki Erakundeei buruzko apirilaren 7ko 2/2016 Legearen (aurrerantzean, ETEL) manuak hartu behar dira kontuan, biek zehazten baitituzte udalen eskumen-eremuak, araudi sektorial aplikagarrian xedatutakoaren esparruan.



61. Lehenak, 25. artikuluan, udalerrien berezko eskumenen zerrendaren barruan, aurreproiektuaren xedearekin zerikusia duten hainbat gai jasotzen ditu. Hala, funtsezkotzat jo behar da osasungarritasun publikoa babestekoa dena, lotura duten beste batzuekin batera, nahiz eta oharkabeagoan izan, hala nola hiri-ingurumena, hilerriak eta hileta-jarduerak, edateko uraren hornidura etxean, eta azokak, hornidura-merkatuak, merkatuak, lonjak eta merkataritza ibiltaria.
62. TAOLek berak, 26. artikuluan, nahitaez eman beharreko gutxieneko zerbitzuak jasotzen ditu. Zerbitzu horietako batzuk aurreproiektuaren xedearekin lotuta daude: hilerriak, edateko uraren etxeko hornidura eta babes zibila.
63. ETELeK, bestalde, osasun publikoa sustatzeko, kudeatzeko, defendatzeko eta babesteko eskumena ere jasotzen du 17. artikuluko horretan. Eta horrekin batera, aurreproiektuaren eraginpean egongo liratekeen beste hainbat: ingurumenaren babesa, hiri-eremuetako hots-kutsaduraren, argi-kutsaduraren eta kutsadura atmosferikoaren aurkako babesa barne; hilerrien eta hileta-zerbitzuen osasun-kontrola; hiri-erabilerako uraren ziklo integraleko zerbitzuak; arriskutsuak izan daitezkeen konpainiako animaliak; erabiltzaileen eta kontsumitzaileen defentsa eta babesa; eta babes zibila eta emergentziak.
64. Udalerriek eskumenak egikaritu ditzaketen eremu horien zehaztapena Estatuko oinarritzko legeria sektorialean jasota dago. Adibidez, OLOren 42. artikuluko udalei dagozkien «gutxieneko erantzukizunak» ezartzen ditu, honela:
 - a) Osasunaren aldetik kontrolatzea ingurumena: Airearen kutsadura, ur-hornidura, ur zikinen saneamendua, hiri-hondakinak eta hondakin industrialak.
 - b) Osasunaren aldetik kontrolatzea industriak, jarduerak eta zerbitzuak, garraioak, zaratak eta bibrazioak.
 - c) Osasunaren aldetik kontrolatzea eraikinak eta gizakien bizilekuak eta giza bizikidetzako lekuak, bereziki elikadura-zentroak, ile-apaindegia, saunak eta higiene pertsonaleko zentroak, hotelak eta egoitza-zentroak, eskolak, kanpamentu turistikoak eta jarduera fisikoa egiteko kirol- eta jolas-eremuak.
 - d) Osasunaren aldetik kontrolatzea elikagaien, edarien eta giza erabilerari edo kontsumoari zuzenean edo zeharka lotutako gainerako produktuen banaketa eta hornidura, eta haiek garraiatzeko baliabideak.
 - e) Osasunaren aldetik kontrolatzea hilerriak eta hileta-polizia sanitarioa.



65. Arau-esparru horrekin, aurreproiektuaren 29. artikulua, toki-araubideari buruzko legeriaren esparruan udalerri berezko eskumenak baliatzea aitortu ondoren eta ETELek osasun publikoa sustatu, kudeatu, defendatu eta babestearen arloan egiten duen esleipena onartu ondoren, OLOn ezarritako funtzioetara egokitzen diren funtzioen zerrenda bat jasotzen du –erabilitako terminologia aldatuz–.

PRESTATZEKO PROZEDURA

66. 8/2003 Legeak, abenduaren 22koak, Xedapen Orokorrak egiteko Prozedurari buruzkoak (aurrerantzean, XOEPL), 3.1 artikuluan bere ezarpen-eremuaren barruan sartu ditu lege-forma duten xedapen orokorrak.
67. Aholku-batzordearen doktrina jarraituaren arabera, ohartarazi beharra dago, araubide-zertasun horrek ez duela baliogabetzen lege-aurreproiektuak egiteko prozeduraren azterketan lehenetsi beharreko ikusmoldea, bestelakoa izan behar duena, halakoak izapidetzearen ondorioz sortutako produktuek izaera berezia baitute.
68. XOEPLren asmoa da gobernuak beste arauen proiektuetan aplikatzen den metodologia bera erabiltzea lege-proiektuak egitean ere. Izan ere, xedapenaren zioen azalpenak dioenez, horrela «legegintzako ahala duenaren eginkizuna erraztu egingo da, hobeto funtsatutako egitasmoak aurkeztuko baitzaizkio eztabaidarako eta erabakia hartzeko, helburuak iristeko egokiagoa eta finagoa den teknika juridikoaz artikulua banatua».
69. Baina, Batzorde honen doktrina errepikatua da prozedurazko betekizun oro baldintza material baten ondorio dela. Hori dela eta, hura aztertzen delarik, benetan betetzen dela egiaztatu behar da, formalki betetzetik harago. Egintzak edo arauak prestatzeko modua epaitzeko irizpidea beti hori bada, lege-aurreproiektuez ari garelarik, aplikagarritasun hori nabarmendu egiten da; izan ere, legeak egiteko ahalaren eta erregelamenduak egiteko ahalaren arteko desberdintasun muturrekoak azterketa hori nabarmenki baldintzatzen du – «legegileak ez du Konstituzioa gauzatzen, egiten duena hark ematen duen esparruaren barnean askatasunez eskubidea sortzea da, izan ere, arau-arloko eskumena gauzatzera Konstituzioarekin eta legeekin bat etorritik jarduten da (Espainiako Konstituzioaren 97. artikulua)» (besteak beste, 209/1987 KAE eta 55/2018 KAE)–.
70. Hain zuzen ere, Legebiltzarrean hedatzen baita bere zabalean legegintza-prozedura, eta Konstituzioak, Euskal Autonomia Erkidegoaren Estatutuak edo, batzuetan, lege organikoek baldintzak ezartzen dituzten kasu berezietan izan ezik, lege-proiektuek bete beharreko baldintza bakarra da beharrezkoak diren aurrekariekin batera bidaltzea Legebiltzarrera, bere iritzia eman eta erabakia hartzeko aukera izan dezan, gutxienez honako hauek: memoria orokorra,



generoaren arabera eraginaren eta neurri zuzentzaileen aurretiazko azterketa, finantzaketari buruzko eranskina eta kontrol ekonomikoko txostena – aurrekontuari karga edo zama dakarkioten proiektuetan–, Batzorde honen irizpena, eta legeriaren arabera nahitaezko diren gainerako txostenak (Jaurlaritzaren Legearen 57. artikulua, eta Eusko Legebiltzarreko Erregelamenduaren 133.2 artikulua).

71. Beraz, lege-aurreproiektuei dagokienez, prozedurak, administrazio-fasean dagoen bitartean, ezin duenez arriskuan jarri amaierako produktuaren baliozkotasuna, helburua ez da haren baliozkotasunean eragina izan dezaketen akatsak saihestea, emaitza nagusia bilatzea baizik: araua proposatutako edukiarekin idaztea eragin duen oinarri objektiboa ezagutzea. Ondorioz, legearen arrazionaltasunaren inguruan ikertzen da –ea hausnarketaren ondoriozko erabakia den–, baita haren arrazoizkotasunaren inguruan ere –gure ordenamendua taxutzen duten arau axiologikoei jarraitzen ote dien–.
72. Hori du, beraz, azken helburutzat Batzordearen azterketak, gobernuaren barnean aurreproiektuak eratzeko prozesua behatzen baitu, ekimenari buruzko epai juridikoa osatzeko ezinbestekoak diren datuak barneratzen dituen egiaztatze – helburuen egokitasunari dagokiona eta proposatutako eduki arauemailea barneratzen dituen–.
73. Horretarako, betiere ikuspegi material batekin, honako hauek aztertzen dira: (I) prestaketa-fasea organo sustatzailean –kontuan hartutako premisa faktiko eta juridikoak eta egindako hausnarketa, hasierako arau-testuari zentzua ematen diotenak–; (II) entzunaldi- eta partaidetza-faseak –testua hartzaileei, eraginpeko sektoreei eta erregulazioari dagozkion eskumen-eremuetako administrazioei zabaldu bazaie–; zein izan den haien balorazioa, zein oharpen eta proposamen egin diren, eta zein diren horiek onartzeko edo baztertzeko arrazoiak–; eta (III) arauen arabera arau-testua ikuspegi kualifikatuetatik aztertzeko eginkizuna duten organoen esku-hartze fasea.
74. Prozedura aztertuz, halaber, egiazta daiteke legea prestatu bitartean ea aintzat hartu diren, kasuan-kasuan, arauaren bideragarritasuna baldintzatzen duten faktoreak (hau da, ea aztertu den bestelako hautabiderik eta horien ondorioz, eta benetan hautabideok aplikatzeko egon litezkeen aukerak, baita, orobat, horien bidez lortu nahi diren ondorioak erdiesteko gaitasuna ere). Alde horretatik, azterketak arreta berezia jartzen du eragin ekonomikoan: ea araudiak administrazioei eskatuko dien ahalegin publikoa neurtu den, eta ahalegin pribatua ere neurtu den, erregulazioaren izaerak hala eskatzen badu. XOEP Lren 10.3 artikuluan erabilitako hitzetan, *in fine* zera ebaluatuko da: «bere aplikazioak beste



administrazio batzuentzat, partikularrentzat eta, oro har, ekonomiarentzat ekar dezakeen kostua».

75. Aipatutako parametroekin, jarraian, emaitza modura Euskadiko osasun publikoaren Legearen aurreproiektuaren testua, aztergai dena, eman duen prozedura aztertzen da.
76. Justifikazio-memorian adierazten denez, sailak hasierako kontraste-fase bat egin zuen 2019ko udan. Bertan, EUDELeK, Kontsumobidek, Osalanek eta Eusko Jaurlaritzako hainbat sailek parte hartu zuten. Fase horretan, erregulazioak kontsumo-araudian ezarritako zehapen-araubidean duen eraginari buruzko gaiak planteatu ziren, eta iradokizunak egin ziren lan-osasunaren, jarduera fisikoaren, kirolaren eta hizkuntza-eskubideen arloetan. EUDELeK esan zuen etorkizuneko legean udalen eskumenak argi zehaztu eta definitu behar zirela, «Euskadiko Toki Erakundeei buruzko Legearen (ETEL) 14. artikulua agintzen duen bezala».
77. Hortik abiatuta, egin den lehen izapidea **aurreproiektua prestatu aurreko kontsulta** da, Administrazio Publikoen Administrazio Prozedura Erkideari buruzko urriaren 1eko 39/2015 Legearen (APEL) 133. artikulua arabera eta Gobernu Kontseiluaren 2017ko abenduaren 12ko Erabakiak –xedapen orokorrak egiteko prozeduraren aplikazioari buruzkoak– jasotako jarraibideetan ezarritako irizpideen arabera. Osasuneko sailburuaren 2021eko ekainaren 16ko Aginduaren bidez formalizatutako izapidea, ekarpenak aurkezteko epea ireki zuena 2021eko ekainaren 16tik uztailaren 6ra bitartean. Agindu hori sailaren web-atarian eta Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Publikoaren egoitza elektronikoaren iragarki-taulan argitaratu zen, eta ekimenarekin konpondu nahi diren arazoak identifikatzen ditu, hura onartzeko beharra eta egokitasuna justifikatzen ditu, eta arauaren helburuak zehazten ditu.
78. Aipatutako Gobernu Kontseiluaren 2017ko abenduaren 12ko Erabakiaren arabera, informazio hori bera helarazi zen Irekira –gobernu irekiko plataformara– eta Legegunera, administrazio-espedienteak argitaratzeko guneak baitira gardentasunari buruzko legeriatik eratorritako publizitate aktiboko betebeharrak betetzeko.
79. Aginduaren arabera, Osasun Publikoaren Sistema eratzea eta antolatzea da aurreproiektuak konpondu nahi duen arazoa, osasun publikoaren arloan gaur egun dauden errokei erantzun integrala, egokia eta eraginkorra emateko, pandemiaren esperientziaren ondoren areagotu egingo baitziren.
80. Aurretiko kontsulten fase honetan, Bilboko Mediku Zientzien Akademiaren eta SATSE erizainen sindikatuaren ekarpenak jaso dira. Fase honetan azaldutako



kezka nagusiak zaintza epidemiologikoko sistemekin, Osakidetzarekin beharrezkoa den koordinazioarekin, erizaintzaren figura indartzeko behararekin eta Osasun Publikoaren eta Epidemiologiaren Eskala eratzearekin lotuta daude.

81. Ekimenak, halaber, ekarpenak jaso zituen Irekia gobernu irekiaren plataforman eztabaida irekita egon zen bitartean. Jasotako ekarpenek gai hauek planteatzen zituzten: COVIDak ezarritako mugak, osasun-ikerketarako EAEko zentroak indartzeko beharra, 5G sareak osasunean duen eragina, eta pertsonal sanitarioaren kolektibo espezifiko bati buruzko gaiak.
82. Osasuneko sailburuaren **2021eko uztailaren 14ko Aginduak** lege-aurreproiektua egiten hastea erabaki zuen.
83. Aginduak bere helburua betetzen du (XOEPLren 5.1 artikulua), izan ere, eratze-prozesua bideratzeko jarraibide nagusiak eta arauaren helburua identifikatzen ditu. Horrenbestez, proposatzen da Euskadiko antolamendu sanitarioari buruzko ekainaren 26ko 8/1997 Legea onartu zenetik osasun publikoaren kontzeptuak izan duen bilakaeraren ondorioz, ezinbestekoa dela lege-testu berri baten bidez sistema berri bati ekitea. Sistema horrek osasun publikoaren arloan esku hartzen duten eta Euskadiko sistema sanitariotik kanpo dauden eragile ugari bilduko ditu.
84. Legeak mugatu egiten du lortu nahi duen helburua: Osasun Publikoaren Sistema sortu eta taxutzea eta, erantzukizun publikoko sare publiko artikulatu gisa antolatzea. Sistema horren helburua, «Osasuna Politika Guztietan» paradigmaman oinarrituta, zerbitzu integralen multzo bat eskaintzea da, herritarrek ahalik eta osasun-mailarik handiena lortu eta atxiki dezaten. Era berean, aginduaren azalpen-zatian adierazten denez, COVID-19aren ondorioz sortutako pandemia-egoerak agerian utzi du herritar guztien osasuna mehatxatzen duten osasun-larrialdien aurrean ahalik eta erantzun onena emateko mekanismoak araudiaren bidez indartu behar direla.
85. Arau-testua egin ondoren, Osasuneko sailburuaren **2021eko abuztuaren 2ko Aginduak**, aldeztu aurretik, lege-aurreproiektua (XOEPLren 7.1 artikulua) onartu du, eta aurretik onartu beharreko lege-aurreproiektuaren testua gehitu du, euskaraz eta gaztelaniaz, Gobernu Kontseiluaren 2013ko maiatzaren 14ko Erabakiaren arabera.
86. Izapide horren helburuarekin bat etorritik, testu horretan ekimena Jaurilaritzan aurkezteko eskumena duen organoaren hasierako jarrera jasotzen da [ekainaren 30eko 7/1981 Legea, Jaurilaritzarena, 18.a) artikulua].



87. Izapidetze-memorian adierazten denez, aurretik onartu beharreko aurreproiektua Eusko Legebiltzarrera igorri da aipatutako Jaurlaritzaren Legearen (ekainaren 30eko 7/1981 Legea) 56. artikuluan ezarritakoa betez.
88. Aurrez, uztailaren 20an, proiektuaren memoria ekonomikoa eta justifikazio-memoria formalizatu dira. **Justifikazio-memoriaren** abiapuntua osasun publikoaren kontzeptuaren bilakaerari buruzko azterketa da, eta azterketa hori osasun publikoak, osasunaren baldintzatzaileak eta «Osasuna Politika Guztietan» printzipioak duten garrantzia nabarmentzen duten nazioarteko hainbat dokumentutan oinarrituta dago. Euskadiko osasun publikoaren egoeraren balorazioa egiten du eta administrazio autonomikoaren zerbitzuen egiturari eta funtzioei dagokienez egungo egoera zein den deskribatzen du. Onartzen du tokiko esparruak osasun publikoko politikak eta jarduerak garatzeko duen garrantzia, eta TAOL eta ETEL Legeen arabera udalei dagozkien funtzioak aipatzen ditu.
89. Memoriak, era berean, estatuko, nazioarteko eta autonomia-erkidegoko egungo arau-esparruaren deskribapena jasotzen du, eta beste autonomia-erkidego batzuek arlo horretan egindako erregulazioen aipamena ere jasotzen du. Era berean, COVID-19aren pandemiari erantzuteko autonomia-erkidegoan egindako jarduketan zerrenda jasotzen da dokumentuan, eta bertan adierazten da bizi izandako egoerak agerian utzi dituela EAEko erakundeek emergentzia garrantzitsuen aurrean prestakuntzaren eta erantzunaren arloetan zituzten mugak, baita alerta goiztiarreko sistemetan zituztenak ere; horiek dira, hain zuzen ere, esparru juridiko berri honek konpondu nahi dituen mugak.
90. **Memoria ekonomikoak**, bestalde, Euskadiko Osasun Planaren ildo orokorrak – aurreproiektuaren oinarri izango liratekeenak– deskribatzen ditu; Euskadiko Osasun Inkestaren (EAEOI) garrantzia defendatzen du, zeina 5 urtean behin egiten den, eta autonomia-erkidegoko osasunari buruzko egungo informazio-sistemaren funtsezko zati bat hartzen du, sistema horretatik osasun-egoerari buruzko datuak, osasunaren baldintzatzaileak eta osasun- eta zaintza-zerbitzuak lortzen baitira.
91. Eragin ekonomikoaren balorazioari dagokionez, lehen memoria ekonomiko honetan, aurreproiektuak autonomia-erkidegoko administrazioan onartzeak ekarriko dituen kostuetan izango duen eragina baloratu da batez ere, eta ez da hausnarketa espliziturik egin beste administrazio batzuetan edo sektore pribatuan izan dezakeen eragin ekonomikoari buruz. Izan ere, memorian adierazten denez, ez da aurreikusten arauak eragin ekonomiko garrantzitsurik



izango duenik autonomia-erkidegoko administrazioarentzat, jarduketak dauden bitartekoekin egingo baitira.

92. Egindako izapidetzearen eta espedienteari erantsitako memorien edukiaren deskribapenak agerian uzten dute organo sustatzaileak hasieratik definitu dituela arauaren helburuak, informazio egokia izan duela hasierako arau-testua egiteko, eta kontuan hartu dituela lan hori baldintzatzen duten baldintzatzaile faktikoak zein juridikoak.
93. Sail sustatzailearen Aholkularitza Juridikoak egindako **txosten juridikoa** dago. Bertan, eskumen-titulua aztertu eta lege-mailaren balorazioa egin ondoren, edukiaren balorazioa egin da, eta ohar batzuk egin dira. Ohar horiek izapidetze-memorian aztertu dira gero, eta, kasu batzuetan, aldaketak egin dira aurreproiektuaren testuan. Aurreikusitako erregelamendu-garapenen identifikazioa eta legegintza-teknikaren arloko ohar batzuk jasotzen ditu txostenak. Txostenean, halaber, proposatutako erregulazioak enpresen eraketan, abiaraztean eta funtzionamenduan daukan eraginari buruzko ebaluazioa egiten da –ekainaren 28ko 16/2012 Legearen, Euskadiko Ekintzaileei eta Enpresa Txikiari Laguntzekoaren, 6. artikulua betez–, eta txostenaren arabera, aurreproiektuak ez du eraginik alderdi horietan. Azkenik, txostenean aipatzen da aurreproiektuak zer izapide bete behar dituen Gobernu Kontseiluak onartzen duen arte.
94. Proposatutako erregulazioak enpresen eraketan, abiaraztean eta funtzionamenduan duen eraginaren ebaluazio horri dagokionez, ez dira kontuan hartu, ordea, aurreproiektuak jasotzen dituen eta enpresa-ekimenak abian jartzean eragina izan lezaketen neurriak. Zehazki, honako hauei buruz ari gara: osasunaren gaineko eragina baloratzeko prozeduraren erregulazioa, 21. artikuluan jasotzen dena; autokontrol-prozeduren ezarpenaren erregulazioa, 79. artikuluan jasotzen dena; eta jarduerak egiteko baimen- eta komunikazio-araubidearen erregulazioa, 87. artikuluan jasotzen dena. Halaber, memoria ekonomikoak ez du egiten interbentzio-neurri horiek sektorearentzat ekar dezaketen kostuaren ebaluaziorik.
95. Emakundek eskatuta, sail sustatzaileak **Generoaren arabera eragina aurretiaz ebaluatzeko txostena** egin zuen, Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako otsailaren 18ko 4/2005 Legearen 19. artikulua (EMGBL) zehaztutakoari jarraikiz eta Gobernu Kontseiluak 2012ko abuztuaren 21ean hartutako Erabakian txostena egiteko zehaztutako gidalerroen arabera.
96. Txosten horrek, haren legezko eskakizunak erantzuten duen helburuaren arabera, aurreproiektuak emakumeen eta gizonen egoeran aurreproiektuaren xede den zuzeneko eremuan zer eragin izango lukeen ebaluatzen du. Txostenak Euskadiko



Sistema Sanitarioak eskaintzen dituen hainbat datu ditu abiapuntutzat. Datu horiek erakusten dute gaixotasun eta osasun-arazo batzuek emakumeengan eta gizonengan eragin desberdina dutela eta osasun-arretako programetan gizonen eta emakumeek parte-hartze desberdina dutela. Horrekin batera, genero-ikuspegitik begiratuta, COVID-19ak izan duen eraginari buruz egindako balorazio espezifikoa bat aipatzen da. Datu horiekin, txostenak ondorioztatzen du, gizonen eta emakumeen arteko berdintasuna sustatzeko helburu espezifikoa esplizituki jasota ez badago ere, helburu hori inplizituki jasota dagoela aurreproiektuak Osasun Publikoaren Sistemaren printzipio gidari gisa ezartzen duen ekitate- eta berdintasun-printzipioan, eta osasun publikoan garatu beharreko ekintza guztien oinarrian dagoela osasunaren baldintzatzaileen gaineko jarduketak –baldintza sozialak, ekonomikoak, generokoak, demografikoak edo geografikoak–.

97. Parte hartzeko izapideei dagokienez, **informazio publikoko izapidea eta administrazioei kontsulta egiteko izapidea** egin dira, XOEPLren 8. eta 9. artikuluen arabera, eta testua foru-aldundietara, EUDELera, Bilbo, Donostia eta Gasteizko udaletara, Osasun Ministeriora, Euskal Herriko Unibertsitatera (EHU-UPV) eta Osakidetzara bidali da.
98. Informazio publikoko izapidea Osasun Saileko Araubide Juridiko, Ekonomiko eta Zerbitzu Orokorretako zuzendariaren abuztuaren 4ko Ebazpenaren bidez egin zen (abuztuaren 6ko EHAAren argitaratu zen), eta, kontsulten izapidea egiteko gauzatutako komunikazioak espedientean agertzen ez diren arren, zenbait erantzunen datak direla-eta, bi izapideak aldi berean egin zirela pentsatu behar dugu.
99. Honako erakunde hauek alegazioak aurkeztu dituzte: EUDEL, Bilbo eta Donostiako udalak, sindikatu profesionalek (SATSE-Erizainen Sindikatua eta Euskadiko Sendagileen Sindikatua), Euskal Autonomia Erkidegoko Farmazialarien Kontseiluak, Bizkaiko Albaitarien Argi Legezko Elkargoak eta Bizitza Elkartek.
100. Eudelen alegazioak proiektuaren zehaztugabetasunean oinarritzen dira, administrazio publikoen eskumenak behar bezala zedarritzeari dagokionez, eta tokiko politikak eta jarduketak koordinatzeko Eusko Jaurlaritzari esleitzen zaizkien funtzioei dagokienez. Halaber, EUDELek, eta baita Bilboko Udalak ere, alegazio batzuk egin ditu udalerriei esleitzen zaizkien eskumen jakin batzuei buruz.
101. Beren jarduera-eremuko gai espezifiko gisa, sindikatuen eta profesionalen elkargoen alegazioek iradokizun bera egin dute, hau da, testuak esanbidez jaso beharko lukeela, testu artikulatuaren hainbat zatitan, aurreproiektuak taxutzen duen Osasun Publikoaren Sistemaren dagokien parte-hartzea. Sindikatu profesionalen alegazioek, halaber, arau-testuak osasun-agintaritzari osasun



publikoko larrialdi-egoeretan funtzioak eta langileak berresleitzeko ematen dion gaikuntzan jartzen dute arreta, eta adierazten dute sindikatuen parte-hartzea ezinbesteko dela.

102. Bestalde, Bizitza Elkartek egin dituen alegazioak honako hauei buruzkoak izan dira: elkartearen ustez zer den nahitaezko txertaketa ahalbidetzeko legezko gaikuntza eta zeintzuk diren herritarren eskubideetan eragina izan dezaketen neurriak hartzea ahalbidetzen duten arauaren eduki guztiak.
103. Lege-aurreproiektua **Euskadiko Kontsumoko Aholku Batzordeari** eta **Euskadiko Osasun Kontseiluari** ere helarazi zaie, azter dezaten. Azken organo horretan, SATSE Erizainen Sindikatuak eta Osalanek egindako ekarpenak eztabaidatu dira, eta ekarpen horiek sail sustatzaileari helarazi zaizkio. Osalanek, bere ekarpen-dokumentuan, Osalan-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea sortzeari buruzko abenduaren 21eko 7/1993 Legearen babesean eratutako lan-osasuneko egungo egiturak baloratu ondoren, hainbat artikulua idazteko proposamen zehatzak egin ditu, lan-osasunaren arazoak proiektuan isla egokia izan dezan.
104. Prestatze-espedientean oso balio handiko dokumentu bat dago: Euskadiko osasun publikoaren Legearen Aurreproiektuari buruz egindako alegazio eta iradokizunei buruzko memoria; dokumentu horrek entzunaldia aztertzen –behar den ikuspegi materialarekin– laguntzen du, egindako alegazio eta ekarpen guztiei banan-banan erantzun baitie organo sustatzaileak, eta, proposamenak onartzeko –eta testua, ondorioz, egokitze– edo kontuan ez hartzeko zer arrazoi izan dituen azaldu die kasu guztietan.
105. Txosten sektorialeki dagokienez, **Herritarrek Hartzeko eta Zerbitzu Digitaletako Zuzendaritzak** txostena egin zuen 2021eko abuztuaren 30ean. Txosten horrek balorazio positibo orokorra jasotzen du, eta arau-testuak Osasun Publikoaren Sistema koordinatzeari eta berau sistema sanitarioarekin koordinatzeari ematen dion garrantziaren balorazio positiboan zehaztuko litzateke. Era berean, positiboki baloratzen du Osasun Publikoko programak ebaluatzeak tresnak ezartzea.
106. Halaber, 2021eko urriaren 6an, **Herri Administrazioetan Hizkuntza Normalizatzeko Zuzendaritzak** txostena egin zuen. Txosten horrek dekretu-proiektuaren izapidetzea azaroaren 6ko 233/2012 Dekretuak eskatutakora egokitzen dela jasotzen du, eta iradokizun zehatz batzuk egiten ditu artikuluei euskararen erabilerarekin zerikusia duten zehaztapenak eranstea –zehazki, erakunde pribatuei dagokienez erabiltzaileen eta kontsumitzaileen hizkuntza-eskubideak jasotzeko beharrari buruz, eta, bestalde, bi hizkuntza ofizialak jakitea



kontuan hartzea testuan aurreikusitako organo aholku-emaileetako ordezkariak izendatzeko—. Iradokizun horiei erantzuteko, sail sustatzaileak erabaki du aurreproiektuari beste xedapen gehigarri bat gehitzea –«Hizkuntza ofizialen erabilera»–, planteatutako gai zehatzei erantzuna emateko.

107. **Emakunde-Emakumearen Euskal Erakundeak** 2021eko urriaren 8an txostena egin zuen, eta, bertan, positiboki baloratzen du sailak genero-eraginari buruzko txostenean datuak emateko egindako ahalegina, eta gizonen eta emakumeen arteko desberdintasunak planteatzen dituen arazo batzuk aipatzen ditu. Horien artean, ikerketa zientifikoak gizonen eta emakumeen arteko desberdintasunei erantzuteko beharra dago. Testuaren idazketari buruzko gomendio batzuk ere proposatu ditu, genero-desberdintasunarekin lotutako gaiak arau-testuan isla handiagoa izan dezaten lortzeko asmoz.
108. Sail sustatzaileak baloratu ditu egindako ekarpenak eta aldaketa batzuk egin ditu. Hala ere, uste du testua egiteko gida gisa erabili den oinarritzko premisa osasunaren gizarte-baldintzatzaileak zeharka lantzea dela, generoarenak barne, eta, beraz, ez du beharrezkotzat jotzen printzipio horri eragin diezaiokeen artikulu bakoitzean berariazko aipamen xehatua egitea.
109. 2021eko urriaren 28an, **Funtzio Publikoko Zuzendaritzak** txostena egin zuen, eta, bertan, eragozpenak jarri zituen arau-testuan autonomia-erkidegoaren erakunde-antolaketaekin, hots, Euskadiko Ogasun Nagusiaren Antolarauei buruzko Legean (EONAL) jasotzen denarekin bat ez datozen antolamendu-egiturei buruzko aipamenak erabiltzearen inguruan. Lege horren testu bategina azaroaren 11ko 1/1997 Legegintzako Dekretuak onartu zuen. Zehazki, azken xedapenetako bigarrenean jasota dagoen aipamena aipatzen du, hots, «berezko araubidea duen egitura profesional eta administratibo» bat eratzeak aukera eta artikuluetan «erakunde autonomoen» kontzeptua erabiltzeko aukera. Era berean, iradokizun batzuk egiten ditu lurralde-egiturari buruz, zaintza-zerbitzuei atxikitako zerbitzuak eta lanpostuak mugatzeko beharrari buruz eta aginpideaz baliatzea eskatzen dutelako, nahitaez funtzionarioek bete behar dituzten funtzioak egoteari buruz.
110. Osasun-larrialdiko egoeretan langileak berrantolatzeko eta lanpostuarenak ez diren funtzioak esleitzeko gaikuntzei buruz aurreproiektuan dagoen edukia ere aztertzen du txostenak, eta gaikuntza horrek izango lituzkeen mugak aipatzen ditu: aldi baterakoa izatea eta lanbide-kategoria, lan-baldintzak eta xede den udalerria errespetatzea. Era berean, langile berriak kontratatzeak aurreproiektuak jasotzen dituen aurreikuspenei aplikatu dakizkiekeen prozedura-bideak aipatzen ditu –aurreikuspen horiek osasun-larrialdiko egoerei ere aplikatu ahal izango



litzaizkieke—, eta «lagapenaren» kontzeptua erabiltzeak sortzen dituen zalantzak planteatzen ditu, administrazio publiko desberdinetako profesionalen arteko lankidetzak aipatzen baita salbuespenezko egoera horiei erantzun koordinatua emateko. Zalantzak sortzen dira, halaber, osasun publikoko lurralde-egiturari buruzko erregulazioari dagokionez.

111. Egindako proposamenen ondorioz, testua egokitu egin da alderdi hauetan: (I) erakunde autonomoen kontzeptuaren ordez erakunde instituzionala jarri da; (II) osasun-agintaritzako eragilearen definizioa aldatu da, funtzionarioak direla jaso da, eta nahitaez funtzionarioek egin behar dituzten esku-hartze jarduketak mugatu dira; (III) giza baliabideak eta langileen funtzioak eta zereginak berrorientatzeko estrategiak ezartzeko gaikuntzei aplikagarriak zaizkien mugak jaso dira; eta (IV) «lagapenaren» kontzeptuaren ordez, administrazioen arteko «langileen mugikortasuna» erabili da. «Berezko araubidea duen egitura profesional eta administratiboaren» kontzeptua erabiltzeko planteatutako eragozpenari dagokionez, sail sustatzaileak justifikatu egin du kontzeptu hori erabiltzea, ez baitakigu zer tipologia zehatz izango duen etorkizunean sortzea aurreikusten den erakundeak, eta, horregatik, beharrezkotzat jotzen du hura mantentzea. Osasun publikoko lurralde-egiturari buruz txostenean egin diren oharren ondorioz, sail sustatzaileak aldatu egin du proposatutako erregulazioa «arau honen bidez lurralde-egitura bat *de facto* ez finkatzeko».
112. Arestian aipatu dugun alegazioei eta iradokizunei buruzko memoriak behar bezala erantzuten die izapidetzean zehar jasotako txosten sektorialek egindako ekarpenei.
113. Organo espezifiko jakin batzuen esku-hartze honetan (horrela deitzen zaie organo horiek erregulatzen dituzten arauak ematen dieten kualifikazioarengatik), erreparatu bat jarri behar diogu jarraitutako izapidetzeari, espedientean ez baitago jasota **Datuak Babesteko Euskal Bulegoari** txostena egiteko eskaerarik (2/2004 Legea, otsailaren 25ekoa, Datu pertsonaletarako jabetza publikoko fitxategiei eta Datuak Babesteko Euskal Bulegoa sortzeko buruzkoa), ezta Bulego horren txostena ere, baldin eta eskaera jaso badu. Argi dago lege honen arabera tratatu ahal izango diren datu pertsonaletako batzuk osasun-datuak izango direla, eta, horrelakoak diren aldetik, datu pertsonalen kategoria bereziak izango dira; beraz, datu horiek zorrotasun handiagoa eskatzen dute horiek tratatzeko baldintzak ezartzerakoan, eta agerikoa da, era berean, egungo osasun-larrialdiko egoeran zalantzak sortu direla pandemiari eusteko eta datuak babesteko esparru juridikora egokitzeak erabilitako zenbait tresnari buruz, eta, era berean, nabarmendu egin behar da aurreproiektuan (90.1 artikulua) neurri batzuk har daitezkeela adierazten dela, hala nola, «datu sanitario indibidualak erabiltzea».



114. 2021eko abenduaren 17an, **Euskadiko Ekonomia eta Gizarte Arazoetarako Batzordeak** 12/21 Irizpena egin zuen lege-aurreproiektuari buruz. Irizpen horretan beharrezkotzat jo zuen aurreproiektua, EASL Legea onartu zenetik igarotako denborarengatik eta orduraz geroztik osasun publikoaren kontzeptuak izan duen bilakaerarengatik. Positibotzat jotzen du testua, Osasun Publikoaren Sistema «Osasuna Politika Guztietan» printzipioan oinarrituta dagoen sare egituratu gisa eratzen duelako. Batzordeak uste du testu ondo kohesionatua eta egituratua dela, eta garapen tekniko egokia duela.
115. Ondoren, ohar orokor batzuk eta artikuluei buruzko ohar batzuk egin ditu. Sail proposatzaileak aztertu ditu ohar horiek, baina, oro har, ez da arrazoirik ikusi testua aldatzeko. Sailak, ekarpen horiek baloratu ondoren, uste du –laburbilduta– testuan sartzeko iradokizunetako batzuk ez direla beharrezkoak, bai testuan jada txertatuta daudelako artikuluen beste zati batean edo beste araudi sektorial aplikagarri batean, bai erregelamenduaren bidez geroago garatzeko egokiagoak direlako. Informazio independentea ikertzeko eta aztertzeko instantzia bat sortzeko edo independentzia emateko asmoz, Osasun Publikoaren Behatokiaren eraketa egokitzeko iradokizun zehatzari dagokionez, saila aurreproiektuak proposatzen duen aukeraren alde dago, behatokiari agintzen zaizkion funtzioak aurreikusten diren ezaugarriak dituen organo batek bete ditzakeelako, eta ez delako beharrezkoa behatokia modu independentean eratzea. Era berean, aurreproiektua idaztearen alde dago larrialdiaren, pandemiaren eta krisi sanitarioaren kasuak arautzeko dagokionez, baita kasu horietan eskubideak mugatzeko aukerari dagokionez ere; izan ere, Batzordeak uste du ez dela beharrezkoa aurreproiektuak zehaztea osasun-agintariak zer eskumen duten neurriak hartzeko, «osasun-larrialdiek ez dutelako beti aitorpen juridiko-legal bat behar».
116. **Tokiko Gobernuaren Batzordeak** aurreproiektuari buruzko txostena egin zuen 2022ko otsailaren 16an, ETELen arabera.
117. Txostenak lau epigrafe ditu. Lehenak txostenaren xedea argitzen du, haren irismena zehazten duten ETELen artikuluei eta udalerrien eskumenak ezartzen dituztenei erreferentzia eginez. Bigarrenak aurreproiektua deskribatzen du. Hirugarrenak testua aztertzen du toki-autonomiaren, berezko eskumenen, bere burua antolatzeko ahalaren eta finantza-autonomiaren ikuspegitik. Laugarrenak ondorioak biltzen ditu. Horietatik honako hauek nabarmenduko ditugu: «aurreproiektuak errespetatzen ditu, formalki behintzat, udalerrien eskumenak, ETELen 17. artikulua arabera, ez du oztopatzen udalak bere burua antolatzeko duen ahalak, eta ez dio eragiten udalerrien finantza-autonomiari». Txostenak planteatzen duen eragozpen bakarra da «arlo horretako plangintzaren araubidea udalerrak kontuan hartu gabe diseinatu dela».



118. 2002ko martxoaren 8an, **Kontrol Ekonomikoko Bulegoak** (KEB) txostena egin zuen. Txosten horrekin, Euskal Autonomia Erkidegoko ekonomia-kontrolari eta kontabilitateari buruzko Legearen testu bategina onartzen 2/2017 Legegintzako Dekretuan, urriaren 19koan, xedatutako ekonomiaren eta arauen kontrola gauzatzen da, derrigorrean. Aurretik, 2021eko abenduaren 16an, sail sustatzaileak beste memoria ekonomiko bat egin zuen.
119. Txostenaren edukiak antolaketa-alderdietan jartzen du arreta. Ondo zehaztu gabe dauden figurak eta erakundeak kritikatzeko dituzte, eta horrek zaildu egiten du hartutako antolaketa-aukeren ondorio ekonomikoei buruzko ondorioak ateratzea. Kritikatu egiten du, halaber, azken xedapenean erabiltzen den « izaera orokorreko lanbide- eta administrazio-egitura » esapidea erabiltzea, eta uste du EONALen erakunde-antolaketaren moduetara jo behar dela. Batzordeak uste du ziurtasun gutxi dagoela Osasun Publikoko Informazio Sistemari buruzko erregulazioan, horri buruz ezin baita jakin legeak sortzen duen edo legea gerora garatzeko uzten den. Era berean, aipatzen du ez dela beharrezkoa lege-mailako araurik izatea administrazio-organoak eta -zerbitzuak antolatzeke.
120. Gainerakoan, KEBk uste du espedientetik ondorioztatzen dela lege berria aplikatzearen ondoriozko jarduketak dauden giza baliabideekin eta baliabide materialekin beteko direla, osasun-larrialdiko egoerak izan ezik; « izan ere, egoera horietan litekeena da, behin-behinean, lanpostu bakoitzerako ekipamenduan inbertsioa egin behar izatea, bertako langileen egitura eta funtzioak egokitzearen ondorioz ».
121. Sail sustatzaileak EGK-k eta Tokiko Gobernuen Batzordeak eta KEBk egindako alegazioak eta iradokizunak baloratu ditu bi txostenetan. Azken xedapenaren idazketa, Funtzio Publikoaren Zuzendaritzak zein Kontrol Ekonomikoko Bulegoak horren inguruko eragozpenak jarri baitzituzten, aldatu egin da azkenean.
122. Prozedura osoa aztertu ondoren, adierazi behar da araua egiteko prozeduraren balorazioa, oro har, positiboa dela, bai XOEPLren jarraibideetara formalki egokitu delako, bai arauari buruzko eta araua ematearekin lortu nahi diren helburuak lortzeko moduari buruzko eztabaida ahalbidetu duelako.
123. Hala ere, komenigarria izango zatekeen Datuak Babesteko Euskal Bulegoak parte hartzea; izan ere, aurreproiektuaren esparruan tratatzen diren datu pertsonalak osasun-datuak dira neurri handi batean, eta, beraz, datuen kategoria bereziak, irizpen honen apartatuan (dagokionean) azalduko den bezala.



LEGE-AURREPROIEKTUAREN ANALISIA

I OHAR OROKORRAK

124. Artikuluei buruz ondoren egingo den azterketa zehatza alde batera utzi gabe, lehenik eta behin, gure ustez arreta handiena eskatzen duten ekimenaren edukiez mintzatuko gara, baita, gaika sailkatuta, batera tratatzea gomendatzen dutenak ere.
125. Horretarako, bi epigrafe nagusitan sailkatuko dugu azalpena: lehenak aurreproiektuak osasun-larrialdiei buruz planteatzen dituen gai garrantzitsu guztiak biltzen ditu. Bigarrenean, aurreproiektuan eragina duten gainerako ohar guztiak biltzen dira.

A) Osasun-larrialdiak

Osasun-larrialdiko egoeran hartu beharreko neurriak:

126. Aurreproiektuaren 90. artikulua pertsonak eraginpean hartzen dituzten interbentzio-neurriei buruzkoa da eta 91. artikulua, berriz, honako honi buruzkoa: bakartze- edo berrogeialdi-neurriak deklaraturako osasun-larrialdiaren kasuan.
127. Edukiak hitzez hitz dioenari buruz geroago esango duguna alde batera utzi gabe, aurreproiektuaren eduki hori xehetasunez aztertu behar da konstituzionaltasun multzoarekin bateragarria ote den ikusteko.
128. Aurretik gogoeta orokor batzuk egin behar dira, gure azterketa behar bezala zentratzen laguntzeko.
129. Lehenik eta behin, gogorarazi behar da bateragarritasun-analisiaren oinarri izan behar duen esparrua, funtsean, dagoeneko aipaturako OPNBLO, OLO eta OPLO legeek osatzen dutela.
130. Lege organiko bat egoteak beti ekartzen du nolabaiteko konplexutasuna azterketa hori egitean, baina kasu honetan konplexutasun hori are handiagoa da, eztabaida juridiko bat baitago –oraindik amaitu gabe dagoena– OPNBLOren irismenari buruz eta lege arruntek osasun publikoa babesteko prebentzio-neurriak –oinarrizko eskubideak murrizten dituztenak eta lege horretan berariaz aurreikusita ez daudenak– hartzeko aukerari buruz.
131. Labur-labur –guztien erakusgarri, 213/2021 Estatu Kontseiluaren Irizpena (EKI)–, honako gai hau planteatzen da: OPNBLOren esparruan osasun publikoaren arloan oinarritzko eskubideak eta askatasun publikoak mugatzen dituzten neurri



bereziak har ditzaketen agintaritzak dituzten autonomia-erkidegoek, osasunaren eta osasun publikoaren arloan dituzten eskumenetan oinarrituta, lege organiko horren «garapenari» heldu ahal dioten eta beren legeetan neurri horiek sartu ahal dituzten, betiere kontuan hartuta OPNBLOk ez duela legegile arruntari buruzko inolako aipamenik egiten.

132. Hala eta guztiz ere, gaia horrela planteatuta paradoxikoa da: Estatuko eta autonomia-erkidegoetako agintariek, OPNBLOn oinarrituta, oinarritzko eskubide jakin batzuk mugatzen edo murrizten dituzten neurriak hartu izan dituzte (adibidez: EKren 19.1 artikulua), baina neurri horiek, tesi horretan, ezin izango lirateke autonomia-erkidegoek «osasun publikoaren» arloan dituzten eskumenak erabiliz ematen dituzten legeetan sartu, «arlo organikoaren» eremu debekatuan sartu gabe.
133. Kontuan izan behar da autonomia-erkidegoek osasunaren eta osasun publikoaren arloan dituzten eskumenak, lehen azaldu dugun bezala, oso zabalak direla, Kataluniako Autonomia Estatutuaren 162. artikulua modu ordenatu eta oso didaktikoan erakusten duen bezala (Konstituzio Auzitegiak Konstituzio Auzitegiaren 31/2010 Epaian, 102. OJn, baliozkotua). Hona hemen artikulua horren edukia:
 1. Generalitateari dagokio, osasunaren eta osasun publikoaren arloan, osasun-arloko zentroak, zerbitzuak eta establezimenduak antolatu, barne-funtzionamendua eratu, ebaluatu, ikuskatu eta kontrolatzeko eskumen eskusiboa.
 2. Generalitateari dagokio farmazia-antolamendua Konstituzioaren 149.1.16 artikuluko esparruaren barruan.
 3. Generalitateari dagokio, kasu guztietan, ondorengo arlo hauetako eskumen partekatua:
 - a) Osasun-arloan, arlo soziosanitarioan eta osasun mentaleko arloan publikoak diren prestazioak eta zerbitzuak antolatzea, planifikatzea, zehaztea, arautzea eta betearaztea, maila guztietan eta herritar guztientzat.
 - b) Osasun publikoa zaintzeko, babesteko eta sustatzeko neurriak eta jardunak antolatzea, planifikatzea, zehaztea, arautzea eta betearaztea esparru guztietan, honako hauek ere barruan direla: laneko osasuna, giza osasunean eragina izan



dezakeen animalien osasuna, elikagaien osasuna, ingurumeneko osasuna eta zaintza epidemiologikoa.

c) Hedadura publikoa duten osasun-baliabideak planifikatzea, eta osasun-jarduera pribatuak osasun-sistema publikoarekin koordinatzea.

d) Osasun-arloko prestakuntza espezializatua, horren barruan honako hauek daudela: irakaskuntza-zentroak egjatzatzea eta ebaluatzea; plazen eskaintza planifikatzea; espezialitateetako nahiz berariazko trebakuntza-esparruetako prestakuntza-programak kudeatzen eta deialdia egiten parte hartzea, eta berariazko trebakuntza-esparruetako diplomak ematea.

e) Osasun-sistema publikoaren zerbitzura diharduten langileen estatutu-araubidea eta prestakuntza.

4. Generalitateak parte hartuko du osasunaren eta osasun publikoaren arloa estatu-mailan planifikatzen eta koordinatzen, V. tituluan ezarritakoarekin bat etorrita.

5. Generalitateari dagokio Estatuko legeriaren eskumen betearazlea farmaziako produktuen arloan.

134. Nolanahi ere, sortutako eztabaida Konstituzio Auzitegiak bakarrik ebatzi ahal izango du behin betiko, eta, zalantzarik gabe, ondorio asko ditu, irizpen honetan inola ere aztertu nahi ez direnak. Irizpen horren xedea proposatutako erregulazio zehatza aztertzea baita.
135. Esparru horretan, Batzordeak uste du, geroago egingo ditugun ñabardurak alde batera utzi gabe, Euskal Autonomia Erkidegoak (EAE), osasun publikoaren arloan duen eskumena baliatuz, har daitezkeen prebentzio-neurriak eta neurri orokorrak jasotzen dituzten manuak sar ditzakeela osasun publikoaren legean. Eragiketa horretan, jakina, OPNBLOK –edo hura ordezkaria dezakeen arau organikoak– adierazten duena errespetatu beharko du, baita OLOren eta OPLOren oinarritzko edukiak ere.
136. Iritzi hori bat dator lege organikoei buruzko konstituzio-doktrinarekin; izan ere, doktrina horren arabera, Batzordeak adierazi bezala (besteak beste, 2/2002, 24/2003 eta 17/2006 irizpenak):



- a) EKren 81.1 artikulua lege organikoari egiten dion erreserbari interpretazio murriztailea zor zaio, salbuespena baita zuzenbidearen iturrien sistema konstituzionalean, «Gorte Nagusiak “konstituziogile iraunkor” bihurtzen baititu (besteak beste, 6/1982, 160/1987 eta 127/1994 KAEak)» eta “...konstituziogilearen obraren nahitaezko edo beharrezko osagarri” izanik “parlamentuko gehiengoaren ohiko sistematik at gelditzen da” (173/1998 KAE).
- b) Interpretazio murriztailea arau-kategoriari berari nahiz «gaiei» buruzkoa da – «... 5/1981 KAEtik hona, auzitegi honek etengabe nabarmendu du erreserbaren irismena zehazteko irizpide zorrotza aplikatzeko beharra, bai “garatzeko” moduari dagokionez, bai erreserbaren xede den “gaiari” dagokionez»–.
- c) Konstituzio-azitegiak esan izan du, ebazpen anitzetan, ordenamenduaren zurruntzea saihestu behar dela eta parlamentuan gehiengo ez-kualifikatuaren arauari eutsi behar zaiola (guztien erakusgarri, 173/1998 KAE, 7. OJ).
- d) Horrenbestez, lege organikoak oinarritzko eskubide bat edo askatasun bat arautzea baino ez du eskatzen, Konstituzioak zuzenean eta oinarritzko eskubidea definitzeko funtsezko elementuetan «garatzen» duena; eskubidearen erregulazio zuzena, orokorra edo globala izan daiteke, baita partziala edo sektoriala ere, baina, betiere, eskubidearen funtsezko alderdiei buruzkoa, eta, ez, partziala izateagatik, hain zuzena ez dena edo eskubidearen legeko zehaztapena eta definizioa egiten laguntzera bideratuta ez dagoena (127/1994 KAE, 3. OJ).
- e) Lege organikoaren eta arruntaren arteko harremanak goiburu duen logika ez dator bat gai baten erregulazioa Estatuaren eta autonomia-erkidegoaren artean banatzeak euskarri duenarekin (EKren 149.1 artikulua); aitzitik, lege mota horietako bakoitzari eman zaion konstituzio-eginkizunarekin du zerikusia, zeren eta, Konstituzio Auzitegiak deklaratu duenez (76/1983, 160/1987, 101/1991 eta 173/1998 KAEak), botere konstituziogilearen luzapena edo jarraipena baita lege arruntaren maila desberdinean mugitzen dena eta lege arruntari (estatukoari zein autonomikoari) nagusitzen zaiona, EKren ezinbesteko osagarri den aldetik, garatzen duen oinarritzko eskubidearen berme gisa (140/1986 KAE).
- f) «...Konstituzioaren 81.1 artikuluan oinarritzko eskubideak eta askatasun publikoak garatzeko adierazitako erreserba ez da bateraezina erreserba ezartzen duen iturriaren eta Konstituzioan aitortutako beste produkzio-iturri batzuen arteko arau arteko elkarlanarekin, horrela diziiplina integrala eta artikulatua lortzeko dagokion eremuan» (137/1986 KAE).



137. Komeni da azpimarratzea Konstituzio Auzitegiarentzat garatzea «ezin dela parekatu eragite hutsarekin» (129/1999 KAE). Horregatik, lege organikoak berezko eta berariazko duen eremu horretatik landa, legegile arruntak du oinarritzko eskubideak arautzeko eskumena –«...81. artikuluko Lege Organikoaren erreserba, bakarrik Konstituzioak zuzenean eta oinarritzko eskubidea definitzeko funtsezko elementuetan “garatzen” duenean; bestela, EKren 53.1 artikuluko Lege arruntaren erreserban sartzen gara» – 191/91 KAE)–.
138. Era berean, gogoratu behar da ezin dela soluzio unibokoaz hitz egin lege organikoaren eta lege arruntaren berezko eremuaren eta eremu pribatiboaren arteko mugaketa kasu bakoitzean nola zehazten den argitzeko. Disekzio hori ez da lan erraza, eta konstituzio-doktrinan ezin dira aurkitu oro har aplikatzeko irizpide batzuk: Konstituzio Auzitegiak kasuz kasuko azterketa egiten du, eta hori egokia dela dirudi, konstituzio-testuak aitortu dituen oinarritzko eskubideen izaera ez delako berdina, eskubideen elementuen eta bermeen zehazte-modua eta -maila desberdinak diren ber.
139. Kasu jakin batean lege organikorako erreserba zedarritzeko irizpideei dagokienez, interesgarria da Konstituzio Auzitegiaren 53/2002 Epaia; izan ere, Epai horretan aztertu zen ea beharrezkoa zen lege organiko bat asilo-eskatzaileak horretarako gaitutako egoitzetan nahitaez egon behar zuela ezartzeko, eskaera ebatzi bitartean –hau da, Espainiako Konstituzioaren 17. artikuluko oinarritzko eskubide nagusiari eragitea zen–.
140. Auzitegiak lege organikoa ez zela beharrezkoa erabaki zuen, honako arrazoibide honekin:
12. Orain arte arrazoitutakoari dagokionez, honako hau ondorioztatu dugu: AELren 5.7.3 artikulua ez da Konstituzioak ezartzen dituen muga materialen aurkakoa, askatasun pertsonala baliatzeko balizko murrizketa orori dagokionez, EKren 17.1 artikulua araberak. Orain, bigarren gaitzespen formal bat aipatu behar dugu. Arartekoaren iritziz, AELren 5.7.3 artikulua lege organikoaren forma hartu behar zuen, eta horren ondorioz, aurkaratutako manua konstituzioaren aurkakoa zen. Lege organikoaren erreserbari dagokionez (EKren 81.1 artikulua), otsailaren 13ko 5/1981 KAEtik hona, Auzitegi honek interpretazio-irizpide zorrotza hartu du. Bai «garatu» hitzari dagokionez, bai erreserbaren xede den «gaiari» dagokionez. Irizpide zorrotz horrekin, ordenamendu juridikoa zurruntzea saihestea eta parlamentuan gehiengo ez-kualifikatuen babestea lortu nahi da (besteak beste, uztailaren 23ko 173/1998 KAE, 7. OJ; uztailaren 1eko 129/1999 KAE, 2. OJ). Doktrina hori are gehiago zehaztuz, azaroaren 30eko 292/2000



KAEn, 11. OJn, arretaz aztertu genuen oinarritzko eskubide bati mugak ezartzea noiz den lege organikoaren erreserba (EKren 81.1 artikulua), eta noiz jo daitekeen lege-forma hartarako erreserbatuta ez dagoen eskubidearen erabileraren erregulaziotzat (EKren 53.1 artikulua). Orduan esan genuen legezko mugak oinarritzko eskubidearen beraren zuzeneko murrizketak izan daitezkeela, edo oinarritzko eskubidea erabiltzeko moduaren, denboraren edo lekuaren murrizketak izan daitezkeela. Lehenengo kasuan, muga horiek arautzea oinarritzko eskubidea garatzeko modu bat da. Bigarrenetan, oinarritzko eskubidearen edukia osatzen duen ahalmen-sorta erabiltzeko modu zehatzari ezartzen zaizkio mugak, eta eskubide horren erabilera arautzeko modu bat da; legegile arruntak egin dezake hori, EKren 53.1 artikuluan ezarritakoaren arabera.

13. Egia da aurreko kasu batzuetan Auzitegi honek ebatzi izan duela askatasun-gabetze jakin batzuk EKren 17.1 artikulua «garapen» gisa kalifikatu behar zirela, eta, beraz, EKren 81.1 artikulua arabera soilik ezar zitezkeela Lege Organikoan. Hala gertatu da ez-zilegi penalen tipifikazioari dagokionez (azaroaren 11ko 140/1986 KAE, 5. OJ; abenduaren 16ko 160/1986 KAE, 3. OJ; irailaren 18ko 119/1992 KAE, 2. OJ); ondorio horretara iritsi ginen –kasuari buruzko erabakiaren arrazoia ez bada ere–, nahasmendu psikikoak dituzten pertsonak zentro batean barneratzeari dagokionez ere (uztailaren 1eko 129/1999 KAE, 2. OJ). Epaitutako kasuetan, askatasun-gabetze bereziki astunak ezartzen zituzten arauak ziren: bai iraupenagatik (luzea, zigorraren kasuan; mugagabea, zoratua barneratzearen kasuan), bai askatasun-gabetzea espetxe-erregimenean gertatzen zelako. Gainera, edozein subjektuari eragin ziezaioketen askatasun-gabetzeak ziren, nahikoa baitzen zehapen- edo barneratze-arauaren egitate abstraktuaren kasua gertatzea. Azken batean, zuten orokortasuna eta intentsitatea zirela-eta, EKren 17.1 artikulua zuzeneko tratamenduarekin edo «garapenarekin» parekatzen ziren askatasun-gabetzeak ziren; eta hortik dator Lege Organikoa eskatzea EKren 81.1 artikulua arabera. Nolanahi ere, ezerk ez du esan nahi kasu honetan ere askatasunean eragina duen zerbaiten aurrean gaudela eta eraginaren orokortasuna eta intentsitatea direla-eta, norberak askatasunerako duen oinarritzko eskubidearen «zuzeneko murrizketatzat» har daitekeenik (EKren 17.1 artikulua).

141. Guri dagokigun alderdiari dagokionez, aipatu behar da, halaber, COVID pandemiaren garaian osasun-agintaritzek hartutako zenbait erabaki –OPNBLOn



berariaz ezarri ez direnak– aztertzearen harira, Auzitegi Gorenak ez duela onartu lege organikoa erreserba hausteari (salatu denari) buruzko alegazioa. Gai horren aurrean, Auzitegi Gorenak (guztien erakusgarri, urtarilaren 26ko 62/2022 AGE, 1155/2021 kasazio-errekurtsoa), honako hau uste du:

Konstituzioaren I. tituluaren bigarren kapituluaren 1. atalean araututako oinarritzko eskubide bat murrizten edo mugatzen duten arauak onartzeko bide normala lege organikoaren bidez egitea izango da, oinarritzko eskubide bat garatzea dakarrelako (Konstituzioaren 53. eta 81. artikulua), eta horrela egingo da oinarritzko eskubidearen oinarritzko elementuren bati, funtsezko elementuren bati edo berezko elementuren bati eragiten diolako. Garapen hori funtsezko edukia errespetatuz egin beharko da, proportzionaltasun-judizioa gainditu ondoren. Eta, ondorio horietarako, «garapen» hori oinarritzko eskubide osoaren erregulazioa da, baita oinarritzko elementuetan, funtsezko elementuetan edo berezko elementuetan eragiten duena ere. Aldiz, horrela ulertutako garapen horretatik kanpo, oinarritzko eskubide baten murrizketa edo muga zehatza lege arruntaren bidez egin daiteke, betiere eskubidearen funtsezko edukia errespetatuz eta desnaturalizatu gabe.

142. Zehazki, osasun-arloko legeriak behin-behineko murrizketei edo mugei –alarma-egoeratik kanpo– estaldura emateko duen egokitasunari dagokionez, Auzitegi Gorenak onartu du aurreproiektuak ezartzen dituen neurri mugatzaileetarako OPNBLOk eskaintzen duen estaldura, baina haren egokitasuna ez da Legearen babesean hartutako neurrien intentsitatearen arabera izango, baizik eta kasuaren inguruabarren arabera funtsean justifikatuta egon behar dute, betiere, justifikazio hori dagokion murrizketaren intentsitateak eta hedapenak eskatzen duena bezalakoa bada: hau da, osasun publikoa babesteko ezinbesteko arauak direla justifikatu behar da. Horretarako, manu hori aipatutako 14/1986 Legearen 26. eta 54. artikuluekin eta Osasun Publikoari buruzko urriaren 4ko 33/2011 Lege Orokorrarekin lotuta interpretatu behar da, hurrenez hurren».
143. Hain zuzen ere, hortxe kokatzen da aurreproiektua: eskumen autonomikoa betez, EAEren eremuan osasun publikoaren erregulazio orokorrari aurre egiten dion lege arrunta da. Maila horretan, legegile autonomikoaren egoera eta Estatuko legegile arruntarena berdina dira, lege organikoa –azaldutakoaren arabera– muga bat baita biontzat.
144. Aurreproiektuak jasotzen dituen neurriek, geroago aipatuko ditugun ñabardurak alde batera utzi gabe, ez dute lege organikoari erreserbatutako «oinarritzko



eskubideen eta askatasun publikoen garapena» lantzen, arestian azaldu dugun bezala, konstituzio-doktrinan lokuzio horri eman behar zaion zentzuan.

145. Batzordearen iritziz, ondorio hori berretsi egiten du COVID-19aren pandemia kudeatzeko neurriei buruzko ekainaren 24ko 2/2021 Legearekin jarraitutako prozesuak. Lege horren xedea, besteak beste, prozesua honako hau baita: «COVID-19aren pandemia kontrolatzeko araubide juridikoaren erregulazio zehatza, eta maila horien arabera har daitezkeen hainbat neurri, Osasun Publikoaren arloko Neurri Bereziei buruzko apirilaren 14ko 3/1986 Lege Organikoak ezarritako esparruan... [OPNBLO]».
146. Bosgarren tituluak neurri orokor eta espezifikoaren zerrenda zabala ezartzen du, aldezturik objektibatutako bost alerta-mailaren arabera definituak.
147. Lege horretan jasotako neurriek bat egiten dute, neurri handi batean, orain proposatutakoekin, eta Estatuko Administrazio Orokorrarekin sortutako desadostasunaren zati bat biltzen dute. Desadostasun hori partzialki gainditu zen dagokion Aldebiko Lankidetzaren Batzordearen 2022ko martxoaren 30eko Akordioaren bidez –2022ko apirilaren 27ko EHAAn argitaratu zen testua, Araubide Juridikoaren sailburuordearen 2022ko apirilaren 1eko Ebazpenaren bidez–.
148. Akordioaren edukia elementu hermeneutiko garrantzitsua da 2/2021 Legearen neurriek eduki dezaketen irismena zehazte aldera. Irismen hori orain aztertzen ari garenera eraman daiteke, alderdi sinatzaileek hartutako interpretazioa adieraztean.
149. Gainera, beste lege autonomiko batzuei dagokienez lortutakoekin bat dator: 2021eko abuztuaren 31ko Ebazpena, Lurralde Koordinaziorako Idazkaritza Nagusiarena, Estatuko Administrazio Orokorraren eta Galiziako Autonomia Erkidegoaren arteko Aldebiko Lankidetzaren Batzordearen Akordioa argitaratzen duena (2021eko irailaren 21eko BOE); 2021eko abuztuaren 31ko Ebazpena, Lurralde Koordinaziorako Idazkaritza Nagusiarena, Estatuko Administrazio Orokorraren eta Balear Uharteetako Autonomia Erkidegoaren arteko Aldebiko Lankidetzaren Batzordearen Akordioa argitaratzen duena (2021eko irailaren 23ko BOE); eta 2022ko apirilaren 22ko Ebazpena, Lurralde Koordinaziorako Idazkaritza Nagusiarena, Estatuko Administrazio Orokorraren eta Kanarietako Autonomia Erkidegoaren arteko Aldebiko Lankidetzaren Batzordearen 2022ko apirilaren 19ko Akordioa argitaratzen duena (2022ko maiatzaren 9ko BOE).
150. Aipatutako erabakiko gogoeten arabera, alderdiek adierazten dutenez, «8., 14., 15., 21., 23., 24. eta 26. artikulutik 34.era bitartekoek EAEko osasun-agintariek har ditzaketen neurriak arautzen dituzte, osasun publikoa babesteko eta hura galtzea edo hondatzea



prebenitzeko, betiere, OPNBLOk ezartzen duen esparruaren barruan, osasun publikoaren arloko neurri bereziei dagokienez, manuek berariaz jasotzen duten bezala. Manuek autonomia-erkidegoek barne-osasunaren arloan dituzten eskumenetan oinarritzen dira, eta, beraz, tartean diren eskubideak zein arlotarako planteatzen diren arautzen du, baina ez da ulertzen, inola ere, tartean diren oinarritzko eskubideak eta askatasun publikoak garatzen dituenik, ezta horien mugak ezartzen dituenik ere, gai horiek lege organikoari erreserbatuta baitaude konstituzionalki».

151. Erabakiak beste hau ere esaten du: «Euskal Autonomia Erkidegoko osasun-agintariek 8., 14., 15., 21., 23., 24. eta 26. artikulutik 34.era bitartekoetan jasotako neurriak aplikatuko dituzte, aipatutako legeria organikoak eta hura interpretatzeari buruz ezarritako jurisprudenzia une oro xedatzen dutenaren babesean, eta Estatuak osasunaren oinarriari eta koordinazio orokorrari buruz dituen eskumenak errespetatuta, baita proportzionaltasun-printzipioak eta OLOren 28. artikuluan ezarritako gainerakoak eta OPLOren 5.2 artikuluan ezarritako borondatezkotasun-printzipioa ere errespetatuta, eta dagokionean, AAJLren [Administrazioarekiko auzien jurisdikzioa arautzen duen 29/1998 Legearen] 8.6 eta 10.8 artikuluetan ezarritakoaren arabera».
152. Azkenik, erabakiak honako hau ondorioztatzen du: «14. artikulua 3. apartatuaren *in fine* tartekiar buruzko desadostasunak ez dira konpondutzat jotzen»; izan ere, artikulua horrek dioenez, «manu hori bera aplikatuko da txertaketa-eskakizunaren ondorioetarako». Horrenbestez, Gobernuak presidentek dagokion konstituzio-kontrakotasuneko errekurtoa jarri du –izapidetzeko onartu da, eta aurkaratutako tartekiaren indarraldia eten du, 2022ko maiatzaren 22ko BOEn argitaratutako moduan–.
153. Puntu horretara iritsita, eta modu abstraktuan baliozkotuta aurreproiektuan eduki bat, EAEko agintariek osasunerako arrisku-egoeretan har ditzaketen neurrien araubidea argitzera bideratuta egongo dena, sartzeko aukera, eduki hori aurreproiektuan nola adierazten den aztertuko dugu.
154. Lan horretarako oso garrantzitsua denez, eraginkorra da OPNBLOren lehen hiru manuen testua transkribatzea:

Lehenengo artikulua

Osasun publikoa babesteko eta hura galtzea edo hondatzea prebenitzeko, Administrazio Publikoetako osasun-agintariek, beren eskumenen esparruan, lege honetan ezarritako neurriak hartu ahal izango dituzte, urgentziazko edo premiazko osasun-arrazoiek hala eskatzen dutenean.

Bigarren artikulua



Osasun-agintari eskudunak gaitzen dira osasun-azterketa, tratamendu, ospitaleratze edo kontrolerako neurriak hartu ahal izango dituzte, baldin eta arrazoizko zantzuak ikusten badituzte biztanleriaren osasunerako arriskua dagoela pentsatzeko, pertsona edo pertsona talde baten osasun-egoera jakin bat dela tarteko edo jarduera baten osasun-baldintzak direla tarteko.

Hirugarren artikulua

Gaixotasun transmitigarriak kontrolatzeko, osasun-agintariek, prebentzio-ekintza orokorrak egiteaz gain, neurri egokiak hartu ahal izango dituzte, gaixoak, haiekin kontaktuan dauden edo egon diren pertsonak eta haien hurbileko ingurunea kontrolatzeko, baita arrisku transmitigarrien kasuan beharrezkotzat jotzen direnak kontrolatzeko ere.

155. Neurri horiek direla eta, kontuan hartu behar da horietako batzuk osasun publikoko jarduketetan parte hartzea arautzen duen borondatezkotasun-printzipioaren salbuespenak izan daitezkeela. Printzipio hori OLOren 5.2 artikuluan dago jasota —«Osasun publikoko jarduketetan parte hartzea borondatezkoa izango da, Osasun Publikoaren arloko Neurri Bereziei buruzko apirilaren 14ko 3/1986 Lege Organikoan ezarritakoa izan ezik», baita, osasun-eremuan, Informazio eta dokumentazio klinikoaren arloan pazientearen autonomia eta eskubideak eta betebeharrak arautzen dituen 41/2002 Oinarrizko Legearen 8. eta 9. artikuluetan ere.
156. Eta, era berean, kontuan hartu behar da osasun-arloko legeriaren arabera osasun-agintariek hartutako neurriek oinarrizko eskubideen mugak edo murrizketak dakartzatenean, aintzat hartu behar dela 8.6 artikuluan ezarritakoa —pertsona zehatzei eta banan-banan identifikatutakoei eragiten dietenei dagokienez— eta 10.8 artikuluan ezarritakoa —estatuaz bestelako eremukoei dagokienez, baldin eta banan-banan identifikatu gabeko pertsonen eragiten badiete—. Bi artikuluek AAJLkoak dira.
157. Egokia da, halaber, OLOren 26.1 artikulua gogoraraztea, honela baitio:

Osasunerako berehalako eta ezohiko arrisku bat dagoela susmatzeko arrazoiak badaude, osasun-agintariek egoki iritzitako prebentzio-neurriak hartu ahal izango dituzte, hala nola produktuak konfiskatzea edo immobilizatzea, jarduerak etetea, enpresak edo instalazioak ixtea, baliabide materialetan eta pertsonaletan esku hartzea eta osasun-arloan justifikatutzat jotzen den beste neurri oro.



158. Eta OPLOren 54. artikulua 1. apartatuak honela dio: « Osasun publikoaren arloko neurri bereziei buruzko apirilaren 14ko 3/1986 Lege Organikoan ezarritako neurriak alde batera utzi gabe, salbuespen gisa eta aparteko larritasun edo urgentziazko arrazoiek hala eskatzen dutenean, Estatuko Administrazio Orokorrek, autonomia-erkidegoetakoek eta Ceuta eta Melilla hirietakoek, bakoitzak bere eskumenen esparruan, beharrezkoak diren neurri guztiak hartu ahal izango dituzte legea betetzeko».
159. 2. apartatuan neurri jakin batzuk aipatzen dira –produktuak immobilizatzea, konfiskatzea, baliabide materialetan eta pertsonaletan esku hartzea, jarduerak etetea, prebentziozko ixteak, eta abar–, eta klausula ireki batekin amaitzen da: «Indarrean dagoen legeriarekin bat datorren beste edozein neurri, osasunerako arriskuaren arrazoizko zantzuak badaude, jarduketak etetea barne, II. tituluan ezarritakoaren arabera».
160. Aurreproiektuaren 90. eta 91. artikulua aztertzeko parametro garrantzitsuenetako batzuk laburbildu ondoren, haiek aztertzen hasiko gara.
161. Kontuan hartu behar da 90. artikulua, «Pertsonak eraginpean hartzen dituzten interbentzio-neurriak» izenekoa, atal batean txertatzen dela, eta atal horren izenburua «Administrazioaren esku-hartzea» dela. Bertan neurri batzuk aipatzen dira, horiek ez betetzeak zehapen-ondorioak ekar ditzakeenak edo hertsapen-bidetik betearaz daitezkeenak, nahitaez ezarriz.
162. Lehenik eta behin, esan behar da manuen idazketa ez dela guztiz garbia, eta berrikusi egin beharko litzatekeela, ziurtasuna bermatzeko, bi manuen sistematika egoki baten bidez eta bakoitzaren barne-egitura baten bidez, arau-mezuen koherentzia finkatzeko, betiere kontuan hartuta gai konplexuei buruzkoak direla, azaldu diren moduan.
163. Ildo horretan, prebentzio-neurri orokorrak eta gaixotasun transmitigarrien kasurako neurriak bereizi gabe arautzeak ez du laguntzen aginduaren irismena ulertzen, eta OPNBLOren sistematikatik bereizi egiten da.
164. 90. artikulua lehen apartatua aztertzean, ikusten da klausula orokor batekin hasten dela. Klausula horretan, prebentzio-neurri orokorrak eta interbentzio-neurriak hartzea aurreikusten da: «Indarrean den araudiaren eta bertan ezarritako bermeen arabera, osasun-agintaritzak agindu dezake prebentzio-neurri orokorrak eta interbentzio-neurriak hartzea, baldin eta biztanleriaren osasunerako arrisku urgentea badago edo badagoela arrazoiz susmatzen bada, pertsona baten edo pertsona talde baten egoera sanitarioa edo osasun publikorako larrialdi- edo pandemia-egoerak direla tarteko».



165. Adierazpen horrek kasu bakoitzean aplika daitezkeen arau organiko eta oinarrizkoaren esparruan hartu beharreko neurri guztiak kokatzeko balio du, eta, beraz, hasiera batean, adierazpen zuzena da. Baina azaldu dugun eztabaida juridikoaren baldintzak eta 2/2021 Legeari buruz lortutako akordioarenak kontuan hartuta, egokia litzateke hausnartzea komenigarria ote den lege organikoa –une honetan, OPNBLO– eta indarrean dagoen gainerako araudi aplikagarria berariaz aipatzea.
166. Izan ere, aurreproiektuak berak, 58.b) artikuluan, berariaz aipatzen du OPNBLO Lege hori, eta, gero adieraziko dugun bezala, sistematikoki hobeto egongo litzateke kokatuta 90. artikuluan.
167. Alderdi horri dagokionez, lehen aipatu dugun urtarrilaren 26ko 62/2022 AGEri helduz, auzitegiak berak adierazi du OPNBLOren 3. artikulua egokia dela balizko murrizketa edo mugei –alarma-egoeratik kanpo– estaldura emateko, baina, ondoren, aitortu du manu hori «laburra eta generikoa dela, eta ez zela pentsatu egungoa bezalako pandemia baterako, agerraldi infektzioso isolatuetarako baizik; horregatik diogu egoki dela pandemia batera egokitutako erregulazioa izatea ».
168. Ondoren, 90. artikulua lehen apartatuan prebentzio-neurri orokor eta interbentzio-neurri batzuk zerrendatzen dira, izaera irekiarekin. Apartatu horretan, honako hau baitio: «Neurri horiek hauek izan daitezke: mugikortasunaren askatasunerako eta lanbidean aritzeko murrizketak; osasun-azterketak eta -miaketak; txertaketa, osasun-tratamendua agintzea eta ospitalizazioa; pertsona baten edo pertsona talde baten gaineko kontrol indibiduala; etxean bakartzea».
169. Aipatutako batzuk bat datoz OPNBLOn berariaz ezarritakoekin. Osasun-azterketak eta -miaketak, osasun-tratamendua agintzea edo ospitalizazioa OPNBLOren bigarren artikuluan berariaz aipatutakoetara bidera daitezke; izan ere, artikulua horrek, ikusitakoaren arabera, honako neurri hauek aipatzen ditu: «osasun-azterketa, tratamendu, ospitaleratze edo kontrolerako neurriak azterketa, tratamendu, ospitaleratze edo kontrolerako neurriak».
170. Beste batzuk, hala nola norberaren edo pertsona taldeen –kutsatzeko arriskua dutenen edo gaixoen– kontrol indibidualerako neurriak, nahiz eta lege horretan berariaz aipatu ez, badirudi arrisku handirik gabe sar daitezkeela «kontrol-neurrien artean, baldin eta pertsona baten edo pertsona talde baten egoera sanitarioa tarteko dela biztanleriaren osasunerako arriskua dagoela arrazoiz susmatzea ahalbidetzen duten arrazoizko zantzuak badaude», edo «gaixoak, haiekin kontaktuan dauden edo egon diren pertsonak eta haien hurbileko ingurunea kontrolatzeko neurri egokien artean, baita arrisku transmitigarrien kasuan beharrezkotzat jotzen direnen artean ere». Neurri horiek guztiak OPNBLOren 2. eta 3. artikuluetan aipatzen dira, hurrenez hurren.



171. Ildo beretik, «mugikortasun-askatasunean murrizketak ezartzeko aukera» hasiera batean, Espainiako Konstituzioaren 19.1 artikuluko oinarritzko eskubidea baliatzean ondorioak dituen, OPNBLOn deskribatutako neurrietako baten espezifikazio- edo adibide-kategoriara bideratu ahal izango litzateke: «neurri egokiak gaixoak, haiekin kontaktuan dauden edo egon diren pertsonak eta haien hurbileko ingurunea kontrolatzeko, baita arrisku transmitigarrien kasuan beharrezkotzat jotzen direnak ere» (lege horren 3. artikulua); gogoeta hori etxean bakartzeko neurria ere hedatu behar da.
172. Beste kontu bat da, eta ez du kutsatu behar aztertzen ari garen edukiari buruzko judizioa, hori aplikatzean, –hedadura, iraupena...– neurri horietakoren bat edo beste batzuk hartzean, oinarritzko eskubide bati bidegabe eragin ahal izatea. Baina, konstituzio-doktrina iraunkorra denez (guztien erakusgarri, 58/1982 KAE), arauak modu desegokian erabiltzeko aukera hutsak ezin du arauen gaineko konstituzionaltasunari buruzko iritzi prebentibo negatiborik sortu. Ezin da ahaztu, ordea, lehen aipatutako AAJLn ezarritako kontrol juridikzionalak, arestian aipatu direnek, oinarritzko eskubideen gaineko eragin-egoera desegokiak saihesteko ematen duten indarra.
173. Gure ustez, balorazio berezia eskatzen du txertaketa egon daitekeen beste neurri bat bezala sartzeak, 90. artikuluan egiten den bezala.
174. Gertatzen dena da txertaketaren izaerak berak, aipatu diren beste neurri batzuen aldean –ospitalizazioa, adibidez–, aukera ematen duela hipotesi gisa planteatzeko –horri buruzko eztabaida dagoela agerian utziz– osasun-larrialdiko edo pandemiako kasuetan biztanleria osoa hartuko duen neurri orokortzat hartu behar ote den, eta neurria funtsean kualifikatzen duen elementu bat sartzen du.
175. Argi dago OPNBLOk aukera ematen duela nahitaezko tratamendu medikoak egiteko eta baita hertsapenez ezartzeko ere, identifikatutako pertsona edo pertsona talde bat denean, epailearen alde aurreko baimenarekin –nahiz eta txertaketaren kasuan aplikazio txikiko xedapena den (Andaluziako Justizia Auzitegi Nagusiaren 2013ko uztailaren 22ko Epaia aipatu behar da, 667/2012 errekurtsua, 35 adingabe elgorriaren aurka nahitaez txertatzeko kasu bati buruzkoa)–.
176. Hala ere, aipatzen ari garen 90. artikuluen apartatua jasota dagoen moduak aukera emango luke ulertzeko herritar guztiek nahitaez txertatu behar direla –eta hertsapenez ezarri ahal izango dela–, manuan pandemia-egoera bat aipatzen delako.
177. Behin betiko iritzirik eman ezin badugu ere, bada arrazoirik esateko nahitaezko txertaketa orokor hori, gorago laburtu dugun konstituzio-doktrinaren arabera, Espainiako Konstituzioaren 15. artikuluko oinarritzko eskubidea –osotasun fisikoa eta morala– arriskuan jartzeko adinako garrantzia eta intentsitatea duen



neurritzat har litekeela, legegile arruntari onartzen ez zaizkion hitzetan, eta, beraz, berariazko aipamena egin beharko litzaiokeela OPNBLOn, OPLOren 5.2 artikuluan –lehen transkribatu da– eta azaroaren 14ko 41/2002 Legearen –informazio eta dokumentazio klinikoaren arloan pazientearen autonomia eta eskubideak eta betebeharrak arautzen dituen oinarritzko legearen– 8. eta 9. artikuluetan jasotzen den borondatezkotasun-printzipioa salbuesteko.

178. Behin aurrekoa azalduta, Batzordeak uste du posible dela, OPNBLOren esparruan, proportzionaltasun-printzipioa errespetatuz eta AAJLn ezarritako baimentze edo berrespen judizialaren araubidea errespetatuz, zenbait biztanleria talderentzako edo lanbide-kolektiborentzako nahitaezko txertaketa selektiboa egitea –betiere haien erregulazio sektorialen arabera– gaixotasun transmitigarrien aurrean larrialdi edo premia sanitarioa dagoenean.
179. Laburbilduz, oso egokia litzateke 90. artikulua hori berrikustea eta zehaztasun handiagoa ematea, batez ere jaso nahi diren neurrien irismen zehatza ziurtasunez eta aurreikusgarritasunez xedatu dadin.
180. 90. artikulua 1. apartatuaren bigarren mezuari dagokionez, «kontaktuen trazabilitatea» eta «datu sanitario indibidualak erabiltzea» datuak babesteko araudian kokatu beharko lirateke, eta ez luke nahikoa izan behar aurreproiektuaren lehen xedapen gehigarriak jasotzen duen aipamenak –gerora aztertuko denak–.
181. Bestalde, 1. apartatuko hirugarren mezuan aipatzen den lankidetzan aritzeko eginbearra ere gehiago zehaztu beharko litzateke; izan ere, 59. artikuluan oro har jasotzen da, eta «exijitzen zaizkien prozedura guztietan» esapideak ez du eska daitekeen ziurtasunik betebeharrak pertsonal bat behar bezala konfiguratzeko (APELen 18.1 artikulua).
182. 90. artikulua 2. apartatua berrikusi egin beharko litzateke, bere idazketa bat etor dadin AAJLren egungo erregulazioarekin; izan ere, «erregulazio hori osasun-arloko legeriaren arabera osasun-agintariek osasun publikorako premiazkoztat eta nahitaezkoztat hartzen dituzten eta oinarritzko eskubideen mugak edo murrizketak dakartzaten neurriei buruzkoa da».
183. AAJLk aipatzen dituen oinarritzko eskubideak EKren 10.etik 29.era bitarteko artikuluetan jasotzen direnak direla alde batera utzita, erregulazio prozesala denez (EKren 149.1.6 artikulua), garrantzitsua da edozein disfuntzio saihestea eta gogoraraztea Lege horretan «oinarritzko eskubideak mugatzen edo murrizten dituzten kasuak aipatzen direla». Alde horretatik, nahasgarria da artikuluan bertan ezarritako neurri guztiak barne hartzen ez dituen neurri-zerrenda bat sartzea, eta, hala ere, legeria prozesalaren arabera izapide horren mende ez dauden neurri batzuk sartzen



ditu, lanbidean aritzeko askatasunarekin gertatzen den bezala (EKren 35. eta 36. artikulua).

184. 90. artikulua 2. apartatu horretako bigarren mezua ohar orokor horien ondorengo apartatu batean aztertuko dugu, interbentzio-neurrien baimen edo berrespen judiziala aztertzen dugunean, hain zuzen ere.
185. Era berean, 90. artikulua 3. apartatua kentzea iradoki daiteke; izan ere, kentzen ez bada, nahasgarria da zerrenda baten osagarri diren neurriak hartzei buruzko aipamena, zerrenda hori, 1. apartatua xedatutakoaren arabera ez baita itxia; nahasgarria da, halaber, «proportzionaltasun-printzipio orokorra eta interbentzio administratiboaren gainerako informazio-printzipioak errespetatzeari» buruzko aipamena.
186. Gogoeta horri lotuta, beste bat egin da, osasun publikoko arrazoiengatik neurriak hartzean nagusi izan behar duten printzipioak eta bermeak adierazteko eduki bat eranstearen komenigarritasunari buruz, jurisprudentziak adierazi duenaren arabera.
187. Horretarako, ezarritako jurisprudentzia-doktrina hartu beharko litzateke kontuan; berriz ere, urtarilaren 26ko 62/2022 AGEra joz:

Oinarrizko eskubideak murrizten edo mugatzen dituzten neurri horiek Zuzenbidearekin bat etor daitezten eta adierazitako araudi-estaldura izan dezaten Administrazioari zer eska dakiokeen galdetuta, honako hau adierazi dugu:

1. Transmitigarritasun-arrisku larria dakarren gaixotasun bat dagoela justifikatu behar du.
2. Justifikatu behar du, halaber, neurri murriztaile edo mugatzaile horiek egokiak edo egokiak eta ezinbestekoak direla, beste bitarteko eraginkorragorik ez dagoelako, eta hori hiru zentzutan zehazten da: egokitasuna, premia eta proportzionaltasuna.
3. Lurralde-eremu bat finkatu behar du, eraginpeko biztanleria kontuan hartuta, baita ezinbestekotzat jotzen duen denbora ere, gaixotasunaren larritasuna kontuan hartuta.
4. Eta, azken batean, esan dugu justifikazioa eskatzeak ez duela esan nahi tokiaren arabera txosten ugari eta askotarikoak aurkeztu behar direnik, eta ez



duela esan nahi, halaber, txosten horiek orri kopuru jakin bat izatea eskatzen denik.

188. Ezarritako neurri mugatzaileak zuzenbidearekin bat datozela deklaratzeko epaitu beharreko gaiei dagokienez, epai berak honako hau dio:

Neurri horiek Zuzenbidearekin bat datozela epaitzeari dagokionez, honako hau esan dugu:

1. Auzitegiak neurri horiek ituntzen dituen Administrazioaren eskumena eta Administrazio horrek neurri horiek azaltzen ari garen arauetan oinarritzen dituela egiaztatu behar du.

2. Era berean, gaixotasun transmitigarriak osasunerako dakarren arrisku larria Administrazioak argi eta garbi identifikatu –eta frogatu– duen neurtu behar du.

3. Egiaztatu behar da ea Administrazioak behar bezala identifikatu duen neurrien hedadura edo eremu subjektiboa, hau da, murrizketen eraginpeko biztanleria eta horien lurralde- eta denbora-eremua.

4. Eta egiaztatu behar da ea Administrazioak justifikatu duen neurri murriztaile edo mugatzaile horiek premia-judizioa –ez dago beste bitartekorik edo ez dago kutsadura saihesteko oldarkortasun gutxiago duen bitartekorik–; egokitasuna –egokiak eta nahikoak dira– eta proportzionaltasuna –hau da, transmitigarritasun-arrisku larriarekin bat datoz– gainditzen duten.

189. 91. artikulua aztertzean, lehenik eta behin, zalantza sortzen da haren eremua zedarritzeari buruz 90. artikuluekin alderatuta. Biek jasotzen dituzten neurrien edukia edo izaera partzialki bat datozela dirudi, eta, beraz, 91. artikuluan ezarritako bakartze- edo berrogeialdi-neurriak 90. artikuluko itxi gabeko zerrendan ere sartuko lirатеke. 90. artikuluan, bestalde, jasotzen da isolamendu-neurriari buruzko berariazko aipamena.

190. Hasiera batean, pentsa liteke 90. artikulua neurri orokorretarako gorde nahi dela –«Prebentzio-neurri orokorrak eta interbentzio-neurriak»–, 91. artikuluari kontrajarrita; izan ere, artikulua horren arabera, identifikatutako pertsonei eragiten dieten neurrietara mugatuko litzateke. Hala ere, ez da ulertzen zergatik aipatzen diren orduan 90. artikuluan bakartze- edo berrogeialdi-neurri zehatzak, eta esparru bereizi horretan berdin aplika daitezkeen beste batzuk baztertzea. Horrez gain,



90. artikulua bigarren eremu hori ere hartzen duela dirudi («kontrola... pertsona gaixoei harremanetan daudenak edo egon direnak...»).

191. Erregulazio horretan nabarmen ikusten da arestian aipatutako gabezia eta manu bakoitzari eska dakizkiokeen eremuak –objektiboak eta subjektiboak– eta kasu bakoitzerako ezarri nahi diren arau-aginduak argi eta garbi ezartzeko beharra dagoela. Beraz, aurreproiekturako oso positiboa izango litzateke eduki horiek berrikustea.

Emergentzien erregulazioarekin lotzea:

192. Aurreproiektuaren zioen azalpenean COVID-19 pandemia aipatzen da, eta nabarmendu behar da osasun publikoaren zeharkakotasunaren garrantzia azpimarratzen duela, eta, horregatik, beharrezkoa dela osasun-agintarien eta osasunaren arloan eragina duten instantzien eta eragileen arteko koordinazioa.
193. Ondoren, Euskadiko Babes Zibileko Plana aipatzen da, eta adierazten da «Plan horrek beren izaera edo hedaduragatik, edota administrazio bat baino gehiago koordinatzeko beharragatik, zuzendaritza autonomiko bat behar duten larrialdi mota orori aurre egiteko Euskal Autonomia Erkidegoko antolamendu-esparru orokorra ezartzen duela (apirilaren 27ko 1/2017 Legegintzako Dekretuaren –Larrialdiak Kudeatzeko Legearen testu bategina onartzen duenaren– 29.e artikulua)».
194. Zioen azalpeneko hitz horietatik ondoriozta daiteke arau-esparruaren nahikotasuna, LKLn jasotzen dena, autonomia-erkidegoak osasun-larrialdien aurrean duen antolamenduari dagokionez; izan ere, lege horrek oro har arautzen dituenen azpimota bat dira –indarrean dagoen Euskadiko Babes Zibileko Planaren hitzetan, arrisku epidemiologikoen ondoriozko larrialdiak–.
195. Zabaldu nahi ez badugu ere, komeni da gogoratzea urgentziatzko edo larrialdiko egoeren aurrean administrazio publikoek egiten dituzten jarduketan antolamendua eta koordinazioa babes zibileko planen inguruan –lurralde-planak edo plan bereziak, kasuaren arabera– arautzen duela LKLk. Plan horien artetik, Euskadiko Babes Zibileko Plana (LABI) nabarmentzen du (29. artikulua).
196. Orain interesatzen zaigunari dagokionez, nabarmendu behar da LKLk ezartzen duela larrialdiari aurre egiteko jarduketan zuzendaritza eta koordinazioa EAEko organo eskudunei dagokiela (LKLren 32.3 artikulua) LABI edo plan bereziren bat aplikatzeko agintzen denean, hondamendiko larrialdi-egoera deklaritzen denean, erkidegoz gaingidiko interesa deklaratu ondoren, zuzendaritza eta koordinazioa Autonomia Erkidegoko organoei eskuordetzen zaizkienean.



197. Gaineratu behar da Segurtasun Sailari dagokiola, LKLren esparruan, babes zibileko planetako ekintzen zuzendaritza eta koordinazio gorena egikaritzea, planek hala xedatzen dutenean (11.g artikulua), eta planaren titularrari dagokiola LABIren zuzendaritza eta koordinazio gorena egikaritzea, Lehendakariak hondamendiko larrialdi-egoera deklaratzeko badu izan ezik, kasu horretan Lehendakariak hartuko baitu bere gain larrialdiko jarduera guztien zuzendaritza (35. artikulua).
198. Oso azaletik azaldu den eta LKLren aginduek osatzen duten esparru horretan kokatu behar dira aurreproiektuak larrialdien eremuan antolamenduari dagokionez jasotzen dituen xedapenak.
199. Aurreproiektuko zenbait xedapenek zalantzaren bat sor dezakete osasun-arloko eskumenak dituzten organoek osasun-larrialdien kasuan dituzten funtzioei dagokienez, eta horiek larrialdien kudeaketari buruzko araudiarekin bateragarri egiteari dagokionez; izan ere, araudi horretan, argi eta garbi ikusten da segurtasun publikoaren arloan eskumena duen sailak duela protagonismoa.
200. Zioen azalpenean Euskadiko Babes Zibileko Planari egiten zaion aipamenaren arabera, antolamenduak segurtasun publikoaren arloan eskumena duen sailari lotuta egon beharko luke –LKLren 35. artikuluko kasuan izan ezik–, eta badirudi aurreproiektuak antolamendu hori nolabait modulatu nahi duela osasun publikoko larrialdien kasuan, osasun publikoaren arloan eskumena duten organoen funtzioak sartzen baititu, baina funtzio horien irismena ilun samarra da.
201. Esate baterako, 28. artikulua i) letran –Eusko Jaurlaritzaren eskumenak, osasun-arloko eskumena duen sailaren bitartez–, 35. artikulua j) letran – osasun publikoko organo nagusiaren funtzioak–, 4. artikulua f) letran – Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren funtsezko funtzioak– eta 82. artikulua i) letran –osasun-agintaritzaren funtzioak– .
202. Egia esan, aurkeztutako testuak LKL aipatzen du.
203. Izan ere, 43. artikuluan, Euskadiko Osasun Sistemak Euskadiko Osasun Publikoko Sistemari dagokionez dituen betebeharrak arautzen direnean, adierazten da larrialdiari erantzuteko estrategia bat ezartzea dagokiola, osasun publikoko organo nagusiak ezarritako printzipioekin bat etorriz, eta honako hau gehitzen du: «halakorik badago, koordinazio-organok erantzungo dio indarrean dagoen larrialdiari».
204. Era berean, 58. artikulua d) letran, osasun-alertak edo osasun-larrialdiak daudenean hartu behar diren neurriak arautzean, hau xedatzen da: «Osasun publikoko larrialdi-egoerei dagokienez, osasun-agintaritzak, larrialdiei buruzko araudian eskura jarritako organoekin koordinatuta, arrisku-mailak eta hartu beharreko neurriak zehaztuko ditu,



betiere informazio epidemiologikoan eta osasun publikoko informazioan eta jarduketan planetan oinarrituta».

205. Osasun publikoko alerten eta larrialdien erregulazioan ere (50. artikuluan 4. eta 9. apartatuak) aipatzen dira babes zibilaren arloko erregulazioan dauden tresnak.
206. Baina aipamen partzialak dira, eta agerian uzten dute bi eremuen arteko lotura nabarmena dela eta komenigarria izan litekeela lotura hori zehatzago lantzea.
207. Azaldutako eskumen-eremua ez da bi arauen arteko loturari dagokionez argitu beharko litzatekeen eremu bakarra.
208. Aurreproiektuak larrialdi-egoerei buruz hitz egiten duenean erabiltzen duen terminologia desberdinaren barruan, «deklaratutako» osasun-larrialdiei buruzko aipamena nabarmendu behar dugu orain; terminologia hori, dagoeneko azaldu dugunez, larrialdien kudeaketaren arloan indarrean dagoen araudiak ere erabiltzen du.
209. Aurreproiektuaren artikulua askotan aipatzen da osasun-larrialdi edo -alerta edo osasun publikoko larrialdi «deklaratzea» (17.f, 31.2, 50.5, 50.6, 50.7, 58.c), 69.p), 78.f), 82.i), 89.3 b), 90.2, 91, 93.6, 94.3.s), 99.3 artikulua)
210. Agindu horiek espedienteetan justifikatu ez den eta aurreproiektutik bertatik ondorioztatzen ez den logika baten arabera, aipatutako baldintza –larrialdi-deklarazioa– alde batera uzten duten beste agindu batzuekin batera gertatzen dira, eta, beraz, gehiago eman lezake terminoen erabilera ez-homogeneoaren ondorio dela, horri buruzko desberdintasunak sartzeko nahita egindako zerbaiten ondorio baino.
211. Hala ere, gaia ez dago argi. Aurreproiektua izapidetu bitartean, EGK-k proposatu zuen 16. artikuluan –«Eskubideen mugaketa, osasun publikoa babesteko»– osasun-larrialdia deklaratzearen aipamena sartzeari. Alegazio hori organo sustatzaileak atzera bota zuen, justifikatuz «osasun-larrialdiak ez daudela beti deklarazio juridiko-legal baten mende». Arrazoibide hori, oster, ez dator bat baldintza aurreproiektuko beste zati batzuetan txertatzearekin, erabaki hori, itxuraz, kontraesankorra baita.
212. «Deklaratutako» osasun-larrialditzat zer hartu behar den zehazteari dagokionez, ez da horri buruzko xedapen orokorrik txertatu, nazioarteko, Europako eta estatuko legeriak xedatzen duenera jotzeko aukera ematen dela alde batera utzi gabe. 50.5 artikuluan honako hau ezartzen da: «Osasun publikoko alertak eta larrialdiak eta haien eguneko gorabeherak nahitaez eta premiaz deklaratu dira, nazioarteko, Europako eta



Estatuko legeriari jarraiki eta osasun-agintaritza eskudunaren jarraibideen arabera eta, hala badagokio, Osasunaren Mundu Erakundearen gomendioak kontuan hartuta».

213. 58. artikulua c) letran honako hau aipatzen da: «Agintari eskudunek deklaraturako osasun publikoko larrialdietan, ...». Antzeko hitzak erabiltzen dira 78. artikulua f) letran.
214. Egoera horretan, EAEko lurralde-eremua gainditzen ez duten osasun-larrialdiko egoerak deklaratzeko araubideari buruzko galderak egin daitezke, baina testuak ez dio horri heltzen. Era berean, larrialdien arloko EAEko araudia ere aipa daiteke, figura hori aintzat hartzen duten xedapenak biltzen baititu.
215. LKLn, «larrialdia deklaratzeko» aurreikuspena aurreikusita dago «hondamendiko larrialdi» gisa definitzen duen horretan, Lehendakariari esleiturako eskumena betez, (35. artikulua), betiere alde batera utzi gabe ekainaren 24ko 153/1997 Dekretuaren – Larrialdiei aurre egiteko bidea-LABI deritzan Euskadiko Herri Babeseko Plana onartzen duenaren eta larrialdiei aurre egiteko euskal sistemak dituen integrazio-bideak arautzen dituenaren– eranskinaren V. tituluan «Euskal Autonomia Erkidegoko herri-babesaren antolaketa orokorra» izenekoan, azalpen-zatian, I. kapituluaren, berariaz aipatzen den tituluan, alegia, Herrizaingo sailburuaren funtziotzat ezartzen direla, LABIren zuzendaria delako, larrialdi-egoeren aurrean erantzuteko zuzendaritzaren eta koordinazioaren funtzioak. Horien artean, honako hauek aurreikusten dira: «Plan honetan ezarritako larrialdi-egoerak deklaratzeko, hondamendiko larrialdi-egoera deklaratzeko izan ezik, hori Lehendakariari baitagokio» (d letra), baita «Larrialdi-egoeraren amaiera eta normaltasunerako itzulera deklaratzeko» (n letra).
216. Erregulazio horrek orain aztertzen ari garen esparruan zer irismen duen zehaztu beharko litzateke, eta bi arauen arteko integrazio egokia egin beharko litzateke.
217. Gogoeta horrek ezin du aipatu gabe utzi deklaraturako osasun-larrialdiei buruzko aipamena, beste manu batzuen artean, osasun-larrialdiko kasuetan neurri mugatzaileak hartzeko araubidean eragina dutenetako batzuetan jasotzen dela. 58.c), 82.i), 89.3 b) eta 90.2 artikuluetan jasotzen da, adibidez.
218. Laburbilduz, proiektuaren organo sustatzaileari iradokitzen diogu testua berrikustea eskubideen murrizketak edo mugak dituzten manuek izan behar duten ziurtasuna eta aurreikusgarritasuna betetzeko behar beste zehaztasun eskaintzeko.



Langileen antolamendu-egokitzapenak eta funtzioen eta zereginen aldaketak:

219. 57. artikulua f) letrak osasun-agintaritzari ahala ematen dio bere zerbitzura dauden langileen eta osasun publikoko larrialdiari (krisi sanitarioak eta pandemiak barne) erantzuteko eskumenak dituen beste edozein administrazioen eginkizunak eta zereginak aldatzeko.
220. Neurri horren edukia eta 22.4 eta 31.2 artikuluetan aurreikusitako neurrien edukia antzekoak dira; beraz, mezu bera du, hizkera desberdinarekin. Mezu horrek dioenez, langileen funtzioak eta zereginak aldatu egin behar dira esleipen berriak eginez, eta lehendik daudenak aldatuz, berrorientatuz edo egokituz.
221. Hala ere, azpimarratu behar da bi manu horiek, aipatutako 57. artikuluan ez bezala, berresleipen horiek, berariaz, ingurune pribatura zabaltzen dituztela, eta horrek lan-legeriaren eremuan sartzea ekarriko lukeela, eta hori Estatuaren eskumen eksklusiboa da EKren 149.1.7 artikulua arabera.
222. Erakunde publikoen zerbitzura dauden langileen eremuari dagokionez, 57. artikulua antzeko ezaugarriak dituen xedapena dago, zehatzagoa bada ere, LKLren 35.4 artikuluan. Xedapen hori manu horrek arautzen duen hondamendiko larrialdiaren deklarazioaren kasuan sartuta dago, eta nolabaiteko lotura du aurreproiektuak definitzen duen zuzeneko eremuarekin: deklarazio horrek berekin ekar dezake larrialdiari aurre egiteko beharrezkoa den administrazio-zerbitzuen berrantolaketa organikoa eta funtzionala egitea.
223. Xedapen horiei dagokienez, Funtzio Publikoko Zuzendaritzaren txostenak, gaikuntza horiek osasun publikoaren arlora mugatu beharko liratekeela hausnartu ondoren, honako hau dio:
- Aldaketa horien oinarri diren inguruabarrak aldi baterakoak eta zehatzak direnez, funtzio berrien berrantolaketa eta esleipena ere behin-behinekoak izango dira. Nolanahi ere, errespetatu behar da esleitutako funtzioak pertsonaren lantaldearekin edo lan-kategoriarekin bat etortzea; horrez gain, pertsona horrek dituen lan- eta ordainsari-baldintzak eta herri beraren barruan errespetatuko zaizkio. Ikusi behar da laguntza-ingurune publikoko giza baliabideen berrorientazioa laguntza-ingurune publikoaren barruan egiten oten den, eta laguntza-ingurune pribatuko giza baliabideen berrorientazioa laguntza-ingurune pribatuaren barruan egiten ote den.
224. Izan ere, txosten honen arabera, kontuan hartu behar da urriaren 30eko 5/2015 Legegintzako Errege Dekretuaren bidez onartutako Enplegatu Publikoaren



Oinarrizko Estatutuaren Legearen testu bateginaren 73.2 artikuluan xedatutakoa (EPOELTB). Artikulu horretan honako hau jasotzen da: «Administrazio publikoek, zerbitzuak dituen beharrianak ikusita bidezkoa denean, eginkizunak, zereginak edo ardurak esleitu ahal izango dizkiete beren langileei, diharduteneko lanpostuetakoez bestelakoak; eginkizun horiek langileen sailkapenari, graduari edo kategoriari egokitutakoak izan behar dute, eta ez dute ordainsarietan murrizketarik eragingo».

225. Ikuspegi horretatik begiratuta, garrantzitsua da gogora ekartzea 138/2015 Irizpenak, Euskal Enplegu Publikoaren Legearen aurreproiektuari buruzkoak, oinarrizko arau horri buruz eta arau horrek enplegu publikoaren arloko ordenamendu juridikoan duen posizioari buruz argudiatzen zuena. Irizpen horrek balio digu, halaber, enplegu publikoaren zerbitzura dauden lan-kontratudun langileak ere eraginpean hartzen direnean jokoan dauden eskumen-tituluak gogorarazteko.
226. Kontuan hartu behar da, halaber, nork bere burua antolatzeko eskumen autonomikoak autonomia-erkidegoaren zerbitzura dauden langileak antolatzeko ematen duen alderdia. EPOELTBren 72. artikuluan ere aipatzen da alderdi hori, eta hortik ondorioztatzen dira, hein handi batean, jarduketa-esparru gisa hartu dugun 73.2 artikulua ezartzen dituen mugak. Horri dagokionez, eremu hori mugatu duten Konstituzio Auzitegiaren epaiak baino ez ditugu aipatuko. Epai horietan oinarrituta, uste dugu zentzuzkoa dela esatea legezko agindu hori ezin dela erabat baliozkotu enplegatu publikoen egitura nork bere burua antolatzeko gaitasun horretatik abiatuta soilik, ezin baita aldendu behin eta berriz errepikatu dugun oinarrizko manuak jasotzen dituen eta eska daitezkeen gutxienekoetatik (apirilaren 6ko 50/1999 KAE, urtarrilaren 16ko 1/2003 KAE eta azaroaren 24ko 113/2010 KAE)
227. Osasun-zerbitzuetako estatutupeko langileen esparru-estatutuaren 55/2003 Legearen –abenduarien 16koaren– 59. artikulua aipatu behar da; izan ere, artikulua horrek arautzen du, oinarrizko legeria gisa, osasun publikoaren arloko neurri berezi deitzen duena. Neurri horiek, eta, hala badagokio, lanaldiei buruzko xedapenak aldi baterako eteteari buruzkoak direla —«osasun-agintariek osasun-zentroen funtzionamenduari buruzko salbuespenezko neurriak hartzen dituztenean, apirilaren 25eko 14/1986 Legearen (Osasunari buruzko Lege Orokorren) 29.3 artikuluan aurreikusitakoarekin bat etorritik, eta neurri horiek justifikatzen badute eta iraungo duten denboraz bakarrik»—. Horrez gain, neurri horien berri eman beharko zaie langileak ordezkatzeko dituzten organoei.
228. Laburbilduz, nork bere burua antolatzeko ahala erabiltzea alde batera utzi gabe, defendatzen ari garen neurriak bezalako neurriek nahitaez bete behar dute



eraginpeko langileen harremanaren izaeraren arabera aplikatzekoa den araudia, eta, ildo horretan, funtzio publikoaren arloko legeriara jo behar da –legea garatzeko eta betearazteko eskumena, EKren 149.1.18 artikulua arabera–, baita lan-arloko legeriara ere, bai langile publikoez ari bagara, bai langile pribatuez ari bagara (Estatuaren eskumen eskusiboa, EKren 149.1.7 artikulua arabera).

229. Ezin izango litzateke onartu aurreproiektuak alde batera uztea bere aginduetako batzuk txertatzen dituen eskumen-esparrua –bermeak nahi den moduan txertatzeko bada ere–; horrez gain, ez luke eragin nabarmenik izan behar organo sindikalen edo langileen ordezkari-entzako-entzako partaidetza-prozeduran. Prozedura horrek, halaber, legeria aplikagarria egokitu beharko du.
230. Bukatzeko, tratamendu sistematikoari dagokionez, agindu horri manu bakarra eskaintzeko aukera aztertu beharko litzateke, agindua errazago interpretatu eta aplikatzeko.

Interbentzio-neurrien baimen edo berrespen judiziala:

231. 90. artikulua, lehen aztertu dugunak, pertsonak eraginpean hartzen dituzten interbentzio-neurriak arautzen ditu, eta 2. apartatuan baimentzeko edo berresteko izapidea hartzen da aintzat, eta administrazioarekiko auzien jurisdikzioa arautzen duen araudira bidaltzen du. Hala ere, prozedura bati eragiten dioten xedapen batzuk ere sartzen ditu. Prozedura horren erregulazioa legeria prozesalean dago, hain zuzen ere –AAJLren 122 quater artikulua–, eta beharrezkoa da prozedura horren eskumen-egokitzapena aztertzea.
232. Legeria prozesala Estatuaren eskumen eskusiboa da. Konstituzio-doktrinaren funtsezko ebazpena 47/2004 KAE da, Galiziako kasazio-errekurtso zibil eta foralari buruzko konstituzio-kontrakotasuneko errekurtsoa ebazten duena. Epai horrek defendatzen duen doktrinaren muina legeria prozesalari buruzko eskumen eskusiboa Estatuari erreserbatzea da «arlo horretan beharrezkoak diren berezitasunak alde batera utzi gabe, halako berezitasunak izan baitaitezke autonomia-erkidegoetako zuzenbide substantiboan».
233. Autonomia-erkidegoek Espainiako Konstituzioaren 149.1.6 artikuluan jasotako salbuespenaren babesean beren gain hartzen duten salbuespenetako eskumenak ez die uzten, besterik gabe, beren ordenamenduan arau prozesalak sartzen, beren eskumenak betetzeko zuzenbide substantiboko erregulazioak aldarrikatu dituztelako soilik. Autonomia-erkidegoei, salbuespen gisa, baimentzen zaizkien berezitasun prozesalak zuzenbide substantibo autonomikoaren berezitasunekin zuzenean lotzen diren berezitasunak izango dira. Legegile autonomikoak behar



besteko justifikazioa eman behar du araua beharrezkoa dela eta arau prozesal aplikagarriak aldatzeko beharra dagoela ikusteko.

234. Puntu honetan, Batzorde honen 189/2020 Irizpenari lotuko gatzaizkio. Irizpen hori Euskal Kasazio Errekurtso Zibilaren Legearen aurreproiektuari buruzkoa da, eta bertan, zehatz-mehatz aztertu zen doktrina hori.
235. Beraz, aurreproiektuaren manu zehatza baloratzean, kasuaren profilak hartu behar ditugu kontuan, aipatutako konstituzio-doktrinak eskatzen duen bezala, baina baita EKren 149.1.6 artikulua autonomia-erkidegoaren eskumenari ezarri dizkion mugak ere, eskumen hori dagoela (EAEAEren 10.6 artikulua) eta haren edukia hustuko ez duen interpretazioa eskatzen duela ahaztu gabe.
236. Horretan oinarrituta, konstituzio-doktrinak eskatzen duen erkaketa egiteko erreferentziazko arau prozesala AAJLren 122 quater artikulua da:
- 122 quater artikulua. Osasun-arloko agintariek osasun publikorako presazko eta beharrezko jotzen dituzten neurriak judizialki baimentzea edo berrestea, neurriok askatasuna edo beste oinarritzko eskubide bat kentzea edo murriztea dakartenean.
- Lege honen 8.6 artikulua bigarren apartatuan, 10.8 artikuluan eta 11.1.i) artikuluan aipatutako baimenak eta berrespenak izapidetzean, Fiskaltza parte izango da. Izapidetze horrek lehentasuna izango du beti, eta gehienez hiru egun naturaleko epean ebatzi beharko da, auto bidez.
237. Egin behar dugun egokitzapenaren azterketan, neurriak berresteko prozeduraren ezaugarri diren eta maiatzaren 24ko 719/2021 AGEk eta ekainaren 1eko 788/2021 AGEk azpimarratu dituzten ohar prozesalak nabarmendu behar dira:

- a) Lehentasunez izapidetzen da eta oso epe laburrean egin behar da.
- b) Ez du kontraesanik eragiten; izan ere, «berrespena lortu nahi duen administrazioak baino ezin du sustatu, eta Fiskaltzak baino ezin du horretan esku hartu».
- c) Sortzen duen ezagutza mugatua da. Auzitegiak neurriaren nahitaezko gaikuntza arauemailea ote dagoen egiaztatu behar du, eta, hortik abiatuta, «administrazio-jardunaren kanpoko alderdien eta alderdi arautuen aurretiazko egiaztapena egin behar du, eta, gehienez ere, ezarritako neurrien



egokitasunaren, beharraren eta proportzionaltasunaren *prima facie* egiaztapena».

238. Erkaketa hori egitean, ikusten da estatuko arau prozesalak ez duela inolako eskakizun dokumental formalik jasotzen, prozedura sustatuko duen eta organo judizialak baloratu behar dituen alderdi guztiak egiaztatze beharrezkoak diren elementuak jasoko edo gehituko dituen eskaera bat aurkeztea soilik eskatzen baita.
239. Aurreproiektuak, aldiz, izapidetzeko zenbait berezitasun xedatzen ditu, eta merezi du gogoeta batzuk egitea bereiz.
240. Alde batetik, uste dugu espediente bat aurkeztea eta hari erantsiko zaion azalpen-txosten bat egitea nekez etor daitezkeela bat estatuko arau prozesalak diseinatutako prozeduran, haren bereizgarri diren ezaugarri espezifikoak kontuan hartzen badugu. Era berean, ez da inolako loturarik igartzen zuzenbide substantibo autonomikoko espezialitatearen batekin, arau prozesal komunerako izapide berria dela dirudiena gehitzea justifikatzen duenik.
241. Beste kontu bat izango litzateke, neurri horiek hartzeko administrazio-prozedura erregulatzearen arloko eskumena baliatuz, txosten bat egiteko barne-agindu bat sortzea, neurrien beharra, egokitasuna eta proportzionaltasuna justifikatuko lituzkeena eta neurriak hartzea behar besteko arrazoibidea izan dadin zainduko lukeena –Kataluniako Autonomia Erkidegoko osasun publikoari buruzko urriaren 22ko 18/2009 Legearen 55 bis artikulua agintzen duen bezala–. Hala ere, kontuan hartu behar da mota horretako agindua ez dagokiola lege-mailako arau bati.
242. Argitzeko eta organo judizialari behar diren azalpenak emateko, epailearen eskariz berehala ager daitekeen aditu bat izendatzeari dagokionez, Batzordeak honako hau baino ezin du ondorioztatu: jada azaldutako eskumen-mugei jaramonik ez egiteaz gain, AAJLren prozeduraren konfigurazioan lekuri ez duen izapide bat artikulatzen du. Prozedura horrek, dagoeneko esan dugun bezala, ez du izaera kontraesankorrik, oso epe laburretan gauzatu behar da eta Fiskaltzak eta Administrazioak soilik parte har dezakete hura sustatzeko.
243. Azkenik, deklaraturako osasun publikoko larrialdiaren kasuan, hartutako neurriei eusteko izango den eta baimentze- edo berreste-prozedurak arrazoitzeko eskakizunei erantzuneko dien txosten orokor bat egiteko aurreikuspenak horrek dakartzan arriskuei buruzko gogoeta egitea merezi du, dagoeneko behar bezala aipatu diren eskumen-eztabaidak alde batera utzita.



244. Agindu horren ondorioz, hautazkoa bada ere, pentsa daiteke larritasun bereziko inguruabarretan –osasun publikoko larrialdian– txosten orokor eta kolektibo bat egiteak bete ditzakeela prozedura horiek bete behar dituzten justifikazio-eskakizunak. Alabaina, gai hori egoera bakoitzaren profilen arabera eta neurri bakoitzari edo neurri multzoari dagokionez baloratu beharko da, eta ezaugarri horiek dituen txosten bat sustatzen den prozesu bakoitzaren ezagutza-eremua –edo motibazioa– asetzeko behar besteko espezifikotasunik ez duen tresna gisa ager liteke.

B) Beste gai batzuk

Eskumen-banaketa eta koordinazio-ahalmenak:

245. Lege-aurreproiektua izapidetu bitartean, bai EUDLEk aurkeztutako alegazioetan, bai tokiko gobernuen Batzordeak egindako txostenean, planteatu den gaietako bat da legeak esku hartzen duten administrazioei esleitzen dizkien eskumenen zehaztapen eskasa dela.
246. Aurreproiektuaren 29. artikulua («Udalerrien eta tokiko gainerako erakundeen eskumenak») honela arautzen du gaia:
1. Udalei eta gainerako toki-erakundeei dagokie, beren lurralde-esparruetan eta Euskadiko Osasun Planaren eta Euskal Autonomia Erkidegoko jarraibide eta programen esparruan, toki-araubideari buruzko legerian eta aplikatu beharreko araudi sektorialean ezarritako eskumen propioak baliatzea.
 2. Gainerako administrazio publikoen eskumenak galarazi gabe, Euskadiko Toki Erakundeei buruzko Legearen (apirilaren 7ko 2/2016 Legea) arabera, udalei dagokie beren lurraldeetan osasun publikoaren sustapena, kudeaketa, defentsa eta babesa zaintzea eta, zehazki:
 - a) Osasuna babesteko eta sustatzeko eta adikzioak prebenitzeko programak eta planak garatzea.
 - b) Osasunaren aldetik kontrolatzea ingurumena, jarduerak, industriak, zerbitzuak, eraikinak, gizakien bizilekuak eta giza bizikidetzako lekuak eta herritarren osasunean eragina izan dezaketen establezimendu guztiak.



c) Osasunaren aldetik kontrolatzea elikagaien, edarien eta giza erabilerari edo kontsumoari lotutako gainerako produktuen banaketa eta hornidura, eta haiek garraiatzeko baliabideak.

d) Etxe-abereei, lagun egiteko animaliei, hiriko animalia basatiei eta izurriei buruzko osasun-arauak betetzen direla kontrolatzea.

e) Euskadiko Toki Erakundeei buruzko Legeari (apirilaren 7ko 2/2016 Legea) jarraikiz zehazten diren beste eskumen propio edo eskuordetu guztiak.

f) Ikuskatzeko eta zehatzeko ahala baliatzea, lege honetan aurreikusitako baldintzetan.

247. Tokiko Gobernuen Batzordearen iritziz, udal-eskumenen aitortzen horrek «ez du ekarpenik egiten; begi-bistakoa da udalerriek arlo horretan dituzten eskumenak dituztela». Eta aurrerago hau gehitzen du: «Aztergai dugun proiektuak Euskadiko Osasun Publikoaren Sistema artikulatzen du, dagozkion erakunde-mailen (autonomikoa, forala edo tokikoa) eskumenei eragin gabe. Ildo horretan, esanguratsua da ETElen eta gainerako ordenamendu juridikoan udalerriek dituzten eskumenetara jotzea».

248. Bestalde, Tokiko Gobernuen Batzordeak gogoeta hau ere egiten du:

Aurreproiektuak sarritan aipatzen ditu administrazio publikoak, beste zehaztapenik gabe. Hala adierazi zen Eudelek aurreko administrazio-bidean egindako alegazioetan. EAEko administrazio publikoen betebeharrak arautzeko modu horrek, nori dagozkion zehaztu gabe, bereziki zaila egiten du legeak aurreikusten duen ereduaren kudeaketan bakoitzarentzat zer eginkizun espero den ikustea.

249. Alegazio horiei erantzuteko, proposamena egin duen sailak honako hau uste du:

Tokiko Gobernuen Batzordearen txostenak agerian uzten duenez, aurreproiektua kontu handiz eta zorrotz idatzi da erakunde-maila bakoitzaren eskumenak errespetatuz.

(...)

Hain zuzen ere, aurreproiektuaren 27. artikulua adierazten duen bezala, administrazio publiko horiek «lege hau garatu eta aplikatzeko jarduketa publikoak eta hartutako neurriak gauzatuko dituzte, legeria sektorialak bakoitzari



esleitutako eskumenei jarraikiz». Ez dugu uste beharrezkoa denik aurreproiektuan aipatzen diren aldi guzti-guztietan zehaztea zein diren dagoeneko ezarrita dagoen araudi sektorial horretan guztian esleitutako eskumenak.

250. Batzorde Juridiko honek komenigarritzat jotzen du horri buruz bi ohar egitea. Lehenengoa, gogorarazteko, beste batzuetan azaldu dugun bezala, legegile sektorialak, ETEL indarrean jarri ondoren, aurreko lege-arauek ezarritako tokiko eskumen-maila izaten jarrai dezakeela, baina aukera hori legegileak dauzkan aukeretako bat baino ez dela.
251. Duela gutxi eman dugun 17/2022 Irizpenean esan dugunez, ETELen 17.1 artikulua ez du udal-eskumenen esleipen amaiturik egiten, baizik eta esparru material eta funtzional bat ezartzen du, eta esparru horretan sektoreko lege bakoitzak mugatuko du tokiko jardunaren eremua, Euskadiko ETELeak adierazten dituen printzipioak betez –TAOLEk jarraitzen dion eskema bera da–.
252. ETELen 17.1 artikulua honako hau xedatzen du hitzez hitz: «Lege honetan eta aplikatu beharreko legerian xedatutakoaren esparruan, udalerriek honako esparru material hauetan erabili ahal izango dituzte eskumen propioak». Eta ETELeak berezko eskumen gisa esleitzen dizkien eremu material bakoitzaren barruan tokiko jardun-eremua zehazteko ETELeak deitzen duena lege sektoriala da.
253. Bigarren ohar gisa, aurreproiektuak egiten duen eskumenen eskudantziaren zehaztapen eskasari buruzko hutsegiteari dagokionez, hasteko aitortu behar dugu osasun publikoaren xede diren gaien zabaltasunak eragiten duela administrazio eskuduna kasu bakoitzean zein den mugatzea lan erraza ez izatea.
254. Artikuluen eduki batzuetan, «administrazio publikoei» buruz egiten den erreferentzia orokorrak ez du arazorik sortzen, betebeharrak ezartzen direlako edo jarduketa-printzipioen mende jartzen direlako, eta printzipio horiek aplikagarriak direlako administrazio publikoek jarduten duten hainbat eremu materialetan.
255. Baina, batzuetan, artikuluek betebeharrak zehatzak ezartzen dituzte, eta eskudantzia hori «administrazio publikoei» edo «osasunaren arloko administrazio publikoei» (56. artikulua - Ingurumen-osasuna) eta «Euskal Autonomia Erkidegoko Osasun Publikoko Sistema osatzen duten administrazio publikoei» (60. artikulua.- Eskola-osasuna) ere egiten zaie, askoz gehiago zehaztu gabe.
256. Artikuluetan biltzen diren eskudantzia zehatzak alde batera utzita, haxe da aurreproiektuaren 27.1 artikuluan jasotzen den eskumen-banaketaren planteamendu orokorra:



Euskadiko Osasun Publikoko Sistema osatzen duten Eusko Jaurlaritzak, foru-aldundiek eta udalek lege hau garatu eta aplikatzeko jarduketa publikoak eta hartutako neurriak gauzatuko dituzte, legeria sektorialak honako arlo hauetan bakoitzari esleitutako eskumenei jarraikiz: osasuna; politika komunitarioa; industriaren, nekazaritzaren eta arrantzaren arloetako politiken kudeaketa; laneko segurtasuna, higiena eta osasuna; toki-araubidea; barne-merkataritza; publizitatea eta komunikabideak; ingurumena, lurralde-plangintza eta hirigintza; enplegua eta gizarte-politikak; hezkuntza; gazteria; jarduera fisikoa; estatistika eta ikerketa: etxebizitza; garraioak; ogasuna; ekonomia; berdintasun-politika eta osasun publikoari lotutako beste edozein.

257. Egia esan, oso arau sektorial desberdinek mugatuko lituzkete osasun publikoaren arloan esku hartzen duten administrazio publikoen eskumenak, eta, beraz, ezinezkoa izango litzateke administrazio publiko bakoitzari dagozkion eskumenak arau-testuan zehaztasunez zedarritzea. Baina, era berean, ezin dugu alde batera utzi legearen xedeetako bat dela, hain zuzen ere, 1.c) artikulua dioenez: «Eskumenak, zehaztu eta antolatzea», baina helburu hori ez du betetzen gu aztertzen ari garen testuak.
258. Eskumenen eskudantziaren inguruan argitasunik ez egotearen ondorioz sortzen diren arazo nagusiak aurreproiektuaren 20. artikulua adierazpenetik eratortzen dira. Artikulu horrek osasun-arloan eskumenak dituzten administrazio publiko guztiei ezartzen die –gogora dezagun, lehen transkribatutako 27. artikulua arabera, Eusko Jaurlaritzak, foru-aldundiek eta udalek «osatzen» dutela Euskadiko Osasun Publikoko Sistema– dagozkion funtsezko funtzioak betetzea. Funtzio horiek 4. artikuluan jasota daude.
259. Artikulu horretan jasotzen diren funtsezko funtzioen zerrenda berrikusita, udal-eremutik gorako irismena dutela diruditen batzuk sartu direla egiaztatu daiteke: «osasuna arriskuan jar dezaketen jarduketa publiko eta pribatuek osasunean duten eraginaren eta emaitzen ebaluazioa»; «herritarren osasuna babestuko duten edo hobetzen lagunduko duten legeak eta araudiak sustatzea.»; «osasun-arloko estrategiak eta politikak diseinatzen eta osasun-sistema antolatzen laguntzea»; «gaixotasunari aurrea hartzea, osasun publikoko arazoetan esku hartzeko modu berriak aurkitzeko ikerketan lagunduz».
260. Bestalde, prestakuntzaren eta ikerketaren arloan egiten diren eskudantzia zehatzak (74. artikulutik 76.era bitartekoak), oro har ere egiten direnak, badirudi eskumen-eskudantzia autonomia-erkidegoko administrazioa mugatu beharko litzatekeen eremuetara mugatzen direla.



261. Azkenik, ezin dugu aipatu gabe utzi 30. artikulua, foru-aldundien eskumenei buruzkoak, arlo horretan lankidetzan aritzeko dagozkienak soilik aipatzen dituela –LHLk egiten duen eskumen-banaketarekin bat etorritik–.
262. Horri guztiari gehitu behar zaio osasun-agintaritzaren ere orokorrean konfiguraturik dagoela aurreproiektuan (81. artikulua) eta, artikuluetan zehar, funtzioen eskudantzia egiten dela eskumenak zein osasun-agintaritzari –edo guztiei– esleitzen zaizkion eta betebeharrak zeini ezartzen zaizkion zehaztu gabe.
263. Aurreproiektua izapidetzean, EUDLe eragozpenak jarri zizkien tokiko politikak eta jarduketak koordinatzeko Eusko Jaurlaritzari esleitzen zaizkion funtzioei. Funtzio horiei buruzko erregulazioa 34. artikuluen 2., 3. eta 4. apartatuaren dago jasota. Artikulu hori osasun publikoko zerbitzuek EAEko Administrazioan duten antolamenduari buruzkoa da.
264. Hauxe da 34. artikuluen apartatu horien edukia:
- 2. Eusko Jaurlaritzak, osasun-arloko eskumena duen sailaren bitartez, osasun publikoaren esparruko tokiko politikak eta jarduketak koordinatuko ditu. Horrela bermatu nahi dira, batetik, Euskadiko lurralde osoan arlo horren inguruko ekintza publikoaren koherentzia eta, bestetik, osasunaren ikuspegitik, diskriminazio-arrazoi izan daitezkeen edo pertsonen ekitate eta berdintasun erreala eta eraginkorra eragozten duten desberdintasun sozialak, ekonomikoak, kulturalak, lurraldekoak eta generokoak gaindituko direla.
 - 3. Eusko Jaurlaritzak, nolana ere, foru- eta toki-erakundeek beren eskumenak baliatzean nahitaez bete beharreko jarraibideak eta lehentasunak ezarri ahal izango ditu, eta osasun publikoaren arloan Autonomia Erkidegoko lurralde osoan bete beharreko gutxienezko mailak edo estandarrak zehaztuko ditu.
 - 4. Foru- eta toki-erakundeek osasun publikoaren arloan dituzten erantzukizunak betetzen ez badituzte, edo gaizki betetzen badituzte, Eusko Jaurlaritzak, alde aurreko errekerimendua egin ondoren eta ez-betetzeak jarraitzen badu, eskumen horiek subsidiarioki gauzatu ahal izango ditu, toki-araubideari buruzko legerian aurreikusitakoari jarraikiz.
265. Lehenengo gogoeta gisa, gogoratu behar da koordinatzeko ahalmena eskumen desberdin eta espezifiko gisa aitortu duela Konstituzio Auzitegiaren jurisprudentziak. Zehazki, osasun-eremuan, auzitegiak dioenez, eskumen hori « honela ulertu behar da: elkarrekiko informazioa, alderdi jakin batzuen homogeneotasun



teknikoa eta estatuko eta erkidegoko agintariak, bakoitzak bere eskumenak erabiliz, elkarrekin jardutea ahalbidetuko duten bitartekoak eta harreman-sistemak finkatzea, egintza partzialak osasun-sistemaren osotasunean integratzea lortzeko» (32/1983, 42/1983, 147/1996, 22/1012 eta 58/2015 KAEak).

266. Oro har, TAOlek toki-erakundearen eskumenak koordinatzeko gaitasuna ematen du, bi muga argi hauek jarritik: bidezkoa den kasua ezartzen du —«bai tokiko jarduerak nahiz zerbitzuak toki-erakunde bakoitzaren interesen gaitetikoak direnean, bai herri-administrazioen interesak nabarmen ukitu edo baldintzatzen dituztenean, zein herri-administrazio horien interesekin bat datozenean edo osagarriak direnean» (10. artikulua)— eta adierazten du administrazio publikoaren jardunak izan behar duen koherentzia «ezin izango dela lortu aurreko artikuluetan jasotako prozeduraren bidez (lankidetzaren organoen ezarpena) edo dena delako eginkizun publikoaren ezaugarriengatik nabarmen agertzen bada prozedura horiek ez direla egokiak » (59. artikulua). Era berean, 60. artikuluan, subsidiarioki egikaritzea onartzen du.
267. Koordinatzeko ahalmen hori, Konstituzio Auzitegiak behin eta berriz esan duen bezala, benetako muga da eskumenak betetzeko, eta, horregatik, dagokion arauzko eskumen-eskudantziak babestu behar du. Zehazki, Konstituzio Auzitegiak, uztailaren 15eko 82/2020 epaian, toki-autonomiaren konstituzio-bermeak buruzko doktrina gogorarazi ondoren, koordinatzeko ahalmen horren oinarriak aztertutako ditu. Ahalmen horren xedea «eskumenak banatzeko sistemaren beraren ondoriozko disfuntzioak malgutzea eta prebenitzea da, baina lotura duten erakundearen titulartasuna eta berezko eskumenak egikaritzeko modua aldatu gabe».
268. Izan ere, epaiak dioenez, «koordinatzeko ahalmena koordinatutako toki-erakundeak «nolabaiteko agintzeko ahalaren» mende jartzea ahalbidetzen duen neurrian, esku hartzeko mekanismo bat da, eta eragin nabarmena du tokiko autonomian. Konstituzioak onartzen duen autonomiak eragina izateko aukera horrek eskatzen du, hain zuzen ere, koordinatzeko funtzioak mugak izatea. Muga horiek, bai konstituzio-doktrinan, bai oinarritzko legerian bertan, aipatutako koordinatzeko ahalmenaren aurreikuspen orori ezartzen zaizkion eskakizun substantibo eta prozedurazko batzuetan zehaztu dira».
269. Eta, ondoren, muga horiek zeintzuk diren zehaztu du; eta bukatzeko, azalpen hau egin du:

Laburbilduz, errepikatutako doktrinaren arabera, autonomia-erkidegoak probintzietako diputazioak koordinatzeko funtzio autonomiko bat aurreikusten badu, eta funtzio horrek, zalantzarik gabe, probintzietako diputazioei lege esleitutako esparru batean eragiten badie, honako baldintza hauek bete behar dituzte: berariaz esleituta eta behar bezala zehaztuta egoteaz gain, koordinatzeko



aurreikuspen horrek interes orokorrak edo komunitarioak babestu beharko ditu, eta, horrenbestez, koordinazioaren irismena edo intentsitatea mailakatuko da gai edo arlo horietan dauden tokiko interesen eta tokiz gaindiko interesen edo interes komunitarioen artean dagoen harremanaren arabera. Horrela, koordinazio hori plan sektorialak hartuz egin behar da, eta plan horiek izapidetzean toki-erakunde koordinatuen parte-hartzea bermatu behar da, eraginpeko interes publikoak bateratzeko.

270. Eskakizun horiek kontuan hartuta, komenigarria izan liteke koordinatzeko eskumenei buruzko eduki horiek berriz lantzea.
271. Egia da aurreproiektuan zenbait elementu biltzen direla, koordinatzeko ahalmen horiek egikaritzeko adierazpen egokia ahalbidetzeko modukoak, hala nola Euskadiko Osasun Plana –hori egiteko toki-administrazioek benetan parte hartzen dutela bermatu beharko litzateke– eta Osasun Publikoaren Erakunde arteko Batzordea. 38.2 artikuluaen arabera, Batzorde hori, besteak beste, «koordinazio eraginkorra bermatzeko helburuarekin sortu zen organoa da».
272. Baina proposatutako erregulazioak, koordinatzeko eta egikaritze subsidiarioko ahalmen horiek testuingurutik kanpo jasotzen dituenak, ez du ematen behar besteko arau-garrantzia eskaintzen duenik legeak berak tokiko autonomian eragin argia dakarten tresna batzuetarako behar diren funtsezko eta prozedurazko eskakizunak barne hartzen dituela pentsatzeko; izan ere, –Konstituzio Auzitegiak eskatzen duenaren arabera– legeak mailakatu beharko du «koordinazioaren beraren irismena edo intentsitatea, gai edo arlo horietan dauden tokiko interesen eta tokiz gaindiko interesen edo interes komunitarioen artean dagoen harremanaren arabera».
273. Arau-testuaren sistematikaren ikuspegitik, esan behar dugu apartatu horiek 34. artikuluan kokatzea ez dela zuzena, ez direlako artikuluaen xede. Horregatik, eduki hori kapitulu bereko lehen atalera eramatea gomendatzen dugu, bertan arautzen baita erakunde-eremuetako eskumen-banaketa.

Osasun publikoko zerbitzuen antolaketa, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean:

274. Lege-aurreproiektua izapidetu bitartean, batez ere Funtzio Publikoaren Zuzendaritzaren eta Kontrol Ekonomikoko Bulegoaren txostenetan, planteatu den beste gai bat EAEko Administrazioko osasun publikoko zerbitzuen konfigurazioari buruzkoa izan da. Gai hori buruzkoa da IV. kapituluko bigarren atala, baita azken xedapenetako lehena ere.



275. Egungo azken xedapenetako lehenaren hasierako adierazpena bi txostenek kritikatu dute etorkizunean «berezko araubidea duen egitura profesional eta administratibo bat » eratuko dela aipatzen delako, eta argudiatu dute izendapen hori ez zettorrela bat Euskal Autonomia Erkidegoko erakunde-antolamenduarekin, zeina garai hartan EONALen jasota zegoen, eta, gaur egun, euskal sektore publikoari buruzko maiatzaren 12ko 3/2022 Legea eraman den.
276. KEBren alegazioei erantzuteko memorian, sailak adierazi duenaren arabera, «bizi izandako COVID egoerak ez du ahalbidetu erakundearen izaera juridiko egokia – etorkizunean sortuko dena– erabakitze beharrezkoa den azterketa eta eztabaida egokia egitea» . Hori da adierazpena oso zehatza ez izatearen arrazoia, eta, horregatik, xedapenaren testuaren azken idazketan berariaz aipatu da erakunde hori sortzeko beharrezkoa izango litzatekeen etorkizuneko lege bat.
277. Proposamena egin duen sailak azken memoria honetan egin duen gogoeta horri esker, aurreproiektuaren testuan dauden disfuntzioetako batzuk uler daitezke; izan ere, aurreproiektuaren eduki batzuk gehiago dagozkio nortasun juridiko propioa izango duen erakunde bat sortuko duen lege-mailako arau bati, eta, ondorioz, lege horri aginduko zaio osasun publikoaren arloko eskumen autonomikoak garatzea.
278. Gainera, 35. artikulua osasun publikoko organo nagusiari ematen dizkion funtzioek nortasun juridiko independentea duen erakunde bati dagozkiola dirudi, Eusko Jaurlaritzako zuzendaritza bati baino gehiago. Artikulu horren arabera, «Organo horrek zuzendu eta koordinatuko ditu administrazio orokorrak osasun publikorako erabiltzen dituen bitarteko eta baliabide guztiak». Honako hauetaz ari gara: EAEko osasun-politiken «goi-zuzendaritza gauzatzea», Eusko Jaurlaritzak osasun publikoaren arloan dituen eskumenak «planifikatzea», Eusko Jaurlaritzako eta beste administrazio publiko batzuetako organoak «zuzentzea » eta «haiekin koordinatzea», eta «adikzioen arloko euskal politika integrala zehaztea».
279. Argi dago, hala ere, 35. artikulua, osasun publikoko organo nagusiaren eskumenak zedarritzen dituenean, –organo hori Osasun Sailaren egitura organikoari buruzko dagokion dekretuan oinarrituta, osasun publikoko funtzioak esleituta dituen izango da–, egungo Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritzaren eskumenak zedarritzen ari dela. Hala aitortzen du proposamena egin duen sailak bere memorian:

Nolanahi ere, argitu behar da aurreproiektuan «osasun publikoko organo nagusi» deritzona ez dela erakunde berri bat, eta gaur egun ez dela egitura berririk sortu nahi. Indarrean dagoen martxoaren 23ko 116/2021 Dekretuaren, Osasun



Sailaren egitura organikoa eta funtzionala ezartzen duenaren, 2. artikulua adierazten duenez, Osasun Sailaren organo nagusiek Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza sartzeko arlo horretan eskumena duen organo nagusi gisa. Izen hori Osasun Publikoaren Legearen aurreproiektuan oro har erabiltzeak saihestu egiten du etorkizuneko egitura-aldaketan aurrean zaharkituak gerta daitezkeen egoeraren arabera izendapenak atxikitzea.

280. Egia da gure ordenamenduan ez dagoela erregelamenduari erreserbatutako arlorik, eta, beraz, printzipioz, legeak ez du mugarik aurkitzen edozein arlotan sartzeko –lege-erreserba formalaren printzipioa–, baina horrek ez digu aherentzaz behar alderdi batzuk, aztertzen ari garena kasu, antolamendu-izaerako erregelamendu-arauari dagozkiola gehiago, bestela xehetasunari zurruntasun formala ematen baitzaio eta zurruntasun horrek geroko aldaketa zaildu egiten du, eta, gainera, Administrazioaren berriazko antolamendu-eskumenak mugatu egiten baitira.
281. Baina, gainera, proposamena egin duen sailak aitortzen du aurreproiektuan jasotako erregulazio hori iragankorra dela, eta horrek indartu egingo lukeela ideia hau: une honetan ez da komeni erregelamendu-mailako antolamendu-arauetan gaur egun jasota dagoen erregulazioa mailaz igotzea, espedienteak ez baitu jasotzen arau horiek aski ez direnik.
282. Azkenean, osasun publikoko organo nagusiari buruzko erregulazioari eusten bazaio, haren konfigurazioak eta funtzioen eskudantziak Euskal sektore publikoari buruzko maiatzaren 12ko 3/2022 Legean jasotako erregulazioa hartu beharko dute kontuan; izan ere, lege horren 12. artikulua honako hau dio: «Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio orokorra, funtzioen arabera sailatan banatuta eta hierarkiaren arabera antolatutako organoek osatuta...» Era berean, lege horren arabera, zuzendaritzak «Euskal Autonomia Erkidegoko sektore publikoko zuzendaritza-organismoak» dira eta haien jardunetan printzipio hau bete beharko da: «Kudeaketa-lanak goragoko organo eskudunak edo zuzendaritza-organoren eskudunak kontrolatu eta ebaluatzea».
283. Beste gogoeta gehigarri batzuk egin behar zaizkio IV. kapituluko bigarren atal honen –Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren erakunde-antolamenduari buruzkoaren– edukiari.
284. Osasun publikoko organo nagusiaren eta esleitzen zaizkion funtzioen konfigurazio nahasgarria da, eta horren ondorioz, uler daiteke aurreproiektuan ez dagoela Eusko Jaurlaritzaren eskumenekoak diren eremuak identifikatzen dituen artikulurik. Egia da aurreproiektuan badagoela artikulua bat (28. artikulua), «Eusko Jaurlaritzaren eskumenak» izeneko, baina artikulua horrek administrazio



autonomikoaren eskumenak zedarritzen ditu, toki-erakundeei eta foru-erakundeei dagozkienekin kontrajarrita. Eskumen horiek ondorengo artikuluetan jasotzen dira.

285. Egia da eskumen horietako batzuk, erregelamendu-izaera edukitzeagatik, Eusko Jaurlaritzak gauzatu beharko dituela, baina argigarria izango litzateke **28. artikulua** administrazio autonomikoaren eskumenak zehaztera bideratzea, eta kapitulu bereko bigarren atalean, hau da, Osasun publikoko zerbitzuen antolamendua Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorrean izeneko atalean, artikulua bat sartzea, eta artikulua horretan Eusko Jaurlaritzaren eskumenekoak diren eremuak identifikatzea.
286. Bestalde, **33. artikuluari** dagokionez, gogoratu behar da Eusko Jaurlaritzaren jarduna koordinatzeko funtzioa Lehendakariari dagokiola, ekainaren 30eko 7/1981 Legearen, Jaurlaritzaren Legearen, 8. artikulua araberak.
287. **34. artikuluan** zehaztu beharko litzateke Eusko Jaurlaritzak «osasun publikoaren antolamendua» ezartzeko duen eskumena, artikulua titulutik ondorioztatzen den bezala, administrazio autonomikoaren osasun publikoko zerbitzuen antolamendura mugatzen dela. Gure ustez, ezin zaio beste interpretaziorik eman manuari; izan ere, ETElen 10. artikulua araberak, Tokiko Autonomiaren Europako Gutunean xedatutakoaren araberak, udalerriek eskumena aitortzen zaie beren kabuz ezartzeko beren eskumenak gauzatzeko behar dituzten antolamendua eta egitura administratibo eta instrumentalak.
288. Gainera, artikulua horren azken apartatuak eskudantzia zehatz batzuk ematen dizkio osasunaren arloan ardura duen sailburuari, eta Batzordearen ustez eskudantzia hori ez da beharrezkoa, ematen diren eskumenak Jaurlaritzaren Legeak sailburuei esleitzen dizkien eskumen orokorretan sartuta daudelako. Hala ere, proposamena egin duen sailak beharrezkotzat jotzen badu gai horri eustea, artikulua hori ez litzateke gai hori arautzeko leku egokia izango, eta artikulua independente baten xede izan beharko luke.
289. Administrazio autonomikoko osasun publikoko zerbitzuen lurralde-egituraketari dagokionez, lehenik eta behin mugatu behar dena da aurreproiektuaren **36. eta 37. artikuluek** administrazio autonomikoaren osasun publikoko lurralde-egitura arautzen dutela, eta ez Euskadiko Osasun Publikoko Sistemarena; izan ere, lehen ikusi dugunez, sistema hori askoz ere zabalago konfiguratu baita.
290. Komeni da aipatzea, gainera, aurreproiektuak ez dituela lurralde-unitate horiek sortzen, eta hala jasotzen dela berariaz alegazioei erantzuteko txostenean, artikuluen formulazioa justifikatzeko esanez «testuaren asmoa ez dela lurralde-egitura



jakin bat finkatzea», baina aurreproiektuaren testuak egitura horiek testu artikulatuaren beste toki batzuetan benetan badaudela aipatzen du, hala nola 41.3 eta 81. artikuluetan eta azken xedapenetako lehenean.

Zehatzeko ahala:

291. Gure analisia gidatu behar duten aurretiko ideia batzuk labur-labur jaso behar ditugu kapitulu hau osatzen duten manuak aztertu baino lehen.
292. Lehenik eta behin, komeni da gogoratzea Konstituzio Auzitegiaren doktrina iraunkorrak –adibidez, Konstituzio Auzitegiaren 8/2012 epaia, urtarrilaren 18koa, beste batzuk aipatuta (Konstituzio Auzitegiaren 168/1993, 87/1985 eta 48/1988 epaiak)– honako hau esaten duela: «Auzitegi honek behin eta berriz aipatutako eskumen-mugaketaren arloko arau bat da zehatzeko ahalaren titulartasuna, normalean, dena delako eskumen substantiboarekin batera doala, tresna gisa».
293. Bigarrenik, konstituzio-doktrinak etengabe adierazten du, orobat, honako hau: autonomia-erkidegoek «zehatzeko administrazio-arauak egin ditzakete dena delako arloaren gaineko eskumena badute, eta ematen dituzten xedapenek administrazio-zuzenbide zehatzailearen esparru horretan ezarritako konstituzio-bermeetara egokitu beharra dute (EKren 25.1 artikulua), eta ez dituzte dibergentzia arrazoigabeak eta lortu nahi duten xedearekiko neurrigabeak ezarri behar lurraldearen beste alde batzuetan aplikatu beharreko araubide juridikoaren aldean (EKren 149.1.1 artikulua)» (Konstituzio Auzitegiaren 87/1985 eta 196/1996 epaiak, besteak beste).
294. Osasun-alorrean, zehazki uztailaren 16ko 87/1985 KAEn, zera adierazi zuen:

«Zalantzarik gabe, autonomia-erkidegoko zehapen-arauak Espainiako Konstituzioaren 149.1.1 artikuluan xedatutakoa bete beharko du; beraz, ezin izango du motarik txertatu, ezta lurralde osorako balio duen araudian lehendik bildutakoekin bat ez datozen zehapenak aurreikusi ere, arrazoitutako oinarririk izan gabe. Eta egia da, era berean, «administrazio-prozedura arruntari» egokitu beharko zaiola zehapen-prozedura, eta administrazio-prozedura arruntaren konfigurazioa Estatuaren eskumen eksklusiboa dela (EKren 149.1.18 artikulua). Baina muga eta baldintza horiek betez, arau autonomikoek Estatuko zehapen-antolamenduaren oinarritzko printzipioak garatu ahal izango dituzte eta motak eta zehapenak modulatu ere egin ditzakete –lehen aipatutako esparruan betiere–, aukera hori zuhurtziaren edo egokitasunaren eskakizunei atxikita dagoelako eta lurralde-eremuetan alda daitezke.



295. Espainiako Konstituzioaren 25.1 artikuluan jasotako bermeei dagokienez, berriz ere, Konstituzio Auzitegiaren doktrina finkatu batek (beste askoren artean, Konstituzio Auzitegiaren 104/2009, 135/2010, 144/2011 eta 90/2012 epaiak) ohartarazten du ezen konstituzio-manu horrek –zeinak *nullum crimen nulla poena sine lege* araua barne hartzen baitu– berme bikoitza biltzen duela –hots, berme formala eta materiala–.
296. Adibidez, Konstituzio Auzitegiaren urriaren 10eko 242/2005 epaiak adierazten duenez, berme materiala, «zehaztasunaren edo *lex certaren* aginduaren ondorioa da, eta arauetan legez kontrako jokabideak eta dagozkien zehapenak aldeztatik finkatzeko eskaeran gauzatzen da; hori horrela, legegileak ahalik eta zehaztasun handienaz taxutu behar ditu zehatze-legeetan, herritarrek aldeztatik jakin dezaten zer dagoen debekatuta, eta, horrenbestez, beren ekintzen ondorioak aurreikusi ahal izan ditzaten» (norabide berean doaz, beste askoren artean, aurretik aipatutako Konstituzio Auzitegiaren 104/2009, 44/2011 eta 90/2012 epaiak).
297. Konstituzio Auzitegiaren 104/2009 epai horrek nabarmentzen duenez, «berme materialaren bitartez, zigor-arauak nolabaiteko ziurtasun-mailarekin aurreikusi ahal izango lituzke arau-haustea eragiten duten jardunak eta arau-haustea egiten duenak zer-nolako zehapen mota eta maila izan dezakeen. Horrenbestez, konstituzionalki ezin dira onartu horren formulazio irekiak; izan ere, zabal, lauso edo zehaztugabe geratzen dira, eta eraginkortasuna ez da izan interpretearen edo epailearen erabaki libre eta ausazko bat».
298. Hori dela eta, egingarria da, eskumen hori baliatuz, jokabide arau-haustea eta horien gaitzespenak definitzea –lurralde-eremu desberdinetan alda daitezkeen zuhurtziaren edo abagune politikoaren eskakizunetatik bereizi ezin den aukera gisa–, baina eragiketa hori estatuaren oinarritzko arauen edo printzipioen esparruan gauzatu behar da.
299. Berme formalari dagokionez, jokabideak eta zehapenak tipifikatzen dituzten arauen lege-mailaz ari da, eskatutako dentsitatearekin.
300. Besteak beste Konstituzio Auzitegiaren 166/2012 epaiak adierazten duen bezala, berme horrek «...jokabide eta zehapen horiek tipifikatzen dituzten arauen beharrezko maila aipatzen du, zeinak legezkoa izan behar baitu, eta ez arauzkoa, EKren 25.1 artikuluan dagoen “indarrean den legeria” terminoaren arabera» (guztien erakusgarri, Konstituzio Auzitegiaren 77/2006 epaia, martxoaren 13koa, oinarri juridiko bakarra eta han aipatutako jurisprudentzia). Berme horren zentzua da «bermatzea herritarrei dagozkien askatasun-eremuen erregulazioa beren ordezkarien borondatearen mende dagoela soil-soilik» (Konstituzio Auzitegiaren 42/1987 epaia, apirilaren 7koa, 2. OJ). Hala ere, aipatutako azken epaiak xedatu bezala eta berriki otsailaren 14ko 34/2013 KAEn (19. OJ) berriz adierazi dugunez, lege-erreserbaren irismena, arau-hauste eta zehapen administratiboek dagokienez, ez da zigor motetan eta



zigor-zehapenetan bezain zorrotza, zentzu hertsian, eta hori hala da, bai «ahal publikoak banatzeko eredu konstituzionalari dagozkion arrazoiengatik», bai «gai jakin batzuetan erregelamenduak egiteko ahalaren izaera nolabait ezabaezinagatik, bai, azkenik, zuhurtasun-edo egokitasun-eskaerengatik». Arrazoi horiek direla-eta, hona Konstituzioak behin eta berriz adierazitako doktrina (guztien erakusgarri, Konstituzio Auzitegiaren 242/2005 epaia, urriaren 10ekoa): berme materialak ez bezala –zeinak «erabateko irismena» baitu–, berme formalak «eraginkortasun erlatiboa edo mugatua du administrazioaren zehapen-alorrean; izan ere, ezin da erregelamenduzko lankidetzarik baztertu arau-hausteak tipifikatzeko eta dagozkien zehapenak esleitzeko jardunean; alabaina, bidaltze horiek ezin dute erregulazio bat eratu, erregulazioa independentea eta argi eta garbi Legearen mende ez dagoen heinean». Horregatik, Konstituzio Auzitegiaren 242/2005 epaiak, urriaren 10ekoak, (2. OJ), beste epai batzuk aipatuta (Konstituzio Auzitegiaren 161/2003 epaia, irailaren 15ekoa, 2. OJ; 26/2005 epaia, otsailaren 14koa), honako hau adierazten du: «Berme formalak berekin dakar legeak jokabide antijuridikoaren funtsezko elementuak zehaztu behar izatea, eta erregelamenduari besterik gabe dagokio, hala badagokio, legeak aldeztu aurretik ezarritako arau-hauste tipoa garatu eta zehaztea». Azken batean, Konstituzio Auzitegiaren 104/2009 epaiak, maiatzaren 4koak (2. OJ) adierazi duen bezala, EKren 25.1 artikulua debekatzen du «Legea erregelamendura igortzea, jokabide antijuridikoaren funtsezko elementuak aldeztu aurretik zehaztu gabe».

301. Laburbilduz, ematen diren xedapen zehatzaileek, nolanahi ere, errespetatu egin beharko dituzte Espainiako Konstituzioaren 25.1 artikulua administrazio-zuzenbide zehatzailearen esparruan ezartzen dituen berme konstituzionalak –eta horiek berdin lotzen dituzte legegile guztiak (estatukoak eta autonomikoak)–, eta, halaber, ezin izango dituzte dibergentzia arrazoigabeak eta lortu nahi duten xedearekiko neurrigabeak ezarri lurraldearen beste alde batzuetan aplikatu beharreko araubide juridikoaren aldean.
302. Azkenik, Batzordeak beste batzuetan ohartarazi duen bezala, administrazioak *ius puniendi* deritzona hedatzen duenean, ahalik eta arreta eta xehetasunik handienarekin jokatu behar da erregulazioan, segurtasun juridikoak hala aginduta. Konstituzio Auzitegiak (Konstituzio Auzitegiaren 234/2012 epaia, abenduaren 13koa, besteak beste) nabarmentzen duenez: «Jokabideen ondorio juridikoen arrazoizko aurreikuspenari esker, ordenamenduaren eta Auzitegien aplikazioaren arabera, herritarrek bizikidetzaren soziala daukate eta bake soziala eta garapen ekonomikoa bermatzen ditu».
303. Era berean, ona da gogoratzea, une honetan, Espainiako Konstituzioaren 25.1 artikuluan jasotako berme konstituzionalak, Konstituzio Auzitegiaren eta Auzitegi Gorenaren jurisprudentziaren arabera, 40/2015 Legearen (SPAJL) atariko tituluaren III. kapituluaren positibizatuta daudela. Horrela: 25. artikulua,



legezkotasun-printzipioa –*nullum crimen nulla pena sine lege*aren araua eta haren berme material eta formal bikoitza–; 26. artikulua, Atzeraeraginik eza (*lex previa*); 27. artikulua, tipikotasun-printzipioa (*lex scripta y certa*); 28. artikulua, erantzukizuna (erruduntasun-printzipioa); 29. artikulua, proportzionaltasun-printzipioa (justizia ordenamenduaren balio goren gisa); 30. artikulua, preskripzioa (preskripzio-printzipioa); eta 31. artikulua, zehapen-konkurrentzia (*non bis in idem* printzipioa).

304. Aurrekari horiekin, aurreproiektuan jasotako erregulazioa oinarrizko legeriara egokitzen den baloratuko dugu jarraian.
305. Zehapen-araubidearen xede den atala aztertzean, beharrezkoa da aztertzea Estatuak zedarritutako lege-esparruarekin bat ote datorren, zentzugabeko edo neurriz kanpoko desadostasunen debekuaren irizpide aipatuaren arabera.
306. Zehapen-gai hori, oro har, OLO eta OPLO Legeek jorratzen dute, baina arau multzo handi batek ere badu eragina osasun publikoaren eremuan, eremu espezifiketatik (elikadura-segurtasuna, kontsumoa eta abar), eta zehapen-erregulazio propioekin, osasun publikoaren eremuan eragiten baitute.
307. OPLOk oso tipo generikoak ezartzen ditu, eta, Lege horren 57.2 artikuluaaren arabera, OLOn xedatutako arau-haustea osatzen dituzte; horrez gain, berariaz aitoritzen du autonomia-erkidegoek arau-hauste horiek zabal ditzaketela (56.1 artikulua).
308. Oro har, aurreproiektuak OPLOn ezarritakoari jarraitzen dio zehapen-arauak ezartzerakoan, bai tipifikazioari dagokionez, bai kalifikazioari dagokionez, baina badira desberdintasun batzuk, eta komeni da horiek aipatzea.
309. Adibidez, «osasun-agintaritzako eragileei laguntza edo sorospena ukatzea » arau-hauste astuntzat hartzen da OPLOn; aurreproiektuan, aldiz, arintzat hartzen da.
310. Jokabide horren zama negatiboa arintzea dakar horrek, eta zera ere eragin dezake: Estatuak oinarritzat xedatu duenarekiko alde kualitatiboa sartzen dela.
311. Ez da horri buruzko azalpenik ematen, eta erabakiaren izateko arrazoiari buruz galde daiteke; izan ere, artikulua berean astuntzat hartzen da (94.3.c artikulua) osasun-agintaritzaren lana asaldatzen edo eragozten duen edozein egite edo ez-egite, eta oso astuntzat (94.4.a artikulua) laguntzeko betebeharra ez betetzea, baldin eta errepikapena edo kalte larria gertatzen bada.



312. Zehapenei dagokienez, OPLOk ezarritako zenbatekoetara egokitzen dira, baina azpimarratu behar da 95.1 artikuluan arau-hauste oso astunerako finkatutako zenbatekoa zehaztu behar dela, OPLOren 58.1.a) artikulua aurreikusten duen bezala, eta eska daitezkeen ziurtasun-parametroak oinarritzat hartua, ez da onargarria proposatzen den adierazpena: – arau-haustearen xede diren produktuen edo zerbitzuen merkatu-balioa nabarmen gainditu ahal izango da–.
313. Azkenik, azpimarratzekoa da aurreproiektuak preskripzioaren arloan 99. artikulua amaieran sartu duen aurreikuspena –deklaraturako osasun publikoko larrialdi-egoeretan, zehapenen preskripzioak denboran luzatu ahal izango dira, goian adierazitako epeak bikoizteraino–, aldaketa nabarmena sartu baitu OPLOn ezarritako preskripzio-araubidean.
314. Oinarrizko legeriara nola egokitzen den aztertu ondoren, jarraian, aurreproiektuan jasotako erregulazioa osasunaren arloko EAEko zehapen-legerian nola txertatzen den baloratu behar da.
315. EAEren eremuan, osasunaren arloko zehapen-eremuan, EASLren indarraldia nabarmendu behar da, alde batera utzi gabe osasun publikoaren helburutik bertatik eremu mugatuak arautzen dituzten arauak daudela, hala nola apirilaren 7ko 1/2016 Legea, Adikzioen eta Droga Mendekotasunen gaineko Arreta Integralari buruzkoa (ADMAIL), eta arlo horretan zenbait jarduera-eremutatik eragina duten beste arau batzuk –adibidez, 17/2008 Legea, abenduaren 23koa, nekazaritza eta elikagaigintza politikakoa, edo 6/2003 Legea, abenduaren 22koa, kontsumitzaileen eta erabiltzaileen estatutuarena–.
316. EASLren zehapen-araubidea orokortasun nabarmenarekin ematen da 36.2 artikuluan, honako hau xedatzen baita artikulua horretan: «Osasunari buruzko Lege Orokorraren 35. artikulua garatzeko eta osatzeko, eta beste lege berezi batzuek ezar dezaketena alde batera utzi gabe, jarraian tipifikatzen diren hauek falta administratibotzat hartuko dira».
317. Horrela, osasunaren arloko zehapen-esparru orokor bat eratzen da, lege bereziekin batera egongo dena, eta lege horiek gainjartzea otsailaren 20ko 2/1998 Legearen, Euskal Autonomia Erkidegoko herri Administrazioen zigortzeko ahalmenari buruzkoaren, 16. artikuluko arauen bidez gainditu ahal izango da (aurrerantzean, ZAL).
318. Aurreproiektuaren testuak arazo bat planteatzen du indarrean dagoen esparru orokor horretan integartzeko.



319. Izan ere, proposatutako testuak, arau-hausle motei dagokienez, bat egiten du EASLn araututa dauden jokabide arau-hausleekin, eta esaldi askotan errepikatzen dira egite edo ez-egite berberak edo oso antzekoak.
320. Kontuan izan behar da EASL osasun publikoaren eremuan sartzen dela, osasun-prestazio indibidualaren eremura mugatu gabe. Lege horren zioen azalpenean adierazi bezala, osasun-prestazio indibidualen ziurtapena bermatzeaz gain, Administrazio Sanitarioaren bigarren jarduketa-eremu bat nabarmentzen da, eta, beraz, osasun publikoaren babes orokorrerako aginpideaz baliatuz, antolamendu-arauak ezartzen dira eta prebentzio-arreta egokia bermatzen duten jarduketak gauzatzen dira.
321. Ildo horretan, aurreproiektua lehenengo lege hura garatu eta osatzen duen bigarren arau orokor bat izango litzateke, oinarrizko legeriaren bilakaerarekin eta osasun publikoak, dimentsio kolektibotik, osasuna babesteko eskubidearen edukia ere barne hartzen duen eremu gisa, gero eta garrantzi handiagoa izatearekin bat datorren bilakaera duena.
322. EASL aurreproiektuak barne hartzen dituen eta beste eremu batzuetan zailtasun handiagorik planteatzen ez duten edukiakin integratzea, ordea, konplexuagoa da zehapen-eremuan.
323. Arau-hausteen eta zehapenen arloan proposatzen den erregulazioa ezin da EASLren zehapen-araubidearen osagarri gisa interpretatu, tipifikazioaren inguruko esaldi orokorrak baititu. Esaldi horiek osasun-araudia oro har ez betetzeari buruzkoak dira, eta, EASLn jada zigortuta dauden portaeren errepikapenak dira neurri handi batean.
324. Ildo horretan, 94. artikulua testuak, arau-hauste arin, astun eta oso astunen zerrendarekin batera, esparru arautzaile bat osatzen du, eta esparru hori, neurri handi batean, EASLn definitutako esparru orokorrari gainjartzen zaio.
325. Gainjartze horrek hainbat emaitza dakartza; hala, batzuetan, tipo berriak lehendik zeuden beste batzuen hitzez hitzeko errepikapena dira, gutxi gorabehera, eta ez dute ondoriorik zehatzeko gaitzespen zehatzean; beste batzuetan, aldiz, arau-hausle tipo berria onartzea zehapen-tarte desberdin bati lotzen zaio, zehapenak mailakatzearen arloan bi araubide horiek ematen dituzten aldaketen ondorioz.
326. Jarraian, sakontzeko asmorik gabe, aurreproiektuaren 92.2 artikulua defendatuta, EASLk ezarritako arau-hausle tipoak eta aurreproiektuan jasotakoak batera egoteak sortzen duen nahasmenduaren adibideak azalduko ditugu.



327. 94.3.a) artikuluan arau-hauste astuntzat hartzen den egitatea eta EASLn (36. 2.a) 2. artikulua) arintzat hartzen dena berdin-berdinak dira, idazketan aldaketa txiki batzuk dauden arren.
328. Gertatzen da, halaber, aurreproiektuan arau-hauste arintzat hartzen diren jokabideak (94.3 artikulua) neurri handi batean bat datozela EASLn astuntzat hartzen direnekin (36.2.b artikulua).
329. Biek aipatzen dituzte, batzuetan aldaketak sartzen dituzten hitzez hitzeko esaldiekin, alderdi hauek: osasun-agintariak ezarritako eskakizun espezifikoak eta kautelazko edo behin betiko neurriak ez betetzea; osasun-agintaritzari edo haien eragileei datuak emateari edo informazioa emateari uko egitea beren funtzioak gara ditzaten; osasun-araudian ezarritako baldintzak, betebeharrak edo debekuak ez betetzea, zabarkeria larriagatik; baita beste zabarkeria larria den beste edozein jokabide ere, betiere aldaketa edo osasun-arriskua eragiten badu, garrantzi gutxikoa bada ere, eta abar.
330. Araua hausten duten portaera horiei lotutako zehapena desberdina da testu batean eta bestean.
331. Aurreproiektuaren 95.1.b) artikuluan xedatzen denez, arau-hauste astunetarako gehieneko zehapenak 60.000 €-ra irits daitezke; EASLk, berriz, 2.500.000 pezetako gehieneko muga (15.000 € inguru) ezartzen du –arau-haustearen xede diren produktu edo zerbitzuen balioa boskoiztu arte gainditu ahal izango dira, baina aurreproiektuak ez du aurreikuspen hori jasotzen arau-hauste astunetarako–.
332. Arau-hauste oso astunen kasuan, esan daiteke EASLren 36.2 artikulua c) letraren apartatu guztiak aurreproiektuaren 94.4 artikulura eraman direla, eta aldaketa txikiak egin direla idazketan.
333. Horri gehitzen zaio aurreproiektuaren 95.1.c) artikuluan eta EASLren 37.2.c) artikuluan arau-hauste oso astunetarako ezartzen diren isun-tarteak ez datozela guztiz bat.
334. Esan behar dugu nahasmena are handiagoa dela, elikagaien segurtasunaren arloan eragina duten portaera arau-haustele motei dagokienez, aurreproiektuak portaera tipo horiek EASLn finkatutakoarekin gainjarrita lantzen baititu, eta, beraz, eremu horretan ere abenduaren 23ko 17/2008 Legeak, Nekazaritza eta Elikagaigintza Politikakoak, eremu espezifiko horretan EASLren ondoren onartu zenak, du eragina.



335. Laburbilduz, aurreproiektua eta EASL alderatuz, ondorioztatzen da proposatutako testua, neurri handi batean, dagoeneko indarrean dauden moten kopia dela, kasu gehienetan bat baitator kalifikazioekin, alde batera utzi gabe proiektatutako araubidearen aplikazioak ondorioak izan ditzakeela ezarri beharreko zehapenean edo beste alderdi batzuetan –adibidez, arau-hausteen eta zehapen larrien preskripzio-epea desberdina da–.
336. Batzorde honek badaki zaila dela arlo batean –osasunaren arloan, kasu– indarrean dagoen zehapen-araubidearekin lotura egokia egitea; arlo horretako legeriak arau orokorrak eta beste arau espezifiko eta sektorial batzuk baititu eta baita bere zehapen-araubidea ere.
337. Hala eta guztiz ere, ahalegin berezia egin behar da osasunaren arloko zehapen-eskubideaz oro har arduratuko diren bi arauak –EASL eta orain aztertzen ari garen aurreproiektua– artikulatzeko edo integratzeko.
338. Bidezkoa da puntu honetan, ZALek 4. artikuluan jasotzen duen preskripzioa aipatzea, honako hau baitio: «Zigor-erregimenak eratzeko orduan, ... kasu beragatik eta oinarri beragatik beste arau-hauste batzuk tipifikatzea saihestuko da. Gauza bera gertatuko da zigortzen duten beste administrazio-arau batzuekin, hau da, ez dira arau-hauste berak berriz tipifikatuko. Oinarria bera dela pentsatuko da arau-hauste administratiboa tipifikatzean babesten den ondasun juridikoa eta babes horrek erreferentziatzen duen arriskua aurretik dagoen aukera ...administratiboaren berbera baldin bada».
339. ZALek arauemailearen lanari eta arau-hausteen tipifikazioari buruz egiten dituen gogoetak egokiak dira; izan ere, gogoratu behar da lege horretan honako hau adierazten dela: «tipoak azaltzeko orduan ahalik eta zehatzen jokatu beharra dago, horrela, alde batetik, hartzaileak debekatuta dauden jokaerak zein diren jakingo duelako eta, beraz, alde horretatik behintzat segurtasun juridikoa bermatzea lortuko dugulako, eta, beste alde batetik, arau-hausteen arteko tipoak ezkutatze bidea itxi egingo dugulako, inolako arrazoirik gabe zigor bat baino gehiago jartzeko bidea zena».
340. Laburbilduz, eta ondorio gisa, argi dagoenez legegileak EASLren zehapen-araubidearen berrikuspenari egoki irizten dion irismenarekin ekin diezaiokeela, beharrezkoa da, hala ere, hori argi eta garbi egitea, ordenamenduaren integrazio koherentea bermatzen duten eta ziurgabetasunak saihesten dituzten preskripzioak txertatuz; izan ere, ziurgabetasun horiek, ezein eremutan desiragarriak ez badira ere, are gutxiago dira gu gauden zehapen-esparruan.
341. Aldez aurretik erabaki behar da zer alderdi zehatzi eman behar zaion zigor-tratamendua proiektu honetan, indarrean dagoen araudian behar bezala babestuta ez daudela uste baitugu.



342. Balorazio hori ez da prestatze-prozesura eraman eta haren ondorioa erabakigarria da onartu beharreko arauaren edukia zedarritzeko; horrenbestez, haren irismena agortu egin daiteke EASLn indarrean dagoen araudia osatzen duten preskripzioak ematean –Legea errespetatuz eta errepikatu beharrik izan gabe–, edo, arauaren edukia zabal berrikusi nahi izanez gero, dagokion aldaketa egin behar da; erabaki hori legegilearen esku egongo da beti.
343. Arau-hausteei eta zehapenei buruzko erregulazioaren azterketa amaitzeko, jarraian, izaera berritzailea duten arau-hauste tipo jakin batzuei buruzko erregulazioa aztertuko dugu, EASLn xedatutakoekin alderatuta.
344. 94.3.s) eta 94.4.m) artikuluek arau-hauste astuntzat eta oso astuntzat tipifikatzen dituzte, hurrenez hurren, osasun-agintaritzak osasun publikoko larrialdi-egoerei aurre egiteko hartutako administrazio-neurriak betetzen ez dituzten portaerak.
345. Testua egiteko prozesuan horri buruzko informaziorik ez badago ere, pentsa daiteke apartatu horien proposamena COVID pandemian bizi izandako esperientziaren ondorio izan litekeela.
346. Ildo horretan, hainbat arau autonomikok, zehatzeko ahala erabiltzeak behar duen segurtasun juridikoa eta ziurtasun-bermea zaintze aldera, eta legeriaren sakabanatzearekin eta haren orokortasunarekin lotutako arazoaren esperientziatik abiatuta, preskripzio jakin batzuei heldu diete, COVID-19aren ondorioz ezarritako betebeharrak ez betetzeari buruzko portaerak zehaztuz, edo, kasuren batean –8/2021 Legea, otsailaren 25ekoa, Galiziako osasunari buruzko uztailaren 10eko 8/2008 Legea aldatzen duena–, eta dagokion arau-esparru sanitarioan sartzen diren mota horretako arau-hauste kategoriak onartuz, eta, horrela, pandemiaren denbora-eremua gaindituz.
347. Cure kasuan, 2/2021 Legeak zehapen-araubide zabala ezarri zuen larrialdi-deklarazioaren indarraldiarekin lotuta, pandemia kontrolatzeko araubide juridikoaren erregulazio zehatzarekin bat etorritz.
348. Aurreproiektua aldentu egiten da aurrekotik, eta, larrialdietan esku hartzeko neurrien erregulazio orokorrarekin bat etorritz, bi arau-hausle kategorია zabalagoen alde egiten du.
349. Horiek horrela, badirudi proposatutako hitzez hitzezko testuak ez direla behar bezain argiak.



350. 94.3.s) eta 94.4.m) artikulua indarrean dauden eta osasun-agintariek hartutako neurriak ez betetzearekin lotuta dauden beste tipo batzuei gehituko zaizkie.
351. Aurreproiektuak arau-hauste astuntzat hartzen du «osasun-agintariek ezartzen dituzten betebeharrak espezifikak eta neurri berezi eta kautelazkoak ez betetzea» (94.3.d) artikulua). Azken tartekia aurreproiektuaren 89. artikuluekin lotu daiteke.
352. Antzeko jokabideak aipatzen dira 94.4.a) eta c) artikuluetan ere.
353. 94.3.s) artikuluan egiten den proposamenari dagokionez, komenigarria izango litzateke argiago identifikatzea zer hartzen den osasun-agintaritzak larrialdia kontrolatzeko proposatutako neurritzat, eta, hala badagokio, neurri horiek jasotzen dituzten artikulua zehatzetara jo daiteke, 90. eta 91. artikuluetara, alegia.
354. «Deklaratutako osasun publikoko larrialdia» betekizunak zalantzak sortzen ditu, 91. artikuluan eskatzen den premisa bat baita, baina 90. artikuluan ez da eskatzen.
355. «Osasunari berehalako ondorio objektiborik ez dakarkionean ere» tartekiari dagokionez, egokiagoa dirudi, beste arau-hauste kategoriatzat hartzen idazketarekin bat etorriz, elementu hau aipatzea: «eragindako ondorioek herritarren osasunean eragin txikia izan badute edo eragin zuzenik izan ez badute», elementu hori zehatzagoa baita.
356. Ildo beretik, 94.4.m) artikulua berriz formulatu behar da, eta alde batera utzi «neurriak ez betetzeagatik, denboran zein tokian arriskuak metatzea eta handitzea» bezalako jarduketak zehaztugabeak.
357. Idazketa zehatzago batekin aurreproiektuaren 90. eta 91. artikulua aplikatuz hartutako neurriak ez betetzea ere jaso lezake, eta errepikatzearen betekizuna gehitu, manuak adierazten duela dirudien borondatearen arabera.
358. Zalantzarik gabekoa da apartatu honetan derrigorrean txertatzen den agintaritzari men ez egitea edo/eta desobeditzea»ri buruzko aipamena, oso larritzat jotzen baitira osasun-larrialdiko egoera batean egiten direlako; izan ere, aurreproiektuak berak hurbileko edukietako jarduketak jasotzen ditu beste apartatu batzuetan, eta larritasun gutxiagokotzat hartzen ditu.
359. Indarrean dagoen EASLk arau-hauste oso astuntzat hartzen du (36.c.2 artikulua) «agintari sanitarioekiko nahiz hauen agenteekiko erresistentzia, koakzioa, mehatxua, errepresalia, desmena nahiz beste edozein presio modua». Deskribapen hori aldaketaren batekin kopiatu da 94.4.b) artikuluan –adibidez, «desmena» hitza kendu da, indarreko Zigor Kodean ere ez baitago jasota, baina orain aztertzen ari garen m) letran jaso da–.



360. Arau-hauste oso astuna da, halaber, «osasun-agintariekin lankidetzan aritzeko eginbeharra ez betetzea, baldin eta behin eta berriz gertatzen bada, edo ... kalte larria badakarkie» (94.4. a) artikulua); edo «agintaritza eskudunarengandik jasotako instrukzioak ez betetzea, baldin eta osasunerako kalte larriak eragiten baditu» (94.4 c). Aitzitik, arau-hauste astuna da «osasun-agintaritzaren lana nahastu edo eragozten duen edozein ekintza edo ez-egite» (94.3.c) artikulua)
361. Proposatzen den tartekiak –agintaritzari men ez egitea edo/eta desobeditzea– desadostasunen bat planteatzen dezake OPLoren 57.2 artikuluko aurreikuspenekin; izan ere, artikulua horretan, arau-hauste oso astuna agintaritza eskudunaren jarraibideak behin eta berriz ez betetzera edo osasunari kalte larriak eragiten badizkiote errekerimenduak ez betetzera mugatzen da, eta, beraz, mailaketa larriagotzen duten inguruabar horiek betetzen ez dituzten jokabideak astuntzat hartzen dira –«osasun-agintaritzako eragileei lankidetzat ukatzea, agintaritza eskudunaren jarraibideak ez betetzea, trabak edo eragozpenak jartzea»–; horietakoren bat, aurreko lerroetan esan dugun bezala, aurreproiektuan arintzat hartu da.
362. Esparru horretan, zalantzak sortzen ditu osasun publikoko larrialdi-egoera orokor batean egoteagatik men ez egitea edo desobeditzea arau-hauste oso astuntzat hartzeak.
363. Zalantza horien aurrean, egoki iritziz gero, arau-hauste astuntzat har daiteke osasun-agintariei edo horien eragileei, osasun-araudiaren arabera eska dakizkiekeen jarduketak betetzen ari direnean, trabak, aurkako jarrera edo eragozpenak jartzea, eta oso astuntzat gaitzespen handiagoa merezi duten jokabideak –aurreproiektuaren 94.4.b) artikuluan jasotzen direnak, adibidez– edo arrisku edo kalte oso larria eragiten dutenak.
364. Zehapen-araubidearen erregulazioari dagokionez, azken gaia 93. artikulua, «Alderdi orokorrak» izenburua duenak, sortzen duena da; izan ere, artikulua horren 6. apartatuan honako hau xedatzen da: «gaitu egingo dira administrazio-izapideak sinplifikatzeko balio duten sistemak, zehapen-prozedura eraginkorrago egiteko eta kolektiboaren osasuna sendotzeko behar bezain eredarria izateko».
365. Xedapen horren aplikazioak zalantzak sortzen ditu, eraginkortasunak eta eredarritasunak ezin baitute justifikatu herritarren bermeak murriztea. Ez da ikusten manuaren izateko arrazoia, ezta haren idazketa orokorra ere, zehaztasun gehiago eman gabe, eta gogoratu behar da zehapen-prozedura administratiboaren izapidetze sinplifikatua APELen aurreikusita dagoela (96.5 artikulua).



Datu pertsonalen babesa:

366. Argi dago aurreproiektuaren esparruan tratatuko diren datu pertsonalak osasun-datuak izango direla neurri handi batean, eta, beraz, datu berezien kategorietan sartuta egongo direla eta araubide berezia izango dutela honako hauen arabera: Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2016/679 Erregelamendua (EB), 2016ko apirilaren 27koa, datu pertsonalen tratamenduari eta datu horien zirkulazio askeari dagokionez pertsona fisikoen babesari buruzkoa (DBEO); eta 3/2018 Lege Organikoa, abenduaren 5koa, Datu Pertsonalak Babestekoa eta Eskubide Digitalak Bermatzekoa (DPBEDBLO). Araubide berezi horrek datu horiek tratatzeko debekuaren printzipioa hartzen du oinarritzat, berariaz jasotako salbuespenetan izan ezik.
367. DBEOren 9. artikulua 1. apartatuaren arabera, debekatuta dago osasunari buruzko datuak ematen dituzten datu pertsonalen tratamendua eta arraza edo jatorri etniko, iritzi politikoak, pentsamolde erlijioso zein filosofikoak, edo sindikatu-afiliazioa ematen duten datu pertsonalen tratamendua, baita datu genetikoaren tratamendua eta pertsona fisiko baten identifikazio eskusiboa egiteko erabiltzen diren datu biometrikoren tratamendua eta pertsona fisiko baten bizitza sexualari edo sexu-orientazioari buruzko datuen tratamendua ere. Hala ere, manu beraren 2. apartatuak datu horiek guztiak tratatzeko baimena ematen du, bertan aurreikusitako hamar inguruabarretako bat gertatzen denean [a) letratik j) letrara]. Salbuespen horien artean, i) letran, zehazki, salbuespen hau jasotzen da: tratamendua «beharrezkoa bada osasun publikoaren alorreko interes publikoari buruzko arrazoiak direla medio», baita beste salbuespen hauek ere: tratamendua beharrezkoa bada prebentzio-medikuntzaren edo laneko medikuntzaren helburuetarako (h letra), ikerketa zientifikoari begira (j letra) eta funtsezko interes publiko berezi bati buruzko arrazoiak direla medio (g letra).
368. Dena den, manu horretan aurreikusitako zenbait kasuk gaitasuna emateko duten eraginkortasuna baldintzatuta dago, Europar Batasuneko zuzenbideak edo estatu kideetako zuzenbideak beren eskumen-esparruan berariaz aurreikusi eta arautu behar baitute; esate baterako, a), b), g), h), i) eta j) letretan jasotako inguruabarren kasuan; «Batasuneko edo estatu kideetako zuzenbidean oinarri hartuta, zeinak neurri egokiak eta espezifikak ezarri behar baititu interesdunaren funtsezko eskubide eta askatasunak babesteko, sekretu profesionala bereziki», esaten da, zehazki, osasun publikoaren eremuari buruzko salbuespenean.
369. Horrela, ikusten dugu datu pertsonalen kategoria berezien tratamendua DBEOk estatu kideei «beren arauak zehazteko» garaian «malgutasun-tartea» aitortzen dien



eremuetako bat dela, Erregelamendu horren 10. kontuan hartuzkoan adierazten denez.

370. Konstituzio Auzitegiak estatu kideei dagokien arau-konfigurazioaren betebeharraren irismenari buruz eta bete beharreko ezaugarriei buruz erabakitze aukera izan du, eta honako hau exijitu du: «batetik, beharrezkoa da legeak esku hartzea, eskua sartu ahal izateko; eta, bestetik, lege-arau horrek ezinbesteko ezaugarri guztiak bildu behar ditu segurtasun juridikoaren berme gisa; hau da, esku-hartzearen oinarri eta baldintza guzti-guztiak adierazi behar ditu» (76/2019 KAE, maiatzaren 22koa).
371. Eta honako hau gehitu du auzitegiak: «Legeria konfiguratzeko tarte hori bereziki babestutako datu pertsonalak tratatzeko gaitzen duten kausak zehaztera zabaltzen da –hau da, funtsezko interes publikoko helburuak identifikatzera eta lortu nahi den helbururako tratamenduaren proportzionaltasuna aintzat hartuz, datuak babesteko eskubidea errespetatuz funtsean–, baita interesdunaren interesak eta oinarrizko eskubideak babesteko neurri egoki eta espezifikoak ezartzera ere» [DBEOren 9.2 g) artikulua]. Erregelamenduak, beraz, estatu kideen betebeharrak zehatz bat jasotzen du berme horiek ezartzeko, baldin eta bereziki babestutako datu pertsonalak tratatzeko gaikuntza ematen badute.
372. Bestalde, 8. oinarri juridikoan, lege-erreserbaren irismena eta legegileak hartu beharreko bermeak aztertzen ditu, eta, amaitzeko, berariaz adierazten du –aurreproiektuaren planteamendua baloratzeko interesgarria den heinean– DBEOra eta DPBEBLOra bidaltze hutsa ez dela nahikoa arauak baimentzen duen datu pertsonalen bilketaren aurrean berme egokiak ezartzeko.
373. Aurreproiektuak datu pertsonalen tratamenduari buruzko erregulazio orokorra jasotzen du lehen xedapen gehigarrian:

Lege honetan arautzen diren jarduketaren ondorioz erabilitako datu pertsonalak arau honetan aurreikusten dira: 2016/679 (EB) Erregelamendua, Europako Parlamentuaren eta Kontseiluarena, 2016ko apirilaren 27koa, datu pertsonalen tratamenduari dagokionez pertsona fisikoen babesari eta datu horien zirkulazio askeari buruzko arauak ezartzen dituen eta 95/46/EE Zuzentaraua (Datuak Babesteko Erregelamendu Orokorra; aurrerantzean DBEO) indargabetzen duena.

Lege hau aplikatzearen ondorioz erabilitako datu pertsonalen tratamenduak honako arau hauek bete behar ditu: 3/2018 Lege Organikoa, abenduaren 5ekoa, datu pertsonalak babesteko eta eskubide digitalak bermatzeko, eta DBEO.

374. Lehen aipatutako konstituzio-doktrina kontuan hartuta, xedapen hori ez da nahikoa, argi eta garbi. Hala ere, ez da ahaztu behar hori ez dela datu pertsonalak



babesteari buruzko aurreproiektuaren eduki bakarra, eta, 11. artikuluan intimitaterako, konfidentziasunerako eta duintasuna intimitaterako eta duintasuna errespetatzeko eskubidea aitortzeaz gain, 70. artikulua, Euskadiko osasun publikoko informazio-sistemari buruzko kapituluaren barruan, berme batzuk ezartzen dituela datu pertsonalak tratatzeko.

375. Horretaz gain, estatu-eremuko hainbat osasun-legek –oinarrizkoak– datu pertsonalen tratamenduei buruzko erregulazioak dituzte. Eta DPBEBLO, Espainiako ordenamendu juridikoa DBEOra egokitzeko lana betez, hamazazpigarren xedapen gehigarrian osasun-datuak dituzten tratamenduez arduratzen da, eta osasun-arau horietan aurreikusitako tratamenduak «baliozkotzen» ditu. Izan ere, honako hau jasotzen du: «Osasunarekin zerikusia duten datuen eta datu genetikoaren tratamenduak (EB) 2016/679 Erregelamenduaren 9.2 artikuluko g), h), i) eta j) letretan daude babestuta; hain zuzen ere, lege hauetan eta haiek garatzeko xedapenetan arautzen direnak». Ondoren datozen legeen zerrendak Osasun Publikoari buruzko urriaren 4ko 33/2011 Lege Orokorra jasotzen du berariaz. Lege horrek, halaber, informazio eta dokumentazio klinikoaren arloan pazientearen autonomia eta eskubideak eta betebeharrak arautzen dituen azaroaren 14ko 41/2002 oinarrizko Legea bidaltzen du.
376. Arau horiek historia klinikoaren datuetarako sarbidea arautzen dute, pazientearen identifikazio pertsonalaren datuak babesteko neurriak ezartzen dituzte, datu pertsonalen tratamendua eta datuen lagapena, eraginpeko pertsonaren baimenik, zein egoeratan egin behar diren arautzen dute, eta, are gehiago, tratamendua herritarren osasunerako arriskua edo arrisku larria izan daitekeena prebenitzeko egiten denean hartu behar diren bermeak ezartzen dituzte. Horrez gain, DPBEBLOren xedapen gehigarriak berak arautzen ditu osasun-arloko ikerketan datu pertsonalak tratatzeko baldintzak.
377. Beraz, gerta liteke aurreproiektuak babesten dituen tratamenduak eta arau horietan jasotakoak berdinak ez badira, estatuko erregulazioa nahikoa izatea aurreproiektuaren xede diren osasunari buruzko datu pertsonalak tratatzeko gaitzen duten kausen lege-konfigurazioa eta horren mugak behar bezala betetzeko, baina horrek, auzitegiaren hitzetan, honako hau eskatzen du: «berariaz eta behar bezala mugatuta bidaltzea arau-maila egokia duten kanpoko iturrietara».
378. Batzordeak ezin du proposamena egin duen saila ordezkatu azterketa honetan, berak bakarrik ezagutzen baititu arauan babestuta egon daitezkeen tratamendu pertsonalak, baina oinarrizko arau horietara bidaltzea nahikoa bada ere, aurreproiektuak berariazko bidalketa zehatzaz gain, osasun-datuen tratamendua justifikatzen duten interes publikoko helburuen identifikazioa jaso beharko du.



Eta, era berean, sailak baloratu beharko du erregulazio horren kokapen egokia Osasun Publikoko Informazio Sistemari buruzko kapituluaren barruan dagoen – babespeko tratamendu guztiak sistema horretan jasota daudela ulertuta– edo egokiagoa den beste kokapen bat.

379. Horretarako, komeni da Datuak Babesteko Euskal Bulegoak esku hartzea; izan ere, gure ustez, iritzi aditu hori beharrezkoa da araua egiteko prozedura aztertzean.

II ARTIKULUEN GAINEKO BESTE ZENBAIT OHAR

380. **Zioen azalpenari** dagokionez, komeni da adieraztea, irizpen honen eskumen-azterketaren eta arau-esparruaren apartatua azaldu den bezala, aurreproiektua Autonomia Erkidegoak barne-osasunaren arloko oinarriak garatzeko dituen eskumenen babesean eman dela, eta, beraz, Estatuak emandako oinarritzko arauen mende dagoela. Hasteko aginduak ekimena gauzatzeko Autonomia Erkidegoari dagozkion arau-ahalmenen irismenaren berri ematen du, eta azalpen-memoriak zehaztasun handiz jasotzen du ekimenari heldu zaion Estatuko oinarritzko arau-esparrua. Ezin da ukatu hori guztia kontuan hartu dutela aurreproiektua idatzi dutenek.
381. Zioen azalpenean, ordea, ez da horri buruzko aipamenik egiten, eta, beraz, Batzorde honek aholkatzen dio proposamena egin duen organoari aurreproiektuak azalpen-zatian identifika ditzala bai araua emateko gaitzen duen eskumen-titulua, bai araua txertatzen den oinarritzko arau-esparrua. Gomendio horrek garrantzi handiagoa du kontuan hartzen badugu aurreproiektuak oinarritzko eskubideei eragiten dieten neurri mugatzaileak ezartzeko aukera ematen duten erregulazioak dituela eta horiek lege organikoaren mailako estatu-arauek babesten dituztela.
382. Bestalde, azalpen-zatian ez dira sartu erregulazioaren printzipioak eta ildo nagusiak, ezta hartutako erabakiak hartzeko arrazoiak zein izan ziren ere.
383. **2. artikulua** honela arautzen du legearen aplikazio-eremua: «Lege honen xedapenak Euskal Autonomia Erkidegoaren lurralde osoan aplikatuko dira. Halaber, Euskal Autonomia Erkidegoan era iraunkorrean edo aldi baterako bizi diren pertsonen zein inoizka Erkidegoko lurralde-esparruan daudenei aplikatuko zaizkie».
384. Era berean, artikulua 2. apartatuak zehazten du legean ezarritakoa zer administrazio publikori aplikatuko zaion, eta aipamen hau gehitzen du: «osasun publikoan eragina duten ekintzak egiten dituzten erakunde pribatuei aplikatuko zaie».



385. Legearen eremu subjektiboari eta Legea erakunde pribatuei aplikatzeari buruzko aipamen horiek zehaztu egin beharko lirateke, aurreproiektuak berak kasu bakoitzean xedatzen dituen terminoetara bidalita mugatuz, testuak arautzen dituen jarduketa-eremu desberdinak eta erregulazio horren ondoriozko eragin subjektibo desberdina kontuan hartuta.
386. **5. artikuluan** definizioak biltzen dira, eta artikulua horri dagokionez, esan behar dugu komenigarria dela definizio horiek berrikustea, atzeman diren ondorengo arazo hauek konpontzeko. Lehenik eta behin, esan behar dugu artikulua horren 1. apartatuak ez dirudiela egokia definizioen artikulua baterako. Osasun publikotzat hartzen dena aurreproiektuaren ondorioetarako mugatzea eta ezarritako helburuak lortzeko administrazio publikoen eta eragile pribatuen arteko erantzukizunen banaketa finkatzea arauak erabiltzen dituen kontzeptuen definizio soila baino haratago doaz. Gure ustez, eduki horrek artikulua independente bat izateko behar besteko garrantzia du.
387. Bigarrenik, bikoiztutako edukiak saihestu beharko lirateke; izan ere, definizioak jasotzen diren artikuluan testuaren beste artikulua batzuetan definituta dauden kontzeptuak sartzen dira –hori gertatzen da, adibidez, kontzeptu hauekin: «Osasun-agintaritzako eragileak», 83. artikuluan ere definitu dena; «Administrazioaren esku-hartzea osasunaren arloan», 85. artikuluan definitu dena; «Osasunaren sustapena», 65. artikuluan definitu dena; «Osasunaren babesa», 53. artikuluan definitu dena; eta «Lan-osasuna», 61. artikuluan definitu den kontzeptua–.
388. Hirugarrenik, kontzeptuak definizioen artikuluan jasotzen diren bezala erabili beharko lirateke artikuluetan zehar, horrela bakarrik beteko baitu artikulua helburua, ez bakarrik didaktikoa, baita zehaztapen mota horien berezko ziurtasun juridikoaren bermea ere. Hori gertatzen da «Osasun-arloko gizarte-desberdintasunak» kontzeptuarekin; izan ere, batzuetan, gizarte-kalifikaziorik gabe erabiltzen da testuan, eta alderantziz gertatzen da «Osasunaren baldintzatzaileak» kontzeptuarekin; izan ere, testu artikulatua, batzuetan, baldintzatzaileen tipologia –gizarte- edo ingurumen-arlokoak– mugatu egiten da, eta, beharbada, ez da gomendagarria. «Detekzio goiztiarra» kontzeptuarekin ere gertatzen da, beti ez baita adjektiboarekin batera erabiltzen eta kasuren batean beharrezkoa izan daiteke adjektiboarekin batera erabiltzea.
389. Bereziki garrantzitsua da, erregulazioak dakartzan ondorioengatik, «osasun-larrialdia» eta «garrantzi handiko osasun publikoko larrialdia» kontzeptuak berdin erabiltzea. Batzordeari ez dagokio erabilitako kontzeptuen egokitasuna baloratzea –Europako eta nazioarteko osasun-erregulazioetan erabiltzen direnekin bat ez datozenak–, baina bai ohartaraztea koherentziari eutsi behar



zaiola eta kontzeptuak definitzeko erabili diren terminoetan erabili behar direla artikuluetan. Ez dezagun ahaztu, artikulua berak dioenaren arabera, lege honen xede dela kontzeptuak mugatzea «lege honen ondorioetarako».

390. «Babes- edo arrisku-faktorea» kontzeptua adierazpen horrekin ageri da definizioen zerrendan kontzeptu bateratu gisa. Hala ere, testuak gehienbat arrisku-faktoreen kontzeptua erabiltzen du, eta biak erabiltzen dituenean, badirudi hainbat motatako faktoreei egiten diela erreferentzia: babes-faktoreei eta arrisku-faktoreei. «Osasun publikoaren arloko neurri bereziak» kontzeptuari dagokionez, ez da artikuluetan ageri, kautelazko neurriei lotuta izan ezik, eta artikulua espezifikoki batean, 89. artikuluan, «Neurri bereziak eta kautelazkoak» jasotzen da.
391. Definizioen artikuluan kontzeptu hauek jasotzen dira: «pandemia larria» eta «osasun-politika». Haatik, artikuluetan pandemia kontzeptua kalifikatzailea gehitu gabe erabiltzen da eta «osasun-politika» –gure ustez, osasun-arloko politikaren eduki berarekin–. Azkenik, definizioen zerrendan, «osasun komunitarioa» kontzeptua sartu da, baina testuan ez da azaltzen.
392. Aurreproiektuak **6. artikulutik 15.era** bitartekoetan osasun publikoaren arloko eskubideen erregulazioari ekiten dio, eta eskubide horiek, aldi berean, EASLn ezarritakoekin (10. eta 11. artikulua) batera daude, eta ez dago inolako disfuntziorik. Adierazi behar dugu, hala ere, ez dela behar bezalakoa koherentziarik ikusten 8. artikuluan jasotzen diren osasun publikoko prestazioen eta aurreproiektuaren V. kapituluaren xehetasunez arautzen direnen artean.
393. Bestalde «herritarrak» eta «euskal herritarrak» hitzak nola erabiltzen diren berrikustea iradokitzen dugu, araututako eskubide eta betebeharrak bakoitzaren eremu subjektiboa zehaztasunez zedarritze aldera –adibidez, 8. artikuluan jasotako osasun publikoko prestazioetarako eskubidea, zeinak testuan bertan jasotako unibertsaltasun-printzipioa ezeztatzen baitu, gainera–.
394. Aurreproiektuaren **19. artikulua** honela konfiguratu du Euskadiko Osasun Publikoko Sistema: «prestazio, zerbitzu, ekipamendu eta kudeaketa- eta koordinazio-tresnen sarea da, bideratuta dagoena gaixotasunak, lesioak eta desgaitasunak prebenitzera eta herritarren osasuna babestera eta sustatzera».
395. Beraz, sistemaren definizio hori helburutzat edo tresnatzat jo genitzakeen elementuetan oinarritzen da: 4. artikuluan definitutako sistemaren funtsezko funtzioak betetzeko erabiliko dena. Hala ere, badirudi aurreproiektuak, artikuluen beste zati batzuetan, sistemaren elementu subjektiboetan jartzen duela ardatza, batez ere administrazio publikoetan, horiek baitute funtsezko funtzio horiek bermatzeko erantzukizuna.



396. Bestalde, definizio horrek ez du diskriminatzen sistema osatzen duten elementuen izaera publikoa edo pribatua, eta, hain zuzen ere, horixe izan zen aurreproiektuaren testuan sartutako aldaketetako bat, informazio publikoko izapidean egindako alegazioak ikusita. Izapide horren ondoren, eta farmazialarien eta albaitarien elkargo profesionalen alegazioen aurrean (Administrazio eskudunaren eta erkidego-eremuko osasun-arloko establezimenduen –farmazia-bulegoen, albaitaritza-zentroen eta abarren– arteko lankidetzaz-aurreikuspen bat sartzea planteatzen zuten), sektoreko legeria aplikagarriak aurreikusitakoarekin bat etorritik, proposamena egin duen sailak erabaki zuen Euskadiko Osasun Publikoko Sistema osatzen duten elementuen titulartasun publikoari buruz artikulua honetan egiten zen aipamena aurreproiektuaren testutik kentzea.
397. 19. artikuluan 1. apartatua kendu da izaera publiko hori, baina artikuluen beste zati batzuetan ez: artikulua bereko 2. apartatua jasotzen denez, Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren jarduketetan «bidezko koordinazioa ezarriko da eremu pribatuko eta gizarte zibileko eragile eta erakundeekin, haien ekintzek osasun publikoan eragina dutenean» –sistemaren parte ez direla adieraziz–; 22. artikuluan, berriz, osasun publikoko profesionalak zein diren zehazten denean, exijitzen da profesional horiek «sistema hori osatzen duten edozein euskal administrazio publikotan» bete ditzatela beren funtzioak –beraz, kontzeptutik kanpo uzten dira zerbitzuak sektore pribatuan ematen dituzten pertsonak–; gainera, aurreproiektuaren beste artikulua batzuetan badirudi administrazio publikoak bakarrik daudela Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren barruan –hala gertatzen da 27., 31., 39. eta 60. artikuluetan–.
398. Horregatik, manu horiek berrikusi egin beharko dira testuari behar den koherentzia emateko, baina Batzordearen ustez, hori egitean ere ezin da ahaztu 1. artikuluan jasotako adierazpena, Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren erantzukizun publikoa aipatzen duena; horren ondorioz, argi eta garbi mugatu behar dira sistemaren funtzioak, administrazio publikoek bete behar dituztenak, eta erantzukizuna partekatzen duten funtzioak. Horixe da, halaber, arau-testuaren 5.1 artikuluan planteamendua; izan ere, artikulua horretan «Euskadin osasun-arloan garatzen diren politiken eta estrategien plangintza eta definizioan» sistema horrek duen erantzukizun publikoa aipatzen da.
399. Eta lan horrek, era berean, Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren funtsezko funtzioak, aurreproiektuaren 4. artikuluan ezarritakoak, sailkatzea ekar lezake, bertan jasotako batzuk batez ere publikoak direlako.
400. **21. artikulua** emaitzen balorazioa eta osasunaren gaineko eraginaren balorazioa arautzen ditu; interbentzio sektorialak ebaluatzeko bi tresna –*ex post*



eta ex ante hurrenez hurren– dira, herritarren osasunean duten eragina baloratzeko. Lehenik eta behin, komenigarritzat hartzen dugu aipatzea manuaren adierazpenak ez duela argi uzten –manuaren behin betiko adierazpenean konpondu beharko da arazo hori–, guk interpretatu dugun bezala, bi ebaluazio-tresna desberdin arautzen dituen edo bi ebaluazio-uneak hartzen dituen tresna bakarra den –5. apartatuaren formulaziotik ondoriozta daitekeen interpretazioa–.

401. Arlo horretako oinarritzko erregulazioa OPLOren 35. artikuluan jasota dago –«Administrazio publikoek osasunean eragin nabarmena dutelako aukeratzen dituzten arau, plan, programa eta proiektuak ebaluatu beharko dituzte, lege honetan xedatutako moduan»– eta, neurri batean, OLOren 25.4 artikuluan ere bai; izan ere, lege horretan esku-hartze publikoa banakako osasun kolektiboari dagokionez arautzen da –«Egindako jarduerak herritarren osasunean eragin negatiboa eta apartekoa duenean, Administrazio Publikoek, beren organo eskudunen bitartez, dagokion administrazioaren esku-hartzea agindu ahal izango dute, eragin hori desagerrarazteko. Osasun-arloko interbentzioaren helburu bakarra osasun kolektiborako arriskuak desagerraraztea izango da, eta arrisku horiek desagertu bezain laster amaituko da»–.
402. Lehen gogoeta gisa, komeni da aipatzea bat datozela, erabat, «osasunaren gaineko eragina baloratzeko» prozedurari buruz aurreproiektuak egiten duen definizioa eta «osasunaren gaineko eraginaren ebaluazioari» buruz OPLOren 35. artikulua egiten duena, eta, beraz, argi dago azterketa-prozedura bera dela. Horregatik, gomendagarria litzateke aurreproiektuan OPLOren kontzeptu bera erabiltzea – osasunean duen eraginaren ebaluazioa–, prozedura hori arautzen duen artikulua oinarritzkoa baita.
403. Hala ere, arazo gehiago sortzen ditu osasunaren gaineko eragina baloratzeko prozeduraren aplikazio-eremuari buruz aurreproiektuak egiten duen identifikazioak. Eremu hori «arauak, planak, programak edo proiektuak» (1. apartatuaren arabera) izango litzateke edo «planak, programak, obrak edo jarduerak» (2. apartatuaren arabera).
404. 2. apartatuan «obra edo jarduerak» sartzearen ondorioz eta 4. apartatuan «osasunean eragin handia duten eta osasunaren gaineko eraginaren balorazioa behar duten interbentzio sektorialak identifikatzeko irizpideak», beren izaera publikoa mugatu gabe, aipatzearen ondorioz, pentsa daiteke obra eta jarduera pribatuetan aplikatu daitezkeela (Andaluziako osasun publikoari buruzko abenduaren 23ko 16/2011 Legeak egiten duen bezala).
405. Hala balitz, osasunaren gaineko eragina baloratzeko izapideak zerbitzu-emaileak kokatzeko askatasunean eragingo luke, barne-merkatuko zerbitzuei buruzko 2006/123/EE Zuzentarauak –eta 17/2009 transposizio-legeak, azaroaren



23koak– «baimen-araubidea» eta «baldintza» kontzeptuak definitzen dituen moduan . Baina ezin da ukatu osasun publikoa ez ezik, kontsumitzaileen babesa, animalien osasuna eta hiri-ingurunearen babesa ere baimentze-erregimenak eta bestelako murrizketak aplikatzea justifika dezaketen interes orokorreko premiazko arrazoiak direla. Europako Erkidegoetako Justizia Auzitegiaren (EEJA) hitzetan, «pertsonen osasuna eta bizitza lehenengo postuan daude Itunak babestutako ondasun eta interesen artean»(EEJA 2010\158).

406. Hala eta guztiz ere, gogorarazi behar da «baimen-araubide» edo «baldintza» baten eskakizuna ezartzeko, egiaztatuta geratu behar duela hura ezartzen duen legean premia- eta proportzionaltasun-printzipioak betetzen direla, eta printzipio horien arrazoiak ere jaso behar direla (zerbitzu-jardueretan askatasunez sartzeari eta aritzeari buruzko azaroaren 23ko 17/2009 Legearen 5. artikulua, eta merkatu-batasuna bermatzeari buruzko abenduaren 9ko 20/2013 Legearen 17.1 artikulua). Azken batean, gure ordenamenduan horrelako interbentzioa ezartzeko legezkotasun-printzipiotik eratorritako eskakizunak bete behar dira.
407. Beraz, beharrezkoa da aurreproiektuan jasotako erregulazioa osatzea eta eska daitekeen arau-dentsitatea ematea, geroko erregelamendu-garapena alde batera utzi gabe. Helburua ez da legeak osasunaren gaineko eragina eta prozesuan jarraitu beharreko prozedura edo metodologia baloratuko duten jarduera sektorialen –obrak, jarduerak eta proiektuak– erregulazio xehatua jasotzea, baina argi eta garbi identifikatu behar ditu balorazio-prozedurari lotutako jarduera sektorialak eta prozeduraren funtsezko jarraibideak zehazteko erabili beharko diren irizpideak, erregelamenduak bere zehaztapenak behar bezala zehaztu ahal izateko. 6/2020 Irizpenean gogorarazi dugunez, «erregelamendura bidaltzea beharrezkoa izateak ez du esan nahi, inola ere, bidaltze hori besterik gabe edota muga zehatzik gabe egin behar denik. Lege-maila duen arau batek berez ekin behar dio gaiaren funtsezko muinari, eta, ondorioz, ezin du erregelamendura besterik gabe bidali; izan ere, erregelamenduak esku har dezake, baina lege-maila duen araua osatzeko bakarrik eta legeak ezarritako irizpideei jarraikiz».
408. Horrekin batera, gogoeta berezi bat egin behar da «osasun publikoaren arloan eskumena duen organoak» emaitzak eta osasunaren gaineko eragina baloratzeko prozeduren esparruan egin behar duen txostenari –5. apartatuaren arabera– emandako izaera lotesleari buruz. Zentzu horretan, ohartarazi behar da ezen txosten loteslea ezartzeak esan nahi duela txostena eskatzen duen eta araua, plana, programa, proiektua, obra edo jarduera onetsi behar duen Administrazioak nahitaez bete behar duela txostena egiten duen erakundearen iritzia. Neurri batean, beraz, ezarritako ondorio lotesleak nolabaiteko izaera baldintzatzailea du berezko eskumenak gauzatzeko garaian.



409. Euskadiko Osasun Planari buruzko erregulazioari dagokionez, **24. artikuluan** jasotzen denari dagokionez, alegia, komenigarria izango litzateke –Ohar orokorrak izeneko atalean aurreratu dugun bezala– argiago adieraztea legea egiteko prozesuan toki-administrazioek eta foru-administrazioek eta haren edukiak eragina izango duen sektore pribatuko erakundeek duten parte-hartzea. «Osasun publikoaren arloan eskumenak dituzten beste erakunde eta entitate batzuek egindako proposamenak hartuko dira kontuan» aipamen hutsaren orde, entzunaldi-fase bat ezarri beharko litzateke plana egiteko prozesuaren barruan.
410. **38. artikulua**k, arestian aipatu dugunak, Euskadiko Osasun Publikoko Sistema osatzen duten administrazioen arteko lankidetzara arautzen du, eta 4. apartatuan osasun publikoko organo nagusiaren eskumenak eskuordetzeari buruz hitz egiten du. Eskuordetze hori, manuaren arabera, «toki-araubideari buruzko legerian ezarritakoari jarraikiz» egin beharko da. Kontuan hartu beharko da, beraz, ETELe honako hau eskatzen duela: «Eskuordetzea Eusko Jaurlaritzaren xedapenaren edo erabakiaren bidez egingo da».
411. Proposamena egin duen sailak baloratu beharko du eskuordetzearen erregulazio horrek –gutziz alferrikakoa da, bestalde, oro har jasotako ahalmen bat errepikatu besterik ez baitu egiten– toki-araubideari buruzko legerian udalei berezko gisa esleitu ez zaizkien eskumenen eskuordetzeari erantzun nahi dion, eta horretarako, ETELen 20. artikulutik 24. artikulura bitartean horri buruz ezarritakoa bete beharko da, edo SPAJLn araututako eskuordetze arruntari erantzun nahi dion.
412. Aurreproiektuaren **39. artikulua**k osasun publikoko politiketan zerikusia duten administrazio publikoek parte hartzeko eta koordinatzeko organo bat sortzen du, eta Osasun Publikoko Erakunde arteko Batzorde deitzen dio, toki-administrazioen eta foru-administrazioen partaidetzarekin, eta, era berean, **44. artikulua**k Osasun Publikoaren Euskal Kontseilua sortzen du eta honela definitzen du: «sozietate zibilaren parte-hartzerako organo gorena da, eta kontsulta- eta aholku-izaera du». Bi erregulazioak Euskal sektore publikoari buruzko maiatzaren 12ko 3/2022 Legearen, berriki onartu denaren, arabera aztertu behar dira. Lege horren 18. artikulua kide anitzeko organoak arautzen ditu –SPAJL Legea ere kontuan hartuko da–.
413. 18. artikulua horren arabera, kide anitzeko organoak sortu ahal izango dira, «betiere instituzioarteko koordinazio- eta elkarlan-mekanismoak edo era horretako mekanismo publiko-pribatuak ez badira eraginkorrak», eta kide anitzeko organo baten sortze-arauak eduki hau izango du gutxienez:



- a) Azalpena: zergatik behar den. Esleitutako funtzioak ez daudela bikoiztuta ziurtatu beharko da.
 - b) Zer xede eta helburu dituen.
 - c) Nola integratzen den Administrazioan, edo zer hierarkia-mendekotasun duen.
 - d) Zein den bere osaera eta zer irizpide erabiltzen den lehendakaritzako titularra eta gainerako kideak izendatzeko.
414. Erregulazio horren arabera, bi kasuetan espedientean justifikatu beharko litzateke organoak parametro hauetan oinarrituta sortu behar direla: koordinazio- eta elkarlan-mekanismoak «eraginkorrak ez izatea» –ulertu behar dugu, halaber, horrelako mekanismorik ez izatea– eta esleitutako funtzioetan bikoiztasunik ez izatea.
415. Aurreproiektuaren **40. artikulua**, tituluaren arabera, Estatuko Administrazio Nagusiarekiko eta beste administrazio batzuekiko koordinazioa osasun-arriskuen edo osasun-larrialdien kasuan arautzen du, eta, artikulua titulazioan dioena betez, 1. apartatuan arautzen du egoera berehala jakinaraziko zaiola Estatuari. Betebehar hori zaintza epidemiologikoko sare nazionala sortzen duen abenduaren 28ko 2210/1995 Errege Dekretuan ezartzen da. –Dekretu hori oinarritzeko araua da eta Konstituzioaren 149.1. 16 artikuluan aurreikusitakoaren babesean eman zen–.
416. Errege Dekretu horren azalpen-zatian aipatzen da estatuko legeriak bateratu egin behar direla, «Europako esparruan, besteak beste, herritarren osasuna zaintzeko eta sustatzeko jarduerak ahalbidetuko dituen lege-esparru bat sortzeko, aipatutako Itunaren 129. artikuluan jasotzen den bezala, estatu kideen artean informazioa koordinatzeko eta trukatzeko jardueren bidez, eta, horretarako, hasiera batean Europar transmititu daitezkeen gaixotasunak zaintzeko sare epidemiologiko bat eratuko da».
417. Helburu horrekin, Errege Dekretuak zaintza epidemiologikoko sare nazionala eratu zuen, aitortu beharreko gaitasunak eta agerraldien edo epidemia-egoeren kasuan jakinarazteko betebeharrak arautu zituen; horrez gain, osasun-arazo jakin batzuk zaintzeko eratu ahal izango diren sistema zaintzaileak erabaki zituen.
418. Artikuluaren 1. apartatuan aipatzen den jakinarazteko betebeharrak zerikusia du agerraldien edo epidemia-egoeren kasuan jakinarazteko betebeharrak buruzko erregulazioarekin, baina, beste batzuetan gertatzen den bezala, aurreproiektuak ez du hitzez hitz kopiatzen Estatuko arauaren manua –bertan adierazten denez,



«autonomiaz gaindikoa interesak duela pentsarazten duten ezaugarriak dituzten agerraldiak eta egoera epidemikoak premiaz jakinarazi behar dira»-. Beraz, osasunaren gaineko eraginaren balorazioari buruzko erregulazioa baloratzean egindako oharra errepikatu behar dugu, baita kontzeptuak oinarritzko araudian jasota dauden moduan erabiltzea komeni dela ere.

419. Kontuan hartu beharko da, gainera, dagokion ministerioari dagokiola, aipatutako Errege Dekretuaren arabera, zaintza epidemiologikoari dagozkion ekintzak eta informazio-trukeak koordinatzea, bai maila nazionalean, bai Europar Batasunean, Osasunaren Mundu Erakundean eta nazioarteko gainerako erakundeetan; beraz, aurreproiektuak egiten duen funtzio hori sailari esleitzea estatuko organo eskudunen bidez bideratu beharko da beti.
420. Bestalde, eta artikulua berean jarraituz, argi dago azken apartatuan koordinatzeko mekanismo batzuk arautzen dituela, artikulua izenburuan aipatzen diren osasun-arriskuko edo -larrialdiko kasuak gainditzen dituztenak, eta, beraz, horiek sistematikoki egokitzea baloratu beharko da.
421. **IV. titularen 4. atalak** Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren eta Euskadiko Osasun Sistemaren arteko koordinazioa, lankidetzak eta interakzioa arautzen ditu, eta horri buruz argitu beharreko lehen gauza da koordinazioa eta lankidetzak ez direla kontzeptu sinonimoak. Konstituzio Auzitegiak behin eta berriz argitu duenez, koordinatzeko eta elkarlanean aritzeko edo lankidetzan aritzeko ahalmenak ezin dira parekatu, koordinazio orok nolabaiteko agintzeko ahalak baitakar berekin, koordinatzen duen koordinatzailearen duen nagusitasun-mailaren ondorioz; hori lehen mailako elementu bereizlea da, eta horrek azaltzen eta justifikatzen du eskumenen ikuspegitik hitz horiek desberdinak izatea.
422. Beraz, koordinatzeko funtzioak betetzeak berezkoa duenez koordinatzen duen koordinatzailearen duen nagusitasun-maila, ez da zuzena osasun publikoko organo nagusiari –berriro diogu Eusko Jaurlaritzako zuzendaritza bat dela– Euskadiko Osasun Publikoko Sistema eta Euskadiko Osasun Sistema koordinatzeko funtzioak esleitzea. Arestian esan bezala, funtzio hori Osasun Saileko titularrari dagokio, eta Sail horren mende daude bi sistemetako zuzendaritza-organak.
423. Aurreratu dugun bezala, **44. artikulua** Osasun Publikoaren Euskal Kontseilua sortzen du, kontseiluaren osaketa ezartzen du eta haren eginkizunak zehazten ditu. Esleitzen zaizkion funtzioei dagokienez, Batzordeak gomendatzen du 4. apartatuaren c) letran jasotako funtzioa argi eta garbi ezartzea –«Xedapen orokorren planak eta proiektuak aztertzea, eta, hala badagokio, haiei buruzko iritzia ematea»-. Kontuan hartu behar da xedapen orokorren planak eta proiektuei buruzko iritzia emateko



funtzioak aukera ematen duela, Osasun Publikoaren Euskal Kontseiluaren bitartez, xedapen orokorrak prestatzeko orduan entzunaldiaren izapidea egiteko, XOEPLren 8.3 artikuluan, azken tartekian, aurreikusitako moduan: «Interesdunei zuzenean entzunez egingo da entzunaldia, edo, interesdun horiek biltzen edo ordezkatzan dituzten erakunde eta elkarteei entzunez; erakunde eta elkarte horiek legeak onartutakoak izan behar dute, eta haien helburuek lotura zuzena izan behar dute xedapenaren gaiarekin».

424. Komeni da ez ahaztea entzunaldia, xedapen orokorrak egiteko orduan, funtsezko izapide kualifikatu bat dela, Espainiako Konstituzioaren 105. artikuluan aurreikusita dagoena, eta berau ez bada egiten edo gaizki egiten bada, baliteke xedapen orokorraren deuseztasun-zehapena ekartzea. Beraz, txostena egiteko funtzioa argi geratzen ez bada, entzunaldiaren izapidea zuzenean egin beharko da zerikusia duten elkarte profesional guztiekin eta gaixoek eta haien familiak osatzen dituzten elkarte, irabazi-asmorik gabeko erakunde edo gobernuz kanpoko erakundeekin, kontsumitzaileen elkarte edo federazioekin eta pentsiodunen eta erretirodunen erakundeekin.
425. V. kapitulua, «Osasun publikoko prestazioak eta jarduketak» izenburua duena, **47. artikulua** hasten da. Artikulu horretan, Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren zerbitzu-zorroak osasun publikoko prestazioak gauzatzeko jarduerak, teknikak, teknologiak, protokoloak edo prozedurak bilduko dituela adierazi ondoren, haiek guztiek erantzungo dieten jarduketa-ildo batzuk zehazten dira.
426. Kapitula osatzen duten atalak jarduketa-ildo horiei buruzkoak dira.
427. Osasun publikoko prestazioa administrazio publikoek biztanleriaren osasuna zaindu, babestu eta sustatzeko antolatutako ekimenen multzo gisa definitzen da OSNKKLren 11.1 artikuluan. Ekintza kolektibo edo sozialen bidez pertsona guztien osasuna mantendu eta hobetzera bideratutako zientzien, trebetasunen eta jarreraren konbinazioa da (11.1 artikulua), eta prestazio horren barnean sartzen dira, aipatutako artikulua 2. apartatuak ezartzen dira jarduketak gutxienez.
428. OSNKKLk berak 7.1 artikuluan ezartzen duenez, Osasun Sistema Nazionalaren prestazioen katalogoaren helburua arreta integrala, jarraitua eta arreta-maila egokia izateko oinarritzako baldintzak eta baldintza komunak bermatzea da, eta, katalogo horretan jasotakoen artean, osasun publikoko prestazioa identifikatzen du.
429. Lege horren 8. artikulua zehazten du katalogoko osasun-prestazioak zerbitzu komunaren zorroaren bidez gauzatuko direla.



430. Era berean, OSNKKLren 8 quinquies artikuluan aurreikusten da autonomia-erkidegoek zerbitzu-zorro osagarri bat ezar dezaketela. Zorro horretan, zerbitzuen zorro komuna sartuko da, gutxienez.
431. Aurreproiektuak ia ez du zerbitzu-zorroari buruzko aipamenik egiten, aipatutako 47. artikulua aipamena soilik. 34.5 artikulua azken apartatuan egiten den aipamena besterik ez dago. Apartatu horretan ezartzen denez, osasun-arloko sailaren titularrari dagokio «Eusko Jaurlaritzari proposatzea Autonomia Erkidegoko zerbitzu-zorro osagarriaren onarpena, osasun publikoaren arloko prestazioak barnean hartuta». Badirudi agindu hori lotuta dagoela aipamen honekin: «Osasun publikoko prestazio berriak onartzea» (aurreproiektuaren 28. artikulua).
432. 34.5 artikuluan aipatzen den zerbitzu-zorro «osagarria» bat dator OSNKKLren aurreikuspenekin eta 1030/2006 Dekretuaren –irailaren 15eko Dekretua, Estatuko Osasun Sistemaren zerbitzu komun zorroa eta hura eguneratzeko prozedura ezartzen dituen– I. eranskinean (aurrerantzean, ZZED) jasotzen den osasun publikoaren arloko zerbitzu komun zorroarekin.
433. Hala ere, araua behar bezala irakurtzen laguntzeko, bidezkoa litzateke aipamen bat gehitzea, azalpen-zatian gutxienez, osasun publikoko prestazioaren antolamendua egituratzen duten printzipioei buruz –adibidez, EASLren 4. artikuluan jaso den bezala–, eta adieraztea Euskadiko Osasun Publikoko Sistemaren zerbitzu-zorroa handitzeko ahalmena dagoela, betiere Sistema Nazionaleko prestazioen katalogoan ezarritako gutxienezkoa errespetatuz.
434. **47. artikulua** osasun publikoko prestazioek erantzuten dieten jarduketa-ildoak zehazten ditu: a) osasunaren zaintza; b) osasun-arazoen prebentzioa eta baldintzatzaileen inguruko jarduketa; c) biztanleriaren osasunaren babesa, elikagaien segurtasuna eta ingurumen-osasuna barnean hartuta; d) osasun publikoko larrialdietan, pandemietan eta/edo osasun-krisietan eman beharreko osasun publikoko erantzunen koordinazioa eta zuzendaritza; e) lan-osasuna; f) osasun publikoko laborategia; g) osasunaren sustapena; h) adikzioak.
435. Artikulu horren testuak OSNKKLren 11. artikuluan jasotakoak baino enuntziatu zabalagoak ditu, eta badirudi azken horrek definitzen duen osasun publikoko prestazioan jasotako jarduketetara egokitzen dela.
436. Egia esan, oinarriko legeriak zehaztasun handiagoa ematen du zenbait alderditan, eta aurreproiektuaren xedapenaren hitzez hitzezko testuan ez dira aipatzen; hala ere, eduki horiek artikuluetara eramaten dira egin beharreko jarduerak eta prestazioak arautzean.



437. Adibide bat jartzearen, OSNKKLren 11. artikuluan gaixotasun arraroak aipatzen dira, baina 52.i) artikuluan ere bai, osasun-arazoei aurre egiteko prebentzio-prestazioak arautzen direnean. Era berean, aurreproiektuaren 47. artikuluan ez dago «osasun-inpaktuaren ebaluazioari» buruzko erreferentziarik, nahiz eta OSNKKLren 11. artikuluan aurreikusita egon, baina 21. artikuluan dago araututa.
438. Aurreproiektuak «Osasun publikoko prestazio» izenekoei ematen dien tratamenduak izaera programatikoa du nagusiki V. kapituluaren sartutako artikulua askotan.
439. Kapitulu horretan ikusten da prestazioaren arlo guztiak modu sistematikoan deskribatu eta definitu nahi direla.
440. Manu asko printzipio-ildo horretatik doaz, ez dute aginduzko edukirik eta, ondorioz, ez dute garrantzi handirik antolamenduaren berrikuntzaren ikuspegitik.
441. Idazketa orokorrekin arazoren bat sor dezakete segurtasun juridikoaren ikuspegitik, «osasun publikoko prestazioa izenaren erabilera ez baita beti unibokoa».
442. Hitz hori, batzuetan, enuntziatu orokorrekin lotzen da, hala nola 8. artikulua jasotzen dituen bezalakoekin –47. artikulua «jarduketa-ildo» gisa identifikatzen duenarekin bat etorriko lirake benetan–. Beste batzuetan, ordea, prestazio hitzaren azpian jarduera zehatzagoak kokatzen dira, hala nola 52. artikuluan jasotzen direnak –bahetzeko programak; minbiziaren prebentzioa, diagnostikoa eta tratamendu goiztiarra; gaixotasun hereditarioen detekzio goiztiarra eta jaio aurreko eta ondoko aholku genetikoa; etab.–.
443. Bereizi gabeko erabilera horrek zaildu egin dezake osasun publikoko prestazioen arloko eskumenei buruzko aurreikuspenen aplikazioa. Hala gertatzen da osasun publikoko organo nagusiari ematen zaion eskudantzia zabalarekin: «lege honetan zehaztuta dauden osasun publikoko prestazioak, toki-erakundeei ez dagozkienak edo eskuordetu ez direnak gauzatzea.» (35 l artikulua)
444. **48.etik 50.era bitarteko artikuluek** osasun publikoaren zaintzaren antolamendua eta kudeaketa arautzen dituzte.
445. OPLOren 12. artikulua eta hurrengoek lantzen duten eremua da, eta lurralde-eremu desberdineko hainbat zaintza-sistema aldi berean egotea aurreikusten du, osasun publikoaren arloan eskumena duten administrazioen eremuen arabera. Sistema horiek Osasun Publikoaren Zaintza Sarearen bidez koordinatzen dira. Sare horren sistemen artean alerta goiztiarra eta erantzun azkarra ematearena sartzen da, funtzionamendu jarraitua duen eta eguneko 24 orduetan etenik gabe eskaintzen den sistema (13.3 artikulua). Sistema hori Errege Dekretuaren bidez –



suposatzen da Errege Dekretu horrek indarreko 2210/1995 Errege Dekretuaren ondorengoa izango dela– konfiguratu eta jarriko da abian, baina gaur egun kontsulta publikoaren fasean dago.

446. Aurreproiektua gai horren antolamenduaz arduratzen da, eta bi tresnaren bidez egiten du. Bi tresna horiek bat datoz aipatutako 13. artikuluekin, zeinak erregelamendu-garapenera bidaltzen baitu. Hauek dira tresnak: Osasun Publikoaren Zaintza Sarea eta Osasun Publikoko Alerta eta Larrialdi Sistema.
447. Aipatutako bi tresna horiek aurreproiektuak sortzen dituen beste batzuekin batera jarduten dute –hala nola Euskadiko Osasun Publikoko Informazio Sistema (68. artikulua)–. Sistema horiek erabat argiak ez diren zedarritze-inguruneak dituzte eta lehendik dauden beste batzuei eranstean zaizkie –hala nola Euskadiko babes zibileko informazio- eta alerta-sarea (LKLren 16. artikulua) eta Larrialdiei Aurre Egiteko eta Babes Zibileko Euskal Sistema, ekainaren 28ko 15/2012 Legearen, Euskadiko Segurtasun Publikoaren Sistema Antolatzeakoaren 58. artikuluan eta hurrengoetan erabiltzen den izen zuzena, eta Zaintza Epidemiologikoko Sistema, abenduaren 24ko 312/1996 Dekretuan arautzen dena.
448. Alde batetik, Osasun Publikoa Zaintzeko Sarea sortzen da. Sare hori osasun publikoaren arloan eskumena duen sailaren osasuna zaintzeko unitate eta zerbitzuen multzo gisa definitzen da, eta osasun publikoko organo zentralaren mende dago. Beraz, Administrazio autonomoaren barne-erakunde bat da, Osakidetzarekin eta osasunarekin zerikusia duten beste sare publiko edo pribatu batzuekin lankidetzan koordinatu eta lan egingo duena, esaten denez.
449. Funtzio hauek izango ditu, besteak beste: «Herritarren osasun-egoera eta haren arrazoiak neurtzeko informazio-sistemak landu, garatu eta kudeatzea» (49.2.a artikulua)
450. Nahasketa sortzen da Osasun Publikoko Informazio Sistema definitzeko erabiltzen diren hitzak ikusten direnean; izan ere, 68. artikulua arabera, Sistema hori da «pertsonen, zerbitzuen, prozeduren eta datuak bildu, prozesatu eta analizatzeko instrumentuen multzo antolatu eta harmonikoa; bildutako datu horiek biztanleriaren osasuna babestu eta sustatzeko beharrezko informazioa sortzera eta osasun publikoko jarduerak egitera bideratuko dira». Sistema hori osatuko dute «osasun publikoaren helburua osorik edo partzialki partekatzen duten edo osasun publikoari buruzko erabakiak hartzeko informazio garrantzitsua duten informazio-sistema guztiek, horiek sustatu edo kudeatzen dituen administrazioa edo horiek sortzen dituen sektorea, publiko edo pribatu, edozein dela ere».
451. Hau da, Osasun Publikoko Informazio Sistemak datu edo informazio multzoaren kontzeptua gainditzen du –OPLOren 40. artikulutik eta aurreproiektuaren 49.2.a)



artikulutik ondoriozta daiteke– eta antolamendu-errealitate berezi bihurtzen da, Osasun Publikoaren Zaintza Sarea bezala, osasun publikoko organo nagusiaren mendekoa, osasun publikoa babesteko eta sustatzeko beharrezkoa den informazioa biltzeko eta aztertzeko helburu komunarekin, hainbat informazio-iturri elkartzeko asmoz. Esan bezala, erakunde antolatzaile hori ez da beti behar bezala bereizten Zaintza Sarea deritzonetik, kontuan hartuta, osasun publikoa zaintzeko sistemei eta alerta sanitarioei buruzko estatistikak, erregistroak, inkestak eta azterlanak biltzen dituela beste mota bateko informazioaren artean (68.2 c artikulua).

452. Adibidez, Osasun Publikoaren Zaintza Sareari dagokio laneko arriskuak eta horiek osasunean dituzten ondorioak zaintzea (49.m artikulua) eta osasundesberdintasunak monitorizatzea (49.c artikulua). Era berean, Euskadiko Osasun Publikoko Informazio Sistemari dagokio langileen osasunean eragiten duten lan-ingurunearen determinatzaileak identifikatzea eta lanetik eratorritako osasun-beharrak baloratzea (68.d artikulua), baita beste funtzio bat ere: biztanleriaren osasuna hobetzeko eta desberdintasunak murrizteko aukerak identifikatzea (69.c artikulua).
453. Osasun Publikoko Alerta eta Larrialdi Sistemari dagokionez, zeinaren zuzendaritza ere osasun publikoko organo nagusiari baitagokio, «egitura bat», «multzo antolatu bat» bezala sortzen da, zeinaren parte baita «Osasun Publikoaren Zaintza Sarea», eta, aldi berean, «Euskadiko babes zibileko informazio- eta alerta-sarearen parte izango da» (50.4 artikulua); aurreikuspen hori bat dator sare horrek aurreikusten duen LKLren 16. artikuluekin.
454. Manuaren idazketari dagokionez, badirudi 50. artikulua 1. eta 2. apartatuek alerten eta larrialdien egitura bat sortuko dela iragartzen dutela, baina artikulua berak arautzen duen egitura bera da; beraz, ez dira beharrezkoak. Adierazi behar da, gainera, hobe litzatekeela manuaren izenburuak bere helburu nagusiari erantzutea, hau da, «Osasun Publikoko Alerta eta Larrialdi Sistemari».
455. Era berean, ez dirudi egokia denik artikulua horren 6. eta 7. apartatuetan jasotzen diren edukiak sartzea, artikulua horrek antolamendu-helburuari erantzuten baitio. Alerta sanitarioa deklaratzeko denean osasun-agintaritzari dagokion laguntzeko betebeharra eta egoera hori jakinarazteko betebeharra beste era bateko gaiak dira; bestalde, aurreproiektuak 17. eta 59. artikuluetan jasotzen ditu gai horiek – laguntzeko betebeharra– eta 86.5. artikuluan –larrialdi-egoeretan jakinaraztea–.
456. **51. eta 52. artikulua** osasun-arazoak prebenitzeari eta arazo horien determinatzaileetan jarduteari buruzkoak dira, administrazio publikoek egin



beharreko jarduketak finkatzen dituzte eta osasun-arazoei aurrea hartzeko prestazioen gutxieneko zerrenda zehazten dute.

457. Gai hori landu da OPLOren 19. artikuluan eta hurrengoetan ere, eta administrazio publikoek eremu horretan egiten dituzten jarduerak eta programak identifikatu dira: osasunaren determinatzaileei buruzko prebentzio-ekintzak eta -politikak zuzentzea, zoonosia eta gaixotasun emergenteak prebenitzeko programak garatzea, txertaketako eta detekzio goiztiarreko prebentzio-ekintzak, etab.
458. 51. artikulua jarduketa-ildo orokorrak ezartzen ditu, eta «administrazio publikoei, beren eskumenen barruan» honako hauek esleitzen dizkie: gaixotasunek, lesioek eta desgaitasunek herritarrengan duten eragina eta prebalentzia murriztera zuzendutako jarduketak, horien ondorio negatiboak arintzeko ahal den neurrian.
459. 6. apartatua adierazten denez, administrazio publiko eskudunek «koordinaturik lan egingo dute Euskadiko Osasun Publikoko Sistemako gainerako eragile eta erakundeekin eta Osakidetza / Euskal Osasun Zerbitzuarekin...».
460. 52. artikulua gutxieneko prestazio batzuk ezartzen ditu –txertaketa-jarduketak, bahetzeko programak, minbiziaren tratamendu goiztiarra, etab. –prestazio horiek dagokion garapena eskatuko dute eta ZZEDren 1.3 eranskinean, oinarritzko gisa eta zehatz-mehatz, sartzen diren jarduketak barne hartuko dituzte–.
461. Komeni da aipatzea SPKLren 19. artikulua Osasun Sistema Nazionalaren Lurralde arteko Kontseiluak prebentzioaren eremu horretan dituen funtzioak arautzen dituenean, honako hau aitortzen diola: besteak beste, txertoen egutegi bakarra adostea Espainian, arrazoi epidemiologikoak direla medio autonomia-erkidegoek hori aldatzeko aukera izango dutela adierazita.
462. Aurreproiektuan, txertaketaren arloko jarduketei buruz ari denean, aipatzen da egutegia osasunaren arloan eskumena duen sailaren titularraren aginduaren bidez onartuko dela, kontuan hartuta, esaten denez, Txertaketen Euskadiko Aholku Batzordearen gomendioak.
463. Erregelamenduzko aurreikuspenaren bidez sortutako organoa da –2011ko irailaren 7ko Agindua, 121/2005 Dekretua garatuz–, eta, beraz, ez da legetestuan jaso behar, betiere alde batera utzi gabe legegilearen esku utzi ahal izatea xedapen orokorrak prestatzea aholkularitza-organo baten esku-hartzeari dagokionez, baldin eta egokitzen bada.
464. Ingurumen-osasuna eta elikagaien segurtasuna babestea eta sustatzea, 55. eta 56. artikuluetan araututa daudenak, osasun publikoa emateko zerbitzu komunak



zorroan sartzen dira, OSNKKLren 11.2.f) eta g) artikuluetan eta ZZEDren I. 4 eta 5 eranskinetan xedatutako baldintzetan.

465. Aipatutako manuetan eduki orokorra dago, eta eduki horretatik ez da berez eskubiderik edo betebeharririk sortzen; izan ere, elikagaien segurtasuna eta ingurumen-osasuna osasun-administrazio publikoek jarduketak egin beharko dituzten bi eremu gisa definitu besterik ez du egiten.
466. Batez ere eduki programatikoa duten manuak dira, eta indarrean dauden arauetan jasotakoa errepikatzen dute.
467. **58. artikulua** neurri mugatzaileak arautzen ditu «osasun-alertak edo osasun-larrialdia» daudenerako, 89.etik 91.era bitarteko artikuluetan jasotako erregulazioari gainjarriz –artikulu horietan berariaz aipatzen dira, nahiz eta, oker, 93.etik 95.era bitarteko artikulua aipatzen diren–.
468. Beraz, artikulu hori berrikustea iradokitzen da, aipatutako artikulua behar bezala sartzea, eta proposatutako aginduetan dagoen nolabaiteko desberdintasuna gainditzea; horretarako, egokiagotzat jotzen da agindu horiek VII. kapituluaren, administrazioaren esku-hartzeari buruzkoan, kokatzea.
469. Gai horrek garrantzi handia du, aurreko lerroetan 90. eta 91. artikuluei buruz egindako azterketan ikusi den bezala –89. artikuluari buruz aurrerago hitz egingo dugu–, eta gai horri dagokionez, eskatu behar da erregulazioan ziurtasuna izatea.
470. **62. artikulua** Euskadiko Osasun Publikoko Laborategia aipatuz hasten du atala –Osasun Publikoko Laborategia, gaur egun, martxoaren 23ko 116/2021 Dekretuan, Osasun Sailaren egitura organikoa eta funtzionala ezartzen duen Dekretuan, aipatzen da (9.5 artikulua)– eta jarduketa-zerrenda itxi gabea esleitzen zaio Laborategi horri.
471. ZZEDren I. eranskinean, osasun publikoko zerbitzu komunak zorroari buruzkoan, osasun publikoko laborategietako laginen analisiak aipatzen dira, bai ingurumen-osasuna babestu eta sustatzeari buruzko apartatuan, bai elikagaien segurtasuna sustatzeari buruzkoan.
472. Aurreproiektuaren **VI. kapituluaren lehen atalak** Euskadiko Osasun Publikoko Informazio-Sistema arautzen du. Erregulazio horren inguruan jada aipatu ditugu artikuluen 1. apartatuak sistema hori definitzen duen modurengatik eratortzen diren nahasmendu-arazoak; izan ere, haren konfigurazioak datu multzoaren edo informazioaren kontzeptua gainditzeko, eta kontzeptu hori, azken batean,



haren edukitik eta sistema honi eta Osasun Publikoa Zaintzeko Sareari dagozkion funtzioen gainjartzetik eratortzen da.

473. Gainerakoan, ezin dugu ahaztu Euskadiko Osasun Publikoko Informazio Sistema estatu-eremuko Osasun Publikoko Informazio Sistemari txertatzen dela, OPLoren 40. artikulua arabera. Gai horri buruzko estatuko erregulazioak, bai OPLon ezarritakoak, bai OSNKKLn jasotakoak (zeinetara bidaltzen duen lehenak) honako arau-esparru hau ezartzen dute: sisteman txertatzen den informazio mota zehaztuta dago, Osasun Sistema Nazionalaren Lurraldearteko Kontseiluan definituko dira bertan sartzen diren edukiak, eta osasun-arloko ministerio eskudunari dagokio, Lurralde arteko Kontseiluak erabaki ondoren, honako hauek ezartzea: datuen eta fluxuen definizioa eta normalizazioa, adierazleen hautaketa –besteak beste, Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) eta Europar Batasunaren (EB) irizpideetan oinarrituta egongo dira– eta informazioa txertatzeko beharrezkoak diren eskakizun teknikoak.
474. Aurreproiektuaren erregulazioak ez du oinarritzko araudi horri buruzko aipamenik egiten –OSNKKLri buruz egiten duen aipamen bakarra informazioa sistemen elkarrengarritasunaren bitartez transmititzeari buruzko apartatuan dago jasota–, baina hori ez da oztopo, adierazi dugun bezala, zuzenean aplikatzeko, eta hori ez da ukatzen aurreproiektuaren erregulazioarekin.
475. Era berean, OPLok Osasun Publikoko Informazio Sistemari datuak emateko betebeharra ezartzen die zerbitzu eta profesional sanitario publiko zein pribatuei –txostenak, protokoloak edo beste dokumentu batzuk, baita historia klinikoetan agertzen diren datuak ere– eta muga zehatzak ezartzen dizkie tratamenduak izaera pertsonaleko datuei eragiten dienean: osasun publikoan erabakiak hartzeko ezinbestekoak direnak bakarrik tratatzea –minimizazio-printzipioa–, eta arrazoi epidemiologikoak eta osasun publikoko arrazoiak tarteko, historia klinikoak eskuratzen direnean, azaroaren 24ko 41/2002 Legean ondorio horietarako araututakoa betez egin dadila.
476. Aurreproiektuak jasotzen ditu zehaztapen horiek, baina, beste batzuetan gertatzen den bezala, sistematikoki desegokia den moduan egiten du. Jakinarazteko betebeharra 70. eta 71. artikuluetan jasota dago, eta 70. artikulua berak datu pertsonalen tratamenduaren ondoriozko mugak jasotzen ditu, baita sistemen elkarrengarritasunaren baldintzatzaileei eta informazioaren segurtasun-neurriei buruzko erregulazioak ere.
477. Lehen ere aipatu ditugu datu-kategoria bereziak tratatzeko gaikuntzaren arloko lege-erreserbaren printzipioaren ondoriozko eskakizunak, eta, beraz, errepikatu



baino ez dira egin behar, eta, horregatik, erregulazioan ahalik eta ziurtasun eta argitasun handiena izatea aholkatu behar da.

478. Atal honi egindako azken ohar gisa, Batzordearen ustez, **69. artikulua**k, sistemaren «funtzio» deritzonaren zerrendan, Osasun Sailak edo osasun publikoko organo nagusiak informazio-sistemeekin berarekin lotuta bete behar dituen funtzioen ondorio diren batzuk jasotzen ditu –71. artikuluaaren arabera–. Hori litzateke i), k), m), n) ñ) eta o) letren kasua.
479. Aurreproiektuaren **VI. kapituluaren bigarren atalak** Euskadiko Osasun Behatokia arautzen du eta «Eusko Jaurlaritzan osasun-gaietan eskumena duen sailari organikoki atxikia, ikerketa, azterketa eta informazio tekniko eta zientifikoa emateko unitate edo zerbitzu moduan» taxutzen da; horrez gain, honako hau ere adierazten da: «Euskadiko Osasun Publikoko Informazio Sistemaren parte izango da». Bi kontu besterik ez erregulazio horri buruz: berriro esan behar dugu nahasketa dagoela antolamendu-egituren eta informazioa artxibatzeko sistemen artean, eta ohartarazi behar dugu aurreproiektuak osasun publikoko organo nagusiarekin inolako harremanik izan gabe eratzen duela behatokia.
480. Proposamena egin duen sailak askatasuna du unitate administratibo hori taxutzeko, baina, espedientean justifikaziorik ez dagoela eta aurreproiektuan bertan osasun publikoko organo nagusiari buruz ematen den definizioa kontuan hartuta –«Organo horrek zuzendu eta koordinatuko ditu administrazio orokorrak eta administrazio instituzionalak osasun publikorako erabiltzen dituzten bitarteko eta baliabide guztiak»– harrigarria da behatokia organo nagusi horretan ez sartzea, eta organo horri funtziorik ez aitortzea behatokiari dagokionez.
481. Aurreproiektuaren **75. artikulua**k osasun publikoaren arloko prestakuntza arautzen du, eta 3. apartatuan honako hau ezartzen du: «Lehen mailako arretako profesional guztiek osasun publikoko gaietako prestakuntza-ekintzak egingo dituzte beren prestakuntza- eta trebakuntza-prozesuetan». Horri dagokionez, adierazi behar da, OLOren 40.10 artikuluaaren arabera, Estatuari dagokiola –autonomia-erkidegoen eskumenei kalterik egin gabe– «Pertsonal sanitarioaren graduondoko prestakuntzako, hobekuntzako eta espezializazioko programak homologatzea, ikasketa-tituluak lortzeko baldintzak arautze aldera». Halaber, OSNKKLk pertsonal sanitarioaren plangintza eta prestakuntza arautzen ditu III. kapitulan, eta autonomia-erkidegoak ordezkatzeko dituen Giza Baliabideen Batzordeari esleitzen dio «osasun-zientzien esparruko unibertsitate-tituluak lortzeko ikasketa-planak egokitzeak irizpideak ezartzeko funtzioa».
482. Kapitulu horren azken artikuluan, **77. artikuluan**, osasun publikoko programa publikoen ebaluazioa arautzen da. Ez dirudi ebaluazio hori eta 21. artikuluan



arautzen den eta «osasun-arloko edo osasun publikoko interbentzio batek herritarren osasunean dituen ondorioen neurketa» gisa definitzen den osasun publikoko programen emaitzen balorazioa desberdinak direnik. Hala balitz eta «emaitzen balorazioa» ebaluazioa egiteko teknika baliagarria baino ez balitz, Batzordeak bi alderdiak arautzea gomendatzen du, gai hori argitzeko eta erregulazioa manu bakar batean jasotzeko.

483. **VII. kapituluaren hirugarren atala** osasun-agintaritzari eta horren eragileei buruzkoa da.
484. Osasun-agintaritza 5.2 artikuluan definitzen da –xedapen hori atal honetara eraman daiteke arrazoi sistematikoak tarteko–. Hauxe da definizioa: osasun-agintaritza administrazioaren organo bat da; bere erantzukizuna gauzatzean eta legeriak aitortzen dizkion eskumenei jarraikiz, partikularrak, kolektiboak eta erakundeak –modu pertsonalean edo euren ondasunen gainean– herritarren osasuna babestera behartzen dituzten xedapenak ematen eta neurriak hartzen eta aplikatzen dituen.
485. 81. artikulua osasun-agintaritzat hartzen diren organoak –Eusko Jaurlaritza, EAEko Administrazioako organoak (Osasun Sailaren titularrak, osasun publikoko organo nagusia, osasun publikoko lurralde-unitateetako arduradunak) eta udaletan osasun publikoko gaien eskumena duten organoak– zehazten ditu; horrez gain, 4.m) artikulua agindua zehazten du, zeinak Euskadiko Osasun Publikoaren Sistemari esleitzen dion osasun-agintaritzaren erabilera.
486. 82. artikuluan, funtzioen zerrenda bat dago. Osasun-agintaritzak funtzio horiek erabiliko ditu jarduera publikoetan zein pribatuetan esku hartzeko biztanleriaren osasuna babesteko eta gaitza prebenitzeko. Apartatuen idazketan ikus daitekeenez, zerrendak xedapen orokorrak eta jarduteko ahalmenak biltzen ditu; beraz, idazketa orokor hori mugatu egin beharko litzateke, hala badagokio, funtzioen eskudantzia hori osasun-agintaritza izaera hori duten organoei dagokien eskumen-eremuan interpretatu behar delako.
487. Badirudi zerrendak artikuluetan zehar araututa dauden eskumenak laburbiltzen dituela, batzuetan zehaztasun handiagoarekin –adibidez, 28.l) artikulua, 48.2 artikulua eta 87. artikulua–, eta, beraz, komenigarria izan liteke bidaltze-formula bat aukeratzea, bikoiztasunak saihesteko.
488. Hori bereziki egokia da d), g), h) eta i) letren edukia ikusita; izan ere, zati bat besterik ez dute eraman, eta ez datoz beti bat 89. 90. eta 91. artikuluetan jasotako erregulazioko gaiekin.



489. Komeni izango litzateke artikulua horretan sartzea OPLoren 52.4 artikuluan jasotakoaren antzeko aurreikuspen bat; izan ere, artikulua hori estatu-mailako osasun-agintaritzari aplikatzen zaio, eta osasun-agintaritzak laguntza, sorospena eta lankidetzak eskatzea ahalbidetzen du, eta aurreproiektuan (88.7 artikulua) agintaritzak horretako eragileetara mugatzen da.
490. 83. artikuluan –APELen 77.5 artikuluan aurreikusitakoaren arabera– osasun publikoaren arloko ikuskapen- eta kontrol-funtzioak betetzen dituzten funtzionarioak agintari publikoak direla aitortzen da. Langile horiek izendatzeko, «osasun-agintaritzako eragileak» erabiltzen da legean (5. artikulua, 83. artikuluekin batera jaso beharko litzateke, eduki bera baitute).
491. Agindu hori garrantzitsua da administrazio eskudunen funtzio kontrolatzailea indartzeko, eta, horrekin batera, helburu berarekin, funtzio horri lotzen zaizkion ahalmenak aipatzen dituzten beste batzuk ere badaude 88. artikuluan; horrez gain, beren lana betez egindako akten balio frogagarria aipatzen da (APELen 77.5 artikuluen arabera).
492. Hala ere, gai horri buruzko artikulua (83., 84. eta 88. artikulua) berrikustea iradokitzen dugu, arau-teknikaren ikuspegitik, eragileen jardura modu sakabanatu samarrean eta errepikakor samarrean agertzen baita artikulua horietan; horrez gain, artikulua horiek elkartzeko baloratu behar da –68. artikuluan elkar daitezke, artikulua horrek eragileen ikuskapen- eta kontrol-funtzioak arautzen baititu–.
493. Errepikapenak kendu egin beharko lirateke, esate baterako, osasun-agintaritzaren izaera aipatzen dutenak (83. eta 88.1 artikulua), aktak (88.2 eta 9. artikulua) eta, oro har, 84. eta 88. artikuluetan bat datozen edukiak, baita interbentzio-neurri buruzkoak ere [84.i artikulua] eta 88.3.e], 89. artikuluan arautzen baitira.
494. Laugarren atalari dagokionez, «Administrazioaren esku-hartzea» deritzonari dagokionez, alegia, 85. artikuluekin hasten da. Artikulu horrek, «Zuhurtasun-printzipioa» izenburua badu ere, printzipio horrekin bat ez datorren edukia eskaintzen du, eta lehen apartatuan polizia administratiboaren osasun publiko esku-hartzea osatzen duten jarduketak definitzen dira.
495. Hirugarren apartatuan aipatzen da zuhurtasun-printzipioaren aplikazioa –osasun-agintaritzako eragileen txostenei buruz diharduen bigarren apartatuaren ondoren (zalantzakoa da gai hori hor kokatzea)–. Printzipio hori 3.o) artikuluan aipatzen da aurreproiektuan –«Osasun publikoaren arloko jarduketa publikoen bidez herritarren osasunaren aurkako kalteak detektatu, aurrea hartu eta saihesteko helburuak garatuko dira nagusiki, eta osasunaren baldintzatzaileak landuko dira bereziki»–.



496. Aurreproiektuan erabiltzen diren hitzak eta OPLoren 3.d) artikuluan erabiltzen direnak ez dira berdinak, artikulua horrek zehaztasun handiagoz mugatzen baitu haren irismena –«Herritarren osasunean eragin larria izan dezakeela adierazten duten zantzu oinarriak egoteak, arriskuaren izaerari buruzko ziurgabetasun zientifikoa egon arren, jardura bertan behera uztea, debekatzea edo mugatzea ekarriko du»–, Batasunaren eremuan agintzen duen definizioarekin bat etorritik. Definizio hori azaltzen da, adibidez, elikagaien segurtasunari eta nutrizioari buruzko uztailaren 5eko 17/2011 Legearen 7. artikuluan. Artikulu horretan, horri dagokionez, 178/2002 Erregelamenduaren (EE) 7. artikulua aipatzen da.
497. Gai honek badu bere garrantzia; izan ere, aurreproiektuak 82.h) eta 89.1 artikuluetan xedatzen du neurri bereziak eta kautelazkoak har daitezkeela baldin eta osasun indibidual edo kolektiborako arriskurik gertatzen bada edo arriskua izan daitekeelako susmo arrazoitua badago, baita zuzenbide-printzipioa aplikatuz ere, baina hirugarren kasu hori zaila da ulertzen aipatutako 3.o) artikulua definizio orokorrera jotzen bada.
498. 86. artikulua edukia «Osasun publikoaren arloko komunikazioa» deritzon artikulua edukia, alegia, berrikusi egin beharko litzateke, txertatuta dagoen atala kontuan hartuta; izan ere, polizia administratiboaren arloko berezko alderdiak –atal hori osatzen dutenak eta 82.f) artikulua ondo adierazten duen moduan, osasunean eragina izan dezaketen produktuen eta jardueren publizitatea eta propaganda kontrolatzearekin lotutako jarduketak gisa identifika daitezkeenak– gainditzen ditu nabarmen.
499. Artikulu hori nahasgarri samarra da, eta, era berean, informazioarako eskubideari lotutako alderdi orokorrak aipatzen ditu –9.4 artikulua, hain zuzen ere, «86. artikuluan ezarritako komunikazioarako irizpideetara»– bidaltzen du, baita administrazio publikoek osasun publikoaren arloko informazioa eta publizitatea arautu behar dituzten printzipioetara ere, baina horiek tratamendu berezia eta berezia merezi dute.
500. **89. artikulua**, «Neurri bereziak eta kautelazkoak» deritzonak bat egiten du OPLoren 54. artikulua-rekin; izan ere, artikulu horretan OLOren 26.1 artikuluan aurreikusitako neurriekin batera dauden neurrien katalogo bat dago.
501. Aurreproiektuak, antzeko moduan, osatu egiten du EASLren 34. artikuluan aurreikusitako erregulazioa, eta erregulazio horrek indarrean jarraituko luke, nahiz eta ez den berariaz esaten behar lukeen moduan.



502. Osasun-agintarien interbentzio-neurriak dira osasun publikorako arriskuari aurre egiteko hartu beharrekoak, eta herritarrek jasan behar dituzten lanbide-, enpresa- eta ekonomia-jardueretan eragin negatiboa izan dezaketenak.
503. Aurreproiektuak neurrien zerrenda zabal bat proposatzen du –OPNBLOn aurreikusita ez daudenak, horiek 90. eta 91. artikuluetan arautzen baitira– azken klausula ireki egoki bat gehitzea alde batera utzi gabe, azken klausula hori beharrezkoa baita kasu bereziak biltzen dituen eremu honetan.
504. Erregulazioak gaia arautu behar duen proportzionaltasun-printzipioari buruzko aipamenak jasotzen ditu (89.2.m artikulua eta 89.3.a artikulua), eta manu hori administrazioaren esku-hartzearen eremuan aplikatzeari buruzko aipamenarekin bat egiten dute (78.a artikulua).
505. Era berean, interesdunaren entzunaldiaren nahitaezko bermea ezartzen du. Izapide hori 89.3.b) artikuluan salbuetsi egiten da, oinarritzko legeriaren arabera, osasunerako arriskua berehalakoa eta ezohikoa den kasuetan.
506. Hala ere, b) letra horren idazketari dagokionez, adierazi behar da ez dela argi ikusten letra horretan jasotzen diren bi esaldiek kasu bakar bat mugatu nahi duten edo bi kasu desberdin diren, eta, beraz, «deklaraturako osasun publikoko larrialdia dagoenean», nahikoa izango litzateke arriskuaren susmoa edo ezagutza izatea, berehalakotasunaren baldintzarik gabe, interesdunaren banaketa baztertzeko. Komenigarria izango litzateke argitzea, horrela utziz gero, berehalakotasun hura ezinbesteko baldintza dela baitirudi.
507. Osasun-agintaritzako eragileek 89. artikuluan aurreikusitako neurriak hartzeko aukerari buruz aurreproiektuak jasotzen duen erregulazioa aztertu behar dugu.
508. Aurreikusitako araubidea, hitzez hitz, nahasgarri samarra da, sakabanatu samar dagoelako.
509. 89. artikulua 1. eta 2. apartatuetan adierazten da osasun-agintaritzak eta horko eragileek neurriak hartu ahal izango dituztela, eta 89.3 d) artikuluan honako hau zehazten da: «Osasun-agintaritzako eragileek, osasunerako arriskua larria eta berehalakoa dela ikusita, zuzenean hartutako neurri bereziak eta kautelazkoak osasun-agintaritzak berretsi edo berraztertu egingo ditu».
510. 84.i) artikuluan ere heltzen zaio gai horri; izan ere, artikulua horrek eragileei esleitzen die legean araututako kautelazko neurriak behin-behinean hartzea, osasun-agintaritzak gerora onartzea alde batera utzi gabe.



511. 88.3.e) artikulua honako honetarako eskumena esleitzen die eragileei: «Beren eskumenen eremuan, lege honek garatzen duen araudiak osasun-agintaritzari espresuki egozten ez dizkion neurri bereziak edo kautelazkoak hartu, baldin eta osasun publikorako arriskurik gertatzen bada, arriskua egon daitekeela arrazoiz susmatzen bada edo antolamendu juridikoak ezartzen dituen baldintzak eta betekizunak bete ez direla egiaztatzen bada, lege honetan ezarritakoaren arabera. Ahal bezain laster, neurri horiek hartu dituztela jakinarazi behar diote atxikita dauden zuzendaritzako pertsona titularrari».
512. Aipatutako manuen irakurketak zalantzak sortzen ditu interpretazioari dagokionez.
513. Ikus daitekeenez, proiektuak legezko oinarri bat eskaini nahi dio osasun-agintaritzako eragileek neurriak hartzeari dagokionez. Neurri horiek eragileek zaintza eta kontrol sanitarioen funtzioak betetzean atzemandako arrisku larri eta berehalakoen aurrean berehala bete beharko dituzte (89.3.d artikulua), eta ahal bezain laster jakinarazi behar dio dagokion osasun-agintaritzari –88.3.a) artikulua azken tartekiak, aurreikuspen hori jasotzen duenak, zuzendaritzako pertsona titularra aipatzen du, eta litekeena da idazketan EAEko Administrazioaren antolamendua izatea gogoan–.
514. Ildo horretan, erregulazioak aukera emango dio ohiko araubidean salbuespen bat jartzeko osasun-agintariek –administrazio-organo eskudunak diren aldetik– horrelako neurriak hartzeari dagokionez –ondorio juridikoak izango ditu hirugarrenen aurrean–.
515. Neurriak hartzeko araubide orokor bat, proiektuaren artikuluetatik (adibidez, 5.2 eta 16.2 artikulua) eta osasun-agintaritzaren definiziotik (5. artikulua) interbentzio-neurriak aplikatzen dituen administrazio-organo gisa ondorioztatzen dena.
516. Dena den, arrazoizkoa dirudi agintaritzako eragileei esleitutako salbuespenezko eskudantziak, erantzun zuzen eta berehalakoa emateko beharrari lotuta, arriskuaren berehalakotasunaren arabera, baldin eta erantzun hori ezin bada osasun-agintaritzak esku-hartzea eskatzearen ondoriozko atzerapenaren mende jarri.
517. Nolanahi ere, aipatutako sakabanaketa alde batera utzita, proposatutako erregulazioak zehaztu beharko luke eragileek zer berehalako arrisku-egoeratan egin ahal izango dituzten horrelako jarduketak, 88.3.e) artikulua aipatzen duen erregelamendu-garapenari alde batera utzi gabe, artikulua horretan aurreratzeko baita osasun-agintaritzari hartzea dagozkion neurri jakin batzuk erreserbatuko



direla –suposatzen da larritasun handienekoak izango direla, nahiz eta ez den adierazten–.

518. 88. artikuluko neurriek eskubideetan duten eragina gehiago argitu beharko litzateke prozedurari eta aplikatzekoak diren bermeei dagokienez.
519. Ildo horretan, osasun-agintaritzak jarduketa horietan duen esku-hartzearen izaera argitu liteke, proiektuan erabiltzen diren hitzak ekibokoak izan baitaitezke, bai onarpen-izapidea aipatzen dutelako (84.i), bai beste agindu bat aipatzen dutelako, berresteko edo berrikusteko (89.3.d artikulua).
520. Kontu hori, kautelazko neurriak hartzen badira ez-zilegiak izan daitezkeen gertakariak egiaztatu direlako eta, ondoren, dagokion zigor-prozedura irekiko delako, ZALen 32. artikuluan arautzen da.
521. Lege horretan aurreikusten diren bermeak aintzat hartuta, aurreikusten da, funtzionario ikuskatzaileek hartutako kautelazko neurrien kasuan, haiera emateko egintzak arrazoituta erabaki beharko duela, neurri horiek «amaitu, jarraitu edo aldatu egin behar diren» (321.3 artikulua), eta, era berean, xedatzen da neurri horiek hartu eta handik lau egunera azkenduko direla, baldin eta dagokion zehapen-prozedura hasi ez bada.
522. Era berean, APELen 56.2 artikulua arautzen du, administrazio-prozedura erkideari buruzko xedapenen eremuan, kautelazko neurriak hartu ahal izango direla administrazio-prozedura hasi aurretik, presa geroraezineko kasuetan eta ukitutako interesak behin-behinekoz babesteko. Behin-behineko neurri horiek berretsi, aldatu edo kendu egin beharko dira prozedura hasteko erabakian. Erabaki hori hamabost egunen barruan hartu beharko da, behin-behineko neurriak hartzen direnetik aurrera, eta ez du ondoriorik izango prozedura epe horretan hasten ez bada edo hasiera emateko akordioak neurri horiei buruzko esanbidezko aipamenik ez badu.
523. Kontuan izan behar da, hala ere, 89. artikulua arautzen dituen neurriak ez direla nahitaez lotzen prozedura bati hasiera ematearekin, eta, beraz, haren araubidea ezin dela kautelazko neurriei aplikagarri zaienera bideratu azaldutako baldintzetan; beraz, egokia litzateke epe orokor bat finkatzea, osasun-agintaritzak neurriak amaitzeari, jarraitzeari edo aldatzeari buruzko erabakia har dezan, betiere kontuan hartuta neurri horiek iraungo egingo dutela epe horretan erabakirik hartzen ez bada.
524. **89.4 artikuluan xedatzen diren hertsapen-isunei** dagokienez, aurreikuspen hori egokia da artikuluan biltzen diren neurrien eduki zehatza kontuan hartzen bada;



izan ere, neurri horietatik ondoriozta daiteke interesdunei egiteko edo ez egiteko betebeharrak jarri ahal izango zaizkiela.

525. Nolanahi ere, proposatutako idazketa berrikusi beharko litzateke, isun horien nolakotasuna eta zenbatekoa zehazteko, APELen 103. artikulua xedatu bezala, ez baita inolako agindurik sartu horren inguruan.
526. **Bigarren xedapen gehigarriak**, izenburuak dioen bezala, hizkuntza ofizialen erabilera arautzen du.
527. Lehenengo apartatua administrazio publikoei, horiei lotutako erakundeei eta erakunde pribatuei buruzkoa da, eta herritarren hizkuntza-eskubideak errespetatzeko eta artatzeko betebeharra ezartzen die. Horretarako, herritarrekin dituzten ahozko zein idatzizko harremanetan, herritarrek aukeratzen duten hizkuntza ofiziala erabiliko dute.
528. Manuak aurreproiektuaren 6.3 artikuluan ere jasota dagoen gai bati heltzen dio. Artikulu horrek Euskadiko Osasun Publikoko Sistemari hizkuntza-eskubideak bermatzen ditu, eta abenduaren 22ko 6/2003 Legean, Kontsumitzaileen eta Erabiltzaileen Estatutuari buruzkoan (KEEL), aurreikusitako hitzetara bidaltzen du.
529. Aurreproiektuaren testuan osasun publikoaren arloan inskribatutako jarduketek eremu zabal bat mugatzen dute. Eremu horretan kontsumitzaile eta erabiltzaileentzako eragina identifikatu behar da, KEELren 4. artikulua horiei buruz ematen duen definizioaren arabera. Definizio horretan, enpresen, profesionalen edo Administrazioaren beraren (zerbitzuak ematen dituen aldetik) zerbitzuak erabiltzen edo baliatzen dituztenak sartzen dira.
530. Baina ez dira eremu horretan agortzen, aurreproiektuak araututako eremu zabal horretan sartzen baitira, era berean, administrazio-jarduna osatzen duten jarduketak –adibidez, 35.º artikuluan aurreikusten diren laguntzen kudeaketa edo zehatzeko ahala erabiltzea eta proiektuak jasotzen dituen polizia administratiboaren neurriak aplikatzea–. Jardun hori, nolanahi ere, azaroaren 24ko 10/1982 Oinarrizko Legeak, euskararen erabilera normalizatzeari buruzkoak, agindutakoari lotuta dago (ENOL).
531. Beraz, hizkuntza-arloan aplikatu daitekeen legeria, funtsean, bi lege-testuek osatzen dute, eta ez KEELek soilik.
532. Era berean, proposatutako testuak zailtasunen bat sortzen du, erakunde pribatuei, eta ez bakarrik administrazio publikoei, ezartzen baitie herritarrek



ahozko zein idatzizko harremanetan aukeratzen duten hizkuntza ofiziala erabiltzeko betebeharra.

533. Xedapen hori ez dator bat, zehatz-mehatz, indarrean dagoen KEELren baldintzekin; izan ere, Lege horren 40. artikuluan, bezeroarentzako arretari buruzkoan, adibidez, ezartzen da jendeari produktuak saldu eta zerbitzuak egiteaz arduratzen diren establezimenduek kontsumitzaile eta erabiltzaileei arreta emateko gertu egon behar dutela, horien hizkuntza ofiziala edozein dela ere.
534. Aurreproiektuak, pentsa daitekeenez, KEELra egokitu nahi badu, komenigarriagoa litzateke horretara bidaltzea soilik, konstituzio-doktrinak zehaztutako gai batean sartzen diren aldaketak sartu gabe, 17/2022 Irizpenean (314.etik 316.era bitarteko apartatuak). Guk Irizpen horretara jo dugu eta ondorengo apartatu hauek azaldu ditugu hemen:

Horrenbestez, konstituzionaltasun-blokea –EKren 3.2 eta EAEAREN 6.2 eta 3. artikulua, esan bezala– eta Konstituzio Auzitegiak horren gainean egindako interpretazioa aintzat hartuta, harreman pribatuen eremuan –aztergai dugun honetan, kontsumoaren arlokoetan– hizkuntza-betebeharrak ezartzeko orduan, lerro gorria hauxe izango litzateke: operadore pribatuei betebeharrak indibidualak, orokorrak, berehalakoak eta zuzenekoak ezartzea, eta ezinezkoa da ondorioz, horien urraketa zehapenik lotzea, konstituzioaren aurkakoak baitira horrelako betebeharrak horiek.

Kontsumo-harremanetan ez dago ezartzerik, hortaz, hizkuntza koofiziala erabiltzeko betebeharrak orokor, berehalako eta zuzenekoak (ezta, logikoa denez, era horretako betebeharrak bat eratzea ekar lezakeen eskubidea onartzerik ere). Nolanahi ere, eremu debekatu horretatik kanpo, esparru zabala irekitzen da, eta bertan hainbat aukera daude ondasunak eta zerbitzuak ematen dituzten operadore ekonomikoen betebeharrak zehazteko orduan.

Konstituzio Auzitegiaren 7/2018 Epaiak berak (88/2017 KAEk, uztailaren 4koak, aurretik egindako modu berean) ez du konstituzio-kontrakotzat jotzen Kataluniako Kontsumoaren Kodearen 128. artikulua, 1. apartatua, 4. oinarri juridikoan ezartzen dituen mugen arabera interpretatuta –horren zati bat transkribatu dugu hemen–.



535. Irizpen horren xedea kontsumitzaile eta erabiltzaileen estatutu berri bat onartzeko aurreproiektua egitea da. Ekimen hori izapidetzen ari dira, eta horrek gure gomendioa berretsi baino ez du egiten, alegia, hizkuntza ofizialen erabileraren erregulazioak, xedapenaren 1. eta 3. apartatuetan jasota dagoenak, aplikagarria den legeriara bidali behar duela.
536. Era berean, egokiagoa litzateke proposatutako bidaltzea II. kapituluaren lehen atalean, Herritarrek osasun publikoari dagokionez dituzten eskubideei buruzkoan, txertatzea.
537. Bigarren apartatuari dagokionez, iradokizuna onartzen bada, baloratu egin beharko litzateke organo horiek arautzen dituen arauaren zatietan kokatzea edo, bestela, ezabatzea, gure ustez litekeena delako agindua beharrezkoa ez izatea, ENOL indarrean dagoelako.

III LEGEGINTZA-TEKNIKAREN ARLOKO OHARRAK

538. Batzordeak egoki iritzi dio gogoeta batzuk egiteari, legegintza-teknikaren ikuspuntutik, eta laguntzeko asmoz betiere, teknikaren aldetik arau-emaiza onduagoa, eta, beraz, segurtasun juridikoaren printzipioari (EKren 9.3 artikulua) hobeto egokitzen zaiona, ateratzearren.
539. Orain ekingo diogun azterketa honetan, kontuan hartzekoak dira lege-egitasmoak, dekretuak, aginduak eta erabakiak lantzeko jokabideak, Jaurilaritzaren Kontseiluak 1993ko martxoaren 23an egin zuen bilkuran onartu baitzituen, eta Lehendakaritza, Lege Araubide eta Autonomi Garapenerako sailburuaren 1993ko apirilaren 6ko Aginduaren bitartez argitaratu baitziren.
540. Onartzen dugu organo sustatzaileak egindako lana zaila dela eta izapidetzean zehar egindako aldaketek arazoak sortzen dituztela batzuetan; hala ere, aurreratzen dugu ekimena, bere alderdi arautzaileetako batzuetan, ez dela behar bezain zehatza, eta, era berean, erraz hauteman daiteke sistematika ez dela guztiz araztua, eta artikuluetan zehar hainbat manutan edukiak errepikatzeko joera dagoela, baita kontzeptuak modu unibokoan ez erabiltzeko joera ere.
541. Alderdi horiek aipatu ditugu aurreko azterketan, baina atal honetan jasoko ditugu, azterketa zehatzik egin nahi ez badugu ere.
542. Sistematikarik ez izateak eragina du arau-testuaren artikulua, atal edo kapituluetan behar bezala kokatuta ez dauden manuen edukietan ez ezik, artikuluen edo artikulua multzoen izenburua edukiarekin bat ez datozenetan ere. Arau-teknikaren gidalerroen arabera, artikuluek gaiaren alderdi bat arautu behar dute, haren eduki



guztiak gai bati erantzun diezaion eta artikulua multzoek –izenburuek, kapituluak eta atalek– eduki bateratua izan dezaten. Era berean, artikulua beren kabuz ulertzeko moduan idatzi behar dira, arauaren beste zati batzuetara jo beharrik gabe horien irismena eta esanahia zehazteko, eta gai bakoitza artikulua edo artikulua multzo bakar batean arautu behar da.

543. Jarraian, sistematikarik ez dagoela erakusten duten hainbat adibide azalduko ditugu xehetasun handiagoz.
544. Administrazio sanitarioaren bulegoetan agertzeko betebeharrari dagokionez (17.f artikulua), eska daitekeen betebeharra izango litzateke «benetako arriskua dagoenean eta osasun-larrialdiko egoera deklaratu denean»; egoera horiek V. kapituluaren 5. atalean («Herritarren osasunaren babesa osasun-larrialdia, epidemia edo pandemia egonez gero») arautu dira. Atal horretan, 59. artikulua bertaratzeko betebeharrak diharduen apartatu espezifiko bat ere badu (APELen 19. artikulua). Adierazi dugun bezala, gomendagarria da arau-mezuak manu bakar batean sartzea, sistematikarik eza eta arau-sakabanatzea saihesteko, eta, kasu honetan, uste dugu osasun-larrialdietako kasuetarako berriazko erregulazioa dela haien kokapenik egokiena, are gehiago kontuan hartzen badugu 59. artikulua horretan arrazoitu beharra ezartzen dela.
545. 18. artikulua «Osasuna Politika Guztietan» printzipioa aldarrikatzen da, zeinak Osasun Publikoko Sistemaren eremua gainditzen duen, nahiz eta kapitulu horren xedea sistema hori izan. Horregatik, eduki hori I. kapitulura eramatea gomendatzen dugu. Eduki zehatzari dagokionez, e) letrako azken esaldiak letra independente bat izan beharko luke.
546. 40. artikulua izenburua «Koordinazioa Estatuko Administrazioarekiko eta erakunde eskudunekiko koordinazioa osasun-arriskuen edo osasun-larrialdien kasuan» da. Hala ere, epigrafe horretan osasun-larrialdiko egoeretako koordinazioari buruzko gaiak arautzen dira, baina baita koordinazio «arruntari» buruzko beste batzuk ere.
547. Honako hauek dira sistematika desegoki baten beste adibide batzuk: 2.2 artikulua azken esaldiak ez dio artikulua xedeari erantzuten –gainera, 38. artikulua mezua errepikatzen du–; 43. artikulua c) letrako azken esaldia egokiagoa da II. kapitulu jasotako informazioarako eta autonomia pertsonalerako eskubideen edukian sartzeko; 37.2 artikulua azken zatia, edukiari erreparatzen badiogu, 36. artikulua kokatu beharko litzateke, lurralde-egitura ezartzeko irizpideak zehazten baititu.
548. Manuetan edukiak errepikatzeari dagokionez, hainbat kasu aipatu dira artikuluei buruz egin dugun azterketan.



549. Hona hemen beste adibide batzuk: 6.3 artikulua, bigarren xedapen gehigarriaren edukia errepikatzen baitu; 34.5 artikulua eta azken xedapenetatik lehena; 74.1 artikuluaaren hasierako esaldia, 23. artikulura bidaltzea besterik ez dena, eta abar.
550. Administrazioen arteko lankidetzari eta lankidetzari hori eratzen duten tresnei buruzko aipamen ugariak berrikustea gomendatzen dugu; 27.2 eta 32.2 artikuluek administrazioen arteko lankidetzari buruzko erregulazioak jasotzen dituzte, baina gai hori artikulua espezifiko baten xede da (38. artikulua), eta artikulua horrek gai horri buruzko arau-mezu guztiak bildu litzake.
551. 36. eta 37. artikuluek, lurralde-egiturari buruzkoek –proposamena egin duen sailak egitura horri eustea erabakitzen badu–, arazo bera planteatzen dute: 36. artikulua errepikakorra da berez, eta 34.5 artikuluaaren bigarren apartatuaren azken esaldian laburbilduta dagoen mezua errepikatzen du.
552. Bestalde, esan dugun bezala, aurreproiektuak batzuetan esapide desberdinak erabiltzen ditu kontzeptu berari buruz hitz egiteko. Hainbeste esapide egoteak ez dio laguntzen segurtasun juridikoari, ez baita azaltzen zeri zor zaion oparotasun hori. Horregatik, egokia dirudi arau-teknikaren gidalerroa aintzat hartzea. Izan ere, printzipio hura hobeto zaintze aldera, gomendatzen du esapide unibokoa aukeratzea eta haren erabilera berdinari eustea testu juridikoan, errazago interpretatu eta aplikatu ahal izateko. Hori guztia, jakina, ez badira esapide ezberdinak erabiltzen arrazoi jakin batengatik, eta hori ez bada beharrezkoa proiektatutako erregulaziorako.
553. Hori gertatzen da, adibidez, «Osasuna politika guztietan»/«Osasuna politika publiko guztietan», printzipioarekin, «osasun publikoko organo nagusia/osasun publikoaren ardura duen organo nagusia» kontzeptuarekin, eta «Osasun Plana/Euskadiko Osasun Plana» kontzeptuarekin.
554. Aurreproiektuaren artikulua batzuetan azalpen- edo deskripzio-elementuak jasotzen dira. Horri buruz adierazi behar da arau-teknika onean ez dela artikuluaaren edukian horren justifikazioa sartu behar, eta, hala badagokio, eta beharrezkoa dela iritziz gero, azalpen-zatia da lekuri egokiena erregulazioaren oinarria azaltzeko. Eduki deskribatzaileen adibidea 3.g) artikulua litzateke, «zoonosi» kontzeptua azaltzen baitu. Azalpen-edukiaren adibidea 17.f) artikulua litzateke; artikulua horrek azaltzen baitu osasun-larrialdiko egoera bat «ebidentzia zientifikoan oinarrituta» deklaratu dela.
555. Artikuluetan zehar berrikusi beharko da Administrazio Orokorra kontzeptuaren erabilera zuzena ote den; izan ere, batzuetan, –33. artikuluan gertatzen den bezala– kontzeptu hori erabiltzen da arautzen ari dena Administrazio Orokorriari



eta Institutuzionalari dagokionean. Onartu berri den Euskal Sektore Publikoari buruzko maiatzaren 12ko 3/2022 Legearen arabera, «Euskal Autonomia Erkidegoko sektore publikoa» kontzeptua da Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorra eta Institutuzionala osatzen duten erakundeak eta haren sektore publikoko erakunde instrumentalak –sozietate publikoak, fundazioak eta partzuergoak– biltzen dituen, Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazio Orokorri kontrajarrita, azken hori «lurralde-entitate bakarra» baita.

556. Halaber, «Eusko Jauriaritza» kontzeptua berrikusi egin beharko da; izan ere, batzuetan, (27. eta 28. artikuluetan) Administrazio Orokorren sinonimo gisa erabiltzen da. Ez da ahaztu behar lehena ekainaren 30eko 7/1981 Legeak, Jauriaritzarenak, 16. artikuluan aipatzen duen kide anitzeko organoa dela.
557. Aipamen berezia merezi du kontzeptuak ez erabiltzeak sor dezakeen arazoak, kontzeptu horiek batzuetan garrantzitsuak izan baitaitezke. Horrenbestez, adierazi behar da 94.3.d) eta 94.4.a) artikuluetan arau-hauste tipoei «osasun-agintaritzek» ezartzen dituzten neurriak ez betetzeari baino ez diotela erreferentzia egiten, baina ez da ahaztu behar osasun-agintaritzako eragileek ere ezar ditzaketela neurri horiek.
558. Bestalde, 98. artikulua azken esaldiaren edukia xedapen gehigarri bati dagokio; izan ere, gidalerroen arabera, «Arau juridikoak egitera bideratutako aginduak eta jarduketak» dira.
559. Artikuluen banaketari buruzko gaiei dagokienez, Gidalerroek gomendatzen dute artikuluek laburrak izan behar dutela, eta gehienez ere hiru edo lau apartatu izan behar dituztela. Ez diote gidalerro horri jarraitzen, adibidez, 89. eta 94. artikuluek.
560. Apartatuen zatiketari dagokionez, testua berrikusi egin behar da, «apartatu bakoitzean esaldi bat, esaldi bakoitzean ideia bat», eta, behar izanez gero, atalak erantsiko direla proposatzen duen gidalerroa errespetatzeko. Adibide asko – 21.1, 24.1 eta 2 artikuluek; 27. artikulua; 34.5; 39.2 artikulua; 85. artikulua eta abar– daude alda daitezkeenak zentzu horretan.
561. Bi juntagailuren arteko konbinazioa, «eta/edo» alegia, erabili da, gramatikak onartu ez arren; izan ere, «edo» juntagailuaren balioa eman nahi zaio eskuarki; beraz, gauza bat edo bestea, edo biak, izan daitezkeela adierazi nahi denean, «edo» juntagailua erabili behar da, bakarrik; «eta» juntagailua, ordea, konbinazioaren bi terminoak batera hartzen direnean baino ez da erabiliko, gauza bat eta bestea, bi-biak, adierazteko. Horrek eragina du, besteak beste, 43.h) eta 47.d) artikuluetan. Gure ustez, 39.2 artikuluan adierazpen zuzena «goi-kargudunak edo hautetsiak» aipatzea da.



562. Proiektuan jasotzen diren arauen erreferentziak osorik egin behar dira, horien zenbakia, data eta titulazioa adierazita, eta akronimoen erabilera ez da zuzena. Hortaz, 89.5 artikuluan eta lehen xedapen gehigarrian jasotako arau-erreferentziak berrikustea gomendatzen da.
563. Artikuluak zatitzeko arauei dagokienez, komenigarria izango litzateke artikuluetako batzuk, eta baita artikuluetako apartatuetakoz batzuk ere apartatu batean baino gehiagotan zatitzea; esate baterako, 21.1, 24.1, 24.2, 34.5, 39.2 eta 85. artikulua. 61. artikulua ere bi apartatutan banatu beharko litzateke, eta bigarrena bi letratan banatu beharko litzateke, letra xehez identifikatuta.
564. Apartatuen zenbaketari dagokionez, 8. artikulua –apartatu bat baino ez du, eta, beraz, ez litzateke zenbakitu behar– eta 58. artikulua berrikusi behar dira.
565. Hizkuntza ez-sexistaren erabilera zuzena egiaztatzeari dagokionez, Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako otsailaren 18ko 4/2005 Legearen 18.4 artikulua arabera, esan daiteke aurreproiektuak hizkuntza zuzen erabiltzeko ahalegina egin duela.
566. Azkenik, idazketa-iradokizun batzuk egingo ditugu, eta aurkitu ditugun gramatika-akats batzuk jasoko ditugu: 20.3 artikuluan, gomendatzen dugu komatxoak kentzea funtsezko baliabideak esapidetan; 28. artikulua h) letran, «berriak» kalifikatzailea sobera egongo litzateke, eta artikulua beraren m) letran, «egitura eta funtzionamendu-**arauak** onartzea» dela uste dugu; 34.5 artikuluan, ez du zentzurik «Lege honetan ezarritakoaz gain» esapideak, jarraian aurreproiektu berean jasotako eskumenen eskudantzia batzuk gehitzen baitira –esapide hori bidaltzea beste arau batzuetan jasotakoetara egiten denean erabiltzen da–; 35. artikulua l) letran, erreferentzia zuzena **39.** eta 44. artikuluei buruzkoa da; p) letran ez dago zehaztuta zuzendaritza-funtzioaren xedea –zer zuzentzen den zehaztu behar da–; artikulua berean, azken letra zuzendu behar da, t) izango bailitzateke; 63.b) artikuluan gaztelaniaz gramatika-akats bat dago, «s» bat sobera baitago; 76.2.d) artikuluan, azken esaldia sobera dago, artikulua beraren c) letran dioena errepikatzen baitu; 82.g) artikuluan, idazketa berrikusi beharko litzatekeela uste dugu; 84. artikulua g) letran, honako hau aipatzea da egokia: «egiaztagiriak egitea...»; 89.2. c) artikuluan, 61. artikuluari buruzko aipamena okerra da, **81.** artikulura bidali beharko bailitzateke; 98.2.b) artikuluan idazketa-akats bat dago.
567. 49.2 artikuluko taula-formako zerrendan, alfabetikoki ordenatuta dauden letra xeheek parentesi bat izan behar dute, gidalerroen arabera –a), b), c), eta abar–, eta 51., 52. eta 66. artikuluetan, taula-formako zerrenda ere parentesia duten letra xeheekin identifikatu behar da.



568. Taula-formako zerrendetan letrak irizpide berdinarekin erabili behar dira, II) letraren erabilerari dagokionez –edo zerrenda guztietan erabiltzen da edo guztietan ez da erabiltzen–.
569. Letra larrien eta xeheen erabilera berrikusi behar da. Adibide gisa, honako hauek aipatuko ditugu: «Legea» (6.3 artikulua); «osasun publikoa» (20.3 artikulua); «Osasun Publikoko Sistema» (22.1 artikulua); «udalak» (29.3 artikulua); «osasun publikoko organo nagusia» (38.4).
570. Gomendatzen dugu artikuluetako testuan erabiltzen diren letra-estiloak berrikustea, artikuluen izenburuetan letra lodiak eta etzanak berdin erabiltzeko.

ONDORIOA

Batzordeak emandako irizpenaren arabera, Euskadiko osasun publikoaren Legearen aurreproiektua, behin irizpen honen mamian egindako oharra aintzakotzat hartutakoan, Jaurlaritzaren Kontseiluari aurkeztu ahal izango zaio, onespena eman dezan.

Eta hala ziurtatzen dut, Vitoria-Gasteizen, 2022ko maiatzaren 27an, batzordeburuaren oniritziarekin, jakin eta kontuan har dadin. Era berean, azaroaren 24ko 9/2004 Legearen 30.2 artikulua xedatzen duen betebeharra gogorarazten dizugu: Batzorde honi jakinarazi behar zaio azkenean onartutako xedapena edo ebazpena, antolamendu eta funtzionamenduaren araudia onartzen duen irailaren 12ko 167/2006 Dekretuaren 34. artikulua xedatzen duen moduan eta epean.

Jesús María Alonso Quilchano,
Idazkaria

Ontzat emana:
Sabino Torre Díez,
Batzordeburua

Elektronikoki sinatua



SRA. CONSEJERA DE SALUD

El Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de Euskadi, en la sesión del día 24 de mayo de 2022, con la asistencia de los miembros que al margen se expresan, ha examinado su **consulta**, registrada con el nº 61/2022, relativa al **anteproyecto de Ley de salud pública de Euskadi** (Ref.: **DNCG_LEY_6380/21_09**).

Tras su deliberación, ha emitido por unanimidad el siguiente dictamen. Expresan el parecer de la Comisión las vocales Sra. Urkiola Mendibil y Sra. Erdaide Gabiola.

PRESIDENTE:

D. Sabino Torre Díez.

VICEPRESIDENTE:

D. Xabier Unanue Ortega.

VOCALES:

D.^a M.^a Teresa Astigarraga Goenaga.

D. Iñaki Beitia Ruiz de Arbulo.

D. Iñaki Calonge Crespo.

D.^a M.^a Jesús Urkiola Mendibil.

D.^a M.^a Lourdes Pérez Ovejero.

D.^a Mirari Erdaide Gabiola.

D.^a Jaione Juaristi Sánchez.

SECRETARIO:

D. Jesús M.^a Alonso Quilchano.

DICTAMEN N.º 81/2022

ANTECEDENTES.....	2
DESCRIPCIÓN DEL ANTEPROYECTO	5
INTERVENCIÓN DE LA COMISIÓN	11
CONSIDERACIONES COMPETENCIALES Y MARCO NORMATIVO	11
I En relación con el Estado.....	11
II En el ámbito intracomunitario:	17
PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN.....	18
ANÁLISIS DEL ANTEPROYECTO DE LEY.....	31
I Observaciones generales.....	31
A) Emergencias sanitarias	31
Medidas en situación de emergencia sanitaria:	31
Entronque con la regulación de emergencias:	48
Adaptaciones organizativas y alteración de funciones y tareas del personal:	52





Autorización o ratificación judicial de las medidas de intervención:.....	54
B) Otras cuestiones	57
Distribución competencial y facultades de coordinación:	57
La organización de los servicios de salud pública en la Administración de la CAPV:	64
Potestad sancionadora:.....	68
Protección de datos de carácter personal:	79
II Otras observaciones al articulado.....	82
III Observaciones de técnica legislativa	109
CONCLUSIÓN	115

ANTECEDENTES

1. Por Orden de 21 de marzo de 2022 de la Consejera de Salud (con fecha de entrada en la Comisión el día 22) se somete a consulta el anteproyecto de Ley de salud pública de Euskadi.
2. El expediente remitido, además del texto del anteproyecto y de la citada orden de solicitud, consta de los siguientes documentos:
 - a) Orden de 16 de junio de 2021 de la Consejera de Salud, por la que se somete a consulta pública previa el proyecto de un anteproyecto de ley de salud pública de Euskadi.
 - b) Aportaciones en el trámite de consulta previa del Sindicato de Enfermería SATSE (de 16/06/2021) y de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (de 06/07/2021).
 - c) Aportaciones realizadas y respondidas en la plataforma de gobierno abierto, IREKIA a la propuesta de Gobierno de la Ley de salud pública de Euskadi durante su fase de debate (16 de junio de 2021 -6 de julio de 2021).
 - d) Orden de 14 de julio de 2021 de la Consejera de Salud, por la que se da inicio al procedimiento de elaboración del anteproyecto de Ley de salud pública de Euskadi.
 - e) Memoria económica de 20 de julio de 2021, suscrita por el Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales.



- f) Memoria técnica justificativa de 20 de julio de 2021, suscrita por la Directora de Salud Pública y Adicciones.
- g) Orden de 2 agosto de 2021 de la Consejera de Salud, de aprobación previa del anteproyecto de Ley de salud pública de Euskadi.
- h) Resolución de 4 de agosto de 2021 del Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales, por la que se somete a información pública el anteproyecto de Ley de salud pública de Euskadi.
- i) Informe jurídico de la Asesoría Jurídica del Departamento de Salud, de 6 de agosto de 2021
- j) Requerimiento de Emakunde, de 12 de agosto de 2021, con relación al anteproyecto de ley, para que se emita el informe de impacto en función del género.
- k) Informe de impacto en función del género del anteproyecto de ley, de 24 de agosto de 2021.
- l) Alegaciones realizadas en el trámite de información pública del Consejo de Farmacéuticos del País Vasco, de 27 de agosto de 2021.
- m) Informe de organización de la Dirección de Atención a la Ciudadanía y Servicios Digitales de 30 de agosto de 2021.
- n) Alegaciones realizadas en el trámite de información pública del Sindicato de Enfermería SATSE, de 31 de agosto de 2021.
- o) Solicitud del Presidente del Colegio Oficial de Veterinarios de Bizkaia y Vicepresidente del Consejo de Veterinarios del País Vasco, de 31 de agosto de 2021, para la ampliación del plazo de alegaciones.
- p) Alegaciones realizadas en el trámite de información pública de Bizitza Elkartea de 31 de agosto de 2021.
- q) Alegaciones del Ayuntamiento de San Sebastián, Área de Salud Ambiental y Sostenibilidad, de 1 de septiembre de 2021.
- r) Solicitud de EUDEL de 6 de septiembre de 2021, para la ampliación del plazo de alegaciones.



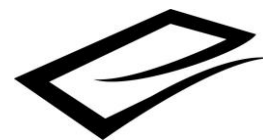
- s) Alegaciones del Colegio Oficial de Veterinarios de Bizkaia de 15 de septiembre de 2021, que se remiten a las alegaciones realizadas por el Consejo de Farmacéuticos.
- t) Alegaciones de EUDEL de 20 de septiembre de 2021.
- u) Certificación de la Secretaria de la Comisión Consultiva de Consumo de Euskadi de 14 de septiembre de 2021.
- v) Alegaciones de la Directora del Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao de 28 de septiembre de 2021.
- w) Alegaciones del Sindicato Médico de Euskadi (SME) de 5 de octubre de 2021.
- x) Informe de la Dirección de Normalización Lingüística de las Administraciones Públicas 6 de octubre de 2021.
- y) Certificación emitida por la Secretaria del Consejo de Sanidad de Euskadi de 8 de octubre de 2021.
- z) Informe de Emakunde de 8 de octubre de 2021.
- aa) Informe 040/2021, de 28 de octubre de 2021, de la Dirección de Función Pública.
- bb) Aportación de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales al anteproyecto de ley, de las que no consta fecha, pero que habrían sido presentadas, según se indica en el informe de respuesta a las alegaciones, en la reunión mantenida el 24 de septiembre de 2021.
- cc) Memoria sobre alegaciones y sugerencias presentadas, suscrita por el Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales, de 11 de noviembre de 2021.
- dd) Dictamen 12/21 del Consejo Económico y Social Vasco de 9 de diciembre de 2021.
- ee) Memoria económica (segunda) para la Oficina de Control Económico (OCE), suscrita por el Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales, de 16 de diciembre de 2021.



- ff) Memoria sobre las aportaciones y áreas de mejora propuestas por el Consejo Económico y Social Vasco en relación al anteproyecto de ley, suscrita por el Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales, de 16 de diciembre de 2021.
 - gg) Informe de la Comisión de Gobiernos Locales de 16 de febrero de 2022.
 - hh) Informe de control económico-normativo que emite la Oficina de Control Económico, de 8 de marzo de 2022.
 - ii) Memoria sobre las observaciones de la Comisión de Gobiernos Locales y de la Oficina de Control Económico, suscrita por el Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales, de 15 de marzo de 2022.
 - jj) Memoria de tramitación del anteproyecto de ley para su remisión a la Comisión Jurídica Asesora de Euskadi, suscrita por el Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales, de 21 de marzo de 2022.
3. Con fecha 27 de abril se completa el expediente con la documentación correspondiente al trámite de contraste realizado antes del inicio de la tramitación formal del anteproyecto.

DESCRIPCIÓN DEL ANTEPROYECTO

- 4. El anteproyecto consta de exposición de motivos, 99 artículos, agrupados en siete capítulos, dos disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales.
- 5. La parte expositiva, tras el reconocimiento de la salud como derecho y la equidad en salud como expresión de la justicia social, refiere la importancia que ha tenido la Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación sanitaria de Euskadi, y los logros alcanzados desde su aprobación, aunque reconoce la existencia de desigualdades sociales en salud.
- 6. Indica que la pandemia Covid-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar los mecanismos para dar una mejor respuesta a las emergencias sanitarias.
- 7. A continuación, pone de manifiesto la evolución que se ha dado desde la aprobación de la referida ley en el concepto de salud pública. En este sentido, con cita de diversas referencias a instrumentos aprobados a nivel internacional, recoge la importancia de actuar sobre los determinantes sociales de la salud “con



el propósito de mejorar los resultados generales en salud y reducir las desigualdades” y la conveniencia de adoptar el enfoque de “Salud en Todas las Políticas”, pues de este modo “permite incorporar, de una manera más decisiva y eficaz, las consideraciones relativas a la salud en la toma de decisiones de los distintos sectores y áreas de políticas”.

8. Con este enfoque de la amplitud de agentes que intervienen actualmente en la aplicación de la salud pública, se recoge que “la presente ley crea y configura el Sistema de Salud Pública de Euskadi, que se organiza como una red articulada, cuya finalidad, en base al paradigma de Salud en Todas las Políticas, es ofrecer un conjunto de servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible”.
9. Seguidamente, se refiere a las cuestiones puestas de manifiesto en materia de salud pública con la situación de pandemia que estamos viviendo, la importancia de la transversalidad y 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”. Se hace referencia así al Plan de protección civil de Euskadi, que configuraría el marco organizativo de la Comunidad Autónoma para hacer frente a todo tipo de emergencias.
10. Finaliza la parte expositiva con una reflexión sobre la importancia de la investigación en salud pública y un listado conclusivo de los objetivos de la norma:
 - Adoptar la estrategia de Salud en Todas las Políticas y el enfoque de los determinantes sociales de la salud, siguiendo las prioridades mundiales y europeas en materia de salud. En particular, se reconoce como marco de referencia los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con salud en todas las políticas.
 - Promover la salud y el bienestar de las personas, priorizando la orientación comunitaria e intersectorial en las actuaciones.
 - Potenciar el trabajo colaborativo entre las administraciones públicas en materia de salud y bienestar de la población, intensificándolo en las intervenciones locales.
 - Incluir a las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones.



- Analizar el impacto sobre la salud de las personas y las afecciones sobre el medio físico de las distintas políticas sectoriales. Especialmente la interrelación entre la salud humana, el medio ambiente y la salud animal, tal como reconoce el enfoque conocido como “One Health/ Una Sola Salud”.
 - Y, desde un enfoque colaborativo, trabajar en coordinación desde todas las administraciones públicas y junto a otras y otros agentes concernidos, para proteger la salud de las personas, impulsar la promoción de la salud y los entornos y estilos de vida saludables, e incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud que afectan a las personas.
 - Sentar las bases para la prevención, la detección precoz, la vigilancia y la gestión eficaz de emergencias sanitarias, epidemias y pandemias.
11. El capítulo I, “Disposiciones generales” (artículos 1 a 5), aborda su objeto y ámbito de aplicación, enuncia los principios rectores que inspiran las actuaciones, prestaciones y servicios en salud pública, regula las funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi y enumera las definiciones de algunos de los conceptos utilizados en el texto normativo.
 12. El capítulo II, “La ciudadanía y la salud pública” (artículos 6 a 17), se estructura en dos secciones. La primera sección está dedicada a los derechos de la ciudadanía en relación a la salud pública: derecho a la igualdad y a la equidad; derecho a las prestaciones de salud pública; derecho a la información; derecho a la participación efectiva en las actuaciones de salud pública; derecho a la intimidad, confidencialidad, y respeto a la dignidad; derecho a la actuación imparcial; derecho a la autonomía personal; derecho a la seguridad en las intervenciones en salud pública y derecho a la educación para la salud. Cierra esta sección un artículo relativo a la limitación de estos derechos. La segunda sección (artículo 17) recoge los deberes de la ciudadanía en relación con la salud pública.
 13. El capítulo III, “El Sistema de Salud Pública de Euskadi” (artículos 18 a 26), se estructura en tres secciones. La primera sección tiene por objeto el sistema de salud pública propiamente dicho y se inicia con una proclamación del principio de Salud en Todas las Políticas como base de todas las acciones a desarrollar en salud pública. A continuación, tras definir el Sistema de Salud Pública de Euskadi, establece las obligaciones de las administraciones públicas en relación a la salud



pública y configura dos herramientas, la valoración de impacto en la salud y la valoración de procesos y resultados de los programas de salud pública.

14. La sección segunda, “Profesionales de la salud pública”, define quiénes son y enumera sus competencias profesionales básicas. Seguidamente, la sección tercera, “Planificación” comienza regulando el Plan de Salud de Euskadi, que viene a sustituir al regulado en la Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación sanitaria de Euskadi, y establece su contenido mínimo, la periodicidad de su elaboración y evaluación.
15. Los artículos siguientes de esta sección recogen la facultad de “las entidades locales, comarcales y forales” para aprobar sus propias estrategias o planes de salud, en coherencia con el Plan de Salud de Euskadi y con el Plan sobre Adicciones de Euskadi y prevén la existencia de otros planes o estrategias complementarios.
16. El capítulo IV, “Ordenación y coordinación del sistema de salud pública de Euskadi” (artículos 27 a 46), se estructura en cinco secciones. La primera sección (artículos 27 a 30) tiene por objeto la distribución competencial en materia de salud pública, con un artículo general de competencias de todas las administraciones públicas y tres artículos siguientes en los que van concretando las competencias del Gobierno Vasco, de los municipios y de las diputaciones forales.
17. La sección segunda (artículos 31 a 37) regula la organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi. En ella se establecen unos criterios para la estructuración de los recursos en materia de salud pública y también para la reorientación de estos en “situaciones de emergencia de salud pública”. Se incide en la importancia de impulsar en el ámbito local la promoción de la salud, con una orientación comunitaria, y en los instrumentos de colaboración que pueden formalizarse con este fin.
18. A nivel de la Administración General, se determinan las funciones del “órgano central de la salud pública”, que se configura como “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”. El anteproyecto prevé que pueda establecerse una estructura descentralizada con unidades territoriales de salud pública.
19. La sección tercera (artículos 38 a 40) aborda la coordinación, cooperación e interacción entre las administraciones públicas, con la configuración de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública como “órgano de alineación de políticas en materia de salud pública, así como de coordinación, colaboración y participación de las



administraciones públicas vascas integrantes del Sistema de Salud Pública de Euskadi”. Finaliza esta sección regulando la coordinación con la Administración General del Estado y otras administraciones competentes, en caso de riesgo o emergencia sanitaria.

20. La sección cuarta (artículos 41 a 43) se reserva a la coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi. En concreto, se enumeran las obligaciones que tiene el Sistema de Salud Pública de Euskadi con respecto al Sistema Sanitario de Euskadi y, recíprocamente, las obligaciones de los órganos de provisión de servicios sanitarios, tanto públicos como privados, con respecto al “órgano central de salud pública del Gobierno Vasco”.
21. Finalmente, la sección quinta (artículos 44 a 46) regula los órganos de consulta, asesoramiento y participación y, en concreto, el Consejo Vasco de Salud Pública, como “órgano superior de participación de la sociedad civil”.
22. El capítulo V (artículos 47 a 67) se reserva a las prestaciones y actuaciones en materia de salud pública. Su sección primera se refiere a las prestaciones de salud pública. La segunda, a la vigilancia de la salud. La tercera regula la prevención de los problemas de salud y la actuación sobre sus determinantes. La sección cuarta aborda la protección de la salud de la población. La sección quinta se reserva a la protección de la salud en caso de emergencia sanitaria, epidemia o pandemia. La sección sexta regula la salud escolar y la séptima, la laboral. La sección octava se refiere al Laboratorio de Salud Pública, la novena, a la promoción de la salud y la décima, a las adicciones.
23. El capítulo VI, “Sistemas de información y gestión del conocimiento en materia de salud pública Ordenación y coordinación del sistema de salud pública de Euskadi” (artículos 68 a 77), se estructura en tres secciones. En la sección primera se configura el Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi como “el conjunto organizado y armónico de personas, servicios, unidades, procedimientos e instrumentos de recogida, procesado y análisis de los datos necesarios para producir la información precisa para proteger y promover la salud de la población y llevar a cabo las actividades de salud pública”. Se delimita el contenido y las funciones del sistema, las garantías que debe cumplir y las obligaciones de transmisión de información que tienen los distintos agentes que disponen de información en materia de salud pública.
24. La sección segunda regula el Observatorio de Salud de Euskadi como “unidad o servicio de investigación, análisis e información de carácter técnico y científico”,



delimitando sus funciones y remitiendo al desarrollo reglamentario su organización y funcionamiento.

25. La tercera y última sección de este capítulo del anteproyecto de ley tiene por objeto la formación, investigación, innovación y evaluación en materia de salud pública. Alude tanto a la formación y capacitación de las y los profesionales de salud pública, como a los programas formativos en el ámbito universitario y aquellos destinados a quienes desarrollen actuaciones sanitarias, sociosanitarias y otras relacionadas con la salud. Se alude, asimismo, a la necesidad de impulsar la investigación y la innovación en salud pública y a la necesidad de evaluar los programas públicos de salud pública.
26. Finalmente, el capítulo VII regula la corresponsabilidad e intervención administrativa en materia de salud pública. La primera sección enuncia los principios informadores de la intervención administrativa.
27. En la sección segunda (artículos 79 y 80) se prevén los denominados procedimientos de autocontrol que deberán aplicar las personas responsables de actividades con incidencia en la salud de las personas, así como el deber de tutela de la salud pública y de colaboración con la Administración sanitaria que incumbe a la generalidad de entidades pública y privadas, con un llamamiento al desarrollo reglamentario respecto al procedimiento de comunicación a las autoridades competentes en el supuesto de detección de existencia de riesgos para la salud.
28. La sección tercera (artículos 81 a 84) se ocupa de identificar los órganos que ostentan la condición de autoridad sanitaria y sus funciones, regulando asimismo la figura de los agentes de la autoridad sanitaria y las actuaciones que les corresponden.
29. La sección cuarta (artículos 85 a 91), dedicada a la intervención administrativa, se inicia con el artículo titulado principio de precaución, para regular a continuación diversos ámbitos de esa intervención, como son el del control de la información y publicidad (artículo 86), el régimen de autorizaciones y comunicaciones para el ejercicio de actividades (artículo 87) y el ejercicio de las funciones de inspección y control por los agentes de la autoridad sanitaria (artículo 88).
30. Los artículos 89 a 91 regulan medidas preventivas y limitativas a adoptar en supuestos de riesgo para la salud, en protección de esta, con posible afección a los derechos, incluidos los de carácter fundamental, de la ciudadanía. El artículo



89 regula “medidas especiales y cautelares”, el artículo 90, “medidas de intervención sobre las personas” y el artículo 91, “medidas de aislamiento o cuarentena”.

31. La sección quinta, por último, se dedica al régimen sancionador (artículos 92 a 99), con la regulación de los tipos infractores (artículo 93), las sanciones (artículos 94 y 95) y los criterios para su graduación (artículo 96), además de extremos como la responsabilidad (artículo 97), los órganos competentes para imponer sanciones (artículo 98) y la prescripción y caducidad (artículo 99).
32. En la parte final del anteproyecto, dos disposiciones adicionales se refieren, respectivamente, al tratamiento de datos de carácter personal y al uso de las lenguas oficiales, y dos disposiciones transitorias establecen el régimen transitorio aplicable a los planes vigentes y a los expedientes sancionadores en curso. La disposición derogatoria deroga el artículo 13 de la Ley 8/1997, de 6 de junio de ordenación sanitaria —que regula el Plan de Salud—.
33. Finaliza el texto con tres disposiciones finales: la primera alude a la adaptación de la estructura y organización institucional; la segunda habilita al Consejo de Gobierno para dictar las disposiciones reglamentarias necesarias para el desarrollo y ejecución de la ley; y la tercera determina la entrada en vigor de la ley; a los 20 días de su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco (BOPV).

INTERVENCIÓN DE LA COMISIÓN

34. Este dictamen se emite de conformidad con el artículo 3.1.a) de la Ley 9/2004, de 24 de noviembre, de la Comisión Jurídica Asesora de Euskadi, que incluye como ámbito de la función consultiva de la Comisión los anteproyectos de ley, cualquiera que sea la materia y objeto de los mismos, siempre que no se encuentren incursos en las excepciones que contempla, lo que no es el caso.

CONSIDERACIONES COMPETENCIALES Y MARCO NORMATIVO

I EN RELACIÓN CON EL ESTADO

35. El artículo 43 de la Constitución (CE), ubicado en el capítulo tercero del título 1, reconoce el derecho a la protección de la salud y añade en su apartado 2 que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Finalmente, se remite a la ley para el concreto establecimiento de los derechos y deberes que se derivan de este derecho.



36. Su contenido debe ser considerado como un principio rector constitucional dirigido a orientar y determinar la actuación de los poderes públicos. En este sentido, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional también ha declarado que: «el “derecho a la protección de la salud” (art. 43.1 CE) representa uno de los “principios rectores de la política social y económica” proclamados por la Constitución, cuyo reconocimiento, respeto y protección ha de informar la actuación de todos los poderes públicos (art. 53.3 CE)» —Auto del Tribunal Constitucional (ATC) 221/2009, de 21 de julio, FJ 4—, y, asimismo, lo ha identificado como «un valor de indudable relevancia constitucional» (ATC 96/2011, de 21 de junio, FJ 5).
37. En ese contexto, el título competencial que habilita el dictado de la presente disposición en nuestra Comunidad Autónoma es el relativo al desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior, recogido en el artículo 18.1 del Estatuto de Autonomía (EAPV), para cuyo ejercicio debe tenerse presente la competencia estatal de establecimiento de bases y coordinación general de la sanidad del artículo 149.1.16 de la CE.
38. Del mismo modo, el artículo 18.4 del EAPV habilita a la Comunidad Autónoma para organizar y administrar los servicios relacionados y ejercer la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de sanidad y de seguridad social.
39. Este artículo 18 del EAPV es el núcleo de la regulación, sobre el que se asientan las prescripciones que dan sentido al régimen que se quiere implantar, sin perjuicio de que también concurren, a la vista de los campos en los que incide el anteproyecto, otros títulos relevantes.
40. Como se deduce de la relación de normativas sectoriales a las que se remite el propio artículo 27 del anteproyecto —“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”—, el carácter multidisciplinar de la ley hace que abarque, de manera más o menos intensa, otros ámbitos competenciales.
41. Así, tomando en cuenta la regulación contenida en el anteproyecto, resultan afectados otros títulos competenciales tales como seguridad pública (17 EAPV), defensa del consumidor y del usuario (10.28 EAPV), medio ambiente (11.1.a EAPV), educación (artículo 16 EAPV), régimen local y estatuto de los funcionarios (artículo 10.4 EAPV), procedimiento administrativo (artículo 10.6 EAPV),



comercio interior (artículo 10.21 EAPV) o autoorganización administrativa (10.2 EAPV) entre otros.

42. Centrándonos en el título prevalente correspondiente a sanidad interior, la jurisprudencia constitucional ha delimitado el alcance y significación del título competencial del Estado del artículo 149.1.16 de la CE, esto es, el concepto de bases de la sanidad, señalando que:

...1 han de entenderse los principios normativos generales que informan u ordenan una determinada materia, constituyendo, en definitiva, el marco o denominador común de necesaria vigencia en el territorio nacional. Lo básico es, de esta forma, lo esencial, lo nuclear, o lo imprescindible de una materia, en aras de una unidad mínima de posiciones jurídicas que delimita lo que es competencia estatal y determina, al tiempo, el punto de partida y el límite a partir del cual puede ejercer la Comunidad Autónoma, en defensa del propio interés general, la competencia asumida en su Estatuto.» (por todas, STC 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3.

43. Como la propia jurisprudencia reseña respecto al alcance de lo básico y sus límites en la materia que nos ocupa:

...la doctrina de este Tribunal ha desarrollado la concepción de las bases como un mínimo común uniforme, pero mejorable, por parte de las Comunidades Autónomas, al hilo de interpretar el alcance de lo básico en una serie de materias como es la de las prestaciones sanitarias, en la que el Estado dispone, ex artículo 149.1.16 CE, de la capacidad para establecer las normas básicas y la coordinación, correspondiendo a las Comunidades Autónomas el desarrollo normativo de las bases y la ejecución.

44. Por lo que se refiere al alcance de la competencia estatal para dictar las bases de la sanidad, la doctrina del Tribunal Constitucional constata que, en dicha materia, «la Constitución no sólo atribuye al Estado una facultad, sino que le exige que preserve la existencia de un sistema normativo sanitario nacional con una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español, eso sí, sin perjuicio, bien de las normas que sobre la materia puedan dictar las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivas competencias... dirigidas, en su caso, a una mejora en su ámbito territorial de ese mínimo común denominador establecido por el Estado, bien de las propias competencias de gestión o de financiación que sobre la materia tengan conforme a la Constitución y a los Estatutos. Y se lo exige cuando en el artículo 149.1.16 CE le atribuye las bases en materia de “sanidad”,



para asegurar —como se ha dicho— el establecimiento de un mínimo igualitario de vigencia y aplicación en todo el territorio nacional en orden al disfrute de las prestaciones sanitarias, que proporcione unos derechos comunes a todos los ciudadanos» —Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 134/2017, de 16 de noviembre, FJ 4—.

45. Tampoco debe olvidarse que el artículo 149.1.16^a de la CE atribuye también al Estado la “coordinación general de la sanidad”, aunque también en este caso el Tribunal Constitucional ha perfilado sus contornos para evitar el vaciamiento de las competencias autonómicas, de tal forma que mediante la coordinación se busca “la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones, y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían respectivamente la realidad misma del sistema” (STC 32/1983, de 28 de abril, FJ 2; 42/1983, de 20 de mayo, FJ 3; 80/1985, de 4 de julio, FJ 2, y 22/2012, de 16 de febrero). En cualquier caso, dado que la coordinación presupone el ejercicio de competencias por parte de las comunidades autónomas en materia de sanidad, el Estado, al coordinarlas, debe respetarlas.
46. En lo que respecta al marco legal estatal debe citarse en primer lugar la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública (en adelante, LOMESP) —que prevé la adopción de medidas con afección a derechos fundamentales de las personas cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad—.
47. Debe, además, traerse a colación la legislación del Estado dictada *ex* artículo 149.1.16^a de la CE. En primer lugar, la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad (en adelante, LGS), que, entre otras cuestiones, regula los principios del sistema de salud, las actuaciones sanitarias del Sistema de Salud, la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva, las competencias de las entidades locales y las infracciones y sanciones en materia de salud.
48. Rige, asimismo, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública (en adelante, LGSP), ley que resulta fundamental dada la finalidad y objeto del anteproyecto. Esta ley está articulada en siete títulos que abordan, respectivamente, la regulación de los principios generales de la salud pública; derechos, deberes y obligaciones en salud pública; actuaciones de salud pública; planificación y coordinación de la salud pública; personal profesional y la investigación; autoridad sanitaria estatal, vigilancia y control; infracciones y sanciones. En el título II, dedicado a las actuaciones de salud pública, se distinguen siete capítulos en que se regulan: vigilancia, promoción de la salud, prevención de problemas de salud y sus determinantes; coordinación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema



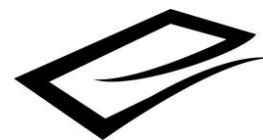
Nacional de Salud; gestión sanitaria como acción de salud pública; protección de la salud en la población; evaluación del impacto en salud de otras políticas; sanidad exterior y salud internacional; y sistema de información en salud pública.

49. Procede completar el panorama normativo con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, LCCSNS), que define, dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la prestación de salud pública como el conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales (artículo 11.1). El propio artículo define (apartado 2) las actuaciones que comprende y precisa (apartado 3) que la prestación de salud pública incluirá, asimismo, todas aquellas actuaciones singulares o medidas especiales que, en materia de salud pública, resulte preciso adoptar por las autoridades sanitarias de las distintas administraciones públicas, dentro del ámbito de sus competencias, cuando circunstancias sanitarias de carácter extraordinario o situaciones de especial urgencia o necesidad así lo exijan y la evidencia científica disponible las justifique.
50. En relación con la ley señalada, debe apuntarse el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Su anexo I define la cartera de servicios comunes de salud pública.
51. La mencionada LCCSNS aborda, además, en su capítulo VIII (artículo 65 y 65 bis) la declaración de las actuaciones coordinadas del Estado y de las comunidades autónomas en materia de salud pública y de seguridad alimentaria, que corresponde, respectivamente, al Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, salvo en casos de urgente necesidad. Estas actuaciones se encuadrarán necesariamente en alguno de los supuestos que se prevén, entre ellos, la necesidad de dar respuesta a situaciones de especial riesgo o alarma para la salud pública y la ejecución de programas derivados de exigencias normativas procedentes de la Unión Europea o de convenios internacionales.
52. Y para cerrar esta referencia a la legislación del Estado dictada ex artículo 149.1.16ª de la CE que incide en el anteproyecto, tendríamos 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, la



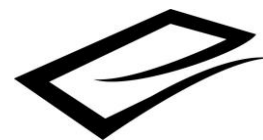
Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red nacional de vigilancia epidemiológica.

53. Respecto a la legislación aprobada por la Comunidad Autónoma, debe traerse a colación, en primer lugar, la Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación sanitaria de Euskadi (en adelante, LOSE), que se refiere al marco institucional de la salud, comprensivo de todos los poderes públicos vascos, a los que atribuye la misión preferente de promocionar y reforzar la salud en cada uno de los sectores de la actividad socio-económica, con el fin de estimular los hábitos de vida saludable, la eliminación de los factores de riesgo, la anulación de los efectos negativos y la sensibilización y concienciación sobre el lugar preponderante que por su naturaleza le corresponde.
54. En esta ley (artículo 3), al establecer las actuaciones que corresponden a la Administración sanitaria vasca, se mencionan, junto a las prestaciones sanitarias individuales, la obligación que incumbe a las administraciones públicas de garantizar la tutela general de la salud pública a través de medidas preventivas y de promoción de la salud.
55. Deben además citarse, en lo que se refiere al marco legal autonómico, la vigencia de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de atención integral de adicciones y drogodependencias, la Ley 17/2008, de 23 de diciembre, de política agraria y alimentaria, y la Ley 7/1982, de 30 de junio, de salud escolar, que se proyectan sobre materias de las que se ocupa el anteproyecto.
56. Por último, cabe citar la Ley 2/2021, de 24 de junio, de medidas para la gestión de COVID-19. Con un ámbito temporal ceñido a la persistencia de la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de la COVID-19, la ley regula, desde una premisa de urgencia, aspectos tales como la regulación de la situación de emergencia sanitaria, la ordenación de las organizaciones y sistemas públicos de protección, el sistema integral de información de salud para la gestión de la emergencia sanitaria, las medidas generales y específicas para cada uno de los cinco niveles de alerta definidos y el régimen sancionador.
57. Atendiendo a la regulación de las situaciones de emergencia, procede tener en cuenta el Decreto Legislativo 1/2017, de 27 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de gestión de emergencias (en adelante, LGE).



II EN EL ÁMBITO INTRACOMUNITARIO:

58. Desde la perspectiva de los títulos competencias que sirve de base a la iniciativa hay que decir que en materia de sanidad la ordenación de la materia y su ejecución corresponde a las instituciones comunes conforme a la distribución interna genérica que plasma la Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de relaciones entre las instituciones comunes de la Comunidad Autónoma y los órganos forales de sus territorios históricos (en adelante LTH), a través de la cláusula residual del artículo 6.1.
59. El anteproyecto en modo alguno altera este marco de distribución competencial pues, a pesar de incluir un artículo 30 que se titula, de forma un tanto equívoca, “competencias de las diputaciones forales”, no hay quiebra alguna de lo regulado en la LTH, pues el referido artículo tan solo recoge la función de auxilio que viene recogida con carácter general en el artículo 36 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, de bases del régimen local (LBRL).
60. Por lo que se refiere a los municipios, hay que tener en cuenta las prescripciones de la LBRL y de la Ley 2/2016, de 7 de abril, de instituciones locales de Euskadi (en adelante, LILE), que determinan ambas los ámbitos competenciales municipales, en el marco de lo dispuesto en la normativa sectorial aplicable.
61. La primera, en el artículo 25, dentro del listado de competencias propias de los municipios, recoge diversas materias que guardan relación con el objeto del anteproyecto. Así, cabe destacar como fundamental la de protección de la salubridad pública, junto a otras que también guardan relación, aunque de forma más incidental, tales como el medio ambiente urbano, cementerios y actividades funerarias, abastecimiento de agua potable a domicilio, y ferias, abastos, mercados, lonjas y comercio ambulante.
62. La misma LBRL recoge en su artículo 26 los servicios mínimos de prestación obligatoria, algunos de los cuales guardan relación con el objeto del anteproyecto: cementerios, abastecimiento domiciliario de agua potable y protección civil.
63. La LILE, por su parte, también recoge en ese artículo 17 la competencia en materia de promoción, gestión, defensa y protección de la salud pública. Y junto a ella, otras varias que resultarían afectadas por el anteproyecto: protección del medio ambiente, incluida la protección contra la contaminación acústica, lumínica y atmosférica en las zonas urbanas; control sanitario de cementerios y servicios funerarios; servicios en el ciclo integral del agua de uso urbano;



animales de compañía y potencialmente peligrosos; defensa y protección de personas usuarias y consumidoras; y protección civil y emergencias.

64. La concreción de estos ámbitos en los que los municipios pueden ejercitar competencias viene recogida en la legislación básica estatal sectorial. Así, la LGS en su artículo 42 establece las “responsabilidades mínimas” que corresponden a los ayuntamientos en estos términos:

a) Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.

b) Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.

c) Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico deportivas y de recreo.

d) Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.

e) Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

65. Con este marco normativo, el artículo 29 del anteproyecto, tras reconocer a los municipios el ejercicio de las competencias propias en el marco de la legislación de régimen local y reconocer la atribución que la LILE realiza en materia de promoción, gestión, defensa y protección de la salud pública, incluye una relación de funciones que se acomodan —con variaciones en la terminología utilizada— a las establecidas en la LGS.

PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN

66. La Ley 8/2003, de 22 de diciembre, del procedimiento de elaboración de las disposiciones de carácter general (en adelante, LPEDG), en su artículo 3.1, contempla su aplicación a las disposiciones de carácter general que adopten la forma de ley.



67. Según doctrina constante de esta Comisión, hay que advertir que esa identidad de régimen no anula el diferente enfoque que debe presidir el análisis del procedimiento de elaboración de los anteproyectos de ley, en atención a la peculiar naturaleza del producto en el que desemboca su tramitación.
68. La LPEDG pretende que al elaborar los proyectos de ley el ejecutivo aplique la misma metodología que al resto de proyectos normativos porque, en palabras de su exposición de motivos, con ello “se contribuye muy positivamente a facilitar la labor del titular de la potestad legislativa, pues se le presentan para su discusión y decisión unos proyectos mejor fundados y articulados, con una técnica jurídica más depurada y apropiada para alcanzar los objetivos que se propone”.
69. Ahora bien, como también es doctrina reiterada de esta Comisión, toda exigencia procedimental responde a un requisito material, de ahí que cuando de su examen se trate haya de comprobarse su cumplimiento sustantivo y no el meramente formal. Si siempre este es el criterio para enjuiciar la forma de producción de los actos o las normas, cuando se trata de los anteproyectos de ley se intensifica su aplicabilidad por la radical diferencia entre la potestad legislativa y la reglamentaria —“el legislador no ejecuta la Constitución, sino que crea derecho en libertad dentro del marco que esta ofrece, en tanto que en el ejercicio de la potestad reglamentaria se opera ‘de acuerdo con la Constitución y las leyes (art. 97 CE)’ (entre otras, SSTC 209/1987, 55/2018)—.
70. Es en el Parlamento donde se desarrolla con plenitud el procedimiento legislativo y, salvo supuestos específicos en los que la Constitución o el Estatuto de Autonomía del País Vasco o, en algunos casos, las leyes orgánicas impongan condiciones a su adopción, la única exigencia que han de cumplir es que se acompañen de los antecedentes necesarios para que aquel pueda pronunciarse, al menos: memoria general; evaluación previa del impacto en función del género y de las medidas correctoras; anejo de financiación e informe de control económico si comportan un gravamen al presupuesto; el dictamen de esta Comisión; y de los demás informes que, con arreglo a la legislación aplicable, sean preceptivos (artículo 57 de la Ley de Gobierno y artículo 133.2 del Reglamento de la Cámara).
71. Por tanto, en los anteproyectos de ley, en tanto el procedimiento en fase administrativa no puede comprometer la validez del producto final, el examen del proceso seguido en su elaboración no trata de evitar defectos que puedan afectar a su validez sino que busca un resultado principal: conocer el fundamento objetivo que sustenta el dictado de la norma con el contenido propuesto, para lo que se indaga sobre su racionalidad —si es el fruto de una decisión meditada—



y su razonabilidad —si está en sintonía con las pautas axiológicas que informan nuestro ordenamiento—.

72. Este es, por tanto, el sentido último del examen de la Comisión, que observa el proceso de elaboración de los anteproyectos en el seno del ejecutivo para comprobar si contiene los datos imprescindibles para conformar el juicio jurídico sobre la iniciativa —que integra el de adecuación o idoneidad entre los objetivos perseguidos y el contenido regulador proyectado—.
73. Para ello, siempre con una perspectiva material, se analizan: (I) la fase de elaboración en el órgano promotor —las premisas fácticas y jurídicas tomadas en consideración y la reflexión efectuada, que dan sentido al texto normativo inicial—; (II) las fases de audiencia y participación —si se ha abierto el texto a la participación de las personas destinatarias, los sectores afectados y las administraciones cuyos ámbitos competenciales se ven concernidos por la regulación; cuál ha sido su valoración, cuáles las observaciones y propuestas formuladas y cuáles los motivos para su aceptación o rechazo—; y (III) la fase de intervención de los órganos a los que las normas atribuyen la función de examinar, desde sus cualificadas perspectivas, el texto normativo.
74. Al examinar el procedimiento, se comprueba también, si durante la elaboración se han sopesado los factores de los que, en cada caso, depende la factibilidad de la norma —si se han estudiado distintas alternativas, las consecuencias de estas y sus posibilidades reales de aplicación y, con ello, la potencialidad para obtener los efectos buscados—. En esta vertiente, el examen se detiene con especial atención en el impacto económico: si se ha medido el esfuerzo público que la normativa exigirá a las administraciones y el esfuerzo privado, si la naturaleza de la regulación lo requiriese. En palabras del artículo 10.3 *in fine* de la LPEDG, se evaluará “el coste que pueda derivarse de su aplicación para otras administraciones, los particulares y la económica en general”.
75. Con los señalados parámetros se analiza a continuación el procedimiento que ha desembocado en el texto del anteproyecto de Ley de salud pública de Euskadi sometido a consulta.
76. Según se indica en la memoria justificativa, el departamento realizó una fase inicial de contraste, en verano de 2019, en la que participaron EUEDEL, Kontsumobide, Osalan y diversos departamentos del Gobierno Vasco. Se plantearon en esta fase cuestiones relativas a la incidencia de la regulación en el régimen sancionador establecido en la normativa de consumo y se realizaron sugerencias en los ámbitos de la salud laboral, la actividad física y el deporte y



los derechos lingüísticos. EUDEL planteó la necesidad de concretar y definir claramente las competencias municipales en la futura ley, “tal y como prescribe el artículo 14 de la Ley de Instituciones Locales de Euskadi (LILE)”.

77. A partir de ahí, el primer trámite realizado es la **consulta previa a la elaboración del anteproyecto**, conforme al artículo 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas (LPAC), y a los criterios establecidos en las instrucciones que recoge el Acuerdo de Consejo de Gobierno de 12 de diciembre de 2017 sobre la aplicación del procedimiento de elaboración de disposiciones de carácter general. Trámite formalizado mediante Orden de 16 de junio de 2021 de la Consejera de Salud y que abrió un periodo de presentación de aportaciones entre el 16 de junio y el 6 de julio de 2021. Dicha orden, que fue publicada en el portal web del departamento y en el tablón de anuncios de la sede electrónica de la Administración pública de la Comunidad Autónoma de Euskadi, identifica los problemas que se pretenden solucionar con la iniciativa, justifica la necesidad y oportunidad de su aprobación y determina los objetivos de la norma.
78. Conforme al referido Acuerdo de Consejo de Gobierno de 12 de diciembre de 2017, esta misma información fue trasladada a Irekia, la plataforma de gobierno abierto y a Legegunea, como espacio de publicación de los expedientes administrativos a efectos de cumplir con las obligaciones de publicidad activa derivadas de la legislación sobre transparencia.
79. El problema que pretende ser resuelto por el anteproyecto, según refiere la orden, es el de configurar y ordenar el Sistema de Salud Pública, de forma que dé una respuesta integral, adecuada y eficaz a los actuales retos en materia de salud pública, que se habrían incrementado tras la experiencia de la pandemia.
80. En esta fase de consultas previas se reciben aportaciones de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y del sindicato de enfermería SATSE. Las inquietudes principales puestas de manifiesto en esta fase tienen que ver con los sistemas de vigilancia epidemiológica, la necesaria coordinación con Osakidetza, la necesidad de reforzar la figura de la enfermería y la configuración de la Escala de Salud Pública y Epidemiología.
81. La iniciativa recibió, asimismo, aportaciones en el periodo en el que estuvo abierto el debate en la plataforma de gobierno abierto Irekia. Las aportaciones recibidas planteaban cuestiones relativas a las limitaciones impuestas por la Covid, la necesidad de reforzar los centros vascos de investigación sanitaria y el



impacto en salud de la red 5G, además de cuestiones relativas a un específico colectivo de personal sanitario.

82. La **Orden de 14 de julio de 2021** de la Consejera de Salud acuerda iniciar la elaboración del anteproyecto de ley.
83. Cumple la orden su finalidad (artículo 5.1 LPEDG) porque identifica las pautas principales que deben guiar el proceso de elaboración y el objeto y finalidad de la norma. Se plantea así que la evolución del concepto de salud pública desde la aprobación de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación sanitaria de Euskadi, hace imprescindible acometer a través de un nuevo texto legal un nuevo sistema que agrupe la multitud de agentes que intervienen en la materia de salud pública y que trascienden del sistema sanitario de Euskadi.
84. La orden acota el objetivo que quiere alcanzar: crear y configurar el Sistema de Salud Pública y organizarlo como una red pública articulada, de responsabilidad pública, cuya finalidad, en base al paradigma de Salud en Todas las Políticas, es ofrecer un conjunto de servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible. Refiere, asimismo, la orden en su parte expositiva que la situación de pandemia declarada por la Covid-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar desde la normativa los mecanismos para dar la mejor respuesta posible ante las emergencias sanitarias que supongan una amenaza a la salud del conjunto de la población.
85. Tras la elaboración del texto normativo, la **Orden de 2 de agosto de 2021** de la Consejera de Salud aprueba, con carácter previo, el anteproyecto de ley (artículo 7.1 LPEDG) e incorpora el texto de anteproyecto de ley objeto de aprobación previa en euskera y castellano, de conformidad con el Acuerdo de Consejo de Gobierno de 14 de mayo de 2013.
86. Conforme a la finalidad de este trámite, el texto objeto de aprobación recoge la posición inicial del órgano competente para elevar la iniciativa al Gobierno [artículo 18.a), Ley 7/1981, de 30 de junio, de Gobierno].
87. Según refiere la memoria de tramitación, el anteproyecto objeto de aprobación previa se ha remitido al Parlamento Vasco en cumplimiento de lo establecido en el artículo 56 de la citada Ley 7/1981, de 30 de junio, de Gobierno.
88. Previamente, con fecha 20 de julio, se formalizan la memoria económica y la justificativa del proyecto. La **memoria justificativa** parte de un análisis de la evolución que se ha dado en el concepto de salud pública, basado en diversos documentos internacionales que ponen de manifiesto la importancia de la salud



pública, los determinantes de la salud y el principio de Salud en Todas las Políticas. Realiza una valoración del estado de la salud pública en Euskadi y una descripción de la situación actual en cuanto a la estructura de servicios y funciones de la Administración autonómica. Reconoce la importancia del marco local en el desarrollo de políticas y actuaciones de salud pública y refiere las funciones que corresponde a los ayuntamientos conforme a la LBRL y LILE.

89. La memoria incluye, asimismo, una descripción del actual marco normativo a nivel estatal, internacional y autonómico, además de incluir la referencia a regulaciones de otras comunidades autónomas en la materia. Incluye también el documento una relación de las distintas actuaciones acometidas a nivel autonómico en respuesta a la pandemia de la Covid-19 y refiere que la situación vivida ha puesto en evidencia las limitaciones que tenían las instituciones vascas en materia de preparación y respuesta ante emergencias de envergadura, así como en sistemas de alerta temprana, limitaciones que este nuevo marco jurídico pretende solventar.
90. La **memoria económica**, por su parte, describe las líneas generales del vigente Plan de Salud de Euskadi en las que estaría basado el anteproyecto; defiende la importancia de la Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV), que se realiza cada 5 años e implica una parte fundamental del actual Sistema de información de salud de la comunidad autónoma, en el que obtienen datos relativos a estado de salud, determinantes de la salud y servicios de salud y cuidados.
91. En cuanto a la valoración del impacto económico, en esta primera memoria económica el análisis se ha centrado en la valoración de la incidencia del anteproyecto en los costes que vaya a suponer su aprobación para la Administración autonómica, sin realizar una reflexión explícita sobre la posible incidencia económica en otras administraciones o en el sector privado. Afirma así la memoria que no se prevé que la norma tenga una incidencia económica relevante para la Administración autonómica, en la medida en que las actuaciones se realizarán con los medios existentes.
92. La descripción de la tramitación realizada y del contenido de las memorias incorporadas al expediente ponen de manifiesto que el órgano promotor ha definido de inicio los objetivos que persigue la norma, que ha contado con una información adecuada para la elaboración del texto normativo inicial y que ha tenido en cuenta los condicionantes, tanto fácticos como jurídicos, que condicionan esta labor.



93. Figura el **informe jurídico** emitido por la Asesoría Jurídica del departamento promotor en el que, tras realizar un análisis del título competencial y valoración del rango legal, procede a la valoración de su contenido, formulando algunas observaciones, que han sido analizadas posteriormente en la memoria de tramitación, realizándose en algunos casos modificaciones en el texto del anteproyecto. Incluye el informe la identificación de los desarrollos reglamentarios previstos y unas observaciones de técnica legislativa. El informe realiza, asimismo, la evaluación del impacto de la regulación propuesta en la constitución, puesta en marcha y funcionamiento de las empresas —en cumplimiento del artículo 6 de la Ley 16/2012, de 28 de junio, de apoyo a las personas emprendedoras y a la pequeña empresa del País Vasco—, considerando que el anteproyecto no incide en dichos aspectos. Finalmente, el informe refiere la tramitación que debe seguir el anteproyecto hasta su aprobación por el Consejo de Gobierno.
94. En relación con esta evaluación del impacto de la regulación propuesta en la constitución, puesta en marcha y funcionamiento de las empresas, no han sido tomadas en consideración, sin embargo, medidas que recoge el anteproyecto que sí podrían incidir en la puesta en marcha de iniciativas empresariales. Nos referimos en concreto a la regulación del procedimiento de valoración de impacto en salud, recogido en el artículo 21, a la regulación del establecimiento de procedimientos de autocontrol, recogido en el artículo 79, y a la regulación del régimen de autorización y comunicación de actividades, recogido en el artículo 87. Tampoco la memoria económica realiza una evaluación del costo que pueden suponer para el sector estas medidas de intervención.
95. A requerimiento de Emakunde, el departamento promotor elaboró el **Informe de evaluación previa del impacto en función del género**, según establece el artículo 19 de la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres (LIMH), y conforme a las directrices fijadas para su confección en el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 21 de agosto de 2012.
96. Dicho informe, conforme a la finalidad a la que responde su exigencia legal, evalúa el impacto potencial que el anteproyecto puede tener en la situación de las mujeres y los hombres en el ámbito material objeto del anteproyecto. El informe parte de diversos datos que ofrece el Sistema Sanitario de Euskadi, que reflejan la distinta incidencia de algunas enfermedades y problemas de salud en mujeres y hombres y su participación diferenciada en distintos programas de atención sanitaria. A ello se une la referencia a una valoración específica realizada sobre el impacto de la Covid-19 desde la perspectiva de género. Con estos datos, el informe concluye que, si bien el objetivo específico de promover la



igualdad entre hombres y mujeres no se halla recogido de forma explícita, este objetivo se halla implícito en el principio de equidad e igualdad que el anteproyecto impone como principio rector del Sistema de Salud Pública y que la actuación sobre los determinantes de la salud —condiciones sociales, económicas, de género, demográficas o geográficas— están en la base de todas las acciones a desarrollar en salud pública.

97. En cuanto a los trámites de participación, se han realizado los **trámites de información pública y de consulta a las administraciones**, conforme a los artículos 8 y 9 de la LPEDG, habiéndose remitido el texto a las diputaciones forales, a EUEDEL, a los ayuntamientos de Bilbao, San Sebastián y Vitoria-Gasteiz, al Ministerio de Sanidad, a la Universidad del País Vasco (EHU-UPV) y a Osakidetza.
98. El trámite de información pública se articuló mediante Resolución de 4 de agosto del Director de Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales del Departamento de Salud, publicada en el BOPV el día 6 de agosto y, aunque no figuran en el expediente las comunicaciones efectuadas para la realización del trámite de consultas, por las fechas de algunas de las respuestas debemos presuponer que ambos trámites se realizaron en paralelo.
99. Formulan alegaciones las siguientes entidades: EUEDEL, los ayuntamientos de Bilbao y San Sebastián, los sindicatos profesionales SATSE-Sindicato de Enfermería y Sindicato Médico de Euskadi, el Consejo de Farmacéuticos del País Vasco, Colegio oficial de Veterinarios de Bizkaia y Bizitza Elkartea.
100. Las alegaciones de EUEDEL se centran en la indefinición del proyecto en cuanto a la correcta delimitación de las competencias de las distintas administraciones públicas y en las funciones que se atribuyen al Gobierno Vasco para coordinar las políticas y actuaciones locales. Plantea también EUEDEL, como también lo hace el Ayuntamiento de Bilbao, algunas alegaciones sobre concretas competencias atribuidas a los ayuntamientos.
101. Como cuestiones específicas de su ámbito de actuación, las alegaciones de los sindicatos y los colegios profesionales comparten la sugerencia de que el texto recoja de forma expresa, a lo largo de diversas partes del texto articulado, la participación que les corresponde en el Sistema de Salud Pública que el anteproyecto configura. Las alegaciones de los sindicatos profesionales ponen así mismo el foco en la habilitación que el texto normativo otorga a la autoridad sanitaria para la reasignación de funciones y efectivos en situaciones de



emergencia de salud pública, considerando imprescindible la participación sindical.

102. Bizitza Elkartea, por su parte, centra sus alegaciones en lo que considera habilitación legal para posibilitar la vacunación obligatoria y todos aquellos contenidos de la norma que posibilitan la adopción de medidas que pueden afectar a los derechos de la ciudadanía.
103. El anteproyecto de ley ha sido sometido también a la consideración de la **Comisión Consultiva de Consumo de Euskadi** y del **Consejo de Sanidad de Euskadi**. En este último órgano han sido debatidas las aportaciones realizadas por el Sindicato de Enfermería-SATSE y por Osalan, aportaciones que han sido trasladadas al departamento promotor. En su documento de aportaciones, Osalan, tras una valoración de las actuales estructuras de salud laboral constituidas al amparo de la Ley 7/1993, de 21 de diciembre, de creación de Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, realiza propuestas concretas de redacción de diversos artículos orientadas a lograr que la problemática de la salud laboral tenga un adecuado reflejo en el proyecto.
104. Consta en el expediente de elaboración un documento muy valioso —Memoria sobre alegaciones y sugerencias planteadas en relación con el Anteproyecto de Ley de salud pública de Euskadi— que facilita el examen —en la perspectiva material exigible— de la audiencia ya que todas las alegaciones y aportaciones realizadas son contestadas por el órgano promotor de modo individualizado y ofreciendo, en todos los casos, las razones que le han llevado a aceptar las propuestas —con la consiguiente adaptación del texto— o a no tomarlas en consideración.
105. En cuanto a los informes sectoriales, se ha emitido el 30 de agosto de 2021 informe de la **Dirección de Atención Ciudadanía y Servicios Digitales**, que recoge una valoración positiva general, que se concretaría en la valoración positiva de la importancia que el texto normativo otorga a la coordinación del Sistema de Salud Pública y a su coordinación con el Sistema sanitario. Valora asimismo de forma positiva el establecimiento de herramientas de evaluación de los programas de Salud Pública.
106. Se ha emitido también el 6 de octubre de 2021 informe de la **Dirección de Normalización Lingüística de las Administraciones Públicas**, que recoge la adecuación de la tramitación del proyecto de decreto a lo exigido por el Decreto 233/2012, de 6 de noviembre, y realiza unas sugerencias concretas para incorporar al articulado determinaciones relacionadas con el uso del euskara



— en concreto, respecto a la necesidad de recoger los derechos lingüísticos de usuarios y consumidores en relación con las entidades de naturaleza privada y, en otro orden de cosas, que se tome en consideración el conocimiento de las dos lenguas oficiales en orden a nombrar representantes en los órganos consultivos previstos en el texto—. En respuesta a estas sugerencias, el departamento promotor ha optado por incorporar al anteproyecto una nueva disposición adicional —“Uso de las lenguas oficiales” — con la que se trataría de dar respuesta a las concretas cuestiones planteadas.

107. **Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer** ha emitido su informe el 8 de octubre de 2021, en el que valora positivamente el esfuerzo realizado por el departamento en la aportación de datos en el informe de impacto de género y alude a algunos problemas que plantea la desigualdad entre hombres y mujeres. Entre estos estaría la necesidad de que la investigación científica atienda a las diferencias entre hombres y mujeres. Plantea también algunas recomendaciones en cuanto a la redacción del texto con la pretensión de lograr que las cuestiones asociadas a la desigualdad de género tengan un mayor reflejo en el texto normativo.
108. El departamento promotor ha valorado las aportaciones realizadas y ha procedido a realizar algunas modificaciones. Considera, sin embargo, que el presupuesto básico que ha servido de guía para elaborar el texto es el abordaje transversal de los determinantes sociales de salud, incluidos los de género, por lo que no considera necesaria una cita expresa pormenorizada en cada artículo en el que pudiera resultar afectado este principio.
109. El 28 de octubre de 2021, la **Dirección de Función Pública** ha emitido informe, en el que plantea objeciones a la utilización en el texto normativo de referencias a estructuras organizativas que no se ajustan a la organización institucional de la comunidad autónoma, recogida en la Ley de principios ordenadores de la hacienda general del País Vasco (LPOHGPV) —cuyo texto refundido fue aprobado por el Decreto Legislativo 1/1997, de 11 de noviembre—. Alude en concreto a la referencia contenida en la disposición final segunda a la posible constitución de una “estructura profesional administrativa de régimen propio” y a la utilización del concepto de “entes autónomos” en el articulado. También realiza algunas sugerencias en cuanto a la estructura territorial, a la necesidad de delimitar los servicios y puestos de trabajo adscritos a los servicios de vigilancia y a la existencia de funciones que necesariamente deben ser desarrolladas por personal funcionario, dado que implican ejercicio de autoridad.

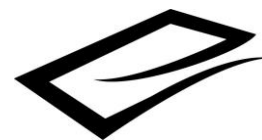


110. También analiza el informe el contenido del anteproyecto relativo a las habilitaciones para la reorganización de personal y la atribución de funciones distintas a las propias del puesto en situaciones de emergencia sanitaria y refiere las limitaciones a las que esta habilitación estaría sometida: su carácter temporal y el respeto a la categoría profesional, las condiciones laborales y el municipio de destino. Refiere, asimismo, los cauces procedimentales que resultan aplicables a las previsiones de contratación de nuevo personal que contiene el anteproyecto —que también serían aplicables a las situaciones de emergencia sanitaria— y plantea las dudas que suscita la utilización del concepto de “cesión” al aludir a la colaboración entre profesionales de distintas administraciones públicas para dar una respuesta coordinada a estas situaciones excepcionales. Se plantean también dudas en cuanto a la regulación relativa a la estructura territorial de salud pública.
111. Las propuestas formuladas han motivado la adaptación del texto en los siguientes aspectos: (I) se ha sustituido el concepto entes autónomos por organización institucional; (II) se ha modificado la definición de agente de la autoridad sanitaria, recogiendo que se trata de personal funcionario, y se han acotado las actuaciones de intervención que necesariamente deben ser realizadas por personal funcionario; (III) se han recogido los límites aplicables a las habilitaciones para implantar estrategias de reorientación de los recursos humanos y de las funciones y tareas del personal; y (IV) se ha sustituido el concepto de “cesión” por el de “movilidad del personal” entre distintas administraciones públicas. En cuanto a la objeción planteada a la utilización del concepto “estructura profesional administrativa de régimen propio” el departamento promotor justifica su utilización porque se desconoce la tipología concreta del futuro ente cuya creación se prevé y, por ello, considera necesario su mantenimiento. Las observaciones del informe relativas a la estructura territorial de salud pública llevan al departamento promotor a la modificación de la regulación propuesta con el objetivo de “no consolidar de facto desde esta norma una estructura territorial”.
112. La anteriormente mencionada memoria sobre alegaciones y sugerencias da cumplida respuesta a las aportaciones realizadas por los distintos informes sectoriales recibidos a lo largo de la tramitación.
113. En esta intervención de determinados órganos específicos, que son llamados por la cualificación que les atribuyen las normas que los regulan, hemos de formular una reserva a la tramitación seguida, pues no obra en el expediente ni la solicitud de informe a la **Agencia Vasca de Protección de Datos** (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) ni el informe de esta, caso de haberse recibido. Resulta evidente que parte de los datos de carácter personal que podrán ser objeto de tratamiento en base a esta ley serán datos de salud y, en cuanto tales, categorías especiales de datos personales que exigen un mayor rigor en el establecimiento de las condiciones que permiten su tratamiento y también resulta evidente que en la actual situación de emergencia sanitaria se han planteado dudas sobre algunos de los instrumentos utilizados para la contención de la pandemia y su adecuación al marco jurídico de protección de datos, debiendo asimismo destacarse la concreta mención en el anteproyecto (artículo 90.1) a medidas consistentes en “la utilización de datos de carácter sanitario individual”.

114. El 17 de diciembre de 2021, el **Consejo Económico y Social-Euskadiko Ekonomia eta Gizarte Arazoetarako Batzordea** emite su Dictamen 12/21 sobre el anteproyecto de ley, en el que considera necesario el anteproyecto por el tiempo transcurrido desde la aprobación de la LOSE y la evolución del concepto de salud pública desde entonces. Valora positivamente el texto por la constitución de Sistema de Salud Pública como una red articulada basada en el principio de Salud en Todas las Políticas. Considera que es un texto bien cohesionado y estructurado, con un correcto desarrollo técnico.
115. Plantea, a continuación, unas observaciones generales y unas observaciones al articulado, que han sido valoradas por el departamento proponente, sin que hayan motivado mayoritariamente la modificación del texto propuesto. El departamento, en su valoración de estas aportaciones, considera —de forma resumida— que algunas de las sugerencias de incorporación al texto no son necesarias, bien por estar ya incorporadas al texto en otra parte del articulado o en otra normativa sectorial aplicable, bien por ser más propias de un posterior desarrollo reglamentario. En cuanto a la concreta sugerencia de crear una instancia de investigación y análisis de la información de carácter independiente o modificar la configuración del Observatorio de Salud Pública para dotarle de independencia, el departamento defiende la opción del anteproyecto por considerar que las funciones encomendadas al observatorio pueden ser correctamente desarrolladas por un órgano de las características que se prevén, sin que sea necesaria su configuración independiente. También defiende la redacción del anteproyecto en cuanto a la regulación de los supuestos de emergencia, pandemia y crisis sanitaria y la posible limitación de derechos en estos supuestos, ante los cuales considera innecesario que el anteproyecto especifique la competencia de las distintas autoridades sanitarias para la adopción de las medidas “porque no siempre las emergencias sanitarias están sujetas a una declaración jurídico-legal”.



116. **La Comisión de Gobiernos Locales** emite el 16 de febrero de 2022 informe sobre el anteproyecto de conformidad con la LILE.
117. El informe se estructura en cuatro epígrafes. El primero aclara el objeto del informe por referencia a los artículos de la LILE que determinan su alcance y los que fijan las competencias de los municipios. El segundo describe el anteproyecto. El tercero analiza el texto desde la perspectiva de la autonomía local, las competencias propias, la potestad de autoorganización y la autonomía financiera. El cuarto recoge las conclusiones, de las que destacamos la siguiente: “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”. La única objeción que plantea el informe es que “se ha diseñado el régimen de la planificación en la materia ignorando a los municipios”.
118. El 8 de marzo de 2022, la **Oficina de Control Económico** (OCE) emite su informe a cuyo través se ejerce el control económico-normativo previsto, con carácter preceptivo, 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. Previamente, el departamento promotor había elaborado una nueva memoria económica, con fecha 16 de diciembre de 2021.
119. El informe centra su contenido en los aspectos organizativos. Critica el elenco de figuras y organizaciones que no aparecen bien definidas, lo que dificulta extraer conclusiones sobre las consecuencias económicas de las opciones organizativas adoptadas. También critica la utilización de la expresión “estructura profesional y administrativa de carácter general” que utiliza la disposición final y entiende que se debe acudir a las formas de la organización institucional de la LPOHGPV. Considera que hay poca certeza en la regulación relativa al Sistema de Información en Salud Pública, respecto del que no puede saberse si efectivamente es creado por la ley o se pospone la misma a un desarrollo posterior. También alude a la innecesaridad de una norma con rango de ley para la ordenación de los órganos y servicios administrativos.
120. Por lo demás, la OCE considera que del expediente se deduce que las actuaciones derivadas de la aplicación de la nueva ley se desarrollarán con recursos humanos y materiales existentes, con la salvedad de las situaciones de emergencia sanitaria, “que podría precisar, eventualmente, de inversión en equipamiento para cada puesto consecuencia de las adecuaciones de la estructura y funciones del personal”.



121. El departamento promotor ha valorado en sendos informes las alegaciones y sugerencias realizadas tanto por el CES como por la Comisión de Gobiernos Locales y por la OCE. La redacción de la disposición final, que había motivado objeciones tanto por parte de la Dirección de Función Pública como de la OCE, ha sido finalmente modificada.
122. Examinado el procedimiento en su conjunto cabe señalar que la valoración del procedimiento de elaboración, en términos generales, es positiva tanto por haberse adecuado formalmente a las pautas de la LPEDG, como por haber permitido un debate sobre la norma y la mejor forma de lograr los objetivos que se persiguen con su dictado.
123. No obstante, hubiera sido conveniente la participación de la Agencia Vasca de Protección de Datos dado que los datos de carácter personal que son objeto de tratamiento en el marco del anteproyecto son en gran medida datos de salud y, por tanto, categorías especiales de datos, tal y como se expondrá en el apartado correspondiente de esta dictamen.

ANALISIS DEL ANTEPROYECTO DE LEY

I OBSERVACIONES GENERALES

124. Sin perjuicio del posterior concreto examen del articulado, vamos a tratar en primer lugar aquellos contenidos de la iniciativa que consideramos exigen mayor atención y aquellos otros que, agrupados por materias, recomiendan un tratamiento conjunto.
125. Para ello, clasificamos la exposición en dos grandes epígrafes: el primero agrupa todas las cuestiones relevantes que plantea el anteproyecto en relación con las emergencias sanitarias. En el segundo, se agrupan el resto de consideraciones de carácter general que afectan al anteproyecto.

A) Emergencias sanitarias

Medidas en situación de emergencia sanitaria:

126. El anteproyecto destina el artículo 90 a las medidas de intervención sobre las personas y el artículo 91, a las medidas de aislamiento o cuarentena en caso de emergencias sanitarias declaradas



127. Sin perjuicio de las cuestiones que sobre su tenor literal señalaremos más adelante, dicho contenido del anteproyecto merece un análisis detenido en la perspectiva de su compatibilidad con el bloque de constitucionalidad.
128. Antes es necesario realizar una serie de consideraciones generales que nos ayudarán a centrar adecuadamente nuestro examen.
129. En primer lugar, cabe recordar que el marco en el que debe sustentarse el análisis de compatibilidad viene, esencialmente, conformado por las ya citadas LOMESP, la LGS y la LGSP.
130. Si la presencia de una ley orgánica siempre introduce cierta complejidad en ese análisis, en este caso dicha complejidad es más intensa ya que existe un debate jurídico —todavía no zanjado— sobre el alcance de la LOMESP y la posibilidad de que las leyes ordinarias puedan incluir medidas preventivas para proteger la salud pública restrictivas de derechos fundamentales que no se encuentran previstas expresamente en dicha ley.
131. De forma resumida —por todos, Dictamen del Consejo de Estado (DCE) 213/2021—, se plantea la cuestión de si las comunidades autónomas cuyas autoridades pueden adoptar medidas especiales en materia de salud pública limitativas de derechos fundamentales y libertades públicas en el marco de la LOMESP pueden, con base en sus competencias en materia de sanidad y salud pública, abordar el “desarrollo” de dicha ley orgánica e incluir en sus leyes tales medidas, teniendo en cuenta que la LOMESP no contempla remisión alguna al legislador ordinario.
132. Con todo, la cuestión así planteada no deja de ser paradójica: las autoridades estatales y autonómicas han venido adoptando, con base en la LOMESP, medidas limitativas o restrictivas de determinados derechos fundamentales (p.ej.: artículo 19.1 CE), pero tales medidas, en esa tesis, no podrían ser incorporadas en las leyes que dicten las comunidades autónomas en ejercicio de sus competencias en la materia “salud pública”, sin adentrarse en el terreno prohibido de la “materia orgánica”.
133. Ha de tenerse en cuenta que las competencias autonómicas en sanidad y salud pública, como antes hemos expuesto, son muy amplias tal y como, de forma ordenada y muy didáctica, muestra el artículo 162 del Estatuto de Autonomía de Cataluña (validado por el Tribunal Constitucional en su STC 31/2010, FJ 102) que tiene el siguiente contenido:



1. Corresponde a la Generalitat, en materia de sanidad y salud pública, la competencia exclusiva sobre la organización y el funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

2. Corresponde a la Generalitat la ordenación farmacéutica en el marco del artículo 149.1.16 de la Constitución.

3. Corresponde a la Generalitat, en todo caso, la competencia compartida en los siguientes ámbitos:

a) La ordenación, la planificación, la determinación, la regulación y la ejecución de las prestaciones y los servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para todos los ciudadanos.

b) La ordenación, la planificación, la determinación, la regulación y la ejecución de las medidas y las actuaciones destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efectos sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica.

c) La planificación de los recursos sanitarios de cobertura pública y la coordinación de las actividades sanitarias privadas con el sistema sanitario público.

d) La formación sanitaria especializada, que incluye la acreditación y la evaluación de centros; la planificación de la oferta de plazas; la participación en la elaboración de las convocatorias y la gestión de los programas de formación de las especialidades y las áreas de capacitación específica y la expedición de diplomas de áreas de capacitación específica.

e) El régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público.

4. La Generalitat participa en la planificación y la coordinación estatal en materia de sanidad y salud pública con arreglo a lo previsto en el Título V.



5. Corresponde a la Generalitat la competencia ejecutiva de la legislación estatal en materia de productos farmacéuticos.

134. En cualquier caso, el debate suscitado solo podrá ser definitivamente resuelto por el Tribunal Constitucional y tiene sin duda muchas derivadas que en modo alguno pretenden estudiarse en este dictamen, cuyo objeto se contrae al examen de la concreta regulación propuesta.
135. En ese ámbito, la Comisión considera que, sin perjuicio de las matizaciones que luego realizamos, la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), en el ejercicio de su competencia en materia de salud pública, puede incorporar en su ley de salud pública preceptos en los que se contemplen las medidas preventivas y generales que pueden adoptarse. En esa operación, lógicamente, deberá respetar lo que señala la LOMESP —o la norma orgánica que pudiera sustituirla—, así como los contenidos básicos de las LGS y LGSP.
136. Tal apreciación es conforme con la doctrina constitucional referida a las leyes orgánicas, según la cual, como ha señalado la Comisión (entre otros, dictámenes 2/2002, 24/2003 y 17/2006):
- a) La reserva a la ley orgánica del artículo 81.1 de la CE reclama una interpretación restrictiva al constituir una excepción dentro del sistema constitucional de las fuentes del derecho que “convierte a las Cortes Generales en ‘constituyente permanente’ (entre otras, STC 6/1982, 160/1987 y 127/1994) y que al ser ‘...complemento indispensable o necesario de la obra del constituyente se sustrae al sistema habitual de mayorías parlamentarias’” (STC 173/1998).
 - b) La interpretación restrictiva se proyecta tanto sobre la propia categoría normativa como sobre las “materias” —“...desde la STC 5/1981, este tribunal ha destacado de forma ininterrumpida la necesidad de aplicar un criterio estricto para determinar el alcance de la reserva y ello tanto en lo referente al término ‘desarrollar’ como a la ‘materia’ objeto de reserva”—.
 - c) Se trata, dice el Tribunal en reiteradas resoluciones, de evitar petrificaciones del ordenamiento y de preservar la regla de las mayorías parlamentarias no cualificadas (por todas, STC 173/1998, FJ 7).
 - d) Requiere, así, ley orgánica únicamente la regulación de un derecho fundamental o de una libertad que “desarrolle” la Constitución de manera directa y en elementos esenciales para la definición del derecho fundamental, ya sea en una regulación directa, general y global del mismo o



en una parcial o sectorial, pero igualmente relativa a aspectos esenciales del derecho, y no, por parcial, menos directa o encaminada a contribuir a la delimitación y definición legal del derecho (STC 127/1994, FJ 3).

- e) La lógica que preside la relación entre la ley orgánica y la ordinaria no es la característica del reparto de la regulación de una materia entre el Estado y las comunidades autónomas que preside el artículo 149.1 de la CE, sino la inherente a la distinta función constitucional que tienen encomendada cada una de esas leyes, pues, como ha declarado el Tribunal Constitucional (STC 76/1983, 160/1987, 101/1991 y 173/1998), la ley orgánica es una prolongación o continuación del poder constituyente que se mueve en un plano diverso al de la ley ordinaria y que se impone a esta (sea estatal o autonómica) en su calidad de complemento indispensable de la CE como una garantía del derecho fundamental que desarrolla (STC 140/1986).
- f) “...la reserva enunciada en el artículo 81.1. de la Constitución para el desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas no es incompatible con la colaboración internormativa entre la fuente a favor de la cual la reserva se establece y otras fuentes de producción reconocidas en la Constitución, para alcanzar de este modo, una disciplina integral y articulada en el ámbito de que se trate” (STC 137/1986).

- 137. Conviene incidir en que para el Tribunal Constitucional desarrollar “no puede equipararse a simplemente afectar” (STC 129/1999). De ahí que, fuera del ámbito propio y específico de la ley orgánica, es el legislador ordinario el competente para regular el ejercicio de los derechos fundamentales —“...la reserva de Ley Orgánica del art. 81 sólo cuando ‘desarrolle’ la Constitución de manera directa y en elementos esenciales para la definición del derecho fundamental, si no entramos en la reserva de Ley ordinaria del art.53.1 CE” (STC 191/91)—.
- 138. Es asimismo obligado recordar que no cabe hablar de una solución unívoca para resolver la cuestión de cómo se concreta en cada supuesto la delimitación entre el terreno propio y privativo de la ley orgánica y el de la ley ordinaria. Esa disección no es una tarea sencilla, sin que puedan encontrarse en la doctrina constitucional unos criterios de aplicación general: el Tribunal Constitucional realiza un análisis caso por caso, lo que parece adecuado pues los derechos fundamentales reconocidos en el texto constitucional son de naturaleza distinta, como distinta es la forma y grado de concreción de sus elementos y garantías.
- 139. Sobre los criterios para delimitar la reserva a la ley orgánica en un caso concreto, resulta interesante la STC 53/2002, en la que se analizó si era necesaria una ley orgánica para establecer la permanencia obligatoria en unas dependencias



habilitadas al efecto de la persona solicitante de asilo mientras se resolvía su solicitud —esto es, se trataba de la afección al capital derecho fundamental del artículo 17 de la CE—.

140. El Tribunal consideró que no era necesaria la ley orgánica con el siguiente razonamiento:

12. En lo razonado hasta aquí hemos concluido que el art. 5.7.3 LDA no es contrario a los límites materiales que la Constitución establece frente a toda posible restricción en el disfrute de la libertad personal ex art. 17.1 CE. Nos corresponde ahora abordar un segundo reproche, de carácter formal. A juicio del Defensor del Pueblo, el art. 5.7.3 LDA debía tomar la forma de ley orgánica, de ahí también la inconstitucionalidad del precepto impugnado. En relación con la reserva de ley orgánica (art. 81.1 CE) este Tribunal viene acogiendo, desde la STC 5/1981, de 13 de febrero, un criterio de interpretación estricto. Tanto en lo que se refiere al término “desarrollar” como a la “materia” objeto de reserva. Se trata, con ese criterio estricto, de evitar petrificaciones del ordenamiento jurídico y de preservar la regla de las mayorías parlamentarias no cualificadas (entre otras, SSTC 173/1998, de 23 de julio, FJ 7; 129/1999, de 1 de julio, FJ 2). Precizando aún más esta doctrina, en la STC 292/2000, de 30 de noviembre, FJ 11, analizamos con detenimiento cuándo la imposición de límites a un derecho fundamental cae en la reserva de ley orgánica (art. 81.1 CE) y cuándo se puede considerar una regulación del ejercicio del derecho (art. 53.1 CE) no reservado a aquella forma legal. Dijimos entonces que los límites legales o bien pueden ser restricciones directas del derecho fundamental mismo, o bien pueden ser restricciones al modo, tiempo o lugar de ejercicio del derecho fundamental. En el primer caso, regular esos límites es una forma de desarrollo del derecho fundamental. En el segundo, los límites que se fijan lo son a la forma concreta en la que cabe ejercer el haz de facultades que compone el contenido del derecho fundamental en cuestión, constituyendo una manera de regular su ejercicio, lo que puede hacer el legislador ordinario a tenor de lo dispuesto en el art. 53.1 CE.

13. Ciertamente es que en anteriores ocasiones este Tribunal ha considerado que determinadas privaciones de libertad debían calificarse como “desarrollo” del art. 17.1 CE y, por tanto, sólo podían establecerse en Ley Orgánica conforme al art. 81.1 CE. Así ha ocurrido en relación con la tipificación de ilícitos penales



(SSTC 140/1986, de 11 de noviembre, FJ 5; 160/1986, de 16 de diciembre, FJ 3; 119/1992, de 18 de septiembre, FJ 2); también llegamos a dicha conclusión — aun no siendo ratio decidendi del caso— en relación con el internamiento de personas con trastornos psíquicos (STC 129/1999, de 1 de julio, FJ 2). Se trataba, en los casos enjuiciados, de normas que preveían privaciones de libertad especialmente gravosas: bien por su duración (dilatada, en el caso de las penas; indefinida, en el caso de internamiento del enajenado), bien porque la privación de libertad tenía lugar en régimen penitenciario. Se trataba, además, de privaciones de libertad que podían afectar a cualquier sujeto, con sólo concurrir el supuesto de hecho abstracto de la norma punitiva o de internamiento. Eran, en suma, privaciones de libertad cuya generalidad e intensidad las equiparaban a un tratamiento frontal o “desarrollo” del art. 17.1 CE; de ahí la exigencia de Ley Orgánica ex art. 81.1 CE. Ahora bien, nada lleva a concluir que también en el caso presente nos hallamos ante afectaciones de la libertad que, por su generalidad e intensidad, puedan ser calificadas como “restricciones directas” del derecho fundamental a la libertad personal (art. 17.1 CE).

141. Sobre el aspecto que nos ocupa, cabe también reseñar que, al hilo del examen de algunas decisiones adoptadas por las autoridades sanitarias durante la pandemia COVID —no previstas expresamente en la LOMESP—, el Tribunal Supremo no acoge la alegación sobre la denunciada quiebra de la reserva de ley orgánica. Ante dicha cuestión, el Tribunal Supremo (por todas, STS 62/2022, de 26 de enero, rec. Casación 1155/2021), considera:

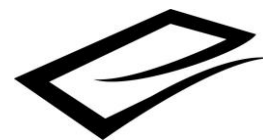
que el medio normal para aprobar normas que restrinjan o limiten un derecho fundamental de los regulados en la Sección 1ª del Capítulo Segundo del Título I de la Constitución, será hacerlo por ley orgánica en cuanto que implique el desarrollo de un derecho fundamental (artículos 53 y 81 de la Constitución), y ello por afectar a algún elemento básico, nuclear o consustancial del derecho fundamental, desarrollo que deberá hacerse respetando su contenido esencial, luego superando el juicio de proporcionalidad. Y a estos efectos ese “desarrollo” es tanto una regulación de conjunto del derecho fundamental, como la que incida en elementos básicos, nucleares o consustanciales del mismo. En cambio, fuera de ese desarrollo así entendido, la restricción o limitación puntual de un derecho fundamental cabe hacerla mediante ley ordinaria, siempre respetando su contenido esencial y sin desnaturalizarlo.



142. Concretamente, en lo que se refiere a la idoneidad de la legislación sanitaria para dar cobertura a eventuales restricciones o limitaciones —fuera del estado de alarma—, el Tribunal Supremo ha admitido la cobertura que ofrece la LOMESP para medidas limitativas como las que contempla el anteproyecto, haciendo depender su idoneidad, “no tanto de la intensidad de las medidas adoptadas a su amparo, como que estén sustancialmente justificadas según las circunstancias del caso y siempre que tal justificación esté a la altura de la intensidad y la extensión de la restricción de que se trate: esto es, debe justificarse que son medidas indispensables para salvaguardar la salud pública. Para ello ese precepto debe interpretarse en relación con los artículos 26 y 54 de la Ley 14/1986 ya citada y de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, respectivamente”.
143. En ese punto precisamente se sitúa el anteproyecto: es la ley ordinaria que, en ejercicio de la competencia autonómica, afronta la regulación general de la salud pública en el ámbito de la CAPV. En este plano, la situación del legislador autonómico no difiere de la del legislador ordinario estatal, por cuanto la ley orgánica —según lo expuesto— supone un límite para ambos.
144. Las medidas que contempla el anteproyecto, sin perjuicio de las matizaciones que luego señalamos, no abordan “un desarrollo de los derechos fundamentales y libertades públicas” reservado a la ley orgánica, en el sentido que, según hemos expuesto, cabe dar a dicha locución en la doctrina constitucional.
145. En opinión de la Comisión, corrobora esta conclusión el proceso seguido con la Ley 2/2021, de 24 de junio, de medidas para la gestión de la pandemia de COVID-19, cuyo objeto, entre otros extremos, es la “regulación concreta del régimen jurídico para el control de la pandemia de COVID-19, y diferentes medidas que se pueden adoptar en función de dichos niveles, en el marco establecido por la Ley Orgánica 3/1986...[LOMESP]”.
146. Su título quinto establece una amplia relación de medidas generales y específicas, definidas en función de cinco niveles de alerta previamente objetivados.
147. Las medidas allí contempladas, que coinciden en gran parte con las ahora propuestas, centran parte de la discrepancia surgida con la Administración General del Estado, parcialmente superada a través del Acuerdo de 30 de marzo de 2022, de la correspondiente Comisión Bilateral de Cooperación —publicado su texto en BOPV de 27 de abril de 2022, por Resolución de 1 de abril de 2022, del Viceconsejero de Régimen Jurídico—.



148. El contenido del acuerdo resulta ser un elemento hermenéutico relevante en orden a precisar el potencial alcance de las medidas de la Ley 2/2021, trasladable a lo que ahora se analiza, al plasmar la interpretación conforme acogida por las partes suscribientes
149. Se halla, además, en sintonía con los alcanzados en relación con otras leyes autonómicas: Resolución de 31 de agosto de 2021, de la Secretaría General de Coordinación Territorial, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Administración General del Estado-Comunidad Autónoma de Galicia (BOE de 21 de septiembre de 2021); Resolución de 31 de agosto de 2021, de la Secretaría General de Coordinación Territorial, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Administración General del Estado-Comunidad Autónoma de las Illes Balears (BOE de 23 de septiembre de 2021); y Resolución de 22 de abril de 2022, de la Secretaría General de Coordinación Territorial, por la que se publica el Acuerdo de 19 de abril de 2022, de la Comisión Bilateral de Cooperación Administración General del Estado-Comunidad Autónoma de Canarias (BOE de 9 de mayo de 2022).
150. De acuerdo con las consideraciones del citado acuerdo, las partes expresan que “los artículos 8, 14, 15, 21, 23, 24 y 26 a 34 proceden a regular las posibles medidas de adopción por las autoridades sanitarias vascas al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro dentro, en todo caso, del marco que dispone la LOMESP, de medidas especiales en materia de salud pública, como los preceptos recogen expresamente. Los preceptos se fundan en las competencias autonómicas en materia de sanidad interior, por lo que regula la materia sobre la que se proyectan los derechos involucrados, pero en ningún caso se entiende que efectúe un desarrollo de los derechos fundamentales y libertades públicas involucrados, ni que establezca sus límites, materias reservadas constitucionalmente a la ley orgánica”.
151. Como sigue diciendo el acuerdo, “las autoridades sanitarias del País Vasco aplicarán las medidas recogidas en los artículos 8, 14, 15, 21, 23, 24 y 26 a 34 al amparo de lo que al respecto disponga en todo momento la legislación orgánica de invocación y la jurisprudencia establecida sobre la interpretación de la misma, y con respeto a las competencias estatales sobre las bases y la coordinación general de la sanidad, así como a los principios de proporcionalidad y demás previstos en el artículo 28 de la LGS y al principio de voluntariedad establecido en el artículo 5.2 de la LGSP, y cuando corresponda, de acuerdo con lo previsto en los artículos 8.6 y 10.8 de la LJCA [Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa]”.
152. Finalmente, el acuerdo concluye con la constatación de que “No se consideran solventadas las discrepancias relativas al inciso in fine del apartado 3 del artículo 14”, que



dice “este mismo precepto se aplicará a los efectos de la exigencia de vacunación”, de manera que por el Presidente de Gobierno se ha interpuesto el correspondiente recurso de inconstitucionalidad —admitido a trámite, con suspensión de la vigencia del inciso impugnado, en los términos publicados en BOE de 22 de mayo de 2022—.

153. Llegados a este punto, validada en abstracto la posibilidad de incluir en el anteproyecto un contenido destinado a clarificar el régimen de las medidas que pueden adoptar las autoridades de la CAPV en caso de situaciones de riesgo para la salud, pasamos al examen de la forma en que se plasma ese contenido en el anteproyecto.
154. Por su especial importancia para esa labor, resulta operativo transcribir el texto de los tres primeros preceptos de la LOMESP:

Artículo primero

Al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

Artículo segundo

Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle la actividad.

Artículo tercero

Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá acordar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que están o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.



155. En cuanto tales medidas, debe tenerse en cuenta que algunas de ellas pueden constituir excepciones al principio de voluntariedad que rige la participación en las actuaciones de salud pública y que recoge el artículo 5.2 de la LGSP —“La participación en las actuaciones de salud pública será voluntaria, salvo lo previsto en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública”—, así como, en el ámbito sanitario, los artículos 8 y 9 de 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.
156. Y, de igual modo, debe tenerse en cuenta que para las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias con arreglo a la legislación sanitaria que impliquen limitaciones o restricciones de derechos fundamentales ha de estarse a lo establecido en el artículo 8.6 —para aquellas que afecten a personas concretas e identificadas de manera individualizada— y artículo 10.8 —para las de ámbito distinto al estatal que afecten a personas no identificadas individualmente—, ambos de la LJCA.
157. Es también oportuno recordar el artículo 26.1 de la LGS, cuyo tenor es el siguiente:
- En caso de que exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo eminente y extraordinario para la salud, las autoridades sanitarias podrán adoptar las medidas preventivas que estimen pertinentes, tales como la incautación o inmovilización de productos, suspensión del ejercicio de actividades, cierres de empresas o sus instalaciones, intervención de medios materiales y personales y cuantas otras se consideren sanitariamente justificadas.
158. Y el artículo 54 de la LGSP, cuyo apartado 1 señala que: “Sin perjuicio de las medidas previstas en la Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en Materia de Salud Pública, con carácter excepcional y cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia, la Administración General del Estado y las de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla, en el ámbito de sus respectivas competencias , podrán adoptar cuantas medidas sean necesarias para el cumplimiento de la ley”.
159. En su apartado 2 enuncia algunas medidas en particular —inmovilización, decomiso de productos, intervención de medios materiales y personales, suspensión del ejercicio de actividades, cierres preventivos, etc.— y finaliza con una cláusula abierta: “Cualquier otra medida ajustada a la legalidad vigente si existen indicios



racionales de riesgo para la salud incluida la suspensión de actuaciones de acuerdo a lo establecido en el Título II”.

160. Descritos sintéticamente algunos de los parámetros más importantes para el examen de los artículos 90 y 91 del anteproyecto, emprendemos su examen.
161. Debe tomarse en consideración que el artículo 90, denominado “Medidas de intervención sobre las personas”, se inserta en una sección que lleva por título “Intervención administrativa”, que aborda medidas cuyo incumplimiento puede acarrear consecuencias sancionadoras o que pueden ejecutarse por vía coercitiva imponiéndose de forma forzosa.
162. Como primera consideración ha de decirse que los preceptos presentan una redacción no del todo depurada que convendría revisar a fin de asegurar la certeza, mediante una adecuada sistemática de ambos preceptos y una estructura interna de cada uno que afiance la coherencia de los mensajes normativos, teniendo en cuenta que se refieren a cuestiones complejas, tal y como han sido expuestas.
163. En este sentido, no ayuda a la comprensión del alcance del precepto la regulación indiferenciada de las medidas preventivas generales y de medidas para el caso de las enfermedades transmisibles, separándose de la sistemática de la LOMESP.
164. Ya en el examen del primer párrafo del artículo 90, este comienza con una cláusula general que contempla la adopción de medidas preventivas generales y de intervención: “Conforme a la normativa vigente y a las garantías establecidas por ésta, cuando exista o se sospeche razonablemente la existencia de un riesgo urgente para la salud de la población, debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupos de personas, o a situaciones de emergencia de salud pública o pandemias, la autoridad sanitaria podrá ordenar la adopción de las medidas preventivas generales y de intervención”.
165. La expresión sirve para enmarcar todas las medidas a adoptar en el ámbito de la normativa orgánica y básica que pueda resultar de aplicación a cada caso, por lo que, en principio, resulta una formulación correcta. Si bien, atendidos los términos del debate jurídico que hemos expuesto y los del propio acuerdo alcanzado en relación con la Ley 2/2021, sería bueno reflexionar sobre la conveniencia de incluir una referencia expresa a la ley orgánica —en este momento, LOMESP— y al resto de la normativa vigente de aplicación.
166. De hecho, el propio anteproyecto, en el artículo 58.b), contiene una mención expresa a dicha LOMESP que, como luego señalamos, estaría mejor ubicada sistemáticamente en el artículo 90.



167. Sobre este aspecto, retomando la antes citada STS 62/2022 de 26 de enero, el propio tribunal, tras afirmar la idoneidad del artículo 3 de la LOMESP para dar cobertura a eventuales restricciones o limitaciones —fuera del estado de alarma—, reconoce que dicho precepto es “innegablemente escueto y genérico y no fue pensado para una pandemia como la actual, sino para brotes infecciosos aislados, de ahí nuestra advertencia de lo pertinente de contar con una regulación adecuada a una pandemia”.
168. A continuación, el primer párrafo del artículo 90 pasa a enumerar una serie de medidas preventivas generales y de intervención, con un carácter abierto. Así, señala que “entre dichas medidas se incluyen el establecimiento de restricciones en la libertad de movilidad y en el ejercicio profesional; la práctica de exámenes y reconocimientos médicos; la vacunación, prescripción de tratamiento médico y hospitalización; el control individual sobre la persona o grupos de personas, así como el aislamiento domiciliario”.
169. Algunas de las señaladas coinciden con las expresamente previstas en la LOMESP. Así, la práctica de exámenes, reconocimientos médicos, prescripción de tratamiento médico o la hospitalización resultan reconducibles a las expresamente citadas en el artículo segundo de la LOMESP, que, según lo visto, menciona “medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control”.
170. Otras, como las medidas para el control individual personal o de grupos de personas —con riesgo de contagio o enfermas—, aunque no se encuentren expresamente mencionadas en dicha ley, parecen subsumibles sin mayor dificultad entre las “medidas de control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas” o “medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible” a que se refieren los artículos 2 y 3, respectivamente, de la citada LOMESP.
171. En igual sentido, la posibilidad de establecer “restricciones en la libertad de movilidad” que, en principio, percute sobre el ejercicio del derecho fundamental del artículo 19.1 de la CE, sería asimismo reconducible a la categoría de especificación o ejemplificación de una de las medidas descritas en la LOMESP: “medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible” (artículo 3 de dicha ley); consideración que cabe extender asimismo al aislamiento domiciliario.



172. Cuestión distinta, y que no debe contaminar el juicio sobre el contenido que examinamos, es que en su aplicación —extensión, duración...—, al adoptar alguna de esas u otras medidas pudiera llegar a afectarse indebidamente a un derecho fundamental. Pero, como es doctrina constitucional constante (por todas, STC 58/1982), la mera posibilidad de un uso inadecuado de las normas no puede fundar un juicio preventivo negativo de constitucionalidad sobre las mismas. Sin poder olvidar el refuerzo que, para evitar situaciones indebidas de afección a derechos fundamentales, suponen los controles jurisdiccionales previstos en la LJCA, antes reseñados.
173. Una valoración singular nos merece la incorporación de la vacunación como una más de las medidas posibles, en los términos que lo hace el artículo 90.
174. Ocurre que la propia naturaleza de la vacunación, en contraposición a otras igualmente citadas —por ejemplo, la hospitalización—, permite plantearse en hipótesis —como evidencia la existencia de un debate al respecto— la adopción de una medida generalizada que abarcara al conjunto de la población en casos de emergencia sanitaria o pandemia, e introduce un elemento que cualifica sustancialmente la medida.
175. Es claro que la LOMESP permite los tratamientos médicos obligatorios e, incluso, su imposición coactiva cuando se trata de una persona o grupo de personas identificadas, previa autorización judicial —aunque en el caso de la vacunación se trate de una previsión de escasa aplicación (debe citarse la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de 22 de julio de 2013, rec. 667/2012 referida a un caso de vacunación obligatoria contra el sarampión de 35 menores)—.
176. Sin embargo, la forma en que se recoge en el párrafo del artículo 90 que venimos comentando permitiría entender incluida una vacunación obligatoria —y de posible imposición coactiva— a la población en general al incluirse en el precepto la referencia a una situación de pandemia.
177. Sin que podamos ofrecer una opinión definitiva, hay razones para sostener que esta vacunación obligatoria general pudiera ser considerada, de acuerdo con la doctrina constitucional que hemos dejado resumida más arriba, una medida con una entidad e intensidad suficientes como para comprometer el derecho fundamental del artículo 15 de la CE —integridad física y moral— en términos no permitidos al legislador ordinario y que requeriría, por lo tanto, una expresa mención en la LOMESP que otorgue la seguridad jurídica necesaria para excepcionar el principio general de voluntariedad recogido en el antes transcrito artículo 5.2 de la LGSP, así como en los artículos 8 y 9 de 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.

178. Expuesto lo anterior, la Comisión sí considera posible que, en el marco de la LOMESP, con respeto al principio de proporcionalidad y respetando el régimen de autorización o ratificación judicial previsto en la LJCA, pudiera contemplarse supuestos de vacunación obligatoria selectiva para determinados grupos de población o colectivos profesionales —siempre de acuerdo con sus regulaciones sectoriales— en casos de urgencia o necesidad sanitaria ante enfermedades transmisibles.
179. En suma, sería muy adecuado revisar este artículo 90 dotándolo de una mayor precisión, en especial para que se determinen con certeza y predecibilidad el concreto alcance de las medidas que se quieren contemplar.
180. En cuanto al segundo mensaje del párrafo 1 del artículo 90, debería enmarcarse “la trazabilidad de contactos” y “la utilización de datos de carácter sanitario individual” expresamente en la normativa de protección de datos, sin que baste a este fin la mención que contempla la disposición adicional primera del anteproyecto —que luego es objeto de análisis—.
181. Por su parte, el deber de colaboración a que se refiere el tercer mensaje del párrafo 1 debería asimismo perfilarse con mayor concreción, dado que ya se contempla de modo general en el artículo 59 y la expresión “en todos los aquellos procedimientos que les sean exigidos” carece de la certeza exigible para la adecuada configuración de un deber personal (artículo 18.1 LPAC).
182. El párrafo 2 del artículo 90 debería ser revisado a fin de adoptar una redacción del mismo que resulte compatible con la actual regulación de la LJCA, que se refiere exclusivamente a “las medidas adoptadas con arreglo a la legislación sanitaria que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción a los derechos fundamentales”.
183. Al margen de que los derechos fundamentales a los que se refiere la LJCA son los recogidos en los artículos 10 a 29 de la CE, tratándose de una regulación procesal (artículo 149.1.6 CE) es relevante evitar cualquier disfunción y recordar que esta habla de los supuestos de “limitación o restricción de derechos fundamentales”. En este sentido es equívoco incluir un listado de medidas que no incluye todas las previstas en el propio artículo y, sin embargo, incorpora algunas que, conforme a la legislación procesal, no están sujetas a este trámite, como sucede con la libertad de ejercicio profesional (artículos 35 y 36 CE).



184. El segundo mensaje de este párrafo 2 del artículo 90 será objeto de análisis en un apartado posterior de estas observaciones generales, al analizar la autorización o ratificación judicial de las medidas de intervención.
185. Cabe asimismo sugerir la eliminación del párrafo 3 del artículo 90, siendo, de otra manera, equívoca la referencia a la adopción de medidas adicionales a un listado que, conforme a lo dispuesto en el párrafo 1, no es cerrado, así como la mención al “respeto al principio general de proporcionalidad y demás principios informadores de la intervención administrativa”.
186. Anudada a esta consideración se formula otra sobre la conveniencia de añadir un contenido con el fin de reflejar los principios y garantías que deben presidir la adopción de las medidas por razones de salud pública, de acuerdo con lo que viene señalando la jurisprudencia.
187. A tal fin, debería tomarse en cuenta la doctrina jurisprudencial establecida; de nuevo, acudiendo a la STS 62/2022, de 26 de enero:

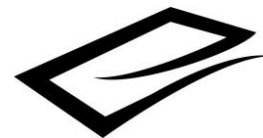
Así respecto de qué le es exigible a la Administración para que esas medidas restrictivas o limitativas de derechos fundamentales sean conformes a Derecho y puedan contar con la cobertura normativa expuesta, hemos declarado lo siguiente:

1º Debe justificar la realidad de que haya una enfermedad que comporte un riesgo grave de transmisibilidad.

2º Debe justificar también que esas medidas restrictivas o limitativas son idóneas o adecuadas e imprescindibles por no haber otros medios más eficaces, lo que se concreta en un triple juicio: de idoneidad o adecuación, necesidad y proporcionalidad.

3º Debe fijar un ámbito territorial atendiendo a la población afectada, así como el tiempo que considera imprescindible atendiendo a la gravedad de la enfermedad.

4º Y, en fin, también hemos sostenido que la exigencia de justificación no significa aportar informes prolijos y variados según el lugar, ni se traduce en la exigencia de que se extiendan a lo largo de un número determinado de páginas.



188. Sobre las cuestiones a enjuiciar para declarar la conformidad a derecho de las medidas limitativas establecidas, la misma sentencia señala:

Respecto del enjuiciamiento de la conformidad a Derecho de esas medidas hemos dicho lo siguiente:

1º El tribunal debe comprobar la competencia de la Administración que las acuerda y que esa Administración basa esas medidas en las normas que venimos exponiendo.

2º También debe juzgar si la Administración ha identificado con claridad -y probado-, el peligro grave para la salud que comporta la enfermedad transmisible.

3º Debe comprobarse si la Administración ha identificado correctamente la extensión o ámbito subjetivo de las medidas, es decir, la población afectada por las restricciones, más el ámbito territorial y temporal de las mismas.

4º Y debe comprobarse si la Administración ha justificado que esas medidas restrictivas o limitativas superan el juicio de necesidad -no hay otros medios o no los hay menos agresivos para evitar el contagio-; idoneidad -son los adecuados y suficientes- y proporcionalidad -esto es, guardan coherencia con el riesgo grave de transmisibilidad-.

189. Al examinar el artículo 91, lo primero que surge es la incertidumbre sobre la delimitación de su ámbito en relación con el artículo 90. El contenido o naturaleza de las medidas que ambos recogen parecen parcialmente coincidentes, de modo que las medidas de aislamiento o cuarentena previstas en el artículo 91, tendrían igualmente acomodo en el listado no cerrado del artículo 90, que, por otro lado, ya contiene una cita expresa a la medida de aislamiento.
190. En un principio, podría pensarse que el artículo 90 quiere reservarse para las medidas de carácter general —“Medidas preventivas generales y de intervención”—, en contraposición al artículo 91, que quedaría circunscrito a medidas que afectan a personas identificadas. No se entiende, sin embargo, por qué solo se citan entonces en el artículo 90 las concretas medidas de aislamientos o cuarentena, con descarte de otras igualmente aplicables en ese marco individualizado. A ello



se añade que el artículo 90 también parece abarcar este segundo ámbito (“el control... de quienes estén o hayan estado en contacto con las personas enfermas...”).

191. En esta regulación se observa con especial intensidad la carencia antes apuntada y la necesidad de establecer con la claridad exigible los ámbitos —objetivos y subjetivos— de cada precepto, así como las prescripciones normativas que quieren establecerse para cada caso. Por lo que sería muy positivo para el anteproyecto la revisión de dichos contenidos.

Entronque con la regulación de emergencias:

192. La exposición de motivos del anteproyecto alude a la pandemia COVID-19, destacando que ha venido a subrayar la importancia de la transversalidad de la salud pública y, por ello, de la necesaria coordinación entre las autoridades sanitarias y las diversas instancias y agentes que inciden en la materia de salud.
193. A continuación, se detiene en el Plan de Protección Civil de Euskadi, afirmando que establece “el marco organizativo general de la Comunidad Autónoma Vasca para hacer frente a todo tipo de emergencias que por su naturaleza o extensión o por la necesidad de coordinar más de una administración, requieran una dirección autonómica (art. 29.e del Decreto Legislativo 1/2017, de 27 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Gestión de Emergencias)”.
194. De estas palabras de la exposición de motivos cabe inferir la suficiencia del marco normativo, residenciado en la LGE, en cuanto a la organización de la Comunidad Autónoma frente a las emergencias sanitarias, que no dejarían de ser un subtipo de las que dicha ley regula en general —emergencias derivadas de riesgos epidemiológicos en palabras del vigente Plan de Protección Civil de Euskadi—.
195. Sin ánimo de extendernos, conviene recordar que la LGE articula la ordenación y coordinación de las actuaciones de las administraciones públicas en la prevención y gestión de emergencias ante situaciones de urgencia o emergencias en torno a la figura de los planes de protección civil —planes territoriales o especiales, según los casos—, destacando el Plan de Protección Civil de Euskadi-LABI (artículo 29).
196. En lo que ahora interesa, puede destacarse que la LGE prevé que la dirección y coordinación de las actuaciones para afrontar la emergencia corresponderá a los órganos competentes de la CAPV cuando (artículo 32.3 LGE) se disponga la aplicación del LABI o de un plan especial, se declare la situación de emergencia



catastrófica o, declarado el interés supracomunitario, esa dirección y coordinación se deleguen en los órganos de la CAPV.

197. Procede añadir que al Departamento de Seguridad le corresponde, en el marco de la LGE, ejercer la superior dirección y coordinación de las acciones de los planes de protección civil cuando así lo dispongan (artículo 11.g), y a su titular, ejercer la superior dirección y coordinación del LABI (artículo 11.h), exceptuándose el supuesto de declaración de situación de emergencia catastrófica por el Lehendakari, en cuyo caso este asume la dirección de todas las actividades de la emergencia (artículo 35).
198. Es en este marco muy someramente expuesto, conformado por prescripciones de la LGE, en el que deben ubicarse las previsiones que en materia organizativa en el ámbito de las emergencias contiene el anteproyecto.
199. Determinadas previsiones del anteproyecto pueden suscitar alguna duda respecto a las funciones de los órganos con competencias en materia de salud en el caso de emergencias sanitarias y su conciliación con la normativa en materia de gestión de emergencias, en la que se plasma un claro protagonismo del departamento competente en materia de seguridad pública.
200. La referencia al Plan de Protección Civil de Euskadi en la exposición de motivos entrañaría una organización ligada al departamento competente en materia de seguridad pública —salvo en el caso del artículo 35 LGE—, que el anteproyecto parecería querer modular de alguna manera en el caso de las emergencias de salud pública, al introducir funciones de los órganos con competencia en materia de salud pública con un alcance que, sin embargo, resulta un tanto confuso.
201. Así, en artículos como el artículo 28.i) —competencias del Gobierno Vasco, a través del departamento competente en materia de salud—, 35.j) —funciones del órgano central de salud pública—, artículo 4.f) —funciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi— y artículo 82.i) —funciones de la autoridad sanitaria— .
202. Es cierto que el texto presentado hace alusiones a LGE.
203. Así, en el artículo 43, al regular las obligaciones del Sistema Sanitario de Euskadi con respecto al Sistema de Salud Pública de Euskadi, se señala que le incumbe establecer una estrategia de respuesta ante la emergencia alineada con los principios establecidos por el órgano central de salud pública y, añade, “si lo hubiera, el órgano de coordinación de respuesta a la emergencia que esté vigente”.



204. A su vez, el artículo 58.d), al regular las medidas a adoptar en caso de alertas o emergencias sanitarias, dispone que, “con respecto a situaciones de emergencia de salud pública grave, la autoridad sanitaria, en coordinación con los órganos puestos a disposición por la normativa de emergencias, determinará los niveles de riesgo y medidas a adoptar en base a la información epidemiológica de salud pública y de los planes de actuaciones”.
205. En la regulación del Sistema de Alertas y Emergencias en Salud Pública (apartados 4 y 9 del artículo 50) también se hallan referencias a instrumentos contenidos en la regulación en materia de protección civil.
206. Pero se trata de menciones parciales que no hacen sino evidenciar la notable conexión entre los dos ámbitos y la posible conveniencia de abordar su entronque con mayor precisión.
207. No es el ámbito competencial expuesto el único que convendría aclarar en lo que respecta a la integración de ambas normas.
208. Dentro de la terminología dispar con la que el anteproyecto se refiere a las situaciones de emergencia, interesa ahora destacar la referencia a las emergencias sanitarias “declaradas”, en terminología que, como se ha expuesto, la normativa vigente en materia de gestión de emergencias también emplea.
209. Son numerosos los artículos del anteproyecto que se refieren a la “declaración” de emergencias o alertas sanitarias o de salud públicas (arts. 17.f, 31.2, 50.5, 50.6, 50.7, 58.c), 69.p), 78.f), 82.i), 89.3 b), 90.2, 91, 93.6, 94.3.s), 99.3)
210. Son prescripciones que concurren con otras que, conforme a una lógica que no se ha justificado en el expediente y que no se desprende del propio anteproyecto, omiten el requisito apuntado —la declaración de emergencia—, en lo que más podría parecer consecuencia de un uso no homogéneo de los términos que de una deliberada voluntad de incorporar diferencias al respecto.
211. No es, sin embargo, una cuestión clara. En el curso de la tramitación del anteproyecto, por parte del CES se propuso incorporar en el artículo 16 — “limitación de los derechos al objeto de proteger la salud pública”— la mención a la declaración de emergencia sanitaria, una alegación que es rechazada por el órgano promotor con la justificación de que “las emergencias sanitarias no siempre están sujetas a una declaración jurídico-legal”, un razonamiento que, sin embargo, contrasta con la incorporación del requisito en otras partes del anteproyecto, en decisión aparentemente contradictoria.



212. Respecto a la determinación de lo que deba entenderse por emergencia sanitaria “declarada”, no se incorpora una previsión general al respecto, sin perjuicio de que se vislumbre la remisión a lo que disponga la legislación internacional, europea y estatal. En el artículo 50.5 se prevé que “La declaración de alertas y emergencias en salud pública y sus incidencias diarias se realizará de forma obligatoria y urgente, de conformidad con la legislación internacional, europea y estatal y con las directrices de la autoridad sanitaria competente y, en su caso, atendiendo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud”.
213. El artículo 58.c) se refiere a “situaciones de emergencia de salud pública declaradas por las autoridades competentes, ...”. En términos análogos, el artículo 78.f).
214. En este panorama, es dable interrogarse sobre el régimen de la declaración de las situaciones de emergencia sanitaria que no trasciendan el ámbito territorial de la CAPV, una cuestión que el texto no aborda. Y cabe asimismo traer a colación la normativa vasca en materia de emergencias, dado que alberga previsiones que contemplan esta figura.
215. En LGE, la previsión de una “declaración de emergencia” se halla prevista en lo que define como “emergencia catastrófica”, en competencia atribuida al Lehendakari (artículo 35), sin perjuicio de que en el título V del anexo del Decreto 153/1997, de 24 de junio, por el que se aprueba el Plan de Protección Civil de Euskadi, Larrialdiei Aurregiteko Bidea-LABI y se regulan los mecanismos de integración del sistema vasco de atención de emergencias, intitulado “Marco organizativo general de la protección civil de la Comunidad Autónoma”, al que se refiere de forma explícita la parte expositiva, capítulo I, se prevén como funciones de Consejero de Interior, en tanto director del LABI, amplias funciones de dirección y coordinación de la respuesta ante situaciones de emergencia, entre las que se prevén las de “Declarar las situaciones de emergencia establecidas en este plan, con excepción de la declaración de situación de emergencia catastrófica que corresponde al Lehendakari”(letra d), así como de “Declarar el fin de la situación de emergencia y vuelta a la normalidad” (letra n).
216. Debiera precisarse el alcance de esta regulación en el marco que ahora se aborda y articular la adecuada integración de ambas normas.
217. Esta consideración no puede dejar de destacar que la referencia a las emergencias sanitarias declaradas se contiene, entre otros preceptos, en algunos de los que inciden en el régimen de la adopción de medidas limitativas en casos de emergencia sanitaria. Ocurre en los artículos 58.c), 82.i), 89.3 b) y 90.2.



218. En definitiva, sugerimos al órgano impulsor del proyecto una revisión del texto que ofrezca las precisiones suficientes para satisfacer la exigencia de certeza y previsibilidad que han de tener los preceptos que disponen restricciones o limitaciones de derechos.

Adaptaciones organizativas y alteración de funciones y tareas del personal:

219. La letra f) del artículo 57 atribuye a la autoridad sanitaria la potestad de alterar funciones y tareas del personal a su servicio y de cualquier otra Administración con competencias en la respuesta a la emergencia de salud pública, incluidas crisis sanitarias y pandemias.
220. Se trata una medida que tiene un contenido similar a las previstas en los artículos 22.4 y 31.2, de manera que contienen, con diferente lenguaje, un mismo mensaje que implica trastocar las funciones y tareas del personal por la vía de realizar nuevas asignaciones, modificar, reorientar o adaptar las existentes.
221. Procede subrayar, no obstante, que ambos preceptos, a diferencia del citado artículo 57, extienden estas reasignaciones, de manera expresa, al entorno privado, lo que entrañaría adentrarse en el ámbito de la legislación laboral, competencia exclusiva del Estado *ex* artículo 149.1.7.ª de la CE.
222. En lo que respecta al ámbito del personal al servicio de entidades públicas, una previsión de similares características a la del artículo 57, aunque más matizada, está presente en el artículo 35.4 de la LGE, inserta en el supuesto de declaración de emergencia catastrófica que regula dicho precepto y que encuentra cierto grado de relación con el ámbito material que define el anteproyecto: dicha declaración podrá implicar la reorganización orgánica y funcional de los servicios administrativos que sea precisa para hacer frente a la emergencia.
223. En relación con estas previsiones, el informe de la Dirección de Función Pública, tras considerar que estas habilitaciones se debieran restringir al área de salud pública, afirma:

Como consecuencia de que las circunstancias que sirven de base para estas modificaciones tienen carácter temporal y concreto, la reordenación y la asignación de nuevas funciones también tendrá carácter provisional. En todo caso, debe respetarse que las funciones asignadas sean acordes con el grupo o categoría profesional de la persona y se le respetarán sus condiciones laborales y retributivas y dentro de la misma localidad. Debe observarse que la reorientación de los recursos humanos en el entorno asistencial público se



realice dentro del entorno asistencial público y que la reorientación de los recursos humanos en el entorno asistencial privado se realice dentro del entorno asistencial privado.

224. En efecto, este informe hace un llamamiento a considerar lo dispuesto en el artículo 73.2 del Texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (TRLEBEP), aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, que se pronuncia en idénticos términos a los señalados: “Las Administraciones Públicas podrán asignar a su personal funciones, tareas o responsabilidades distintas a las correspondientes al puesto de trabajo que desempeñen siempre que resulten adecuadas a su clasificación, grado o categoría, cuando las necesidades del servicio lo justifiquen sin merma en las retribuciones”.
225. Desde esta perspectiva, es relevante recordar lo que el Dictamen 138/2015, a propósito del anteproyecto de ley de empleo público vasco, razonaba sobre esta norma de carácter básico y su posición en el ordenamiento jurídico en materia de empleo público, dictamen que también nos sirve para recordar los títulos competenciales que están en juego cuando se incide también en el personal laboral al servicio del empleo público.
226. Cabe tomar en consideración también la vertiente que aporta la competencia autoorganizativa autonómica para ordenar al personal a su servicio, a la que alude también el artículo 72 del TRLEBEP, del que derivan en buena parte los límites que traslada el artículo 73.2 que tomamos como marco de actuación básico. A este respecto, únicamente citaremos las sentencias del Tribunal Constitucional que han ido delimitando dicho ámbito, con base en las cuales creemos razonable sostener que no cabe una validación completa de este mandato legal sólo a partir de esta capacidad de autoorganizar la estructura del personal empleado público, dado que no cabe apartarse de los mínimos exigibles que incorpora el precepto básico de reiterada mención (STC 50/1999, de 6 de abril, STC 1/2003, de 16 de enero y STC 113/2010, de 24 de noviembre).
227. Cabe traer a colación el artículo 59 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que regula, con carácter de legislación básica, lo que denomina medidas especiales en materia de salud pública que, en su caso, se refieren a la suspensión transitoria de las disposiciones relativas a jornadas de trabajo —“cuando las autoridades sanitarias adopten medidas excepcionales sobre el funcionamiento de los centros sanitarios conforme a lo previsto en el artículo 29.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, siempre que tales medidas así lo justifiquen y exclusivamente por el tiempo de su duración”—,



debiendo tales medidas comunicarse a los órganos de representación del personal.

228. En definitiva, sin perjuicio del ejercicio de la potestad autoorganizativa, medidas como las propugnadas deben someterse necesariamente a la normativa que, en función de la naturaleza de la relación del personal afectado, resulte de aplicación, debiendo acudir en tal sentido a la legislación en materia de función pública —competencia de desarrollo legislativo y ejecución, ex artículo 149.1.18 CE), así como a la legislación laboral tanto si nos referimos a personal público o privado (competencia exclusiva del Estado ex artículo 149.1.7.ª CE).
229. No cabría que el anteproyecto desatendiera el marco competencial en el que inserta parte de sus mandatos —aunque sea para incorporar garantías al modo pretendido—, ni incidir, destacadamente, en el procedimiento de participación de los órganos sindicales o de representación del personal, que, asimismo, deberá ajustarse a su legislación aplicable.
230. Para finalizar, en cuanto al tratamiento sistemático, debiera considerarse la posibilidad de dedicar un único precepto a este mandato con el fin de facilitar su interpretación y aplicación.

Autorización o ratificación judicial de las medidas de intervención:

231. El artículo 90, analizado anteriormente, regula las medidas de intervención sobre las personas y en su párrafo 2 atiende al trámite de autorización o ratificación, con remisión a la normativa reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa. Sin embargo, también introduce previsiones que inciden en un procedimiento cuya regulación se halla, precisamente, en la legislación procesal —artículo 122 quater de la LJCA—, y cuyo ajuste competencial se hace necesario examinar.
232. La legislación procesal es una competencia exclusiva del Estado. La resolución clave en la doctrina constitucional es la STC 47/2004, resolutoria de un recurso de inconstitucionalidad contra la Ley autonómica sobre el recurso de casación civil foral de Galicia. El núcleo doctrinal que defiende esta sentencia consiste en la reserva al Estado de la competencia exclusiva sobre la legislación procesal, “sin perjuicio de las necesarias especialidades que en este orden se deriven de las particularidades del derecho sustantivo de las Comunidades Autónomas”.
233. La competencia excepcional asumida por las comunidades autónomas al amparo de la salvedad recogida en el artículo 149.1.6 de la CE no les permite, sin más, introducir en su ordenamiento normas procesales por el mero hecho de



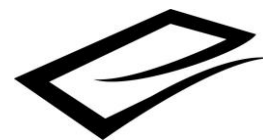
haber promulgado regulaciones de derecho sustantivo en el ejercicio de sus competencias. Las singularidades procesales que, como excepción, se permiten a las comunidades autónomas han de limitarse a aquellas que conecten directamente con las particularidades del derecho sustantivo autonómico. El legislador autonómico debe ofrecer la suficiente justificación de la necesidad de la norma y de la necesidad de alterar las reglas procesales comúnmente aplicables.

234. Nos remitimos en este punto al Dictamen 189/2020 de esta Comisión a propósito del anteproyecto de ley del recurso de casación civil vasco, en la que se analizó con detalle dicha doctrina.
235. Hemos de atender, por tanto, al valorar el concreto precepto del anteproyecto, a los perfiles del caso, como exige la doctrina constitucional citada, pero también a los límites que el artículo 149.1.6 de la CE ha fijado para la competencia autonómica, sin olvidar que esta existe (artículo 10.6 EAPV) y exige una interpretación que no vacíe su contenido.
236. En base a ello, la norma procesal de referencia para realizar el cotejo que exige la doctrina constitucional es el artículo 122 quater de la LJCA:

Artículo 122 quater. Autorización o ratificación judicial de las medidas que las autoridades sanitarias consideren urgentes y necesarias para la salud pública e impliquen limitación o restricción de derechos fundamentales.

En la tramitación de las autorizaciones o ratificaciones a que se refieren los artículos 8.6, segundo párrafo, 10.8 y 11.1.i) de la presente ley será parte el Ministerio fiscal. Esta tramitación tendrá siempre carácter preferente y deberá resolverse por auto en un plazo máximo de tres días naturales.

237. En el análisis de la adecuación que debemos realizar se hace preciso destacar las notas procesales que caracterizan el procedimiento de ratificación de medidas y que han sido subrayadas por las STS 719/2021, de 24 de mayo, y 788/2021, de 1 de junio:
- a) Su tramitación preferente y los brevísimos plazos en que ha de sustanciarse.
 - b) Ausencia de naturaleza contradictoria, dado que «únicamente puede promoverlo la Administración que pretende obtener la ratificación y sólo está llamado a intervenir en él Ministerio Fiscal».



c) El carácter limitado de la cognición a la que da lugar. El tribunal ha de limitarse a comprobar si concurre la imprescindible habilitación normativa de la medida y, a partir de ella, a una «constatación preliminar de los aspectos externos y reglados de la actuación administrativa y, todo lo más, a una verificación prima facie de la adecuación, necesidad y proporcionalidad de las medidas dispuestas».

238. Al efectuar este contraste, se advierte que la norma procesal estatal no acoge ninguna exigencia documental formal más allá de la mera presentación de una solicitud que promueva el procedimiento y que contenga o adicione los elementos necesarios para acreditar todos aquellos aspectos que corresponde valorar al órgano judicial.
239. El anteproyecto, por el contrario, dispone sobre varias especialidades en la tramitación que merecen unas consideraciones por separado.
240. Por un lado, encontramos que la presentación de un expediente y la confección de un informe explicativo que se adjunte a aquel tienen difícil encaje en el procedimiento diseñado por la norma procesal estatal, a la luz de los rasgos específicos que la caracterizan. No se adivina tampoco ninguna conexión con alguna especialidad de derecho sustantivo autonómico que justifique adicionar lo que aparenta constituir un nuevo trámite a la norma procesal común.
241. Cuestión diferente sería una previsión que, en ejercicio de la competencia en materia de regulación del procedimiento administrativo para la adopción de estas medidas, generara un mandato interno para la elaboración de un informe que, justificativo de la necesidad, idoneidad y proporcionalidad de las medidas, preservara que su adopción revista la suficiente motivación —al modo que prescribe el artículo 55 bis de la Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública de la Comunidad Autónoma de Cataluña—. Ahora bien, debe igualmente observarse que este tipo de mandato no es propio de una norma de rango legal.
242. En lo que se refiere a la designación de un experto que pueda comparecer de inmediato a petición judicial a los efectos de ilustrar y ofrecer al órgano judicial las explicaciones oportunas, la Comisión solo puede concluir que, además de desatender los límites competenciales ya explicitados, articula un trámite que no tiene cabida en la configuración del procedimiento de la LJCA, en el que, como se ha dicho, no tiene naturaleza contradictoria, debe sustanciarse en muy breves plazos y sólo puede participar el Ministerio Fiscal y la Administración para promoverlo.



243. Finalmente, la previsión de emisión de un informe general en el caso de emergencia de salud pública declarada para sustentar las medidas adoptadas y que responda a las exigencias de motivación de los procedimientos de autorización o ratificación, merece una reflexión de los riesgos que conlleva, con independencia de las controversias competenciales que pueda suscitar, ya suficientemente comentadas.
244. Este mandato, aunque configurado de manera potestativa, puede deslizar la idea de que la elaboración de un informe general y colectivo en unas circunstancias de especial gravedad —emergencia de salud pública— puede colmar las exigencias de justificación que tales procedimientos precisan atender. Sin embargo, esta es una cuestión que habrá que valorarse según los perfiles de cada situación y respecto de cada medida o conjunto de ellas, y un informe de estas características podría revelarse como un instrumento sin la suficiente especificidad para satisfacer el ámbito de conocimiento —o la motivación— de cada uno de los procedimientos que se promuevan.

B) Otras cuestiones

Distribución competencial y facultades de coordinación:

245. Una de las cuestiones que se ha planteado durante la tramitación del anteproyecto de ley, tanto en las alegaciones presentadas por EUDL como en el informe emitido por la Comisión de Gobiernos locales, es la escasa concreción de las competencias que la ley atribuye a las distintas administraciones implicadas.
246. El artículo 29 del anteproyecto, que se refiere a las “Competencias de los municipios y demás entidades locales”, regula la cuestión en estos términos:
1. Corresponde a los municipios y demás entes locales, en sus respectivos ámbitos territoriales, y en el marco del Plan de Salud de Euskadi y de las directrices y programas de la Comunidad Autónoma de Euskadi, el ejercicio de sus competencias propias establecidas en la legislación de régimen local, así como en la normativa sectorial de aplicación.
 2. Sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones públicas, corresponde a los municipios, de conformidad a la Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi, velar por la promoción, gestión, defensa y protección de la salud pública, en sus respectivos territorios y, concretamente:



- a) El desarrollo de programas y planes de protección y promoción de la salud y prevención de adicciones.
- b) El control sanitario del medio ambiente, actividades, industrias, servicios, edificios, lugares de vivienda y convivencia humana, y todos aquellos establecimientos con posible incidencia en la salud de la ciudadanía.
- c) El control sanitario de la distribución y suministro de productos alimentarios, bebidas y demás productos relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.
- d) El control del cumplimiento de las normas sanitarias relativas a los animales domésticos, de compañía, animales salvajes urbanos, y de plagas.
- e) Cuantas otras competencias propias o delegadas se definan de conformidad a la Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones locales de Euskadi.
- f) El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora en los términos previstos en esta ley.

247. La Comisión de Gobiernos locales considera que este reconocimiento de competencias municipales “no aporta nada; es más que obvio que los municipios tienen en esta materia las competencias que tienen”. Y más adelante añade: “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”.

248. Por otro lado, también realiza la Comisión de Gobiernos Locales la siguiente consideración:

El anteproyecto se refiere frecuentemente a las Administraciones públicas, sin mayor especificación. Así se puso de manifiesto en las alegaciones formuladas por Eudel en la vía administrativa previa. Esta forma de regular las obligaciones de las Administraciones públicas vascas, sin especificar a quién competen, hace particularmente difícil vislumbrar cuál es el papel que de cada uno se espera en la gestión del modelo que la ley prefigura.

249. En respuesta a estas alegaciones, el departamento proponente considera que:



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.

(...)

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.

250. Esta Comisión Jurídica juzga conveniente realizar a este respecto dos observaciones. La primera para recordar que, como ha expuesto en otras ocasiones, el legislador sectorial puede efectivamente, tras la entrada en vigor de la LILE, mantener el nivel competencial local establecido por normas legales anteriores, pero esta es tan solo una de las opciones de las que dispone.
251. Como decíamos en nuestro reciente Dictamen 17/2022, el artículo 17.1 de la LILE no realiza una asignación acabada de las competencias municipales, sino que establece un marco material y funcional, en el que cada ley sectorial delimitará el ámbito de actuación local, respetando los principios que señala la LILE —se trata del mismo esquema seguido por la LBRL—.
252. Dicho artículo 17.1 de la LILE, conforme a su tenor literal, dispone que “En el marco de lo dispuesto en la presente ley y en la legislación que sea de aplicación, los municipios podrán ejercer competencias propias en los siguientes ámbitos materiales”. Y es la ley sectorial la llamada por la LILE para definir el ámbito de actuación local dentro de cada uno de los ámbitos materiales que les atribuye como competencias propias.
253. Como segunda observación, en relación a la tacha relativa a la escasa concreción de la atribución de competencias que realiza el anteproyecto, debemos comenzar reconociendo que la amplitud de las materias sobre las que se proyecta la salud pública hace que la delimitación de cuál sea en cada caso la Administración competente no sea una labor sencilla.



254. Hay contenidos del articulado en los que la referencia genérica a las “administraciones públicas” no plantea problemas porque se imponen deberes genéricos o el sometimiento a principios de actuación que resultan aplicables a diversos ámbitos materiales sobre los que actúan las distintas administraciones públicas.
255. Pero, en ocasiones, el articulado impone obligaciones concretas y esta atribución se realiza, asimismo, sin mayor concreción, a las “administraciones públicas”, o bien a las “administraciones públicas sanitarias” (art 56.- De la salud ambiental) y también a las “administraciones públicas integrantes del Sistema de Salud Pública de Euskadi” (art 60.- Salud escolar).
256. Al margen de las concretas atribuciones a lo largo del articulado, este es el planteamiento general del reparto competencial recogido en el artículo 27.1 del anteproyecto:
- 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.
257. Son efectivamente muy diversas las normas sectoriales que delimitarían las competencias de las distintas administraciones públicas implicadas en materia de salud pública, por lo que sería una labor inabordable delimitar en el texto normativo con total exactitud las que corresponden a cada una de ellas. Pero tampoco podemos obviar que es precisamente uno de los objetos de la ley, según afirma su artículo 1.c), “Definir y ordenar las competencias”, finalidad que no cumple con satisfacción el texto sometido a nuestra consideración.
258. Los principales problemas que surgen de esta falta de claridad en la atribución de competencias derivan de la formulación del artículo 20 del anteproyecto, que impone a todas las administraciones públicas con competencias en materia de salud —recordemos que según el artículo 27 antes transcrito, el Gobierno Vasco,



las diputaciones forales y los ayuntamientos “integran” el Sistema de Salud Pública de Euskadi— ejercer las funciones esenciales que corresponden al Sistema Vasco de Salud Pública, funciones recogidas en el artículo 4.

259. La revisión del listado de funciones esenciales recogidas en el citado artículo permite comprobar que se incluyen algunas cuyo alcance parece exceder del ámbito municipal: “evaluación de resultados e impacto sobre la salud de las actuaciones, públicas y privadas, susceptibles de comprometerla”; “promoción de leyes y normativas que protejan la salud de la ciudadanía o incidan en su mejora”; “contribuir al diseño, puesta en marcha y desarrollo de las distintas estrategias y políticas sanitarias y a la ordenación del sistema sanitario”; “prevención de la enfermedad, contribuyendo a la investigación para encontrar nuevas maneras de intervenir en los problemas de salud pública”.
260. Por otro lado, las atribuciones concretas que se realizan en materia de formación e investigación (artículos 74 a 76), que también se realizan con carácter general, parecen estar más bien limitadas a ámbitos en los que la atribución competencial debería circunscribirse a la Administración autonómica.
261. Tampoco podemos dejar de hacer referencia, por último, a que el artículo 30, relativo a competencias de las diputaciones forales, tan solo refiere —en términos coherentes con la distribución competencial que realiza la LTH— que les corresponden las de colaboración y cooperación en esta materia.
262. A todo esto se une el hecho de que también la autoridad sanitaria está configurada en el anteproyecto (art. 81) con un carácter general y que, a lo largo del articulado, la atribución de funciones se realiza sin concretar a cuál de las autoridades sanitarias —o a todas ellas— se atribuyen las competencias y se imponen las obligaciones.
263. En la tramitación del anteproyecto EUDEL planteó asimismo objeciones a las funciones que se atribuyen al Gobierno Vasco para coordinar las políticas y actuaciones locales. La regulación relativa a estas funciones está contenida en los párrafos 2, 3 y 4 del artículo 34, relativo a la organización de los servicios de salud pública en la Administración de la CAPV.
264. Este es el contenido de estos párrafos del artículo 34:
 2. El Gobierno Vasco, a través del departamento competente en materia de salud, coordinará las políticas y actuaciones locales en el ámbito de la salud pública, al objeto de garantizar la coherencia de la acción pública sobre la materia en todo el territorio de Euskadi, así como 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.

3. El Gobierno Vasco podrá establecer directrices y prioridades de obligado cumplimiento para las entidades forales y locales en el ejercicio de sus competencias, determinando niveles o estándares mínimos en materia de salud pública que deben satisfacerse en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.

4. En caso de incumplimiento o defectuoso cumplimiento por parte de las entidades forales y locales de sus responsabilidades en materia de salud pública, el Gobierno Vasco podrá proceder, previo requerimiento y en caso de persistencia del incumplimiento, a la ejecución subsidiaria de tales competencias, de acuerdo con lo previsto en la legislación de régimen local.

265. Como primera consideración, cabe recordar que la facultad de coordinación ha sido reconocida como una competencia distinta y específica por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional. En concreto, en el ámbito sanitario afirma el tribunal que dicha competencia “debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica de determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario” (SSTC 32/1983, 42/1983, 147/1996, 22/1012 y 58/2015).
266. Con alcance general, la LBRL habilita a la coordinación de las competencias de las entidades locales con dos límites claros: fijando el supuesto en el que procede —“cuando las actividades o los servicios locales trasciendan el interés propio de las correspondientes Entidades, incidan o condicionen relevantemente los de dichas Administraciones o sean concurrentes o complementarios de los de éstas” (art. 10)— y exigiendo que la necesaria coherencia de la actuación de las administraciones públicas “no pueda alcanzarse por los procedimientos contemplados en los artículos anteriores (el establecimiento de órganos de colaboración) o estos resultaran manifiestamente inadecuados por razón de las características de la tarea pública de que se trate” (art. 59). Del mismo modo, en su artículo 60, admite la ejecución subsidiaria.
267. Esta facultad de coordinación, como ha dicho reiteradamente el Tribunal Constitucional, implica un límite efectivo al ejercicio de las competencias y, por



ello mismo, debe venir amparada en la pertinente atribución competencial normativa. En concreto, el Tribunal Constitucional, en su reciente sentencia 82/2020, de 15 julio, tras recordar su doctrina sobre la garantía constitucional de la autonomía local, analiza los fundamentos de esta facultad de coordinación que “se orienta a flexibilizar y prevenir disfunciones derivadas del propio sistema de distribución de competencias, aunque sin alterar, en ninguno de los casos la titularidad y el ejercicio de las competencias propias de los entes en relación”.

268. Afirma, así, la sentencia que “la facultad de coordinación en la medida en que permite someter a los entes locales coordinados a ‘un cierto poder de dirección’, constituye un mecanismo de intervención que tiene una evidente afectación sobre la autonomía local. Es ésta posibilidad de afectación de la autonomía constitucionalmente reconocida la que exige la existencia de límites a la función de coordinación. Límites que, tanto en la doctrina constitucional como en la propia legislación básica, han quedado concretados en una serie de exigencias sustantivas y procedimentales que se imponen a toda previsión de la referida facultad de coordinación”.

269. Y concreta, a continuación, cuáles son estos límites, finalizando así su exposición:

Recapitulando, de acuerdo con la doctrina reproducida, la previsión de una función autonómica de coordinación de las Diputaciones provinciales por parte de la Comunidad Autónoma, que indudablemente es susceptible de suponer una afectación de su capacidad de decisión en un ámbito legalmente atribuido a aquellas, deberá someterse a las siguientes condiciones: además de estar específicamente atribuida y suficientemente predeterminada, tal previsión de coordinación deberá responder a la protección de intereses generales o comunitarios, de modo que se graduará el alcance o intensidad de la propia coordinación en función de la relación existente entre los intereses locales y supralocales o comunitarios existente en tales asuntos o materias. Así, tal coordinación debe realizarse a través de la adopción de planes sectoriales en cuya tramitación debe garantizarse la participación de los propios entes locales coordinados con la finalidad de armonizar los intereses públicos afectados.

270. Atendiendo a estas exigencias, podría resultar aconsejable reelaborar estos contenidos relativos a las competencias de coordinación.

271. Es cierto que en el anteproyecto se recogen elementos que bien pudieran permitir una formulación adecuada para el ejercicio de facultades de



coordinación propiamente dichas, tales como el Plan de Salud de Euskadi —en cuya elaboración se debiera garantizar una participación efectiva de las administraciones locales— y la Comisión Interinstitucional de Salud Pública, órgano que se crea, según el artículo 38.2, con la finalidad, entre otras, de “garantizar una coordinación efectiva”.

272. Pero la regulación propuesta, que recoge estas facultades de coordinación y ejecución subsidiaria de forma totalmente descontextualizada, no parece que ofrezca la densidad normativa suficiente para considerar que la propia ley incluye las exigencias sustantivas y procedimentales necesarias para unos instrumentos que implican una clara afectación sobre la autonomía local, que —tal y como exige el Tribunal Constitucional— deberá graduar “el alcance o intensidad de la propia coordinación en función de la relación existente entre los intereses locales y supralocales o comunitarios existente en tales asuntos o materias”.
273. Desde un punto de vista de sistemática del texto normativo, debemos comentar que la ubicación de estos párrafos en el artículo 34 no resulta correcta por no obedecer al objeto del artículo. Aconsejamos, por ello, trasladar este contenido a la sección primera del mismo capítulo, que regula la distribución competencial en los distintos ámbitos institucionales.

La organización de los servicios de salud pública en la Administración de la CAPV:

274. Otra de las cuestiones que se ha planteado durante la tramitación del anteproyecto de ley, principalmente en los informes de la Dirección de Función Pública y la OCE, ha sido la de la configuración de los servicios de salud pública en la Administración de la CAPV, cuestión esta a la que se destina la sección segunda del capítulo IV y también la disposición final primera.
275. La formulación inicial de la actual disposición final primera ha sido criticada por ambos informes por referirse a la futura creación de “una estructura profesional y administrativa de régimen propio”, aduciendo que esta denominación no se ajustaba a organización institucional de la Comunidad Autónoma, recogida entonces en la LPOHGVP y trasladada actualmente a la Ley 3/2022, de 12 de mayo, del sector público vasco.
276. En la memoria de respuesta a las alegaciones de la OCE el departamento afirma que “la situación de Covid vivida no ha permitido el adecuado estudio y debate” necesario para decidir la adecuada naturaleza jurídica del ente, cuya creación estaría prevista a futuro. Este sería el motivo de esta formulación poco precisa y, por



ello, en la redacción final del texto de la disposición se ha incluido una referencia expresa a una futura ley que sería necesaria para la creación de dicho ente.

277. Esta reflexión que traslada el departamento proponente en esta memoria final permite entender algunas de las disfunciones que presenta el texto del anteproyecto, pues hay contenidos del mismo más propios de una norma de rango legal que proceda a la efectiva creación de un ente con personalidad jurídica propia, al que se encomendaría el desarrollo de las competencias autonómicas en materia de salud pública.
278. Además, las funciones que el artículo 35 otorga al órgano central de salud pública, que se configura como “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”, parecen más propias de un ente con personalidad jurídica independiente que de una dirección del Gobierno Vasco. Nos referimos a las relativas a la “alta dirección” de las políticas de salud pública en la CAPV, “planificación” de las competencias del Gobierno Vasco en materia de salud pública, “dirección” y “coordinación” de los órganos del Gobierno Vasco y de otras administraciones públicas y “definición de la política integral vasca en materia de adicciones”.
279. No cabe duda, sin embargo, que el artículo 35, cuando delimita las competencias del órgano central de salud pública —que “será aquel que, en base al correspondiente decreto de estructura orgánica del Departamento de Salud, tenga encomendadas las funciones de salud pública”— está delimitando las competencias de la actual Dirección de Salud Pública y Adicciones. Así lo reconoce el departamento proponente en su memoria:

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.



280. Es cierto que en nuestro ordenamiento no existen materias reservadas al reglamento por lo que, en principio, la ley no encuentra límites para adentrarse en cualquier materia —principio de reserva formal de ley—, pero ello no debe hacernos olvidar que hay aspectos, como el que examinamos, que resultan más propios de la norma reglamentaria de carácter organizativo, pues de lo contrario se le confiere al detalle una rigidez formal que dificulta su modificación ulterior y se coartan las competencias organizativas propias de la Administración.
281. Pero, además, la propia situación de transitoriedad que el departamento proponente reconoce que tiene esta regulación contenida en el anteproyecto vendría a reforzar la no conveniencia de elevar de rango en estos momentos la regulación actualmente contenida en normas reglamentarias organizativas, respecto de las que el expediente no deja constancia que resulten insuficientes.
282. De mantenerse finalmente la regulación relativa al órgano central de salud pública, su configuración y atribución de funciones deberá tener en cuenta la regulación contenida en la Ley 3/2022, de 12 de mayo, del sector público vasco, que afirma, en su artículo 12, que “La Administración general de la Comunidad Autónoma de Euskadi, dividida funcionalmente en departamentos y constituida por órganos jerárquicamente ordenados...”. Del mismo modo, esta ley configura las direcciones como “órganos directivos del sector público de la Comunidad Autónoma de Euskadi” y somete su desempeño al principio de “Sujeción al control y evaluación de la gestión por el órgano superior o directivo competente”.
283. Procede realizar otras consideraciones adicionales al contenido de esta sección segunda del capítulo IV, relativa a la organización institucional del Sistema de Salud Pública de Euskadi.
284. La confusa configuración del órgano central de salud pública y de las funciones que se le atribuyen permite entender que el anteproyecto carezca de un artículo en el que se identifiquen los ámbitos reservados a la competencia del Gobierno Vasco. Es cierto que el anteproyecto contiene un artículo (el 28) intitulado “Competencias del Gobierno Vasco”, pero el mismo viene a delimitar las competencias de la Administración autonómica en contraposición a las que corresponden a los entes locales y forales, que se recogen en los artículos siguientes.
285. Si bien es cierto que algunas de estas competencias, por su carácter reglamentario, se deberán ejercitar por el Gobierno Vasco, resultaría clarificador destinar el artículo 28 a la determinación de las competencias de la Administración autonómica e incluir en la sección segunda del mismo capítulo,



en la que se regula la organización de los servicios de la salud pública en la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, un artículo en el que se identifiquen los ámbitos reservados a la competencia del Gobierno Vasco.

286. Por otro lado, en relación con el **artículo 33**, conviene recordar que la función de coordinación de la acción del Gobierno Vasco corresponde al Lehendakari, según el artículo 8 de la Ley 7/1981, de 30/06, de Gobierno.
287. En el **artículo 34** debiera delimitarse que la competencia del Gobierno Vasco para establecer la “organización de la Salud Pública” se limita, como se deduce del título del artículo, a la organización de los servicios de salud pública de la Administración autonómica. Entendemos que no cabe dar otra interpretación al precepto pues, en materia de auto organización, el artículo 10 de la LILE reconoce a los municipios, de acuerdo con lo dispuesto en la Carta Europea de Autonomía Local, competencia para establecer por sí mismos la organización y las estructuras administrativas e instrumentales necesarias para el ejercicio de sus competencias.
288. Además, el párrafo final de este mismo artículo realiza unas atribuciones concretas a favor de la consejera o consejero responsable en materia de salud, atribución que la Comisión considera innecesaria dado que las competencias que se atribuyen se hallan incluidas en las generales atribuidas a las consejeras y consejeros por la Ley de Gobierno. No obstante, si el departamento proponente considera necesario su mantenimiento, no sería este artículo el lugar adecuado para regular esta materia, debiendo ser objeto de un artículo independiente.
289. En cuanto a la estructuración territorial de los servicios de salud pública de la Administración autonómica, lo primero que corresponde acotar es que los **artículos 36 y 37** del anteproyecto estarían regulando la estructura territorial de salud pública de la Administración autonómica y no del Sistema de Salud Pública de Euskadi, que ya hemos visto se configura con un carácter mucho más amplio.
290. Resulta conveniente, además, apuntar que, si bien el anteproyecto no procede a la creación de estas unidades territoriales y así se recoge expresamente en el informe de respuesta a las alegaciones, justificando la formulación del articulado en que “no es voluntad del texto consolidar una determinada estructura territorial”, el texto del anteproyecto alude, sin embargo, a estas estructuras como efectivamente existentes en otros lugares del texto articulado, como los artículos 41.3 y 81 y la disposición final primera.1º.



Potestad sancionadora:

291. Para el examen de los preceptos que integran este capítulo es preciso recoger antes, de forma breve, algunas ideas previas que deben guiar nuestro análisis.
292. En primer lugar, conviene recordar que una doctrina constante del Tribunal Constitucional —p.ej.: STC 8/2012, de 18 de enero, con cita de otras (SSTC 168/1993, 87/1985 y 48/1988)— sostiene que “es una regla de deslinde competencial muy reiterada por este Tribunal que la titularidad de la potestad sancionadora va normalmente pareja, como instrumental, a la competencia sustantiva de que se trate”.
293. En segundo lugar, de forma igualmente constante la doctrina constitucional afirma que las comunidades autónomas “pueden adoptar normas administrativas sancionadoras cuando tengan competencia sobre la materia sustantiva de que se trate, debiendo acomodarse las disposiciones que dicten a las garantías constitucionales dispuestas en este ámbito del Derecho administrativo sancionador (art. 25.1 CE), y no introducir divergencias irrazonables y desproporcionadas al fin perseguido respecto del régimen jurídico aplicable a otras partes del territorio (art. 149.1.1 CE)” (entre otras, SSTC 87/1985 y 196/1996).
294. En materia sanitaria, concretamente la STC 87/1985, de 16 de julio, dejó señalado lo siguiente:
- Sin duda que la norma sancionadora autonómica habrá de atenerse a lo dispuesto en el art. 149.1.1 CE, de modo que no podrá introducir tipos ni prever sanciones que difieran, sin fundamento razonable, de los ya recogidos en la normación válida para todo el territorio. Y también es cierto que el procedimiento sancionador habrá de atenerse al «administrativo común», cuya configuración es de exclusiva competencia estatal (art. 149.1.18 CE). Pero, dentro de estos límites y condiciones, las normas autonómicas podrán desarrollar los principios básicos del ordenamiento sancionador estatal, llegando a modular tipos y sanciones —en el marco ya señalado—, porque esta posibilidad es inseparable de las exigencias de prudencia o de oportunidad, que pueden variar en los distintos ámbitos territoriales.
295. En lo que se refiere a las garantías ínsitas en el artículo 25.1 de la CE, de nuevo, una doctrina consolidada del Tribunal Constitucional (entre otras muchas, SSTC 104/2009, 135/2010, 144/2011, 90/2012, de 7 de mayo) advierte que el citado



precepto constitucional, que incorpora la regla *nullum crimen, nulla poena sine lege*, comprende una doble garantía, formal y material.

296. La garantía material, como señala, por ejemplo, la STC 242/2005, de 10 de octubre, deriva “del mandato de taxatividad o de lex certa y se concreta en la exigencia de predeterminación normativa de las conductas ilícitas y de las sanciones correspondientes, que hace recaer sobre el legislador el deber de configurarlas en las Leyes sancionadoras con la mayor precisión posible para que los ciudadanos puedan conocer de antemano el ámbito de lo proscrito y prever, así, las consecuencias de sus acciones” (en el mismo sentido, entre otras muchas, las antes citadas SSTC 104/2009, 44/2011 y 90/2012, de 7 de mayo).
297. Como destaca dicha STC 104/2009, “la garantía material implica que la norma punitiva permita predecir con suficiente grado de certeza las conductas que constituyen infracción y el tipo y grado de sanción del que puede hacerse merecedor quien la cometa, lo que conlleva que no quepa constitucionalmente admitir formulaciones tan abiertas por su amplitud, vaguedad o indefinición, que la efectividad dependa de una decisión prácticamente libre y arbitraria del intérprete y juzgador”.
298. Es, por ello, factible que, en ejercicio de dicha competencia, se definan las conductas infractoras y sus correspondientes reproches —como posibilidad inseparable de las exigencias de prudencia o de oportunidad política que pueden variar en los distintos ámbitos territoriales—, pero esa operación debe desenvolverse en el marco de las normas o principios básicos del Estado.
299. En cuanto a la garantía formal, se refiere al rango de ley de las normas tipificadoras de las conductas y las sanciones, con la densidad exigida.
300. Dicha garantía, como entre otras señala la STC 166/2012 “...hace referencia al rango necesario de las normas tipificadoras de esas conductas y sanciones, que ha de ser legal y no reglamentario de conformidad con el término «legislación vigente» contenido en el art. 25.1 CE (por todas STC 77/2006, de 13 de marzo, FJ único y jurisprudencia allí citada). El sentido de esta garantía es «asegurar que la regulación de los ámbitos de libertad que corresponden a los ciudadanos depende exclusivamente de la voluntad de sus representantes» (STC 42/1987, de 7 de abril, FJ 2). Ahora bien, como dispuso la última Sentencia citada y hemos vuelto a afirmar recientemente en la STC 34/2013, de 14 de febrero, FJ 19, el alcance de la reserva de ley respecto de las infracciones y sanciones administrativas no es tan riguroso como en relación con los tipos y sanciones penales en sentido estricto y ello tanto «por razones que atañen al modelo constitucional de distribución de las potestades públicas» como «por el carácter en cierto modo insuprimible de la potestad reglamentaria en ciertas materias, bien, por último, por exigencias de prudencia o de oportunidad». Por tales



razones es doctrina constitucional reiterada (por todas, STC 242/2005, de 10 de octubre) que frente a la garantía material, que tiene un «alcance absoluto», la garantía formal «tiene una eficacia relativa o limitada en el ámbito sancionador administrativo, toda vez que no cabe excluir la colaboración reglamentaria en la propia tarea de tipificación de las infracciones y atribución de las correspondientes sanciones, aunque sí hay que excluir el que tales remisiones hagan posible una regulación independiente y no claramente subordinada a la ley». De ahí que la STC 242/2005, de 10 de octubre, FJ 2, con cita de otras Sentencias (SSTC 161/2003, de 15 de septiembre, FJ 2; 26/2005, de 14 de febrero), declare que «la garantía formal implica que la ley debe contener la determinación de los elementos esenciales de la conducta antijurídica y al reglamento sólo puede corresponder, en su caso, el desarrollo y precisión de los tipos de infracciones previamente establecidos por la ley». En definitiva, como ha señalado la STC 104/2009, de 4 de mayo, FJ 2, lo que el art. 25.1 CE prohíbe «es la remisión de la ley al reglamento sin una previa determinación de los elementos esenciales de la conducta antijurídica».

301. En suma, las disposiciones sancionadoras que se dicten deberán, en todo caso, respetar las garantías constitucionales que consagra en el ámbito del derecho administrativo sancionador el artículo 25.1 de la CE —que vinculan por igual a todos los legisladores (estatal y autonómicos)— y, asimismo, no podrán introducir divergencias irrazonables y desproporcionadas al fin perseguido respecto del régimen jurídico aplicable en otras partes del territorio.
302. Por último, como en otras ocasiones ha alertado la Comisión, cuando la Administración despliega el *ius puniendi*, el cuidado y el detalle que debe ponerse en la regulación, por imperativo de la seguridad jurídica, debe ser máximo. Como destaca el Tribunal Constitucional (entre otras, STC 234/2012, de 13 de diciembre): “Es la razonable previsión de las consecuencias jurídicas de las conductas, de acuerdo con el ordenamiento y su aplicación por los Tribunales, la que permite a los ciudadanos gozar de una tranquila convivencia y garantiza la paz social y el desarrollo económico”.
303. Del mismo modo, es bueno recordar que, en este momento, las garantías constitucionales ínsitas en el artículo 25.1 de la CE, según la jurisprudencia del Tribunal Constitucional y del Tribunal Supremo, se encuentran positivizadas en el capítulo III del título preliminar de la Ley 40/2015 (LRJSP). Así: artículo 25, principio de legalidad —manifestación de la regla de *nullum crimen nulla pena sine lege* y su doble garantía material y formal—; artículo 26, irretroactividad (*lex previa*); artículo 27, principio de tipicidad (*lex scripta y certa*); artículo 28, responsabilidad (principio de culpabilidad); artículo 29, principio de proporcionalidad (la justicia como valor superior del ordenamiento); artículo 30,



prescripción (principio de seguridad jurídica); y artículo 31, concurrencia de sanciones (principio de *non bis in ídem*).

304. Con estos antecedentes procedemos a continuación a valorar la adecuación de la regulación contenida en el anteproyecto a la legislación básica.
305. En el examen de la sección que tiene por objeto el régimen sancionador es preciso examinar su hipotético encaje en el marco legal delimitado por el Estado, conforme al señalado criterio de la prohibición de divergencias irrazonables o desproporcionadas.
306. De esta materia sancionadora se ocupan, con carácter general, la LGS y la LGSP, sin perjuicio de un importante grupo de normas que, desde ámbitos específicos —seguridad alimentaria, consumo, etc.—, con regulaciones sancionadoras propias, inciden asimismo en el ámbito de la salud pública.
307. La LGSP fija tipos sumamente genéricos que completan, según expresa su artículo 57.2, las infracciones previstas en la LGS, reconociendo de manera expresa su posible ampliación por las comunidades autónomas (artículo 56.1).
308. En general, el anteproyecto establece las normas sancionadoras siguiendo lo dispuesto en la LGSP, tanto en lo que se refiere a la tipificación, como a su calificación, si bien existe alguna diferencia que conviene señalar.
309. Así, la consideración de infracción grave que merece en la LGSP “la denegación de apoyo o auxilio a los agentes de la autoridad sanitaria”, se califica como leve en el anteproyecto.
310. Eso supone una rebaja en la carga negativa con la que se valora dicha conducta, lo que pudiera conducir a que se considere que introduce una diferencia cualitativa con respecto a lo dispuesto por el Estado de forma básica.
311. No se ofrece explicación al respecto y cabe interrogarse sobre la razón de ser de la decisión cuando, en el mismo artículo, se califica de grave (artículo 94.3.c) cualquier acción u omisión que perturbe o impida la labor de la autoridad sanitaria y de muy grave (artículo 94.4.a) el incumplimiento del deber de colaboración, cuando concurre reiteración o daño grave.
312. Por lo que se refiere a las sanciones, se adecuan a los importes fijados por la LGSP, si bien debe subrayarse la necesidad, en el artículo 95.1, de concretar la cuantía fijada para la infracción muy grave, al modo en que prevé el artículo



58.1.a) de la LGSP, no siendo admisible desde los parámetros de certeza exigibles una fórmula como la propuesta –se podrá superar ampliamente el del valor de mercado de los productos o servicios objeto de infracción-.

313. Por último, puede destacarse la previsión que el anteproyecto incorpora en materia de prescripción en su artículo 99 *in fine* —en situaciones de emergencia de salud pública declarada la prescripción de sanciones podrá extenderse en el tiempo hasta duplicar los plazos indicados anteriormente—, introduciendo una variación relevante en el régimen de prescripción establecido por la LGSP.
314. Realizado este análisis del acomodo a la legislación básica, procede a continuación valorar la adecuación de la integración de la regulación contenida en el anteproyecto en la legislación sancionadora vasca en el ámbito sanitario.
315. En el ámbito de la CAPV, en el ámbito sancionador en materia sanitaria debe destacarse la vigencia de la LOSE, sin perjuicio de la existencia de normas que, desde el propio objetivo de salud pública, regulan ámbitos acotados, como es el caso de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de atención integral de adicciones y drogodependencias (LAIAD), y otras que inciden asimismo en la materia desde diversas áreas de actuación —v. gr. la Ley 17/2008, de 23 de diciembre, de política agraria y alimentaria, o la Ley 6/2003, de 22 de diciembre, de Estatuto de las personas consumidoras y usuarias—.
316. El régimen sancionador de la LOSE se dicta con una vocación general destacada en su artículo 36.2, que dispone que: “En desarrollo y complemento del artículo 35 de la Ley general de sanidad, y sin perjuicio de lo que establezcan otras leyes especiales, constituirán faltas administrativas, además de las ya previstas legalmente, las infracciones que a continuación se tipifican”.
317. Se configura así un marco sancionador general en materia sanitaria, que coexistirá con leyes especiales cuyo eventual solapamiento podrá superarse a través de las reglas del artículo 16 de la Ley 2/1998, de 20 de febrero, de la potestad sancionadora de las administraciones públicas de la Comunidad Autónoma del País Vasco (en adelante, LPS).
318. El texto del anteproyecto plantea una problemática integración en ese marco general en vigor.
319. La razón es que el texto propuesto ofrece, en lo que a tipos infractores se refiere, un grado de coincidencia intenso con las conductas infractoras ya reguladas en



la LOSE, siendo no pocos los enunciados que reproducen las mismas o muy similares acciones u omisiones.

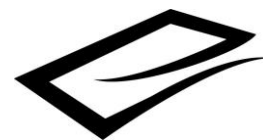
320. Hay que tener en cuenta que la LOSE se adentra en el ámbito de la salud pública, sin circunscribirse al ámbito de la prestación sanitaria individual. Como señalaba su exposición de motivos, junto a la garantía del aseguramiento de las prestaciones sanitarias individuales, se destaca una segunda esfera de actuación de la Administración sanitaria de manera que, bajo el ejercicio de autoridad para la tutela general de la salud pública, se establecen las normas de ordenación y se ejecutan las actuaciones que garantizan una atención preventiva adecuada.
321. En ese sentido, el anteproyecto constituiría una segunda norma general que desarrolla y complementa aquella primera ley, en una evolución acorde con el propio discurrir de la legislación básica y de la creciente relevancia de la salud pública como ámbito que, desde la dimensión colectiva, integra igualmente el contenido del derecho a la protección de la salud.
322. La integración de la LOSE con los contenidos que incorpora el anteproyecto, que no plantean mayor dificultad en otros ámbitos, se torna, sin embargo, más compleja en el ámbito sancionador.
323. Una regulación como la propuesta en materia de infracciones y sanciones no puede interpretarse como complemento del régimen sancionador de la LOSE, puesto que contiene enunciados genéricos de tipificación que aluden a incumplimientos de la normativa sanitaria en general, que son en gran medida reiteración de comportamientos ya penalizados en la LOSE.
324. En este sentido, el texto del artículo 94, con su elenco de infracciones leves, graves y muy graves, conforma un marco regulador que se solapa, en no poca medida, con el marco general definido en la LOSE.
325. Un solapamiento que aboca a resultados diversos, de manera que en ocasiones los nuevos tipos son reproducción más o menos literal de otros preexistentes, sin consecuencias en el concreto reproche sancionador, y, en otras, la aprobación del nuevo tipo infractor se anuda a una horquilla de sanciones diferente, a resultados de las variaciones que en materia de graduación de estas ofrecen ambos regímenes.
326. Exponemos a continuación, sin ánimo exhaustivo, ejemplos de la confusión que suscita la coexistencia, propugnada por el artículo 92.2 del anteproyecto, de los tipos infractores fijados por la LOSE y los contenidos en el anteproyecto.



327. El hecho calificado como infracción grave en el artículo 94.3.a) es idéntico, con ligeras variaciones de redacción, al calificado como leve en la LOSE (artículo 36.2.a) 2ª).
328. Ocurre asimismo que conductas constitutivas de infracciones graves en el anteproyecto (artículo 94.3) muestran un elevado grado de coincidencia de las igualmente calificadas de graves en la LOSE (artículo 36.2.b).
329. Ambas mencionan, con literales que a veces incorporan variaciones, el incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas cautelares o definitivas que formulen las autoridades sanitarias; la resistencia a suministrar datos o a facilitar información a las Autoridades Sanitarias o a sus agentes en el desarrollo de sus funciones; incumplimiento, por negligencia grave, de los requisitos, obligaciones o prohibiciones establecidas en la normativa sanitaria, así como cualquier otro comportamiento que suponga imprudencia grave, siempre que ocasionen alteración o riesgo sanitario, aunque sean de escasa entidad, etc.
330. La sanción aparejada a estos comportamientos infractores es diferente en uno y otro texto.
331. Mientras que el anteproyecto prevé en el artículo 95.1.b) sanciones máximas para las infracciones graves que pueden alcanzar la cuantía de 60.000 €, la LOSE fija un intervalo con el tope máximo de 2.500.000 pesetas (en torno a 15.000 €) —que podrán rebasarse hasta alcanzar el quíntuplo del valor de los productos o servicios objeto de la infracción, una previsión que, a su vez, no recoge el anteproyecto para las infracciones graves—.
332. En el caso de las infracciones muy graves, puede decirse que la totalidad de los apartados de la letra c) del artículo 36.2 de la LOSE tienen traslación al artículo 94.4 del anteproyecto, con ligeras variaciones en la redacción.
333. A ello se anuda que los intervalos de multas que se fijan en el artículo 95.1.c) del anteproyecto y artículo 37.2.c) de la LOSE para las infracciones muy graves no son del todo coincidentes.
334. La confusión aun es mayor, cabe dejar apuntado, respecto aquellos tipos infractores que inciden en el ámbito de la seguridad alimentaria, que el anteproyecto aborda en solapamiento con lo fijado en la LOSE, siendo así que, en este ámbito, asimismo, incide la Ley 17/2008, de 23 de diciembre, de política agraria y alimentaria, aprobada en este ámbito específico con posterioridad a la LOSE.



335. En suma, del contraste del anteproyecto con la LOSE resulta que el texto propuesto es, en gran medida, traslación de tipos ya en vigor, con calificaciones coincidentes en la mayoría de los supuestos, sin perjuicio de que la aplicación del régimen proyectado pueda acarrear consecuencias en la sanción a imponer o en otros aspectos —v. gr. es diferente el plazo de prescripción de las infracciones y sanciones graves—.
336. Esta Comisión es consciente de la dificultad que puede entrañar el adecuado entronque con el régimen sancionador vigente en una materia, como es la sanitaria, con una legislación en la que conviven normas generales y otras específicas y sectoriales, con su propio régimen sancionador.
337. Sin embargo, procede invocar un particular esfuerzo en la articulación o integración de las dos normas que se ocuparán con generalidad del derecho sancionador en materia sanitaria —LOSE y el anteproyecto ahora en examen—.
338. Es procedente traer a colación en este punto la prescripción que recoge la LPS en su artículo 4, al señalar que: “en la configuración de los regímenes sancionadores se evitará la tipificación de infracciones con idéntico supuesto de hecho e idéntico fundamento que ...infracciones ya tipificadas en otras normas administrativas sancionadoras, entendiendo que existe idéntico fundamento cuando el bien jurídico que se proteja con la tipificación de la infracción administrativa y el riesgo a que atiende tal protección sean los mismos que contemplan el tipo ...administrativo preexistente”.
339. Son oportunas las consideraciones que formula la LPS en torno a la labor del normador y la tipificación de las infracciones, con el recordatorio de que debe ser “lo más preciso posible en la descripción de los tipos, pues de esa forma no sólo se logra la seguridad jurídica en lo tocante al conocimiento por el destinatario de las conductas prohibidas, sino que también se evita el solapamiento de tipos infractores, auténtico caldo de cultivo de la multipunición sin fundamento”.
340. En definitiva, y a modo de conclusión, siendo patente que el legislador puede acometer la revisión del régimen sancionador de la LOSE con el alcance que estime oportuno, resulta no obstante exigible que lo haga con la claridad precisa, incorporando las prescripciones que garanticen una integración coherente del ordenamiento y eviten incertidumbres que, no siendo deseables en ningún ámbito, lo son aún menos en el marco sancionador en que nos hallamos.
341. Es tarea previa determinar los concretos aspectos cuyo tratamiento punitivo debe acometerse en este proyecto por entender que no se hallan adecuadamente protegidos en la normativa vigente.



342. Una valoración que no se ha trasladado al proceso de elaboración y cuya conclusión es determinante para delimitar el contenido de la norma a aprobar de manera que su alcance puede agotarse en el dictado de prescripciones que complementen la normativa en vigor en la LOSE —con respeto de esta y sin necesidad de reiterar— o, en caso de desear una revisión amplia de su contenido, proceder a su correspondiente modificación, decisión siempre al alcance del legislador.
343. Para finalizar el análisis de la regulación relativa a las infracciones y sanciones, nos detenemos a continuación en la regulación relativa a determinados tipos infractores de carácter novedoso respecto a los previstos en la LOSE.
344. Los artículos 94.3.s) y 94.4.m) tipifican como infracción grave y muy grave, respectivamente, comportamientos de incumplimiento de medidas administrativas adoptadas por la autoridad sanitaria en orden a combatir situaciones de emergencia de salud pública.
345. Cabe intuir, aunque ciertamente no hay información al respecto en el proceso de elaboración del texto, que la propuesta de estos apartados pudiera resultar de la experiencia vivida durante la pandemia COVID.
346. En ese sentido, son varias las normas autonómicas que, en aras de preservar la seguridad jurídica y la garantía de certidumbre que precisa el ejercicio de la potestad sancionadora, y desde la experiencia de problemas vinculados a la dispersión de la legislación y su generalidad, han abordado prescripciones particularizando comportamientos referidos al incumplimiento de obligaciones impuestas en razón de la COVID-19 o, en el algún caso —Ley 8/2021, de 25 de febrero, de modificación de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia— aprobando tipos infractores de esa índole que se incorporan al correspondiente marco normativo sanitario, trascendiendo así su vigencia el ámbito temporal de la pandemia.
347. En nuestro caso, la Ley 2/2021 introdujo igualmente un amplio régimen sancionador ligado a la vigencia de la declaración de emergencia, concordante con la concreta regulación del régimen jurídico para el control de la pandemia.
348. El anteproyecto se aparta del precedente y, en correspondencia con una regulación más general de las medidas de intervención en caso de emergencia, opta por tipos infractores asimismo más amplios.
349. Siendo así, los literales propuestos no parecen preservar la exigible claridad.

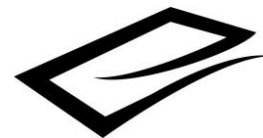


350. Los artículos 94.3.s) y 94.4.m) se añadirían a otros tipos en vigor igualmente vinculados al incumplimiento de medidas adoptadas por las autoridades sanitarias.
351. El anteproyecto califica como infracción grave “el incumplimiento de los requerimientos específicos y de las medidas especiales y cautelares que impongan las autoridades sanitarias” (artículo 94.3.d), inciso último que puede conectarse con el artículo 89 del anteproyecto.
352. A conductas similares se refiere el artículo 94.4.a) y c).
353. Convendría, en lo que respecta a la propuesta formulada en el artículo 94.3.s), una más clara identificación de qué se entiende por medidas de control de la emergencia propuestas por la autoridad sanitaria, pudiendo en su caso remitirse a los concretos artículos que las contemplan, que cabe suponer son los artículos 90 y 91.
354. Suscita dudas el requisito de la “emergencia de salud pública declarada” toda vez que es una premisa exigida en el artículo 91, no así en el 90.
355. En cuanto al inciso “no se objetive consecuencia inmediata para la salud”, parece más adecuado, en concordancia con la redacción de otros tipos infractores, aludir al elemento de que “las repercusiones producidas hayan tenido una incidencia escasa o sin trascendencia directa en la salud de la población”, que resulta más preciso.
356. En similar sentido, el artículo 94.4.m) debe ser objeto de una reformulación, excluyendo actuaciones tan vagas como “la acumulación y amplificación de riesgos en tiempo y lugar por falta de cumplimiento de las medidas”.
357. Una redacción más concisa podría contemplar asimismo el incumplimiento de las medidas adoptadas en aplicación de los artículos 90 y 91 del anteproyecto, añadiendo el requisito de la reiteración, conforme a la voluntad que parece expresar el precepto.
358. Más dudosa es la referencia al “desacato y/o desobediencia a la autoridad” que se inserta de manera forzada en este apartado, calificándolas como muy graves por la circunstancia de realizarse en una situación de emergencia sanitaria, siendo así que el propio anteproyecto recoge en otros apartados actuaciones de contenidos próximo con una consideración de menor gravedad.
359. La vigente LOSE califica como infracción muy grave (artículo 36.c.2º) “la resistencia, coacción, amenaza, represalia, desacato o cualquier otra forma de presión



ejercida sobre las autoridades sanitarias o sus agentes”, una descripción reproducida con alguna modificación en el 94.4.b) —así, por ejemplo, se elimina el término desacato, igualmente inexistente en el vigente Código penal, que sin embargo se rescata en la letra m) que ahora comentamos—.

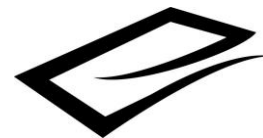
360. También es infracción muy grave el “incumplimiento del deber de colaboración con las autoridades sanitarias, si se producen de modo reiterado o con daño grave” (artículo 94.4. a); o el “incumplimiento de instrucciones de la autoridad si comportan daños graves para la salud” (94.4 c). Son, por el contrario, infracciones graves, “las acciones u omisiones que perturben o impidan la labor de la autoridad sanitaria” (artículo 94.3.c)
361. El inciso propuesto —el desacato y/o desobediencia a la autoridad— puede plantear alguna divergencia con las previsiones del artículo 57.2 de la LGSP en que la infracción muy grave se reserva al incumplimiento reiterado de instrucciones de la autoridad competente o al incumplimiento de requerimientos si comportan daños graves para la salud, de manera que las conductas en que no concurre esas circunstancias que agravan la graduación se califican como graves —“la denegación de colaboración a los agentes de la autoridad sanitaria, el incumplimiento de las instrucciones de la autoridad competente, la resistencia o la obstrucción”—, alguna de ellas, como se ha dicho en líneas precedentes, rebajada incluso a la consideración de leve en el anteproyecto.
362. En ese marco, suscita dudas la calificación como infracción muy grave de cualquier supuesto de desacato o desobediencia por el hecho de ubicarse en una situación general de emergencia de salud pública.
363. Ante tales dudas, si se juzga oportuno, cabe contemplar como infracción grave la desobediencia, resistencia u obstrucción frente a las autoridades sanitarias o sus agentes, en el cumplimiento de las actuaciones exigibles de acuerdo con la normativa sanitaria, reservando la calificación de muy grave para conductas que merecerían un mayor reproche como las reflejadas en el artículo 94.4.b) del anteproyecto o bien las que generaran riesgo o daño muy grave.
364. Una última cuestión en lo que se refiere a la regulación del régimen sancionador es la suscitada por el artículo 93, intitulado “Generalidades”, que prevé en su apartado 6 la “habilitación de sistemas que permitan simplificar los trámites administrativos, en aras de dotar de mayor eficacia al procedimiento sancionador y del efecto de ejemplaridad”.
365. Se trata de una disposición cuya aplicación suscita incertidumbres puesto que eficacia y ejemplaridad no pueden justificar una merma de las garantías de los



ciudadanos. No se alcanza a ver la razón de ser del precepto, y de su genérica redacción carente de mayor concreción, debiendo recordarse que la tramitación simplificada del procedimiento administrativo sancionador está prevista en la LPAC (artículo 96.5).

Protección de datos de carácter personal:

366. No hay duda de que los datos de carácter personal que van a ser objeto de tratamiento en el marco del anteproyecto serán en gran medida datos de salud, incluidos, por tanto, dentro de las categorías especiales de datos y sometidos a un régimen especial conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDPGDD). Este régimen especial parte del principio de la prohibición del tratamiento de estos datos, salvo las excepciones específicamente recogidas.
367. De acuerdo con el apartado 1 del artículo 9 del RGPD, está prohibido el tratamiento de datos personales que revelen datos relativos a la salud, del mismo modo que lo está el tratamiento de datos personales que revelen el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas o la afiliación sindical y el tratamiento de datos genéticos, datos biométricos dirigidos a identificar de manera unívoca a una persona física, o datos relativos a la vida sexual o la orientación sexual de una persona física. No obstante, el apartado 2 del mismo precepto autoriza el tratamiento de todos esos datos cuando concurra alguna de las diez circunstancias allí previstas [letras a) a j)]. Entre estas excepciones se recoge específicamente en la letra i) la del tratamiento “necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública”, además de las de los tratamientos necesarios para fines de medicina preventiva o laboral (letra h), investigación científica (letra j) y razones de un interés público esencial (letra g).
368. Ahora bien, la eficacia habilitante de varios de los supuestos allí previstos está condicionada a que el derecho de la Unión o el de los Estados miembros los prevean y regulen expresamente en su ámbito de competencias; es el caso de las circunstancias recogidas en las letras a), b), g), h), i) y j); “sobre la base del Derecho de la Unión o de los Estados miembros que establezca medidas adecuadas y específicas para proteger los derechos y libertades del interesado, en particular el secreto profesional”, se dice en concreto en la excepción relativa al ámbito de la salud pública.



369. Vemos así que el tratamiento de las categorías especiales de datos personales es uno de los ámbitos en los que de manera expresa el RGPD ha reconocido a los Estados miembros “margen de maniobra” a la hora de “especificar sus normas”, tal como lo califica su considerando 10.
370. El Tribunal Constitucional ha tenido ocasión de pronunciarse sobre el alcance de esta obligación de configuración normativa que corresponde a los Estados miembros y sobre las características que debe cumplir, que exige, “por un lado, la necesaria intervención de la ley para habilitar la injerencia; y, por otro lado, esa norma legal ha de reunir todas aquellas características indispensables como garantía de la seguridad jurídica, esto es, ha de expresar todos y cada uno de los presupuestos y condiciones de la intervención” (STC 76/2019, de 22 de mayo).
371. Y añade el tribunal: “Este margen de configuración legislativa se extiende tanto a la determinación de las causas habilitantes para el tratamiento de datos personales especialmente protegidos -es decir, a la identificación de los fines de interés público esencial y la apreciación de la proporcionalidad del tratamiento al fin perseguido, respetando en lo esencial el derecho a la protección de datos- como al establecimiento de “medidas adecuadas y específicas para proteger los intereses y derechos fundamentales del interesado” [art. 9.2 g) RGPD]. El Reglamento contiene, por tanto, una obligación concreta de los Estados miembros de establecer tales garantías, en el caso de que habiliten para tratar los datos personales especialmente protegidos”.
372. Por otro lado, en su FJ 8, analiza el alcance de la reserva de ley y las garantías que debe adoptar el legislador, para terminar afirmando expresamente —en lo que resulta de interés a efectos de valorar el planteamiento del anteproyecto— que la simple remisión al RGPD y a la LOPD PGDD resulta totalmente insuficiente a efectos de establecer las garantías adecuadas frente a la recopilación de datos personales que la norma autoriza.
373. El anteproyecto contiene la regulación general relativa al tratamiento de datos de carácter personal en la disposición adicional primera:

Los datos personales resultantes de las actuaciones reguladas en esta Ley se incluyen entre los contemplados en el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo referente al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (en adelante RGPD).



El tratamiento de los datos de carácter personal derivado de la aplicación de la presente ley deberá realizarse de conformidad con Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, así como con el RGPD.

374. Atendiendo a la doctrina constitucional anteriormente referida, esta disposición resulta claramente insuficiente. Sin embargo, no cabe olvidar que no es este el único contenido del anteproyecto relativo a la protección de datos de carácter personal y que, al margen del reconocimiento en el artículo 11 al derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto a la dignidad, el artículo 70, dentro del capítulo relativo a los Sistemas de información y gestión del conocimiento en materia de salud pública, establece una serie de garantías para el tratamiento de datos de carácter personal.
375. Además de ello, diversas leyes sanitarias de ámbito estatal —de carácter básico— contienen regulaciones relativas a tratamientos de datos de carácter personal. Y la LOPDPGDD, en su labor de adaptación del ordenamiento jurídico español al RGPD, se ocupa en su disposición adicional decimoséptima de los tratamientos que incluyen datos de salud y lo hace “validando” los tratamientos previstos en estas normas sanitarias. Afirma así que “Se encuentran amparados en las letras g), h), i) y j) del artículo 9.2 del Reglamento (UE) 2016/679 los tratamientos de datos relacionados con la salud y de datos genéticos que estén regulados en las siguientes leyes y sus disposiciones de desarrollo”. El listado de leyes que sigue a continuación recoge específicamente la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, que, a su vez, también remite en este ámbito a 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.
376. Estas normas regulan el acceso a los datos de la historia clínica, estableciendo medidas para preservar los datos de identificación personal del paciente, regulan las situaciones en las que procede el tratamiento de datos personales y la cesión de los datos sin contar con el consentimiento de la persona afectada e, incluso, establecen las garantías que deben adoptarse cuando el tratamiento se realiza en prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población. Además de ello, la propia disposición adicional de la LOPDPGDD regula las condiciones para los tratamientos de datos personales en la investigación en salud.
377. Pudiera suceder, por tanto, si los tratamientos que ampara el anteproyecto no difieren de los recogidos en dichas normas, que la regulación estatal resulte suficiente para dar adecuado cumplimiento a la necesaria configuración



legislativa de las causas habilitantes para el tratamiento de datos personales relativos a la salud que son objeto del anteproyecto y sus limitaciones, pero ello exige, en palabras del tribunal, una “remisión expresa y perfectamente delimitada a fuentes externas que posean el rango normativo adecuado”.

378. La Comisión no puede sustituir al departamento proponente en este análisis pues solo él conoce los tratamientos de carácter personal que pueden estar amparados en la norma, pero, incluso en el caso de que la remisión a estas normas básicas sea suficiente, el anteproyecto deberá recoger, además de una remisión expresa y concreta, la propia identificación de los fines de interés público que justifican el tratamiento de los datos de salud. Y también deberá valorar el departamento si la ubicación adecuada de esta regulación es dentro del capítulo relativo al Sistema de Información de Salud Pública —en el entendimiento de que todos los tratamientos amparados están recogidos en dicho sistema— o es más adecuada otra ubicación.
379. Para todo ello resulta aconsejable la intervención de la Agencia Vasca de Protección de Datos, cuya opinión experta hemos considerado necesaria al analizar el procedimiento de elaboración de la norma.

II OTRAS OBSERVACIONES AL ARTICULADO

380. En relación con la **exposición de motivos**, conviene apuntar que, tal y como ha quedado expuesto en el apartado de análisis competencial y marco normativo del presente dictamen, el anteproyecto se dicta al amparo de las competencias que la Comunidad Autónoma ostenta para el desarrollo de las bases en materia de sanidad interior y se halla supeditado por ello a las normas dictadas por el Estado con carácter básico. La orden de inicio da cuenta del alcance de las facultades normativas que corresponden a la Comunidad Autónoma para el desarrollo de la iniciativa, y la memoria explicativa recoge con un alto grado de exhaustividad el marco normativo estatal de carácter básico en el que la misma se ha abordado. Resulta innegable que todo esto ha sido tomado en consideración por los redactores del anteproyecto.
381. La exposición de motivos, sin embargo, no recoge ninguna referencia al respecto, por lo que esta Comisión aconseja al órgano proponente que el anteproyecto identifique en la parte expositiva tanto el título competencial que habilita al dictado de la norma como el marco normativo básico en el que se inserta. Esta recomendación alcanza mayor relevancia si cabe en la medida en que el anteproyecto contiene regulaciones que permiten imponer medidas



limitativas que afectan a derechos fundamentales, que encuentran amparo en normas estatales con rango de ley orgánica.

382. Por otro lado, tampoco han sido incorporados a la parte expositiva los principios y líneas generales de la regulación y las razones que motivan las decisiones adoptadas.
383. El **artículo 2** regula el ámbito de aplicación de la ley en estos términos: “Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Asimismo, se aplicarán tanto a las personas que residan en la Comunidad Autónoma de Euskadi con carácter permanente o temporal, como a quienes se encuentren en su ámbito territorial con carácter ocasional”.
384. A su vez, el párrafo 2 del artículo define las administraciones públicas a las que se aplica, añadiendo la referencia a las “organizaciones privadas que desarrollen acciones con impacto en la salud pública”.
385. Estas menciones al ámbito subjetivo de la ley y a su aplicación a organizaciones de naturaleza privada debiera matizarse, acotándola con una remisión a los términos que el propio anteproyecto en cada caso disponga, a la vista de los diferentes ámbitos de actuación que el texto regula y la diversa incidencia subjetiva que de esa regulación resulta.
386. En relación con **el artículo 5**, que contiene las definiciones, se aconseja su revisión a efectos de solucionar los siguientes problemas que han sido detectados. Procede apuntar, en primer lugar, de su párrafo 1 que no parece propio de un artículo de definiciones. Delimitar lo que se entiende por salud pública a efectos del anteproyecto y fijar el reparto de responsabilidades entre las administraciones públicas y los agentes privados en la consecución de los objetivos fijados excede de lo que es una simple definición de los conceptos que la norma utiliza. Se considera que este contenido tiene entidad suficiente para un artículo independiente.
387. En segundo lugar, se deberían evitar contenidos duplicados pues se incluyen en el artículo de definiciones conceptos que cuentan con una definición en otros artículos del texto —sucede esto con “Agentes de la autoridad sanitaria”, definido asimismo en el artículo 83; “intervención administrativa en materia sanitaria”, definido en el artículo 85; “promoción de la salud”, en el artículo 65; “protección de la salud”, en el artículo 53; y “salud laboral”, concepto definido en el artículo 61—.
388. En tercer lugar, se trataría de utilizar a lo largo del articulado los conceptos tal y como se recogen en el artículo de definiciones, pues solo de este modo el



artículo cumple la finalidad, no solo didáctica, sino de garantía de certeza jurídica propia de este tipo de determinaciones. Sucede esto con el concepto de “Desigualdades sociales en salud”, que se utiliza en ocasiones en el texto sin el calificativo de sociales y sucede a la inversa con el concepto de “determinantes de la salud”, cuando en el texto articulado en ocasiones se acota la tipología de determinantes —sociales o ambientales— cuando puede no resultar aconsejable. También sucede con el concepto de “detección precoz”, en la medida en que no siempre se utiliza acompañado del adjetivo y pudiera resultar necesario hacerlo en alguna ocasión.

389. Resulta especialmente relevante, por las consecuencias que se derivan de la regulación, la utilización uniforme de los conceptos de “emergencia sanitaria” y “emergencia de salud pública de alta importancia”. No corresponde a la Comisión valorar la idoneidad de los conceptos utilizados —que no coinciden con los que se utilizan en regulaciones sanitarias de ámbito europeo e internacional—, pero sí alertar sobre la necesidad de mantener la coherencia y utilizar en el articulado los conceptos en los términos en los que han sido objeto de definición. No olvidemos que, según la propia dicción del artículo, es objeto del mismo acotar los conceptos “a efectos de la presente ley”.
390. El concepto “factor de protección o de riesgo” aparece con esta formulación en el listado de definiciones como un concepto unitario. Sin embargo, el texto utiliza mayoritariamente el concepto de factores de riesgo y cuando utiliza los dos parece referirse a distintos tipos de factores: unos de protección y otros de riesgo. El cuanto al concepto “medidas especiales en materia de salud pública”, no se encuentra en el articulado, salvo ligado al de medidas cautelares, siendo objeto de un artículo específico, el 89 —“medidas especiales y cautelares”—.
391. El artículo de definiciones incluye los conceptos de “pandemia grave” y “política de salud”. A lo largo del articulado, sin embargo, se utiliza el concepto de pandemia sin el añadido del calificativo y el concepto de “política sanitaria” —entendemos que con la mismo contenido que política de salud—. Por último, se incluye entre el listado de definiciones el concepto de “salud comunitaria”, que no aparece en el texto.
392. El anteproyecto acomete en los **artículos 6 a 15** la regulación de los derechos en relación con la salud pública, que conviven, a su vez, con los establecidos en la LOSE (artículos 10 y 11), sin que se produzca disfunción alguna. Debemos apuntar, no obstante, que no se aprecia la debida coherencia entre las prestaciones de salud pública recogidas en el artículo 8 y las reguladas con detalle en el capítulo V del anteproyecto.



393. Por otro lado, se sugiere la revisión de la utilización de los términos “ciudadanía” y “ciudadanía vasca” en este capítulo, en orden a delimitar con precisión el ámbito subjetivo de cada uno de los derechos y deberes regulados —por ejemplo, el derecho a las prestaciones de salud pública recogido en el artículo 8, que además contradice el principio de universalidad recogido en el propio texto—.
394. El **artículo 19** del anteproyecto configura el Sistema de Salud Pública de Euskadi como “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”.
395. Se trata, por tanto, de una definición del sistema que se centra en los elementos que podríamos calificar de objetivos o instrumentales: aquello que se va a utilizar para cumplir con las funciones esenciales del sistema definidas en el artículo 4. El anteproyecto, sin embargo, en otras partes del articulado parece poner el foco en los elementos subjetivos del sistema, fundamentalmente en las administraciones públicas a las que corresponde la responsabilidad de garantizar estas funciones esenciales.
396. Por otro lado, esa definición no discrimina el carácter público o privado de los elementos que integran el sistema y de hecho esta fue una de las modificaciones introducidas en el texto del anteproyecto a la vista de las alegaciones realizadas en el trámite de información pública. Tras ese trámite y ante las alegaciones de los colegios profesionales de farmacéuticos y veterinarios, que planteaban incorporar una 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, el departamento proponente optó por eliminar del texto del anteproyecto la referencia que se hacía en este artículo a la titularidad pública de los elementos que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi.
397. La eliminación de este carácter público realizada en el párrafo 1 del artículo 19, sin embargo, no ha sido trasladada a otras partes del articulado: en el párrafo 2 del mismo artículo se recoge que en las actuaciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi se establecerá “la coordinación oportuna con agentes y entidades del ámbito privado y de la sociedad civil, cuando desarrollen actuaciones de salud pública” —dando a entender que estos no forman parte del sistema—; en el artículo 22, al definir quiénes son los profesionales de salud pública, se exige que desarrollen sus funciones “en cualesquiera de las administraciones públicas vascas que integran el citado sistema” —con lo que se está excluyendo del concepto a aquellas personas que prestan sus servicios en el sector privado—; y además, en otros artículos del



anteproyecto parece entenderse que solo las administraciones públicas forman parte del Sistema de Salud Pública de Euskadi —así sucede en los artículos 27, 31, 39 y 60—.

398. Deberán, por ello, revisarse estos preceptos a efectos de dotar al texto de la necesaria coherencia, pero entiende la Comisión que al hacerlo tampoco cabe olvidar la declaración contenida en el artículo 1, que alude a la responsabilidad pública del Sistema de Salud Pública de Euskadi, lo cual debe llevar necesariamente a delimitar con claridad los cometidos del sistema a los que deben dar respuesta las administraciones públicas, de aquellos otros en los que la responsabilidad es compartida. Este es también el planteamiento del artículo 5.1 del texto normativo, que refiere la responsabilidad pública en la “planificación y definición de las políticas y estrategias de salud pública en Euskadi”.
399. Y esa labor podría llevar asimismo a una clasificación de las funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi, establecidas en el artículo 4 del anteproyecto, dado el carácter eminentemente público de algunas de las allí recogidas.
400. El **artículo 21** regula la valoración de resultados y la valoración del impacto en la salud, dos herramientas de evaluación de intervenciones sectoriales —*ex post* y *ex ante*, respectivamente—, con la finalidad de valorar sus efectos en la salud de la población. Lo primero que consideramos conveniente apuntar en relación con el mismo es que la formulación del precepto no deja claro —cuestión que deberá ser resuelta en la formulación definitiva del precepto— si, tal y como hemos interpretado, regula dos herramientas de evaluación distintas o se trata de una sola que abarca ambos momentos de evaluación —interpretación que parece deducirse de la formulación del párrafo 5—.
401. La regulación básica en esta materia está contenida en el artículo 35 de la LGSP —“Las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud, en los términos previstos en esta ley”— y también en cierta medida en el artículo 25.4 de la LGS, al regular la intervención pública en relación con la salud individual colectiva —“Cuando la actividad desarrollada tenga una repercusión excepcional y negativa en la salud de los ciudadanos, las Administraciones Públicas, a través de sus órganos competentes podrán decretar la intervención administrativa pertinente, con el objeto de eliminar aquélla. La intervención sanitaria no tendrá más objetivo que la eliminación de los riesgos para la salud colectiva y cesará tan pronto como aquéllos queden excluidos”—.



402. Como primera consideración conviene apuntar que la definición del procedimiento de “valoración de impacto en la salud” que realiza el anteproyecto y la que de la “evaluación del impacto en salud” realiza el artículo 35 LGSP son plenamente coincidentes, por lo que no hay duda de que se trata del mismo procedimiento de análisis. Resultaría aconsejable por ello utilizar en el anteproyecto el mismo concepto de la LGSP —evaluación del impacto en salud— dado el carácter básico del artículo que regula dicho procedimiento.
403. Plantea más problemas, sin embargo, la identificación que el anteproyecto realiza del ámbito objetivo de aplicación del procedimiento de valoración de impacto en la salud, que sería las “normas, planes, programas o proyectos” (según el párrafo 1) o los “planes, programas, obras o actividades” (según el párrafo 2).
404. La inclusión en el párrafo 2 de las “obras o actividades” y la alusión en el párrafo 4 a las “intervenciones sectoriales que tienen un impacto relevante en salud y que deben ser objeto de valoración de impacto en la salud”, sin un acotamiento de su carácter público, pueden llevar a plantear su aplicabilidad a obras y actividades privadas (tal y como de hecho realiza la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de salud pública de Andalucía).
405. Si así fuera, el trámite de valoración del impacto en la salud incidiría en la libertad de establecimiento de los prestadores de servicios en los términos en los que la Directiva 2006/123/CE, relativa a los servicios en el mercado interior —y la Ley de trasposición 17/2009, de 23 de noviembre—, define los conceptos de “régimen de autorización” y “requisito”. Ahora bien, resulta innegable que la salud pública, del mismo modo que la protección de los consumidores, la sanidad animal y la protección del entorno urbano, constituyen razones imperiosas de interés general que permiten justificar la aplicación de regímenes de autorización y otras restricciones. En palabras del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (TJCE) “la salud y la vida de las personas ocupan el primer puesto entre los bienes e intereses protegidos por el Tratado” (TJCE 2010\158).
406. No obstante, procede recordar que, para establecer la exigencia de un “régimen de autorización” o “requisito”, debe quedar acreditada la concurrencia de los principios de necesidad y proporcionalidad en la ley que la establezca, que habrá de contener también la motivación de tales principios (artículo 5 de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, y artículo 17.1 de la Ley estatal 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado). Deben cumplirse, en definitiva, las exigencias que derivan del principio de legalidad para el establecimiento de este tipo de intervención en nuestro ordenamiento.



407. Resulta, por tanto, necesario completar la regulación contenida en el anteproyecto y dotarla de la densidad normativa exigible, sin perjuicio de su posterior desarrollo reglamentario. No se trata de que la ley contenga la regulación pormenorizada de aquellas actividades sectoriales —obras, actividades y proyectos— que van a estar sometidas a valoración del impacto en salud y del procedimiento o metodología que se deba seguir en el proceso, pero sí ha de identificar con claridad los criterios que deberán utilizarse para determinar las actividades sectoriales sujetas al procedimiento de valoración y las pautas fundamentales del procedimiento, que permitan al reglamento una adecuada concreción de sus determinaciones. Como recordábamos en el Dictamen 6/2020, “el hecho de que la remisión al reglamento sea necesaria no ha de significar en modo alguno que se haga en blanco o sin límites precisos. Una norma con rango de ley debe afrontar, por sí misma, el núcleo esencial de la materia, no pudiendo realizar remisiones en blanco al reglamento, el cual puede intervenir, pero sólo para completar la norma con rango legal y siguiendo los criterios que la misma fije”.
408. Junto a ello, merece una consideración especial el carácter vinculante otorgado —conforme al párrafo 5— al informe que debe emitir el “órgano competente en materia de salud pública” en el marco de los procedimientos de valoración de resultados e impacto en la salud. En ese sentido, cabe advertir que establecer un informe vinculante significa que la Administración que solicita el informe y que debe aprobar la norma, plan, programa, proyecto, obra o actividad debe necesariamente seguir el parecer de la entidad que informa. En cierta medida, por tanto, el efecto vinculante que se establece supone una interposición condicionante del ejercicio de las competencias propias.
409. En relación con la regulación relativa al Plan de Salud de Euskadi, contenida en el **artículo 24**, resultaría conveniente —tal y como hemos anticipado en el apartado de observaciones generales— 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. La mera mención a que “se tendrán en cuenta sus propuestas” debiera ser sustituida por el establecimiento de una fase de audiencia dentro del proceso de elaboración del plan.
410. El **artículo 38**, al que hemos hecho referencia anteriormente, regula la colaboración entre las administraciones que integran el Sistema de Salud Pública de Euskadi y en su párrafo 4 alude a la delegación de competencias del órgano central de salud pública, delegación que deberá efectuarse, según el precepto, “de conformidad con lo establecido en la legislación de régimen local”. Deberá tenerse en



cuenta, por tanto, que la LILE exige que “La delegación se hará por medio de disposición o acuerdo del Gobierno Vasco”.

411. El departamento proponente deberá valorar si esta regulación de la delegación —totalmente innecesaria por otro lado pues no hace más que reiterar una facultad recogida con carácter general— pretende dar respuesta a la delegación de competencias no atribuidas como propias a los ayuntamientos en la legislación de régimen local, para lo cual se deberá dar cumplimiento a lo establecido al respecto en los artículos 20 a 24 de la LILE, o a la delegación ordinaria regulada en la LRJSP.
412. El **artículo 39** del anteproyecto crea un órgano de participación y coordinación de las distintas administraciones públicas concernidas en las políticas de salud pública, que denomina Comisión Interinstitucional de Salud Pública, con participación de las administraciones locales y forales, y a su vez el **artículo 44** crea el Consejo Vasco de Salud Pública, que define como “órgano superior de participación de la sociedad civil y de carácter consultivo”. Ambas regulaciones deben ser analizadas a la luz de la recientemente aprobada Ley 3/2022, de 12 de mayo, del sector público vasco, cuyo artículo 18 regula los órganos colegiados — además de la LRJSP—.
413. De conformidad con el citado artículo 18, podrán crearse órganos colegiados “siempre que los mecanismos de coordinación y de colaboración interinstitucionales o público-privados no resulten efectivos”, siendo el contenido mínimo de la norma de creación el siguiente:
- a) La motivación de su necesidad y de la inexistencia de duplicidades en las funciones asignadas.
 - b) Sus fines y objetivos.
 - c) Su integración administrativa o dependencia jerárquica.
 - d) La composición y los criterios para la designación de la persona titular de su presidencia y del resto de miembros.
414. Conforme a esta regulación, en ambos casos debiera justificarse en el expediente la necesidad de creación de los órganos en base a los parámetros de “falta de efectividad” —debemos entender que también inexistencia— de mecanismos de coordinación y colaboración y de inexistencia de duplicidades en las funciones asignadas.



415. El **artículo 40** del anteproyecto regula, según su título, la coordinación con la Administración General del Estado y otras administraciones competentes en caso de riesgo o emergencia sanitaria y, obedeciendo a la titulación del artículo, regula en su párrafo 1 la inmediata comunicación de la situación al Estado. Esta obligación viene impuesta en el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red nacional de vigilancia epidemiológica —que tiene el carácter de norma básica, dictada al amparo de lo previsto en el artículo 149.1. 16.^a de la Constitución—.
416. La parte expositiva del citado real decreto ya alude a la necesidad de armonización de las legislaciones nacionales “tendente a la creación, en el espacio europeo, de un marco legal que posibilite, entre otras, las actividades para preservar y promover la salud de la población, tal y como se contempla en el artículo 129 del citado Tratado, mediante actividades de coordinación e intercambio de información entre los países miembros, en lo que constituirá una red de vigilancia epidemiológica de ámbito europeo orientada, inicialmente, a las enfermedades transmisibles”.
417. Con esta finalidad el real decreto procede a la constitución de la Red nacional de vigilancia epidemiológica, regulando la declaración obligatoria de enfermedades y las obligaciones de comunicación en caso de brotes o situaciones epidémicas, además de arbitrar unos sistemas centinelas que podrán constituirse para la vigilancia de determinados problemas de salud.
418. La obligación de comunicación a que alude al párrafo 1 del artículo guarda relación con la regulación relativa a las obligaciones de comunicación en caso de brotes o situaciones epidémicas, pero, como sucede en otras ocasiones, el anteproyecto no procede a una traslación literal del precepto correspondiente de la norma estatal —que alude a la comunicación urgente de “brotes y situaciones epidémicas cuyas características hagan sospechar un interés supracomunitario”—. Debemos, por tanto, reiterar la observación realizada al valorar la regulación relativa a la valoración del impacto en la salud y la conveniencia de utilizar los conceptos tal y como vienen recogidos en la normativa básica.
419. Deberá tenerse en cuenta, además, que la función de coordinación de las acciones e intercambios de la información correspondiente a la vigilancia epidemiológica, tanto a nivel nacional como a nivel de la Unión Europea, Organización Mundial de la Salud y demás organismos internacionales, corresponde al ministerio correspondiente, según el referido real decreto, por lo que la atribución de esta función al departamento que realiza el anteproyecto deberá ser siempre canalizada a través de los órganos estatales competentes.



420. Por otro lado, y siguiendo en el mismo artículo, es evidente que el último párrafo regula unos mecanismos de coordinación que exceden de los supuestos de riesgo o emergencia sanitaria a los que alude el título del artículo, por lo que deberá valorarse su adecuación sistemática.
421. La **sección 4ª del título IV** regula la coordinación, cooperación e interacción entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi y lo primero que procede aclarar al respecto es que coordinación y cooperación no son conceptos sinónimos. Como reiteradamente aclara el Tribunal Constitucional, las facultades de coordinación y colaboración o cooperación no son equiparables, ya que toda coordinación conlleva un cierto poder de dirección, consecuencia de la posición de superioridad en que se encuentra el que coordina respecto al coordinado, lo que es elemento diferenciador de primer orden que explica y justifica desde la perspectiva estrictamente competencial que estos términos sean distintos.
422. Siendo por tanto consustancial al ejercicio de las funciones de coordinación la posición de superioridad en que se encuentra el que coordina respecto al coordinado, no resulta correcta la atribución al órgano central de salud pública —insistimos en que es una dirección del Gobierno Vasco— de funciones de coordinación entre el Sistema de Salud Pública de Euskadi y el Sistema Sanitario de Euskadi. Esta función corresponderá, como ya hemos dicho, a la persona titular del Departamento de Salud, del que dependen los órganos directivos de ambos sistemas.
423. El **artículo 44**, tal y como hemos anticipado, crea el Consejo Vasco de Salud Pública, establece su composición y determina sus funciones. En relación con las funciones que se le atribuyen, la Comisión aconseja establecer con claridad la función recogida en el párrafo 4. c) —“Analizar y, en su caso, emitir su opinión sobre los planes y proyectos de disposiciones de carácter general”—. Ha de tenerse en cuenta que la función de emitir opinión sobre los planes y proyectos de disposiciones de carácter general es la que permite encauzar, a través del propio Consejo Vasco de Salud Pública, la realización del trámite de audiencia en la elaboración de disposiciones de carácter general en la manera prevista en el artículo 8.3, último inciso, de la LPEDG: se realiza el trámite mediante la consulta a un órgano en el que están presentes las organizaciones y asociaciones reconocidas por la ley que agrupen o representen a los ciudadanos y ciudadanas y cuyos fines guarden relación directa con el objeto de la disposición.
424. Conviene no olvidar que la audiencia en la elaboración de las disposiciones de carácter general es un trámite cualificado de carácter esencial, previsto en el



artículo 105 de la CE, cuya omisión o incorrecta realización puede llevar acarreada la sanción de nulidad de la disposición de carácter general. Por tanto, si no queda clara la función de emisión de informe el trámite de audiencia deberá ser realizado directamente con todas las asociaciones profesionales concernidas y con 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 y las organizaciones de personas pensionistas y jubiladas.

425. El capítulo V, de título “Prestaciones y actuaciones en salud pública”, viene encabezado por el **artículo 47** que, tras señalar que la cartera de servicios del Sistema de Salud Pública de Euskadi incluirá actividades, técnicas, tecnologías, protocolos o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones de salud pública, define a continuación una serie de líneas de actuación a las que estas prestaciones responden.
426. Las secciones en que se divide el capítulo se dedican a estas diferentes líneas de actuación.
427. La prestación de salud pública se define en el artículo 11.1 de la LCCSNS como el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales (artículo 11.1), comprendiendo esta prestación, como mínimo, las actuaciones que fija el citado artículo en su apartado 2.
428. La propia LCCSNS establece en su artículo 7.1 que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención, identificando, entre las comprendidas en dicho catálogo, la prestación de salud pública.
429. El artículo 8 de la citada ley determina que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes.
430. A su vez, el artículo 8 quinquies de la LCCSNS prevé que las comunidades autónomas pueden establecer una cartera de servicios complementaria que incluirá, cuanto menos, la cartera común de servicios.
431. El anteproyecto apenas contiene referencias a la cartera de servicios, además de la cita del mencionado artículo 47. Prácticamente se reduce a la mención en el



último párrafo del artículo 34.5, que establece que corresponde al titular del departamento en materia de salud “proponer al Gobierno Vasco la aprobación de la cartera de servicios complementaria de la Comunidad Autónoma, incluyendo las prestaciones en materia de salud pública”, prescripción que parecería conectarse con la referencia (artículo 28 del anteproyecto) a la “aprobación de las nuevas prestaciones de salud pública”.

432. La mención de la cartera de servicios “complementaria” en el artículo 34.5 casa con las previsiones de la LCCSNS y la cartera de servicios comunes en materia de salud pública contenida en el anexo I del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (RDCS, en adelante).
433. No obstante procedería, a fin de contribuir a la adecuada lectura de la norma, adicionar una referencia, siquiera en la parte expositiva, a los principios que vertebran la ordenación de la prestación en salud pública —al modo, por ejemplo, incluido en el artículo 4 de la LOSE—, con la indicación de la facultad de ampliar la cartera de servicios del Sistema de Salud Pública de Euskadi con respeto del mínimo establecido en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional.
434. El **artículo 47** define las líneas de actuación a que responden las prestaciones de salud pública: a) vigilancia de la salud; b) prevención de los problemas de salud y actuación sobre sus determinantes; c) protección de la salud de la población, incluyendo la seguridad alimentaria y la salud ambiental; d) coordinación y dirección de las respuestas de salud pública en caso de emergencia de salud pública, pandemia y/o crisis sanitaria; e) salud laboral; f) laboratorio de salud pública; g) promoción de la salud; h) adicciones.
435. El texto de este artículo, con enunciados más amplios que los contenidos en el artículo 11 de la LCCSNS, parece no obstante adecuarse a las actuaciones comprendidas en la prestación de salud pública que este último define.
436. Aunque ciertamente la legislación básica ofrece mayor concreción en algunos extremos, omitidos en el literal del precepto del anteproyecto, son contenidos que sí se trasladan al articulado en la regulación de las actuaciones y prestaciones a realizar.
437. Por poner un ejemplo, la mención de las enfermedades raras en el citado artículo 11 de la LCCSNS tiene reflejo en el artículo 52.i) al regular las prestaciones de prevención frente a problemas de salud. De igual manera, la ausencia de



referencia a la “evaluación de impacto de salud” en el artículo 47 del anteproyecto, sí prevista en el artículo 11 de la LCCSNS, aparece no obstante regulada en su artículo 21.

438. El tratamiento que el anteproyecto dispensa a las denominadas “Prestaciones de salud pública” reviste un carácter eminentemente programático en muchos de los artículos integrados en el capítulo V.
439. Se advierte en este capítulo la voluntad de describir y definir de forma sistemática el conjunto de áreas en que se desenvuelve la prestación.
440. Son frecuentes los preceptos que discurren por esa línea de principio, sin contenido prescriptivo y, en consecuencia, sin aparente mayor trascendencia desde la perspectiva de la innovación del ordenamiento.
441. Las redacciones genéricas pueden plantear algún problema desde la perspectiva de la seguridad jurídica, al combinarse con el uso no siempre unívoco de la denominación “prestación de salud pública”.
442. Este término se vincula en ocasiones a enunciados genéricos, como los que acoge el artículo 8 —que se corresponderían en realidad con lo que el artículo 47 identifica como “líneas de actuación”—. En otras ocasiones, sin embargo, bajo el término prestación se ubican actuaciones más concretas, como las incluidas en el artículo 52 —programas de cribado; prevención, diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer; detección precoz y consejo genético pre- y post-natal de enfermedades hereditarias; etc.—.
443. Este uso indiferenciado puede complicar la aplicación de las previsiones referidas a las competencias en materia de prestaciones de salud pública. Así ocurre con la amplia atribución al órgano central de salud pública de “la ejecución de las prestaciones de salud pública definidas en esta ley que no correspondan a las entidades locales o que no hayan sido delegadas” (artículo 35 I)
444. Los **artículos 48 a 50** abordan la regulación de la organización y gestión de la vigilancia en salud pública.
445. Se trata de un ámbito abordado por el artículo 12 y siguientes de la LGSP, que prevé la coexistencia de diversos sistemas de vigilancia, de diferente ámbito territorial, conforme a los ámbitos de las administraciones con competencia en materia de salud pública, que se coordinan a través de la Red de Vigilancia en Salud Pública, que incluye entre sus sistemas el de alerta precoz y respuesta rápida, un sistema de funcionamiento continuo e ininterrumpido las 24 horas del



día (artículo 13.3), cuya configuración y funcionamiento a través de real decreto —que cabe suponer sucederá al vigente Real Decreto 2210/1995— se encuentra en el momento actual en fase de consulta pública.

446. El anteproyecto se ocupa de la organización de esta materia y lo hace a través de dos instrumentos, concordantes con el mencionado artículo 13, cuya concreción remite al desarrollo reglamentario: la Red de Vigilancia en Salud Pública y el Sistema de Alertas y Emergencias en Salud Pública.
447. Los dos instrumentos citados conviven con otros que el anteproyecto crea — como es el Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi (artículo 68)— , con contornos delimitadores no del todo claros, que se incorporan a otros ya existentes —como la Red de información y alerta de protección civil de Euskadi (artículo 16 LGE) y el Sistema vasco de atención de emergencias y protección civil, denominación correcta con que se alumbra en los artículos 58 y ss. de la Ley 15/2012, de 28 de junio, de ordenación del Sistema de seguridad pública de País Vasco, y el propio Sistema de vigilancia epidemiológica del País Vasco, regulado en el Decreto 312/1996, de 24 de diciembre—.
448. Se crea por un lado la Red de Vigilancia de la Salud Pública, definida como el conjunto de unidades y servicios de vigilancia de la salud del departamento competente en materia de salud pública que depende del órgano central de salud pública. Por tanto, una instancia interna de la Administración autónoma que se coordinará y trabajará en colaboración, se dice, con Osakidetza y con otras redes existente, de carácter público o privado, relacionadas con la salud.
449. Entre sus funciones se encuentra “la elaboración, desarrollo y gestión de los sistemas de información para la medición del estado de salud de la población y sus causas” (artículo 49.2.a)
450. La confusión se plantea a la vista de los términos con los que se define el Sistema de Información en Salud Pública, que, con arreglo al artículo 68, es “el conjunto organizado y armónico de personas, servicios, unidades, procedimientos e instrumentos de recogida, procesado y análisis de los datos necesarios para producir la información precisa para proteger y promover la salud de la población y llevar a cabo las actividades de salud pública”. Un sistema conformado por “todos aquellos sistemas de información que compartan, total o parcialmente, la finalidad de salud pública o cuya información sea relevante en la toma de decisiones en salud pública, independientemente de la administración que los promueva o gestione y del sector que los genere, público o privado”.



451. Es decir, el Sistema de Información en Salud Pública trasciende el concepto de conjunto de datos o información —que cabe desprender del artículo 40 LGSP y del citado 49.2.a) del anteproyecto— para erigirse en una realidad organizativa singularizada, dependiente, al igual que la Red de Vigilancia de la Salud Pública, del órgano central de salud pública, con la finalidad común de recoger y analizar información precisa para proteger y promover la salud pública, con voluntad de hacer confluir información de fuentes diversas. Una instancia organizativa que, como decimos, no siempre parece deslindarse adecuadamente de la denominada Red de Vigilancia, teniendo en cuenta que integra, entre otros tipos de información, las estadísticas, registros, encuestas y estudios respecto a sistemas de vigilancia en salud pública y alertas sanitarias (artículo 68.2 c).
452. Por poner algún ejemplo, a la Red de Vigilancia de la Salud Pública le corresponde la vigilancia de los riesgos laborales y sus efectos en la salud (artículo 49.m) y la monitorización de las desigualdades en la salud (artículo 49.c). A su vez, al Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi le corresponde identificar los determinantes del entorno laboral que influyen en la salud de la población trabajadora y valorar sus necesidades de salud derivadas del trabajo (artículo 68.d) y, como otra función, identificar las oportunidades para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades (artículo 69.c).
453. En cuanto al Sistema de Alertas y Emergencias en Salud Pública, cuya dirección también corresponde al órgano central de salud pública, se crea como “una estructura”, “un conjunto organizado”, del que forma parte “la Red de Vigilancia de Salud Pública” y que, a su vez, “formará parte de la Red de información y alerta de protección civil de Euskadi” (artículo 50.4), previsión concordante con el artículo 16 de la LGE que prevé esa red.
454. Se observa, en lo que respecta a la redacción del precepto, que los párrafos 1 y 2 del artículo 50 parecen anunciar la creación de una estructura de alertas y emergencias, que es la que el propio artículo regula, de manera que resultan innecesarios. Es oportuno señalar, además, que sería preferible que el título del precepto respondiera a su objeto principal, que es el “Sistema de Alertas y Emergencias en Salud Pública”.
455. Tampoco parece oportuno integrar en este artículo, que responde a una finalidad organizativa, contenidos como los recogidos en los apartados 6 y 7. El deber de colaborar ante la declaración de una alerta sanitaria y el deber de comunicación que en esa situación incumben a la autoridad sanitaria son extremos de otra índole que, por otra parte, el anteproyecto aborda en los artículos 17 y 59



— deber de colaboración— y artículo 86.5 —comunicación en situaciones de emergencia—.

456. Los **artículos 51 y 52** se dedican a la prevención de los problemas de salud y actuación sobre sus determinantes, fijando actuaciones a realizar por las administraciones públicas y definiendo una relación mínima de prestaciones de prevención frente a problemas de salud.
457. Se trata de una materia tratada a su vez en los artículos 19 y ss. de la LGSP, identificándose actuaciones y programas que, en este ámbito, realizan las administraciones públicas: dirigir acciones y políticas preventivas sobre los determinantes de la salud, desarrollar programas de prevención de la zoonosis y enfermedades emergentes, acciones preventivas de vacunación y detección precoz, etc.
458. El artículo 51 dispone líneas generales de actuación, con la atribución a “las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias”, del conjunto de actuaciones dirigidas a reducir la incidencia y la prevalencia en la población de enfermedades, lesiones y discapacidades, atenuando en lo posible sus consecuencias negativas.
459. El apartado 6, indica que las administraciones públicas competentes “trabajarán coordinadamente con el resto de agentes y organizaciones del Sistema de Salud Pública de Euskadi, así como de Osakidetza/Servicio Vasco de salud...”.
460. El artículo 52 fija una serie de prestación mínimas —actuaciones de vacunación, programas de cribado, tratamiento precoz del cáncer, etc.— que exigirán el correspondiente desarrollo y que abarcan actuaciones incluidas, con carácter básico y reflejo detallado, en el anexo 1.3 del RDCS.
461. Conviene reseñar que el artículo 19 de la LGSP, al regular las funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en este ámbito de la prevención, le reconoce la de acordar, entre otras materias, el calendario único de vacunas en España, con la indicación de que las comunidades autónomas pueden modificarlo por razones epidemiológicas.
462. El anteproyecto, al referirse a las actuaciones en materia de vacunación, alude a la aprobación del calendario mediante orden de la persona titular del departamento competente en materia de salud, teniendo en cuenta, se dice, las recomendaciones del Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi.



463. Se trata de un órgano creado por previsión reglamentaria —Orden de 7 de septiembre de 2011, en desarrollo del Decreto 121/2005—, que como tal no debe ser reflejado en el texto legal, sin perjuicio de la posibilidad, al alcance del legislador, de articular previsiones de carácter general respecto a la intervención de un órgano consultivo asesor, en caso de estimarse pertinente.
464. La protección y promoción de la sanidad ambiental y de la seguridad alimentaria, reguladas en los artículos 55 y 56, forman parte de la cartera de servicios comunes de la prestación de salud pública en los términos previstos en el artículo 11.2.f) y g) de la LCCSNS y anexo I. 4 y 5 del RDCS.
465. Los citados preceptos acogen un contenido genérico, del que no surgen propiamente derechos ni obligaciones, limitándose a definir la seguridad alimentaria y la salud ambiental como dos ámbitos en los que las administraciones públicas sanitarias deberán acometer actuaciones.
466. Son preceptos de contenido esencialmente programático que vienen a reiterar lo ya contenido en normas vigentes.
467. El **artículo 58** regula medidas limitativas para los casos de “alertas y emergencias sanitarias”, en solapamiento con la regulación contenida en los artículos 89 a 91 —que se citan de forma expresa, aunque erróneamente se aluda a los artículos 93 a 95—.
468. Se sugiere, por tanto, la revisión de este artículo a través de una debida integración con los artículos citados, superándose cierta disparidad en las prescripciones propuestas, para lo cual se estima más idónea su ubicación en el capítulo VII, dedicado a la intervención administrativa.
469. Se trata de una materia de indudable relevancia, como se ha evidenciado en el examen de los artículos 90 y 91 realizado en líneas precedentes —del artículo 89 se hablará más adelante—, en la que debe subrayarse la exigencia de certeza en la regulación.
470. El **artículo 62** inicia la sección con la alusión al Laboratorio de Salud Pública de Euskadi —el Laboratorio de Salud Pública se menciona actualmente en el Decreto 116/2021, de 23 de marzo, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud (artículo 9.5)—, al que se atribuye un listado no cerrado de actuaciones.
471. El RDCS, en su anexo I, referido a la cartera de servicios comunes de salud pública, cita los análisis de muestras en laboratorios de salud pública tanto en el



apartado de protección y promoción de la sanidad ambiental, como en el de promoción de la seguridad alimentaria.

472. La **sección primera del capítulo VI** del anteproyecto regula el Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi, regulación respecto de la que ya hemos apuntado los problemas de confusión que se derivan del hecho de que el párrafo 1 del artículo lo conceptúe de tal manera que su configuración trasciende el concepto de conjunto de datos o información, que es el que en definitiva se deriva de su propio contenido y del solapamiento de funciones que corresponden a este sistema y a la Red de Vigilancia de salud Pública.
473. Por lo demás, no podemos olvidar que el Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi se integra, de conformidad con el artículo 40 de la LGSP, en el Sistema de Información en Salud Pública de ámbito estatal. La regulación estatal en la materia, tanto la establecida en la LGSP como la recogida en la LCCSNS, a la que se remite la primera, vienen a establecer el siguiente marco regulatorio: esta determinado el tipo de información que se integra en el sistema, definiéndose en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud los contenidos que se incluyen en el mismo y correspondiendo al ministerio competente en sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, establecer la definición y normalización de datos y flujos, la selección de indicadores —que estarán basados, entre otros, en los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de Unión Europea (UE)— y los requerimientos técnicos necesarios para la integración de la información.
474. La regulación del anteproyecto omite cualquier referencia a esta normativa básica —la única referencia que realiza a la LCCSNS está contenida en el párrafo relativo a la transmisión de información mediante interoperabilidad de sistemas—, pero ello no es óbice, como ya hemos indicado, para su directa aplicación, cuestión esta que no resulta negada con la regulación del anteproyecto.
475. También la LGSP impone a los servicios y profesionales sanitarios, tanto públicos como privados, unas obligaciones de aportación de datos al Sistema de Información en Salud Pública —informes, protocolos u otros documentos e incluso datos que figuran en las historias clínicas— y establece las limitaciones precisas cuando el tratamiento afecte a datos de carácter personal: que se traten tan solo los que resulten imprescindibles para la toma de decisiones en salud pública —principio de minimización— y que, cuando se realice un acceso a las historias clínicas por razones epidemiológicas y de salud pública, se haga con



sometimiento a lo regulado a estos efectos en la Ley 41/2002, de 24 de noviembre.

476. No podemos negar que el anteproyecto incorpore estas determinaciones, pero, como sucede en otras ocasiones, lo hace de una forma sistemáticamente inadecuada. La obligación de comunicación viene recogida en los artículos 70 y 71 y el mismo artículo 70 recoge las limitaciones derivadas del tratamiento de datos de carácter personal, junto con las regulaciones relativas a condicionantes de interoperabilidad de los sistemas y a medidas de seguridad de la información.
477. Ya hemos apuntado anteriormente las exigencias que se derivan del principio de reserva de ley en materia de habilitación para el tratamiento de categorías especiales de datos, por lo que no procede más que reiterarlas y aconsejar por ello la máxima certeza y claridad en la regulación.
478. Como última observación a esta sección, considera la Comisión que el **artículo 69** contiene, en la relación de lo que denomina “funciones” del sistema, algunas que más bien obedecen a funciones que el Departamento de Salud o el órgano central de salud pública —según el artículo 71— debe desempeñar en relación al propio Sistema de Información. Este sería el caso de las letras i), k), m), n) ñ) y o).
479. La **sección segunda del capítulo VI** del anteproyecto regula el Observatorio de Salud de Euskadi, que se configura una “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 respecto del que también se afirma que “participará en el Sistema de Información en Salud Pública de Euskadi”. Dos cuestiones tan solo en relación a esta regulación: reiterar el problema de confusión entre las estructuras organizativas y los sistemas de archivo de información y alertar sobre el hecho de que el anteproyecto configura el observatorio sin ningún tipo de relación con el órgano central de salud pública.
480. El departamento proponente tiene libertad en la configuración de esta unidad administrativa, pero, sin una justificación en el expediente y dada la definición del órgano central de salud pública en el propio anteproyecto —“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”—, sorprende, no solo que el observatorio no se integre en dicho órgano central, sino también que ni siquiera tenga esta reconocida función alguna con respecto al observatorio.



481. El **artículo 75** del anteproyecto regula la formación en salud pública y establece en su párrafo 3 que “La totalidad de las y los profesionales de atención primaria, en sus procesos de formación y capacitación, realizarán acciones formativas en materia de salud pública”. Procede apuntar a este respecto que, conforme al artículo 40.10 de la LGS, corresponde al Estado —sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas— “La homologación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, a efectos de regulación de las condiciones de obtención de títulos académicos”. También la LCCSNS, regula en su capítulo III la planificación y formación del personal sanitario, atribuyendo a la Comisión de Recursos Humanos, en la que están representadas las comunidades autónomas, el establecimiento de “criterios para la adaptación de los planes de estudios conducentes a la obtención de los distintos títulos universitarios del ámbito de las ciencias de la salud”.
482. El último artículo de este capítulo, el **artículo 77**, regula la evaluación de programas públicos de salud pública. Esta evaluación no parece diferir de la valoración de resultados de los programas de salud pública regulada en el artículo 21 y definida como “la medición de los efectos que una intervención sanitaria o de salud pública tiene sobre la salud de la población”. Si efectivamente así fuera y la “valoración de resultados” no fuera más que una técnica utilizable para realizar la evaluación, aconseja la Comisión una regulación de ambos aspectos que aclare esta cuestión y contenga la regulación en un único precepto.
483. La **sección tercera del capítulo VII** se ocupa de la autoridad sanitaria y sus agentes.
484. Se define la autoridad sanitaria en el artículo 5.2 —previsión que es trasladable a esta sección por razones sistemáticas— como el órgano de la Administración que, en el ejercicio de su responsabilidad y de acuerdo con las competencias que le reconoce la legislación, dicta disposiciones y adopta y aplica medidas que obligan a particulares, colectivos e instituciones, de forma personal o a sus bienes, al objeto de proteger la salud de la población,
485. El artículo 81 concreta los órganos que tienen la consideración de autoridad sanitaria —Gobierno Vasco, órganos de la Administración de la CAPV (titulares del Departamento de Salud, órgano central de salud pública, responsables de las unidades territoriales de salud pública) y los órganos competentes en la materia de los ayuntamientos—, concretando la prescripción del artículo 4.m) que, con generalidad, atribuye su ejercicio al Sistema de Salud Público de Euskadi.



486. El artículo 82 contiene un listado de funciones mediante las que la autoridad sanitaria puede intervenir en las actividades públicas y privadas para proteger la salud de la población y prevenir la enfermedad. De la redacción de los diferentes apartados se aprecia que el listado engloba tanto el dictado de disposiciones de carácter general como facultades de actuación, redacción genérica que debiera, en su caso, acotarse en el sentido de que esa atribución de funciones debe interpretarse en el ámbito competencial que corresponde a los diferentes órganos revestidos de esta condición de autoridades sanitarias.
487. El listado parece compendiar las competencias ya reguladas a lo largo del articulado, en ocasiones con un mayor grado de concreción —v. gr. artículo 28 I), artículo 48.2, artículo 87—, de manera que podría resultar conveniente, a fin de evitar duplicidades, optar por una fórmula de remisión.
488. Ello resulta especialmente adecuado a la vista del contenido de las letras d), g), h) e i), que constituyen una traslación fragmentada y no siempre coincidente con extremos de la regulación contenida en los artículos 89, 90 y 91.
489. Convendría incorporar en este artículo una previsión similar a la contenida en el artículo 52.4 de la LGSP, artículo de aplicación a la autoridad sanitaria de ámbito estatal, que posibilita la solicitud de apoyo, auxilio y colaboración por parte de la autoridad sanitaria y que en el anteproyecto (artículo 88.7) se circunscribe a los agentes de esta.
490. Se consigna en el artículo 83 —con arreglo a lo previsto en el artículo 77.5 LPAC— el reconocimiento de la condición de autoridad pública del personal funcionario en el ejercicio de las funciones de inspección y control en materia de salud pública, personal para el que la ley emplea la denominación de “agentes de la autoridad sanitaria” (artículo 5, que debiera integrarse con el artículo 83 por su contenido coincidente).
491. Una prescripción importante en orden a reforzar la función fiscalizadora de las administraciones competentes, que se ve acompañada de otras que, con idéntica finalidad, abordan en el artículo 88 facultades que se anudan a esa función, incluyendo la mención del valor probatorio de las actas confeccionadas en su ejercicio (con arreglo al artículo 77.5 LPAC).
492. Se sugiere, no obstante, revisar desde la perspectiva de la técnica normativa los artículos en esta materia (artículo 83, 84 y 88), que abordan la actividad de los agentes de una forma un tanto dispersa y con cierto grado de reiteración, debiendo valorarse su agrupación —que pudiera ubicarse en el artículo 68, que



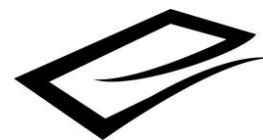
regula el ejercicio de las funciones de inspección y control por parte de los agentes—.

493. Debieran eliminarse reiteraciones como las que aluden al carácter de autoridad sanitaria (artículo 83 y 88.1), las actas (artículo 88.2 y 9) y, en general, los contenidos coincidentes en los artículos 84 y 88, además de las referidas a las medidas de intervención [artículo 84.i) y 88.3.e], cuya regulación se halla en el artículo 89.
494. En lo que se refiere a la sección cuarta, con el encabezamiento de “Intervención administrativa”, se inicia con el artículo 85 que, aunque responde al título “Principio de precaución”, ofrece un contenido que no se ajusta al mismo, con un primer párrafo que definiría actuaciones que conforman la intervención de policía administrativa en salud pública.
495. Es el tercer párrafo —tras un segundo dedicado a los informes de los agentes de la autoridad sanitaria, de dudosa ubicación— el que alude a la aplicación del principio de precaución, principio que el proyecto enuncia en su artículo 3.o) —“Las actuaciones públicas en materia de salud pública se inspirarán de forma prioritaria en los objetivos de detectar, anticiparse y evitar los posibles daños a la salud de la población, abordando especialmente los diversos determinantes de la misma”—.
496. Lo hace en términos que divergen de los que emplea la LGSP en su artículo 3.d), que acota con mayor precisión su alcance —“La existencia de indicios fundados de una posible afectación grave de la salud de la población, aun cuando hubiera incertidumbre científica sobre el carácter del riesgo, determinará la cesación, prohibición o limitación de la actividad sobre la que concurra”—, en concordancia con la definición que rige en el ámbito comunitario y que refleja, por ejemplo, el artículo 7 de la Ley de 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, que cita al respecto el artículo 7 del Reglamento (CE) n.º 178/2002.
497. La cuestión tiene su trascendencia puesto que el anteproyecto prevé en sus artículos 82.h) y 89.1 que las medidas especiales y cautelares pueden adoptarse si se produce un riesgo para la salud individual o colectiva, o cuando existan indicios razonables de dicho riesgo, así como en aplicación del principio de precaución, un tercer caso de difícil comprensión si se acude a la genérica definición del citado artículo 3.o).
498. El contenido del artículo 86, que se titula “Comunicación en materia de salud pública”, debiera ser revisado a la luz de la sección en que se integra, puesto que excede ampliamente de aspectos propios de la materia de policía administrativa que



integran esta sección y que pudieran identificarse, como bien refleja el artículo 82.f), como aquellas actuaciones ligadas al control de la publicidad y propaganda de productos y actividades que puedan incidir en la salud.

499. El citado artículo ofrece cierta confusión y aborda, asimismo, aspectos generales ligados al derecho a la información —el artículo 9.4 contiene de hecho una remisión a “los criterios para la comunicación establecidos en el artículo 86”— y a los principios que deben regir la información y publicidad en materia de salud pública por parte de las administraciones públicas, que merecen un tratamiento separado y singular.
500. El **artículo 89**, titulado “Medidas especiales y cautelares”, se corresponde con el artículo 54 de la LGSP, que contiene un catálogo de medidas que coexiste con las previstas en el artículo 26.1 de la LGS.
501. El anteproyecto, de manera similar, completa la regulación prevista en el artículo 34 de la LOSE, que mantendría su vigencia, si bien no se dice expresamente tal y como debiera.
502. Se trata de medidas de intervención de las autoridades sanitarias cuya adopción se revela necesaria en orden a contener el riesgo para la salud pública, con una posible afección negativa en las actividades profesionales, empresariales y económicas que los ciudadanos deben soportar.
503. El anteproyecto propone una relación extensa de medidas —diferentes de las previstas en la LOMESP, que se regulan en los artículos 90 y 91—, sin perjuicio de una adecuada cláusula final abierta, necesaria en un ámbito tan casuístico como este.
504. La regulación acoge menciones al principio de proporcionalidad que debe regir la materia (artículo 89.2.m y artículo 89.3.a), que se suman a la mención a la aplicación de este precepto en el ámbito de la intervención administrativa (artículo 78.a)
505. Articula asimismo la preceptiva garantía de la audiencia del interesado, trámite que se excepciona en el artículo 89.3.b), conforme a la legislación básica, en los supuestos de riesgo inminente y extraordinario para la salud.
506. Debe no obstante señalarse, respecto a la redacción de este apartado b), que no se acierta a determinar si las dos frases contenidas en ese apartado pretenden delimitar un único supuesto o son dos diferentes, de modo que en el caso de “emergencia de salud pública declarada” bastaría la sospecha o conocimiento de



riesgo, sin la condición de su inminencia, para excluir la partición del interesado. Convendría aclararlo, siendo así que aquella inminencia parece requisito necesario en todo caso.

507. Procede detenerse en la regulación que recoge el anteproyecto respecto a la posible adopción de las medidas previstas en el artículo 89 por parte de los agentes de la autoridad sanitaria.
508. El régimen previsto, en su literalidad, resulta un tanto confuso, a consecuencia de su cierta dispersión.
509. El artículo 89.1 y 2 aluden a la posible adopción de estas medidas tanto por la autoridad sanitaria como sus agentes, precisando el artículo 89.3 d) que “Las medidas especiales y cautelares que tomen directamente las y los agentes de la autoridad sanitaria ante la gravedad e inmediatez de un riesgo para la salud, serán objeto de ratificación o revisión por la autoridad sanitaria”.
510. La cuestión se aborda asimismo en el artículo 84.i) que atribuye a los agentes la adopción, con carácter provisional, sin perjuicio de su posterior aprobación por parte de la autoridad sanitaria, de las medidas cautelares reguladas en la ley.
511. El artículo 88.3.e) atribuye a los agentes la competencia para “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”.
512. La lectura de los preceptos señalados suscita ciertas dudas interpretativas.
513. Se observa que el proyecto pretende ofrecer un fundamento legal a la adopción por parte de los agentes de la autoridad sanitaria de medidas que sean ejecutivas con inmediatez frente a riesgos graves e inminentes detectados en el curso de las funciones de inspección y control (artículo 89.3.d), dando cuenta tan pronto como sea posible a la autoridad sanitaria de la que depende —el inciso final del artículo 88.3.a), que contiene esta previsión, alude a la persona titular de la dirección, en redacción que podría estar pensando en la organización de la Administración de la CAPV—.



514. La regulación, en este sentido, permitiría una excepción al régimen ordinario de adopción de este tipo de medidas —con efectos jurídicos frente a terceros—, por las autoridades sanitarias —en tanto órganos administrativos competentes— .
515. Un régimen general de adopción de medidas que se desprende del proyecto en su articulado (por ejemplo, artículos 5.2 y 16.2) y de la propia definición de la autoridad sanitaria (artículo 5) como el órgano de la Administración que aplica medidas de intervención.
516. La atribución excepcional a los agentes de la autoridad parece en todo caso razonable, vinculada a la necesidad de una respuesta directa e inmediata, en razón del carácter inminente de un riesgo, que no puede someterse a la demora que resultaría de exigirse la intervención de la autoridad sanitaria.
517. En todo caso, superando la dispersión apuntada, la regulación propuesta debiera precisar el requisito de la situación de riesgo inminente en el que los agentes podrán acometer este tipo de actuaciones, sin perjuicio del desarrollo reglamentario que parece apuntar el artículo 88.3.e), que avanza la reserva de determinadas medidas —cabe suponer que las de mayor gravedad, aunque no se indica— cuya adopción corresponde a la autoridad sanitaria.
518. La afección que para los derechos revisten las medidas del artículo 88 exigiría una mayor claridad en lo que al procedimiento y a las garantías aplicables se refiere.
519. Podría, en este sentido, clarificarse la naturaleza de la intervención de la autoridad sanitaria con respecto a estas actuaciones, dado que los términos que utiliza el proyecto pueden ser equívocos al referirse tanto a un trámite de aprobación (84.i) como, en otro precepto, de ratificación o revisión (artículo 89.3.d).
520. La cuestión, en el supuesto de adopción de medidas cautelares enmarcadas en la constatación de hechos eventualmente ilícitos y la ulterior incoación del correspondiente procedimiento sancionador, se regula en el artículo 32 de la LPS.
521. Con las garantías allí previstas, se prevé que, en el supuesto de medidas cautelares adoptadas por funcionarios inspectores, el acto de incoación deberá determinar de forma motivada la “revocación, mantenimiento o modificación” de las medidas (artículo 321.3), disponiendo asimismo que se extinguirán una vez



transcurridos cuatro días desde su adopción sin que se haya incoado el correspondiente procedimiento sancionador.

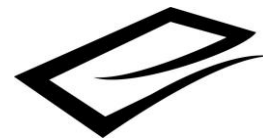
522. De forma análoga, el artículo 56.2 de la LPAC regula, en el ámbito de las disposiciones referidas al procedimiento administrativo común, la posible adopción de medidas cautelares antes de la iniciación del procedimiento administrativo, en los casos de urgencia inaplazable y para la protección provisional de los intereses implicados, que deberán ser confirmadas, modificadas o levantadas en el acuerdo de iniciación del procedimiento, que deberá efectuarse dentro de los quince días siguientes a su adopción, quedando sin efecto si no se inicia el procedimiento en dicho plazo o cuando el acuerdo de iniciación no contenga un pronunciamiento expreso acerca de las mismas.
523. Hay que tener en cuenta, no obstante, que las medidas que regula el artículo 89 no se anudan necesariamente a la iniciación de un procedimiento, de manera que no en todo caso su régimen es reconducible al aplicable a las medidas cautelares en los términos expuestos, por lo que sería pertinente fijar un plazo general en el que la autoridad sanitaria debe pronunciarse sobre el mantenimiento, revocación o modificación de las medidas, con la consecuencia de su extinción de no concurrir pronunciamiento en ese plazo.
524. Respecto a **las multas coercitivas previstas en el artículo 89.4**, su previsión resulta adecuada a la vista del concreto contenido de las medidas que el artículo acoge, de las que cabe desprender la posible imposición a los interesados de obligaciones de hacer o de no hacer.
525. Ahora bien, procedería revisar la redacción propuesta a fin de determinar la forma y cuantía a que deben ajustarse estas multas, tal y como dispone el artículo 103 de la LPAC, dado que no se ha incluido ninguna prescripción al respecto.
526. La **disposición adicional** segunda regula, conforme reza su título, el uso de las lenguas oficiales.
527. Su párrafo primero se refiere a las administraciones públicas, las entidades vinculadas a las mismas y las entidades privadas, a las que impone la obligación de respetar y atender los derechos lingüísticos de la ciudadanía, para lo que, en las relaciones tanto orales como escritas que mantengan con los ciudadanos y ciudadanas, utilizarán la lengua oficial elegida por estos últimos.
528. El precepto aborda una materia igualmente recogida en el artículo 6.3 del proyecto, que garantiza los derechos lingüísticos en el Sistema de Salud Pública



de Euskadi con remisión a los términos previstos en la Ley 6/2003, de 22 de diciembre, de Estatuto de personas consumidoras y usuarias (LEPCU).

529. Las actuaciones en materia de salud pública inscritas en el texto del anteproyecto delimitan un ámbito extenso en el que cabe identificar la incidencia para consumidores y usuarios, conforme a la definición de estos que ofrece el artículo 4 de la LEPCU, que incluye a quienes utilicen o disfruten servicios sean de empresas, profesionales o de la propia Administración como prestadora de servicios.
530. Pero no se agotan en ese ámbito puesto que igualmente se insertan en ese ámbito extenso regulado por el anteproyecto actuaciones que forman parte de la actuación administrativa —pongamos, por caso, la gestión de las ayudas que se prevén en el artículo 35.ñ) o el ejercicio de la potestad sancionadora y la aplicación de las diferentes medidas de policía administrativa que el proyecto contempla— sujeta a los dictados de la Ley 10/1982, de 24 de noviembre, básica de normalización del uso del euskera (LBNE).
531. Por tanto, la legislación aplicable en materia lingüística está integrada, básicamente, por ambos textos legales, y no solo por la LEPCU.
532. A su vez, el texto propuesto suscita alguna dificultad al imponer a entidades privadas, no solo a las administraciones públicas, la obligación de utilizar la lengua oficial elegida por el ciudadano en las relaciones tanto orales como escritas.
533. Esta dicción no se ajusta con exactitud a los términos de la vigente LEPCU, que, por ejemplo, en su artículo 40, referido a la atención al público, impone a los establecimientos de prestación de servicios abiertos al público la obligación de estar en disposición de atender a las personas consumidoras y usuarias cualquiera que sea la lengua oficial en que se expresen.
534. Si, como cabe suponer, la pretensión del anteproyecto es adecuarse a la LEPCU, sería más conveniente una mera remisión a esta, sin incorporar variaciones que se adentran en una materia matizada por la doctrina constitucional, como se expuso en el Dictamen 17/2022 (pár. 314 a 316), al que nos remitimos y del que extraemos los siguientes párrafos:

Por tanto, del bloque de constitucionalidad —según lo dicho artículos 3.2 CE y 6.2 y 3 EAPV- y de la interpretación que del mismo ha realizado el Tribunal Constitucional, la línea roja a la hora de establecer obligaciones lingüísticas en



el ámbito de las relaciones privadas (en este caso, en las de consumo) se situaría en la imposición a los operadores privados de obligaciones individuales, generales, inmediatas y directas, con la consecuente imposibilidad de anudar una sanción a su incumplimiento, por ser aquellas inconstitucionales.

No cabe, así, establecer un deber individual, general, inmediato y directo de uso de la lengua cooficial en las relaciones de consumo (ni lógicamente el reconocimiento de un derecho que pueda conllevar la configuración de un deber de esas características). Sin embargo, fuera de esa zona prohibida, se abre un espacio amplio que admite distintas alternativas a la hora de definir las obligaciones de los operadores económicos prestadores de bienes y servicios.

La propia STC 7/2018 (en el mismo sentido que antes lo había hecho la STC 88/2017, de 4 de julio) no considera inconstitucional el artículo 128-1 del Código de consumo de Cataluña, interpretado conforme a los límites que establece en el fundamento jurídico 4 –que es el que hemos transcrito parcialmente-.

535. El dictamen citado tiene por objeto el anteproyecto de aprobación de un nuevo estatuto de consumidores y usuarios, una iniciativa cuya tramitación en curso no hace sino abundar en nuestra recomendación de que la regulación del uso de las lenguas oficiales, contenida en los párrafos 1 y 3 de la disposición, se ciña a la remisión a la legislación que resulta aplicable.
536. A su vez, resultaría más adecuado insertar la remisión propuesta en la sección primera del capítulo II, dedicado a los derechos de la ciudadanía en relación con la salud pública.
537. En cuanto al párrafo segundo, de admitirse la sugerencia, debiera valorarse su colocación en las partes de la norma que regulan estos órganos o, alternativamente, su eliminación, entendiéndose que la prescripción puede resultar innecesaria por la vigencia de la LBNE.

III OBSERVACIONES DE TÉCNICA LEGISLATIVA

538. La Comisión estima conveniente realizar una serie de consideraciones en el terreno de la técnica legislativa a fin de coadyuvar a la obtención de un producto normativo técnicamente más acabado y, por tanto, más acorde con el principio de seguridad jurídica (artículo 9.3 CE).



539. En el análisis que se aborda son de tener en cuenta las Directrices para la elaboración de proyectos de ley, decretos, órdenes y resoluciones, aprobadas por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 23 de marzo de 1993 y publicadas por Orden de 6 de abril de 1993, del Consejero de Presidencia, Régimen Jurídico y Desarrollo (en adelante, las Directrices).
540. Desde el reconocimiento de la dificultad de la labor abordada por el órgano promotor y de los problemas que en ocasiones generan las modificaciones introducidas a lo largo de la tramitación, se adelanta ya que la iniciativa adolece, en algunos de sus extremos regulatorios, de la necesaria precisión, resultando, asimismo, fácilmente detectable una sistemática no del todo depurada, que coexiste con cierta tendencia a la reiteración de contenidos en diversos preceptos a lo largo del articulado y a una utilización no unívoca de los conceptos.
541. Se trata de extremos ya apuntados en el análisis precedente, pero de los que se dejará constancia en este apartado con un análisis que no pretende ser exhaustivo.
542. La falta de sistemática afecta, no solo a contenidos de los preceptos que no se encuentran correctamente ubicados dentro de los artículos, secciones o capítulos del texto normativo, sino también a aquellos en los que el título de los artículos o agrupaciones de artículos no se ajusta al contenido. Las directrices de técnica normativa exigen que los artículos regulen un aspecto de la materia tratada de forma que todo el contenido del mismo responda a un tema y que las agrupaciones de artículos —títulos, capítulos y secciones— tengan un contenido unitario. También exigen que los artículos se redacten de manera comprensible por sí mismos, sin que se haga necesario acudir a otras partes de la norma para determinar su alcance y significado y que cada tema se regule en un solo artículo o agrupación de artículos.
543. Son varios los ejemplos de falta de sistemática que exponemos a continuación con más detalle.
544. En relación con el deber de comparecer en las dependencias de la Administración sanitaria (artículo 17.f), se trataría de un deber exigible “en caso de riesgo real y en situaciones en que haya declarada una situación de emergencia sanitaria”, situaciones reguladas en la sección 5ª del capítulo V, “Protección de la salud de la población en caso de emergencia sanitaria, epidemia o pandemia”. En dicha sección, el artículo 59 contiene también un párrafo específico para el deber de comparecencia (artículo 19 LPAC). Tal y como hemos apuntado, resulta aconsejable incluir los mensajes



normativos en un único precepto, evitando así la falta de sistemática y la dispersión normativa y, en este caso, consideramos que su ubicación más adecuada es la de la regulación específica para los supuestos de emergencias sanitarias, máxime si tenemos en cuenta que en ese artículo 59 se establece la exigencia de motivación.

545. El artículo 18 obedece a una declaración del principio de Salud en Todas las Políticas que excede del ámbito del Sistema de Salud Pública, que es el objeto de este capítulo. Se aconseja por ello trasladar este contenido al capítulo I. En cuanto a su contenido concreto, la frase final de la letra e) debiera ser objeto de una letra independiente.
546. El artículo 40 se titula “Coordinación con la Administración general del Estado y otras administraciones competentes, en caso de riesgo o emergencia sanitaria”. Sin embargo, bajo este epígrafe regula cuestiones relativas a la coordinación en situaciones de emergencia sanitaria, pero también otras relativas a una coordinación “ordinaria”.
547. Otros ejemplos de una sistemática inadecuada son los siguientes: la frase final del artículo 2.2 no responde al objeto del artículo —además de reiterar el mensaje del artículo 38—; la frase final de la letra c) del artículo 43 es más propia del contenido de los derechos a la información y autonomía personal recogidos en el capítulo II; la parte final del artículo 37.2 debiera estar ubicado, si atendemos a su contenido, en el artículo 36, que determina los criterios para el establecimiento de la estructura territorial.
548. En cuanto a la reiteración de contenidos en los preceptos, han sido varios los supuestos apuntados en el análisis del articulado que hemos realizado.
549. Otros ejemplos son los que derivan del artículo 6.3, que repite el contenido de la disposición adicional segunda; el artículo 34.5 y la disposición final primera; la frase inicial del artículo 74.1, que no es más que una remisión al artículo 23, etc.
550. Se aconseja revisar las múltiples referencias a la colaboración interadministrativa y a los instrumentos que plasman esta colaboración; los artículos 27.2 y 32.2 contienen regulaciones relativas a la cooperación interadministrativa, materia que es objeto de un artículo específico (el 38), que bien podría centralizar todos los mensajes normativos relativos a la materia.
551. Los artículos 36 y 37, relativos a la estructura territorial —si el departamento proponente decide su mantenimiento—, plantean idéntico problema: el artículo 36 resulta reiterativo en sí mismo y reitera el mensaje que de forma resumida se incluye en la frase final del segundo párrafo del artículo 34.5.



552. Por otro lado, tal y como hemos dicho, el anteproyecto utiliza en ocasiones expresiones distintas para referirse a un mismo concepto. Esa disparidad de expresiones no ayuda a la seguridad jurídica, al no descubrirse su razón. Parece por ello adecuado atender a la directriz de técnica normativa que, en aras de preservar mejor aquel principio, recomienda elegir una expresión unívoca y mantener su uso uniforme en el texto jurídico para facilitar su interpretación y aplicación. Todo ello, claro está, salvo que el empleo de una expresión distinta responda efectivamente a un motivo y sea necesaria para la regulación proyectada.
553. Sucede esto, por ejemplo, con el principio “Salud en todas las políticas”/“Salud en todas las políticas públicas”, con el concepto “órgano central de salud pública/órgano central responsable de salud pública”, “Plan de Salud”/Plan de Salud de Euskadi”.
554. Hay artículos del anteproyecto que contienen elementos explicativos o descriptivos. Procede apuntar a este respecto que en buena técnica normativa no debe incluirse en el contenido del artículo su justificación, siendo en su caso, de estimarse necesario, la parte expositiva el lugar más adecuado para explicar el fundamento de la regulación. Ejemplo de contenidos descriptivos serían el artículo 3.g), que explica el concepto de zoonosis. Ejemplo de contenido explicativo sería el artículo 17.f), que explica que la declaración de una situación de emergencia sanitaria se realizará “de acuerdo con la evidencia científica disponible”.
555. Se deberá revisar a lo largo del articulado la correcta utilización del concepto de Administración General, pues en ocasiones —como sucede en el artículo 33— se utiliza este concepto cuando en realidad lo que se está regulando corresponde a la Administración General e Institucional. En términos de la recientemente aprobada Ley 3/2022, de 12 de mayo, del sector público Vasco, “sector público de la Comunidad Autónoma de Euskadi” es el concepto que abarca tanto las entidades que conforman la Administración General e Institucional de la Comunidad Autónoma como los entes instrumentales de su sector público —sociedades públicas, fundaciones y consorcios—, frente a la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi que “es la única entidad de carácter territorial”.
556. Deberá también revisarse la utilización del concepto “Gobierno Vasco” utilizado en ocasiones (artículos 27 y 28) como sinónimo de Administración General. No hay que olvidar que el primero es estrictamente el órgano colegiado al que se refiere el artículo 16 de la Ley 7/1981, de 30 de junio, de Gobierno.
557. Mención específica merece la problemática que pudiera derivarse de la omisión de conceptos, que en algunas ocasiones pueden resultar relevantes. Resulta así



necesario apuntar que en los artículos 94.3.d) y 94.4.a) los tipos infractores hacen referencia exclusivamente al incumplimiento de medidas que impongan “las autoridades sanitarias”, cuando no cabe olvidar que las mismas pueden, asimismo, ser impuestas por los agentes de la autoridad sanitaria.

558. Por otro lado, el contenido de la última frase del artículo 98 corresponde a una disposición adicional, por tratarse, conforme a las directrices, de “Mandatos y actuaciones no dirigidas a la producción de normas jurídicas”.
559. En cuanto a las cuestiones relativas a la división de los artículos, aconsejan las Directrices que estos deberán ser breves, debiendo tener como máximo tres o cuatro párrafos. Contravienen esta directriz, como ejemplo, los artículos 89 y 94.
560. Respecto a la división de los párrafos, debe asimismo revisarse el texto a fin de respetar la directriz que plantea que “cada párrafo, una oración; cada oración, una idea”, incorporando apartados en caso de necesidad. Son muchos los ejemplos —artículos 21.1; 24.1 y 2; 27; 34.5; 39.2; 85; etc.— susceptibles de modificación en tal sentido.
561. El uso de la combinación de dos conjunciones “y/o” no es admitido gramaticalmente, ya que normalmente el valor que se le pretende atribuir es el de la conjunción “o”, por lo que, cuando se quiere indicar que puede ser una cosa u otra o ambas, se debe usar la conjunción “o” sola; la conjunción “y” se empleará solo cuando abarque los dos términos de la combinación, para indicar que será una cosa y otra, ambas. Esto afecta, entre otros, a los artículos 43.h) y 47.d). En el artículo 39.2 entendemos que la fórmula correcta es aludir a “alto cargo o personas electas”.
562. Las referencias a las normas incluidas en el proyecto deben ser realizadas de forma completa, indicando su número, fecha y titulación, y no resulta correcto el uso de acrónimos. Se aconseja así que se revisen las referencias normativas recogidas en los artículos 89.5 y disposición adicional primera.
563. En cuanto a normas de división de artículos, convendría dividir en más de un párrafo algunos de los artículos o, incluso, algunos de los párrafos de los artículos, como por ejemplo los siguientes: 21.1, 24.1, 24.2, 34.5, 39.2 y 85. El artículo 61 también debiera dividirse en dos párrafos numerados, dividido a su vez el segundo en dos apartados, identificados con letras minúsculas.
564. En cuanto a numeración de los párrafos, deben revisarse el artículo 8 —que no tiene más que un párrafo, por lo que no debería numerarse— y el artículo 58.



565. En cuanto a la verificación del uso correcto del lenguaje no sexista, conforme al artículo 18.4 de Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres, se puede afirmar que el proyecto ha realizado un esfuerzo por una utilización correcta del lenguaje.
566. Por último, se realizan una serie de sugerencias de redacción y se recogen algunos errores gramaticales que han sido detectados: en el artículo 20.3, se recomienda eliminar las comillas en la expresión recursos esenciales; en la letra h) del artículo 28 sobraría el calificativo “nuevas” y en la letra m) del mismo artículo entendemos que se trata de “aprobación de la estructura y **normas de funcionamiento**”; en el artículo 34.5 no tiene sentido la expresión “Además de las establecidas en la presente ley” para añadir a continuación unas atribuciones de competencias recogidas en el mismo anteproyecto —esta fórmula se utiliza cuando la remisión se realiza a las recogidas en otras normas distintas—; en la letra ll) del artículo 35 la referencia correcta es a los artículos **39** y 44; en la letra p) falta determinar el objeto de la función de dirección —concretar qué se dirige—; en el mismo artículo se debe corregir la última letra, que sería la t); en el artículo 63.b) se observa un error gramatical, al sobrar una “s”; en el artículo 76.2.d) sobra la frase final, que reitera la letra c) del mismo artículo; en el artículo 82.g) parece que debiera revisarse la redacción; en la letra g) del artículo 84, lo correcto sería aludir a “la emisión de las certificaciones...”; en el artículo 89.2. c), la referencia al artículo 61 es errónea, ya que debiera remitirse al artículo **81**; hay un error de redacción en el artículo 98.2.b).
567. En la relación tabulada del artículo 49.2, las letras minúsculas ordenadas alfabéticamente deben ir con paréntesis según las directrices —a), b), c), etc.—, y en los artículos 51, 52 y 66 debe identificarse asimismo la relación tabulada con letras minúsculas con paréntesis.
568. La utilización de las letras en las relaciones tabuladas se debe realizar con un criterio uniforme en cuanto a la utilización de la letra ll) —o se utiliza en todas las relaciones o se evita su utilización en todas—.
569. Se debe revisar el uso de las mayúsculas y minúsculas de manera que, por ejemplo, deben recogerse: “Ley” (art 6.3); “salud pública” (art 20.3); “Sistema de Salud Pública” (art 22.1); “ayuntamientos” (art 29.3); “órgano central de salud pública” (38.4).
570. Se recomienda revisar los estilos de letra que se utilizan en el texto articulado en cuanto a un uso uniforme de negritas y cursivas en la titulación de los artículos.



CONCLUSIÓN

La Comisión dictamina que, una vez consideradas las observaciones formuladas en el cuerpo del presente dictamen, puede elevarse al Consejo de Gobierno para su aprobación el anteproyecto de Ley de salud pública de Euskadi.

Lo que certifico en Vitoria-Gasteiz, a 27 de mayo de 2022, con el visto bueno del Presidente, para su conocimiento y consideración, recordándole la obligación prevista en el artículo 30.2 de la Ley 9/2004, de 24 de noviembre, de comunicar a esta Comisión la disposición o resolución que finalmente se adopte, en la forma y plazo que se establecen en el artículo 34 del Reglamento de organización y funcionamiento (aprobado por Decreto 167/2006, de 12 de septiembre).

Vº Bº:

Jesús María Alonso Quilchano,

Secretario

Sabino Torre Díez,

Presidente

Firmado electrónicamente