



Anteproyecto de ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

Desde su creación, el Sistema Nacional de Salud ha tenido una vocación de prestación pública de la asistencia sanitaria y de gestión pública de sus estructuras y servicios. Por ello, la gestión pública en el Sistema Nacional de Salud, basada en la prestación directa por las administraciones públicas, ha sido la modalidad mayoritaria desde su instauración.

Sin embargo, son varios los elementos del sistema sanitario en los que se puede analizar el carácter público o privado de los mismos. Los que suelen analizarse son cuatro: la financiación del sistema, la propiedad de las estructuras y dispositivos sanitarios, la gestión de los servicios de salud y el control de dichos servicios. El presente texto aborda el carácter público de la gestión de los servicios sanitarios.

La evidencia científica disponible y los estudios de evaluación existentes muestran que la gestión pública ofrece una mayor equidad en el acceso, mejores resultados en salud y una mayor capacidad para el control riguroso tanto de la calidad de la asistencia sanitaria prestada como de la correcta utilización de los recursos públicos invertidos en el sistema sanitario. Esto supone una mayor alineación con el carácter universal y gratuito de la asistencia en el Sistema Nacional de Salud en España, y una mayor equidad en el acceso.

Los diversos modelos de gestión pública sanitaria existentes en nuestro país (entes de derecho público, sociedades mercantiles públicas o consorcios, entre otros), aportan mayor transparencia, reducen las desigualdades en salud y garantizan la protección de los derechos de la población en lo relacionado con el correcto uso de los recursos y una adecuada prestación de la asistencia sanitaria.

En las últimas décadas, la incorporación de las entidades privadas al ámbito de la gestión de los servicios sanitarios públicos, especialmente por parte de entidades privadas con ánimo de lucro, ha contribuido a una mayor fragmentación en la asistencia sanitaria, así como en los sistemas de información utilizados en los servicios de salud.

También se ha producido como consecuencia una menor capacidad de control por parte de las administraciones públicas. La experiencia acumulada en algunos territorios demuestra que la privatización tiende a erosionar la sostenibilidad del sistema, reducir la confianza ciudadana y dificultar la articulación de políticas sanitarias coherentes y homogéneas, favoreciendo la fragmentación.

La evidencia ha demostrado que el fortalecimiento del sector público sanitario, con gestión eficiente, transparente y participativa, es la vía más segura para garantizar derechos y mejorar resultados en salud.



II

Desde la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el marco legal en España ha reconocido y regulado distintas formas de gestión de los servicios sanitarios.

En un principio, se impulsó la descentralización y la gestión pública como la forma principal de prestación de servicios sanitarios, buscando la cobertura universal y equitativa. En el año 1997, sin embargo, se introdujo la posibilidad de establecer “nuevas formas de gestión”, mediante la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que permitió la creación de instituciones y entidades de gestión que, aunque operan en el ámbito público, podían adoptar estructuras flexibles, incluyendo concesiones administrativas y colaboración con entidades privadas.

Posteriormente, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, vino a regular la gestión y colaboración público-privada en el ámbito administrativo, estableciendo un marco general para la participación privada en funciones públicas, siempre tratando de buscar la primacía del interés público y bajo principios de transparencia y control.

Por su parte la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE, y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, recoge por un lado, la regulación de los contratos de concesión de servicios y de los contratos de servicios, pero por otro, conforme al artículo 11.6., excluyó la aplicación de esta ley las prestaciones de servicios sociales por entidades privadas con sujeción a los requisitos allí previstos.

Aplicando esta exclusión, diferentes comunidades autónomas de acuerdo con la disposición adicional cuadragésima novena de la propia Ley 9/2017, de 8 de noviembre, han legislado con el objeto de implementar instrumentos de concertación en régimen de autorización al margen de la normativa de contratos para la prestación de servicios públicos destinados a satisfacer necesidades de carácter social y sanitario.

Así, la normativa vigente hasta ahora ha permitido diversas formas de gestión, pero no ha establecido con suficiente claridad el papel predominante y la prioridad del sector público en la provisión de servicios sanitarios. Esto ha provocado una gestión fragmentada y, en algunos casos, importantes déficits en materia de transparencia en la gestión de recursos públicos, así como situaciones de funcionamiento diferencial entre proveedores públicos y privados dentro del Sistema Nacional de Salud en materia de transparencia, gestión de profesionales o manejo de recursos económicos.

III

La presente ley tiene como objeto establecer un marco normativo claro, coherente y firme que garantice la prioridad gestión pública del Sistema Nacional de Salud, respondiendo además a los principios de universalidad, equidad, calidad y transparencia que rigen al mismo.

En su articulado, se definen los principios fundamentales, en particular, la prioridad de la gestión pública y la restricción y excepcionalidad de fórmulas de colaboración con entidades privadas.

En la parte central de la ley se regula la tipificación y determinación de las diferentes estructuras de gestión y administración de los centros y servicios sanitarios, promoviendo la gestión directa por parte de las administraciones públicas. Asimismo, se plantea la posible creación y control de consorcios y entidades públicas de gestión, garantizando la transparencia y calidad a través de mecanismos específicos y auditorías periódicas.



Además, la ley incorpora la priorización de las entidades no lucrativas frente a las lucrativas, estableciendo una preferencia a favor de la posibilidad de colaborar con entidades con ánimo de lucro, dentro de los límites que traen causa del Derecho europeo.

Con objeto de garantizar la gestión pública del Sistema Nacional de Salud, se regula la necesidad de sustanciar un expediente previo de evaluación en los procedimientos de gestión indirecta, incorporándose los llamados comités de valoración, y los criterios objetivos necesarios para la contratación y gestión de servicios de forma indirecta.

Las disposiciones adicionales contemplan la evaluación de experiencias previas y la elaboración de informes sobre la gestión privada en el sistema sanitario desde 1997, así como el asesoramiento por parte de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud.

Por último, obedeciendo al espíritu de claridad, seguridad jurídica y de refuerzo del carácter público del sistema sanitario que pretende impulsar esta ley, se procede a derogar expresamente, la Ley 15/1997 de 25 de abril, así como la modificación del artículo 67 la Ley 14/1986, de 25 de abril, alineándose con el contenido expresado en esta ley.

Así, con la entrada en vigor de la presente ley, las colaboraciones público-privadas que se quieran poner en marcha tendrán que someterse a un expediente previo de evaluación donde tendrán que acreditarse los requisitos y circunstancias recogidos en esta ley, y que deberá ser tenido en cuenta por parte de las administraciones sanitarias competentes a la hora de motivar sus decisiones en materia de este tipo de colaboraciones.

IV

La presente norma está compuesta de siete artículos divididos en cuatro capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y cinco disposiciones finales.

En el Capítulo I de la Ley, se recogen los principios informadores de la gestión y provisión sanitaria de los centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, entre los que se encuentran el de universalidad y accesibilidad; sostenibilidad; calidad y eficiencia; transparencia y rendición de cuentas; equidad y solidaridad; y participación y colaboración.

En el Capítulo II se definen los dos modelos claves que justifican la elaboración de la presente norma, como son el sistema de gestión directa, el que tradicionalmente ha sido el fundamento del Sistema Nacional de Salud; y el de gestión indirecta, modelo que se ha ido extendiendo en los sistemas públicos de salud y sobre los que se quiere fijar una serie de pautas y baremos para que su implementación cumpla los requisitos de calidad, universalidad y equidad propios del Sistema Nacional de Salud.

En el artículo 4 se analiza los dos tipos de modelos existentes para la gestión indirecta, bien sea de acuerdo con la normativa reguladora de los contratos de sector público, o bien en aplicación de la ley general de sanidad, sin perjuicio de la posibilidad de aplicar las exclusiones que prevé la normativa de contratación pública cuando proceda. Por su parte, el artículo 5 regula el régimen jurídico al que deberán someterse los consorcios sanitarios, tanto en la vertiente presupuestaria, contable y de control, como del personal adscrito al mismo.

En el capítulo III se regulan los requisitos a los que deberán someterse las autoridades sanitarias competentes en los supuestos en los que consideren que la gestión indirecta es el mecanismo idóneo para articular la prestación sanitaria, para lo cual deberán elaborar una evaluación previa que serán sometidas a la consideración de comités de evaluación para la gestión sanitaria indirecta, que tendrán carácter paritario.



Estos comités analizarán la concurrencia de los requisitos que se fijan en la norma, así como la necesidad de acudir a la gestión indirecta para la prestación de los servicios sanitarios.

En los supuestos de contratos de concesión de servicios se solicitará informe preceptivo a la Oficina Nacional de Evaluación (ONE) con el fin de analizar la sostenibilidad financiera de los mismos para que la prestación sanitaria no se vea perjudicada por una estimación económica que no se ajuste a la realidad del servicio.

Finalmente, el Capítulo IV regula una serie de medidas de buen Gobierno, rendición de cuentas y evaluación ex post, permitiendo a las autoridades competentes la externalización de la auditoría y el control de la prestación, siempre y cuando se recoja en los pliegos que rijan la licitación, la incompatibilidad entre el adjudicatario y la entidad auditada y/o controlada para evitar un posible conflicto de intereses.

La disposición adicional primera prevé la creación de un grupo de trabajo formado por personas expertas en economía de la salud, gestión sanitaria y sistemas de salud para que elabore un informe de evaluación de las experiencias de gestión privada en España desde 1997 hasta la actualidad. La disposición adicional segunda contempla que la Alta Inspección pueda asesorar a las administraciones sanitarias competentes, si así lo solicitan, en el marco de los procesos de reversión de centros, servicios y establecimientos sanitarios gestionados previamente de manera indirecta.

La disposición derogatoria única, en aras a garantizar los principios expresados en la presente ley, deroga expresamente, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud

La disposición transitoria única establece que la presente ley no será de aplicación a los expedientes de conciertos, concesiones, contratos y otras fórmulas de colaboración para la prestación de servicios sanitarios que tengan por objeto la gestión y administración de las estructuras y servicios que integran el Sistema Nacional de Salud que se hubieran iniciado con anterioridad a su entrada en vigor.

La disposición final segunda modifica la ley de contratos del sector público, de manera que se prioricen en caso de empate, dentro del marco de actuación de la propia normativa de contratación, a las entidades sin ánimo de lucro.

V

Esta ley se ajusta a los principios de buena regulación a los que se refiere el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en particular a los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia.

A estos efectos, se pone de manifiesto el cumplimiento de los principios de necesidad y eficacia, dado el interés general en que se fundamentan las medidas que se establecen y que tienen como fin último la protección de la salud.

Del mismo modo, la norma es acorde con el principio de proporcionalidad al contener la regulación imprescindible para la consecución de los objetivos previamente mencionados, mediante la derogación del Real Decreto vigente, sustituyéndolo por un único texto legal, siendo las medidas que ahora se regulan proporcionadas al bien público a proteger. Además, supone la regulación imprescindible para atender la citada situación, pues no existen otras medidas menos restrictivas de derechos para ello.

Igualmente, se ajusta al principio de seguridad jurídica, siendo coherente con el resto del ordenamiento jurídico, así como al principio de transparencia, ya que identifica claramente su propósito y se ofrece una



explicación. Asimismo, durante su procedimiento de elaboración se ha favorecido la participación activa de los potenciales destinatarios de la norma a través del trámite de información pública.

Finalmente, esta ley se ajusta igualmente al principio de eficiencia, pues actúa sobre el marco regulatorio español en relación con la prestación de los servicios sanitarios, los cuales deben tener como objetivo la calidad y equidad en su acceso por parte de la ciudadanía.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.*

1. La presente ley tiene por objeto regular la titularidad de la gestión y provisión sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios o de atención sanitaria o sociosanitaria pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, garantizando su carácter público, universal, equitativo y de calidad.
2. Las disposiciones de esta ley serán de aplicación a todos los centros del Sistema Nacional de Salud, así como a todas las administraciones sanitarias competentes.

Artículo 2. *Principios generales.*

Los principios que informan la gestión y provisión sanitaria de los centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud son:

- a) Universalidad y accesibilidad: el Sistema Nacional de Salud garantizará el acceso universal y equitativo a los servicios sanitarios, asegurando que todas las personas reciban atención integral, en el marco de la legislación vigente.
- b) Gestión pública y sostenibilidad: la gestión del Sistema Nacional de Salud se orientará hacia un modelo eminentemente público, asegurando la sostenibilidad financiera y operativa del sistema.
- c) Calidad y eficiencia: los servicios sanitarios deberán prestarse con los más altos estándares de calidad y eficiencia, promoviendo la mejora continua de todos los procesos asistenciales y administrativos.
- d) Transparencia y rendición de cuentas: todas las actuaciones se llevarán a cabo bajo criterios de máxima transparencia, promoviendo la rendición de cuentas y la participación activa de la ciudadanía en la supervisión de la gestión sanitaria.
- e) Equidad y solidaridad: el sistema velará por la distribución equitativa de recursos, priorizando las intervenciones en función de las necesidades de salud de la población, y fomentará la solidaridad interterritorial para reducir desigualdades en el acceso a los servicios.
- f) Participación y colaboración: se promoverá la colaboración entre las administraciones públicas, las y los profesionales sanitarios, así como la participación de los pacientes y la comunidad en la planificación y evaluación de los servicios de salud.



CAPÍTULO II

Gestión pública del Sistema Nacional de Salud

Artículo 3. *Gestión y administración directa de los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.*

La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las administraciones sanitarias competentes se llevará a cabo preferentemente de manera de manera directa, entendiendo por ésta aquella prestada:

- a) Por la propia administración sanitaria competente.
- b) A través de entidades de entre las que conforman el sector público institucional estatal, autonómico y local.
- c) Mediante la creación de consorcios creados por varias administraciones públicas o entidades integrantes del sector público institucional recogidos en el artículo 5 de la presente ley.

Artículo 4. *Gestión y administración indirecta de centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.*

La gestión indirecta de los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud tendrá carácter excepcional, y se podrá articular mediante las siguientes opciones:

- a) Con arreglo a alguna de las fórmulas establecidas en la normativa sobre contratos del sector público, siempre y cuando quede acreditado, de acuerdo con lo recogido en la presente ley:

1. Que no sea posible la prestación directa de los servicios sanitarios que integran el Sistema Nacional de Salud
2. Que la financiación de esta gestión indirecta resulta sostenible y eficiente, justificada y motivada objetivamente
3. Que se garantice a través de la gestión indirecta la sostenibilidad social del servicio, entendiendo por tal sostenibilidad, garantizar en todas las fases de la prestación del servicio concreto la calidad, la continuidad, la accesibilidad, la asequibilidad, la disponibilidad y la exhaustividad de los servicios; las necesidades específicas de las distintas categorías de usuarios, incluidos los grupos desfavorecidos y vulnerables; la implicación de los usuarios de los servicios; y la innovación en la prestación del mismo, en los términos que recoge la disposición adicional cuadragésima séptima de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre.

No podrán gestionarse de forma indirecta los centros, servicios y establecimientos sanitarios que incluyan contratos de concesión de obra siempre y cuando tengan por objeto la prestación sanitaria

- b) A través de los convenios singulares regulados en los artículos 66 y 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como los conciertos del artículo 90 de la misma ley.

Lo previsto en los apartados a) y b), se aplicará sin perjuicio de las exclusiones previstas en la sección 2ª de capítulo I del Título preliminar de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre.

Artículo 5. *Sobre los consorcios sanitarios.*

1. Los consorcios sanitarios cuyo objeto principal sea la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud están adscritos a la administración sanitaria responsable de la gestión de estos servicios en su ámbito



territorial de actuación y su régimen jurídico es el establecido en la presente ley y, subsidiariamente, en la normativa que regula con carácter general el resto de consorcios, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

2. Los consorcios sanitarios están sujetos al régimen de presupuestación, contabilidad y control de la administración sanitaria a la que estén adscritos, sin perjuicio de su sujeción a lo previsto en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. En todo caso, se llevará a cabo una auditoría de las cuentas anuales que será responsabilidad del órgano de control de la administración sanitaria a la que esté adscrito el consorcio.

3. El personal al servicio de los consorcios sanitarios podrá ser personal funcionario, estatutario o laboral procedente de las administraciones participantes o laboral en caso de ser contratado directamente por el consorcio. El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma administración se someterá al mismo régimen. El régimen jurídico del personal del consorcio será el que corresponda de acuerdo con su naturaleza y procedencia.

CAPÍTULO III

Evaluación de la de gestión indirecta

Artículo 6. *Evaluación previa de la gestión indirecta.*

1. Las administraciones sanitarias competentes, de conformidad con lo dispuesto en el presente artículo, y, en su caso, en la normativa autonómica de desarrollo, contemplarán un procedimiento de evaluación previa en los supuestos de gestión indirecta previstos en el artículo 4 de la presente ley, que tengan por objeto la realización de prestaciones de carácter sanitario, en el que quedarán acreditados los requisitos fijados en este artículo. De igual manera, todas las fórmulas de gestión que no estén incluidas en el artículo 3 quedarán sujetas a esta evaluación previa.

No obstante, no deberán someterse a la evaluación previa recogida en este artículo, aquellos expedientes de los recogidos en el artículo 4, que no superen el umbral fijado en el artículo 22 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre.

No podrá fraccionarse un expediente con la finalidad de disminuir la cuantía del mismo y eludir así el trámite de evaluación previa recogido en el presente artículo.

A los efectos de esta Ley, se considerarán prestaciones de carácter sanitario, las contempladas en el artículo 7 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

2. Dicho procedimiento deberá contemplar la emisión de un informe preceptivo y debidamente motivado haciendo referencia a la valoración de todos los aspectos mínimos recogidos en el artículo 6.6, previo a la externalización del servicio sanitario elaborado por un comité de evaluación para la gestión sanitaria indirecta. La administración sanitaria deberá tener debidamente en cuenta a efectos de la motivación de la decisión que finalmente se adopte, el criterio expresado en el informe.

El informe y la resolución adoptada, se publicarán en el «Boletín Oficial del Estado» o diario oficial correspondiente, sin perjuicio de su publicación en la sede electrónica de la administración sanitaria competente.

3. Las administraciones sanitarias competentes deberán constituir los comités de evaluación para la gestión sanitaria indirecta, que estarán integrados por personas expertas del ámbito sanitario designadas por la



propia administración pública, por personas representantes de las profesiones sanitarias y por representantes de la sociedad civil organizada.

4. La administración sanitaria competente deberá presentar al comité de evaluación una memoria justificativa en el que exponga las razones que motivan la necesidad de recurrir a la gestión indirecta.

El comité valorará dicha memoria y emitirá el informe preceptivo señalado en el apartado 2 acerca de la adecuación a las características y principios recogidos en cada una de las tipologías de gestión indirecta establecidas en la presente ley.

5. En los supuestos de contratos de concesión de servicios y con la finalidad de analizar la sostenibilidad financiera de los mismos, será preceptivo en todo caso, solicitar informe a la Oficina Nacional de Evaluación (ONE), prevista en el artículo 333 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, con independencia de los supuestos previstos en el apartado 3 del mencionado artículo.

Cada comunidad autónoma podrá adherirse en los términos de la legislación de contratos para el sector público para que la ONE realice dichos informes o si hubiera creado un órgano u organismo equivalente solicitará estos informes preceptivos al mismo cuando afecte a sus contratos de concesión.

6. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará las directrices apropiadas para asegurar que la elaboración de los informes se realiza con criterios suficientemente homogéneos. Los informes deberán contener una valoración de, al menos, los siguientes aspectos:

- a) La utilización óptima de los recursos sanitarios propios.
- b) La insuficiencia de medios propios para prestar los servicios en condiciones adecuadas.
- c) La existencia de un plan de dimensionamiento de recursos propios, orientado a su adaptación estructural a las variaciones previsibles de la demanda.
- d) La justificación de la necesidad de acudir a fórmulas de gestión distintas a la directa.
- e) La excepcionalidad en el supuesto de los expedientes de gestión indirecta a través de las fórmulas recogidas en la ley de contratos.

7. Para la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas será de aplicación lo dispuesto en la disposición adicional decimonovena de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre.

CAPÍTULO IV

Buen Gobierno, rendición de cuentas y evaluación ex post

Artículo 7. *Garantías de calidad y buenas prácticas en la gestión de los centros, servicios y establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud.*

1. El Gobierno, mediante real decreto, y cada una de las administraciones sanitarias en el ámbito de sus respectivas competencias, determinará las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de



garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados.

2. Las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), en el ámbito de sus competencias y atendiendo a los principios de transparencia, participación democrática, integridad y competencia, deberán dotar a las organizaciones y centros sanitarios públicos de instrumentos de buena gobernanza para ampliar y reforzar la autonomía, flexibilidad y agilidad en la gestión, la participación profesional y de la ciudadanía, la rendición de cuentas y la gestión profesionalizada en los centros sanitarios que forman parte del Sistema Nacional de Salud, a fin de contribuir a la eficiencia, evaluación y mejora continua de los mismos, sean gestionados de forma directa o indirecta.

3. Las administraciones públicas sanitarias garantizarán la transparencia en la gestión de los recursos públicos destinados a la sanidad, publicando en el correspondiente portal de transparencia de forma periódica información detallada sobre la contratación, los conciertos, los resultados de salud y la calidad de los servicios prestados.

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los indicadores de resultados de salud y de calidad de los servicios prestados.

4. Con carácter excepcional, en el supuesto de que los servicios de auditoría y control de las prestaciones sanitarias se contraten por parte de alguna de las Administraciones sanitarias, se deberá prever en los pliegos que rijan la contratación, que la empresa adjudicataria no podrá tener conflicto de intereses con la empresa auditada o controlada.

5. Se reforzarán los mecanismos de control público sobre la gestión sanitaria, incluyendo la evaluación independiente de la eficiencia y la calidad de los servicios, así como la participación de las personas usuarias y las y los profesionales en los órganos de control y seguimiento.

6. El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, deberán publicar, con periodicidad al menos anual, indicadores sanitarios de cada uno de los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud, con independencia de cuál sea su modelo de gestión.

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los indicadores sanitarios a los que se refiere este apartado.

Disposición adicional primera. *Informe de evaluación de experiencias de gestión en el sistema sanitario.*

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta ley, la persona titular del Ministerio de Sanidad elevará un informe a la Comisión Delegada de Asuntos Económicos del Gobierno sobre evaluación de las experiencias de gestión en la Sanidad española desde 1997 hasta la actualidad.

Disposición adicional segunda. *Asesoramiento de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud.*

En el ámbito de las competencias de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud del artículo 76 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la Alta Inspección podrá asesorar a las administraciones sanitarias competentes, si así lo solicitan, en el marco de los procesos de reversión de centros, servicios y establecimientos sanitarios gestionados previamente de manera indirecta conforme a esta ley y que decidan iniciar estos procesos en el ámbito de sus competencias para su gestión y administración directa.

Disposición transitoria única. *Aplicación transitoria en relación con los conciertos, contratos y otras fórmulas de colaboración iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de esta ley.*



La presente ley no será de aplicación a los expedientes de conciertos, concesiones, contratos y otras fórmulas de colaboración para la prestación de servicios sanitarios que tengan por objeto la gestión y administración de las estructuras y servicios que integran el Sistema Nacional de Salud que se hubieran iniciado con anterioridad a su entrada en vigor. Se entenderá, a estos efectos, que los expedientes han sido iniciados si se hubiera acordado el inicio del procedimiento correspondiente.

Asimismo, se seguirán rigiendo por las normas vigentes en el momento de su adjudicación los conciertos, concesiones, contratos y otras fórmulas de colaboración que estuvieran en ejecución en el momento de entrada en vigor de la presente ley.

Disposición derogatoria única. *Alcance de la derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley y, en particular, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

Disposición final primera. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Se modifican los apartados 1 y 3 del artículo 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que quedan redactados de la siguiente manera:

«1. La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior se realizará mediante convenios singulares.

Dicha vinculación deberá contribuir efectivamente a la finalidad social y a la consecución de los objetivos de solidaridad y de eficiencia presupuestaria que sustentan el sistema sanitario.»

«3. En cada Convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del Sistema Sanitario se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo. Esta característica deberá acreditarse a través del procedimiento establecido por la administración sanitaria competente. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los criterios a los que refiere este apartado.

El cobro de cualquier cantidad a los enfermos en concepto de atenciones no sanitarias, cualquiera que sea la naturaleza de éstas, podrá ser establecido si previamente son autorizados por la Administración Sanitaria correspondiente el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar.»

Disposición final segunda. Modificación de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

Uno: Modificación del título de la disposición adicional vigésima séptima.

«Disposición adicional vigésima séptima. Sistema Nacional de Salud: Adquisición Centralizada y otras especialidades del procedimiento de contratación en el ámbito sanitario.»

Dos. Se añade un párrafo quinto a la disposición adicional vigésima séptima:

- a) «5. Los órganos de contratación establecerán, entre otros en su caso, en los pliegos de cláusulas administrativas particulares el criterio de adjudicación específico para el desempate que se recoge en el apartado c) del artículo 147.1 de la presente ley.»



Tres. Se modifica el apartado 1 de la Disposición adicional cuadragésima octava:

«1. Sin perjuicio de lo establecido en la Disposición adicional cuarta, los órganos de contratación de los poderes adjudicadores podrán reservar a determinadas organizaciones el derecho a participar en los procedimientos de licitación de los contratos de servicios de carácter social, cultural y de salud que enumera el Anexo IV bajo los códigos CPV 75121000-0, 75122000-7, 75123000-4, 79622000-0, 79624000-4, 79625000-1, 80110000-8, 80300000-7, 80420000-4, 80430000-7, 80511000-9, 80520000-5, 80590000-6, desde 85000000-9 hasta 85323000-9, 92500000-6, 92600000-7, 98133000-4 y 98133110-8.

En el supuesto concreto de los contratos de servicios de salud, se procurará fomentar esta reserva en aquellos supuestos en los que sea posible.»

Disposición final tercera. *Habilitación normativa.*

Se habilita al Consejo de Ministros para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo de esta ley, así como para acordar las medidas necesarias para garantizar su efectiva ejecución e implantación, en el ámbito de las competencias estatales.

Disposición final cuarta. *Título competencial*

Esta ley se dicta al amparo del artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las bases y coordinación general de la sanidad y del artículo 149.1.18.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia para dictar la legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas.

Disposición final quinta. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

ELÉVESE AL CONSEJO DE MINISTROS

Madrid, de de 2025

LA MINISTRA DE SANIDAD

Mónica García Gómez

MINISTERIO
DE SANIDAD

**MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE
GESTIÓN PÚBLICA E INTEGRIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

MINISTERIO
DE SANIDAD**MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL ANTEPROYECTO
DE LEY DE GESTIÓN PÚBLICA E INTEGRIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD****RESUMEN EJECUTIVO.**

Ministerio/Órgano proponente	Ministerio de Sanidad	Fecha	9 de febrero de 2026
Título de la norma	LEY DE GESTIÓN PÚBLICA E INTEGRIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD		
Tipo de Memoria	normal <input checked="" type="checkbox"/> abreviada <input type="checkbox"/>		
OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA			
Situación que se regula	<p>La titularidad de la gestión de los servicios y centros del Servicio Nacional de Salud ha sido objeto de regulación en diversas normas, tales como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Mediante el presente proyecto normativo se determina la gestión directa como la vía preferente en el Sistema Nacional de Salud. Además, se clarifica y organiza en una única sede normativa la relación de los modelos de gestión indirecta, que deberán estar debidamente motivados y ser sometidos a un procedimiento de evaluación previa.</p>		
Objetivos que se persiguen	<p>Establecer un marco normativo claro, coherente y firme que garantice la prioridad de la gestión pública del Sistema Nacional de Salud, respondiendo además a los principios de universalidad, equidad, calidad y transparencia que rigen al mismo.</p>		

Principales alternativas consideradas	<p>Los objetivos a alcanzar exigen de una solución regulatoria y, dado que se introducen modificaciones en normas con rango de ley, no queda más alternativa que promulgar una norma con este rango.</p> <p>Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que esta alternativa afectaría a la solvencia, calidad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud.</p>
CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO	
Tipo de norma	Anteproyecto de Ley.
Estructura de la Norma	La norma se estructura en una exposición de motivos, siete artículos divididos en cuatro capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y cinco disposiciones finales.
Informes recabados	<ul style="list-style-type: none"> - Informe del Ministerio de Economía, Comercio y Empresa conforme a lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno (pendiente). - Informe de la Oficina de Coordinación y Calidad Normativa, conforme a lo establecido en el artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre (pendiente). - Informe del Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática conforme a lo previsto en el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, acerca de la adecuación de la norma al orden constitucional de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas (pendiente). - Informe del Ministerio de Hacienda conforme a lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre (pendiente). - Informe de las comunidades autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla (pendiente). - Informe del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud y del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (pendiente). - Informe del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (pendiente). - Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad de conformidad con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno (pendiente).

	<ul style="list-style-type: none">- Aprobación previa del Ministerio de Transformación Digital y Función Pública de acuerdo con el artículo 26.5, párrafo quinto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.- Consejo Económico y Social- Consejo de Estado.	
Trámite de consulta pública previa	Se ha sometido a consulta pública previa a través de la página web del Ministerio de Sanidad, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, realizada entre los días 13 de mayo y 28 de mayo de 2024.	
Trámite de audiencia	La norma se someterá al trámite de información pública previsto en el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.	
ANÁLISIS DE IMPACTOS		
ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS	Este anteproyecto de ley se dicta al amparo de lo dispuesto en los apartados 16.ª y 18.ª del artículo 149.1 de la Constitución Española, que atribuyen al Estado la competencia exclusiva sobre la «bases y coordinación general de la sanidad» y «legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas» respectivamente.	
IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO	Efectos sobre la economía en general.	Por su propia naturaleza, esta ley no va a tener impacto directo negativo ni sobre el empleo, ni sobre la productividad o la innovación. No se prevé un impacto en la economía general.
	En relación con la competencia.	<div><input checked="" type="checkbox"/> la norma no tiene efectos significativos sobre la competencia.</div> <div><input type="checkbox"/> la norma tiene efectos positivos sobre la competencia.</div> <div><input type="checkbox"/> la norma tiene efectos negativos sobre la competencia.</div>

	Desde el punto de vista de las cargas administrativas	<input type="checkbox"/> supone una reducción de cargas administrativas. <input type="checkbox"/> incorpora nuevas cargas administrativas. Cuantificación estimada: _____ <input checked="" type="checkbox"/> no afecta a las cargas administrativas.
	Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de la Administración del Estado. <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales.	<input type="checkbox"/> Se estima un gasto de <input type="checkbox"/> Implica un ingreso
IMPACTO DE GÉNERO	La norma tiene un impacto de género	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
IMPACTO SOBRE LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y LA FAMILIA	El impacto de este anteproyecto de ley, tanto en la infancia como en la adolescencia, es nulo.	
IMPACTO POR RAZÓN DE CAMBIO CLIMÁTICO	No se contemplan	
OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS	El impacto en la salud del anteproyecto de ley se estima positivo.	
EVALUACIÓN EX POST	Por el contenido de la norma se estima necesario realizar una evaluación ex post	

ÍNDICE DE LA MEMORIA**I.- OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA**

1. Motivación.
2. Objetivos.
3. Alternativas.
4. Adecuación a los principios de buena regulación.
5. Plan anual normativo.
6. Vinculación de la norma con la aplicación del Fondo de Recuperación.

II.-CONTENIDO

1. Estructura.
2. Contenido.

III.-ANÁLISIS JURÍDICO

1. Fundamento jurídico y rango normativo.
2. Congruencia con el ordenamiento jurídico español.
3. Congruencia con el Derecho de la Unión Europea.
4. Derogación de normas.
5. Entrada en vigor y vigencia.

IV.- ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS

1. Títulos competenciales: identificación del título prevalente.
2. Cuestiones competenciales más relevantes que suscita el proyecto.
3. Participación autonómica y local en la elaboración del proyecto.

V.- DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN**VI.-ANÁLISIS DE IMPACTOS**

1. Impacto económico.
2. Impacto presupuestario.
3. Análisis de las cargas administrativas.
4. Impacto por razón de género.
5. Impacto en la infancia y adolescencia.
6. Impacto en la familia.
7. Impacto por razón de cambio climático.
8. Otros impactos.

MINISTERIO
DE SANIDAD

VII.- EVALUACIÓN *EX POST*

I.- OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA**1. Motivación.**

Desde su creación, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha tenido una vocación de prestación pública de la asistencia sanitaria y de gestión pública de sus estructuras y servicios. Por ello, la gestión pública en el SNS, basada en la prestación directa por las administraciones públicas, ha sido la modalidad mayoritaria desde su instauración, coexistiendo en la actualidad con diferentes modelos de gestión privada.

Sin embargo, son varios los elementos del sistema sanitario en los que se puede analizar el carácter público o privado de los mismos. Los que suelen analizarse son cuatro: la financiación del sistema, la propiedad de las estructuras y dispositivos sanitarios, la gestión de los servicios de salud y el control de dichos servicios. El presente anteproyecto de ley aborda la gestión de los servicios sanitarios.

La evidencia científica disponible y los estudios de evaluación existentes muestran que la gestión pública ofrece una mayor equidad en el acceso, mejores resultados en salud y una mayor capacidad para el control riguroso tanto de la calidad de la asistencia sanitaria prestada como de la correcta utilización de los recursos públicos invertidos en el sistema sanitario, lo cual se alinea de manera muy adecuada con el carácter universal y gratuito en el punto de asistencia que tiene el Sistema Nacional de Salud en España. Los diversos modelos de gestión pública sanitaria existentes en nuestro país (entes de derecho público, sociedades mercantiles públicas, consorcios, etc.) aportan mayor transparencia, reducen las desigualdades en salud, permiten un uso correcto de los recursos y garantizan la protección de los derechos de la población a través de una adecuada prestación de la asistencia sanitaria.

En las últimas décadas, la incorporación de las entidades privadas al ámbito de la gestión de los servicios sanitarios públicos, especialmente por parte de entidades privadas con ánimo de lucro, ha contribuido a una mayor fragmentación en la asistencia sanitaria y en los sistemas de información utilizados en los servicios de salud, así como a una menor capacidad de control por parte de las administraciones públicas y ha supuesto una barrera en términos de transparencia y rendición de cuentas. La experiencia acumulada en algunos territorios demuestra que la privatización tiende a erosionar la sostenibilidad del sistema, reducir la confianza ciudadana y dificultar la articulación de políticas sanitarias coherentes y homogéneas, favoreciendo la fragmentación. La evidencia coincide en que el fortalecimiento del sector público sanitario, con gestión eficiente, transparente y participativa, es la vía más segura para garantizar derechos y mejorar los resultados en salud.

Desde la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, de Sanidad, el marco legal en España ha reconocido y regulado distintas formas de gestión de los servicios sanitarios. La normativa inicial impulsó la descentralización y promovió la gestión pública como la forma principal de prestación de servicios sanitarios, buscando la cobertura universal y equitativa. En el año 1997, sin embargo, se introdujo la posibilidad de establecer “nuevas formas de gestión”, mediante la Ley 15/1997, de 25 de abril, que permitió la creación de instituciones y entidades de gestión que, aunque operan en el ámbito público, pueden adoptar estructuras flexibles, incluyendo concesiones administrativas y colaboración con entidades privadas.

Posteriormente, normativas como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, han regulado la gestión y colaboración público-privada en el ámbito administrativo, estableciendo un marco general para la participación privada en funciones públicas, siempre tratando de buscar la primacía del interés público y bajo principios de transparencia y control.

Por su parte la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, recoge por un lado, la regulación de los contratos de concesión de servicios y de los contratos de servicios, pero por otro, conforme al artículo 11.6 se excluye de la aplicación de la esta ley a las prestaciones de servicios sociales por entidades privadas a los requisitos allí previstos. Así, diferentes comunidades autónomas, conforme a la disposición adicional cuadragésima novena de la propia Ley de Contratos del Sector Público, han ejercido su competencia legislativa para emplear instrumentos de concertación en régimen de autorización al margen de la normativa de contratos para la prestación de servicios públicos destinados a satisfacer necesidades de carácter social y sanitario.

El Consejo Económico y Social de España, en su informe del 2024 “El Sistema Sanitario: Situación Actual y Perspectivas para el Futuro”¹, destacó que **“tras más de veinticinco años desde la aprobación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, se ha carecido hasta ahora de un sistema de evaluación de resultados en salud de las distintas fórmulas de gestión, tanto pública directa como público-privada, basado en la evidencia y con arreglo a indicadores comunes y homogéneos, para facilitar la toma de decisiones y la utilización adecuada de los recursos públicos”**. Esto pone de relieve las dificultades existentes en la actualidad a la hora de poder disponer de una información útil para poder analizar las diferencias entre los modelos de gestión directos e indirectos que permita informar la toma de decisiones del legislativo, así como al conjunto de la sociedad en aras de la transparencia en materia sanitaria.

Por tanto, la normativa vigente hasta ahora ha permitido diversas formas de gestión, pero no ha establecido con suficiente claridad el papel predominante y la prioridad del sector público en la provisión de servicios sanitarios, lo que ha provocado una gestión fragmentada y, en algunos casos, situaciones de funcionamiento diferencial entre proveedores públicos y privados dentro del Sistema Nacional de Salud con importantes déficit en materia de transparencia en la gestión de recursos públicos, profesionales o económicos.

De acuerdo con los datos disponibles para el 2025 del Catálogo Nacional de Hospitales, la relación de hospitales con dependencia funcional privada según su vinculación al SNS por ámbito geográfico es la siguiente:

	Concierto sustitutorio	Concierto parcial	Red de utilización pública
Andalucía	0	23	7

¹ Consejo Económico y Social de España. Informe 01/2024. El Sistema Sanitario: Situación actual y perspectivas para el futuro (2024). Disponible en: https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf

Aragón	0	4	2
Principado de Asturias	1	5	0
Islas Baleares	0	12	0
Canarias	0	13	0
Cantabria	0	1	1
Castilla y León	0	19	0
Castilla- la Mancha	0	6	0
Cataluña	0	0	93
Comunidad Valenciana	1	7	0
Extremadura	0	4	0
Galicia	2	7	0
Comunidad de Madrid	1	13	3
Región de Murcia	0	14	0
Comunidad Foral de Navarra	0	2	1
País Vasco	0	8	2
La Rioja	1	0	0
Ceuta	0	0	0
Melilla	0	0	0
España	6	138	109

La evidencia científica que ha evaluado los resultados que presentan diferentes modelos en función de la titularidad pública o privada indican que la gestión y administración pública de los servicios sanitarios presenta una serie de ventajas. Una revisión de la literatura realizada por Goodair y colaboradores en 2024² encontró un aumento de la mortalidad evitable en aquellas regiones en las que se había pasado por una privatización de los servicios sanitarios^{3,4}. Los procesos de privatización, en términos generales, conllevan una reducción de las plantillas que puede afectar a la calidad de la asistencia sanitaria^{5,6}. En

² Goodair, B., & Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. *The Lancet. Public health*, 9(3), e199–e206. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00003-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00003-3)

³ Goodair, B., & Reeves, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation. *The Lancet. Public health*, 7(7), e638–e646. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00133-5)

⁴ Quercioli, C., et al. (2013). The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *Journal of epidemiology and community health*, 67(2), 132–138. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200640>

⁵ Heimeshoff, M., Schreyögg, J., & Tiemann, O. (2014). Employment effects of hospital privatization in Germany. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 15(7), 747–757. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0520-1>

⁶ Ramamonjiravelo, Z., Hearld, L., & Weech-Maldonado, R. (2021). The impact of public hospitals' privatization on nurse staffing. *Health care management review*, 46(4), 266–277. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000262>

términos de accesibilidad al sistema sanitario, la externalización de centros o servicios sanitarios puede conllevar barreras que limiten el acceso a la asistencia sanitaria, especialmente entre los colectivos más vulnerables⁷, afectando al enfoque de universalidad y equidad del Sistema Nacional de Salud. Recientemente, un artículo que comparaba los resultados de la provisión pública y privada de servicios sanitarios en 38 países de la OCDE concluyó que no existe evidencia favorable hacia la privatización de los servicios sanitarios en términos de eficiencia y, además, que la evidencia disponible muestra un mejor uso de recursos en los sistemas públicos⁸.

En nuestro contexto, un estudio comparó los resultados en salud del modelo Alzira entre 2003-2015 con hospitales públicos de características similares, observando que el primero obtenía peores resultados en hospitalizaciones evitables, mortalidad por infarto de miocardio o ictus isquémico, o en la eficiencia tecnológica⁹. Estos resultados se observan también en el contexto europeo, donde el aumento de la participación del sector privado en el sistema sanitario no ha conllevado una mejoría de los resultados en salud en términos de eficiencia, acceso y calidad de la asistencia sanitaria¹⁰.

En cuanto a la evidencia disponible sobre los resultados económicos, los modelos de gestión indirecta pueden comportar, en determinados supuestos, una reducción de los costes para las administraciones públicas competentes derivada de la mayor flexibilidad operativa de las entidades privadas. No obstante, las conclusiones disponibles en la literatura científica que comparan la eficiencia de los modelos de gestión directa frente a los de gestión indirecta no son concluyentes en este sentido, como muestra el análisis de la OCDE anteriormente citado que mostró que los modelos de gestión directa permiten un mejor uso de los recursos sin que se haya demostrado que los modelos de gestión indirecta obtengan mejores resultados en términos de eficiencia. En nuestro contexto, el informe “La reversión de los servicios públicos externalizados a partir de la experiencia de la Generalitat Valenciana (2015-2023)”¹¹ señala, en el ámbito de los servicios externalizados, los déficits de control de la calidad de los servicios prestados o de las inversiones realizadas, además de una dotación insuficiente de personal sanitario en el ámbito de la Atención Primaria con un número de población asignada a cada profesional médico superior a los cupos establecidos en el sistema público y por encima de lo recomendado por las sociedades científicas. La Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid, en su “Informe de fiscalización horizontal operativa del gasto sanitario y farmacéutico en la Comunidad de Madrid. Ejercicios 2011 a 2015”¹² estimó, aplicando los precios públicos o de la cápita media

⁷ Ramamonjiravelo, Z., Weech-Maldonado, R., McRoy, L., Epané, J. P., Zengul, F. D., & Hearld, L. (2021). Do Medicare and Medicaid Payer-Mix Change After the Privatization of Public Hospitals?. *Medical care research and review : MCRR*, 78(4), 361–370. <https://doi.org/10.1177/1077558719894495>

⁸ Molander P. (2025). Public versus private healthcare systems in the OECD area- a broad evaluation of performance. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 26(7), 1163–1173. <https://doi.org/10.1007/s10198-025-01767-6>

⁹ Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. (2019). A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(4), 412–418. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.009>

¹⁰ Kruse, F. M., et al (2018). Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *The International journal of health planning and management*, 33(2), e434–e453. <https://doi.org/10.1002/hpm.2502>

¹¹ Consejería de Justicia, Interior y Administración Pública. Secretaría Autonómica de Justicia y Administración Pública. Generalitat Valenciana. Informe: La Reversión de los servicios públicos externalizados (2023). Disponible en: <https://cjusticia.gva.es/documents/19317797/169685743/Informe+Reversi%C3%B3n+Servicios+P%C3%BAblicos++30.06.23.pdf>

¹² Comunidad de Madrid. Cámara de Cuentas. Informe de fiscalización horizontal operativa del gasto sanitario y farmacéutico en la Comunidad de Madrid. Ejercicios 2011 a 2015 (2019). Disponible en: <https://www.camaradecuentasmadrid.org/admin/uploads/informe-gto-sanitario-y-farmaceutico-aprobado-cjo-040319.pdf>

del Servicio Madrileño de Salud, que la internalización de algunos procedimientos externalizados podría suponer entre un 15% y un 80% de ahorro en función del tipo de procedimiento y el marco contractual considera.

En términos generales, las reducciones de costes de los modelos de gestión indirecta se producen por una reducción de las partidas destinadas a personal, lo que puede afectar a la calidad asistencial y conllevar unos peores resultados en salud, como muestra la revisión de Goodair y colaboradores (2024)¹³. Por tanto, cualquier análisis de la eficiencia debe tener en cuenta no solo el impacto meramente presupuestario para las administraciones, sino también las consecuencias en el medio y largo plazo para el estado de salud de la población. Un peor estado de salud de la población cubierta por modelos de gestión indirecta podría conllevar un incremento indirecto de los costes derivados del uso de servicios sanitarios. Por ejemplo, un estudio realizado en Reino Unido¹⁴ observó que el aumento de recursos destinados a modelos de gestión indirecta de centros y servicios sanitarios entre el periodo de 2013-2020 se asoció a un aumento de 557 muertes evitables, vinculado a una peor calidad en la asistencia sanitaria. De acuerdo con un informe elaborado por la Oficina Regional de la OMS para Europa sobre los costes de la mortalidad evitable en la región¹⁵, este incremento de la mortalidad asociado a un mayor presupuesto en los modelos sanitarios de gestión indirecta supondría unos costes aproximados de 159 millones de euros.

El incremento de modelos de gestión con una participación variable del ámbito privado, con la consiguiente fragmentación en la provisión de servicios sanitarios a la población, sumado a las diferencias existentes entre los modelos públicos y privados en materia de transparencia en la gestión de los recursos y en los resultados, así como la evidencia disponible que señala la gestión directa como el modelo que permite obtener unos mejores resultados en salud para la población, también desde el punto de vista de la eficiencia, obliga a las administraciones a avanzar hacia un marco que establezca unos criterios definidos sobre los modelos de gestión para el Sistema Nacional de Salud que permita dar prioridad a los modelos de gestión directa como aquel que permite obtener mejores resultados en salud para la población garantizando la eficiencia del sistema, así como unos estándares adecuados en términos de uso de recursos públicos, transparencia y rendición de cuentas.

Por todo lo expuesto, la presente ley tiene como objeto establecer un marco normativo claro, coherente y firme que garantice la prioridad de la gestión pública del Sistema Nacional de Salud, respondiendo además a los principios de universalidad, equidad, calidad y transparencia que rigen al mismo.

En su articulado, se definen los principios fundamentales, en particular, la prioridad de la gestión pública y la restricción y excepcionalidad de fórmulas de colaboración con entidades privadas.

En el contenido central de la ley se regula la tipificación y determinación de las diferentes estructuras de gestión y administración de los centros y servicios sanitarios, promoviendo la

¹³ Goodair, B., & Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. *The Lancet. Public health*, 9(3), e199–e206. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00003-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00003-3)

¹⁴ Goodair, B., & Reeves, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation. *The Lancet. Public health*, 7(7), e638–e646. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00133-5)

¹⁵ Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases – leveraging data for impact: monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

gestión directa por parte de las administraciones públicas. Asimismo, se plantea la posible creación y control de consorcios y entidades públicas de gestión, garantizando la transparencia y calidad a través de mecanismos específicos y auditorías periódicas. Esta regulación introduce seguridad jurídica dentro de la dispersión actual.

Con objeto de garantizar la gestión pública del Sistema Nacional de Salud, se regula la necesidad de sustanciar un expediente previo de evaluación en los procedimientos de gestión indirecta, incorporándose los llamados comités de evaluación, así como los criterios objetivos necesarios para la contratación y gestión de servicios de forma indirecta. Esto implica que la decisión de acudir a la gestión indirecta deberá venir precedida de la sustanciación de este mecanismo de evaluación donde se analizará, al menos, la adecuación a las características y principios recogidos en cada una de las tipologías de gestión indirecta establecidas en la ley, así como en relación con:

- a) La utilización óptima de los recursos sanitarios propios.
- b) La insuficiencia de medios propios para prestar los servicios en condiciones adecuadas.
- c) La existencia de un plan de dimensionamiento de recursos propios, orientado a su adaptación estructural a las variaciones previsibles de la demanda.
- d) La justificación de la necesidad de acudir a fórmulas de gestión distintas a la directa.
- e) La excepcionalidad en el supuesto de los expedientes de gestión indirecta a través de las fórmulas recogidas en la ley de contratos.

Las administraciones sanitarias deberán tener debidamente en cuenta a efectos de la motivación de la decisión que finalmente se adopte el criterio expresado en el informe que, junto a la resolución adoptada, deberá publicitarse según lo establecido en el proyecto de ley.

Por otro lado, la ley incorpora la necesidad de acreditación del carácter no lucrativo de las actividades prestadas por parte de las entidades con las que se formalicen los convenios recogidos en el artículo 67 de la Ley General de Sanidad. Además, se contempla que, en caso de empate dentro del marco de actuación de la normativa de contratos del sector público, se priorice a aquellas entidades sin ánimo de lucro.

Por último, obedeciendo al espíritu de claridad, seguridad jurídica y de refuerzo del carácter público del sistema sanitario que pretende impulsar esta ley, se procede a derogar expresamente, la Ley 15/1997 de 25 de abril, así como la modificación del artículo 67 la Ley 14/1986, de 25 de abril, alineándose con el contenido expresado en esta ley.

2. Objetivos.

Este anteproyecto de ley tiene por objetivo establecer un marco normativo claro, coherente y firme que garantice la prioridad gestión pública del Sistema Nacional de Salud, respondiendo además a los principios de universalidad, equidad, calidad y transparencia que rigen al mismo.

3. Alternativas.

Los objetivos a alcanzar exigen de una solución regulatoria y, dado que se introducen modificaciones en normas con rango de ley, no queda más alternativa que promulgar una norma con este rango.

Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que esta alternativa afectaría a la solvencia, calidad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

4. Adecuación a los principios de buena regulación.

Este anteproyecto de ley se ajusta a los principios de buena regulación recogidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, concretamente, su conformidad con los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, y eficiencia.

- Principios de necesidad y eficacia, se ha atendido a razones de interés general, en tanto que el objeto de esta ley sea el establecer un marco normativo claro, coherente y firme que garantice la prioridad gestión pública del Sistema Nacional de Salud, respondiendo además a los principios de universalidad, equidad, calidad y transparencia que rigen al mismo.
- Principio de proporcionalidad, puesto que el anteproyecto de ley contiene la regulación imprescindible para poder alcanzar su objetivo.
- Principio de seguridad jurídica, puesto que esta norma se articula de manera coherente con el ordenamiento jurídico nacional, especialmente por lo que se refiere a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, así como con la normativa a nivel europeo, especialmente la relativa a la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE.
- Principio de transparencia, en tanto que esta norma identifica claramente su propósito y la Memoria, accesible a la ciudadanía, ofrece una explicación completa de su contenido.
- Principio de eficiencia, de manera que la norma establece un marco regulatorio claro para la provisión de servicios sanitarios que permite mejorar los procedimientos administrativos en lo relativo a la prestación sanitaria, especialmente en lo relacionado con modelos de colaboración público-privado.

5. Plan anual normativo.

Este anteproyecto de ley se encuentra incluido en el Plan Anual Normativo, regulado en la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

6. Vinculación de la norma con la aplicación del fondo de recuperación.

Esta norma no se encuentra vinculada con la aplicación del fondo de recuperación, transformación y resiliencia.

II.- CONTENIDO

1. Estructura.

La presente norma consta de una parte expositiva, siete artículos divididos en cuatro capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y cinco disposiciones finales.

2. Contenido.

El Capítulo I, conformado por los artículos 1 y 2, recoge el objeto y ámbito de aplicación de la ley y los principios generales que informan la gestión y provisión sanitaria de los centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.

El artículo 1 establece que el objeto del anteproyecto de ley es regular la titularidad de la gestión y provisión sanitaria de los centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, garantizando su carácter público, universal, equitativo y de calidad, en los términos previstos en la presente ley

El artículo 2 señala los principios generales que informan el anteproyecto de ley tales como universalidad y accesibilidad, gestión pública y sostenibilidad, calidad y eficiencia, transparencia y rendición de cuentas, equidad y solidaridad, así como participación y colaboración.

El Capítulo II, denominado “Gestión Pública del Sistema Nacional de Salud” está conformado por los artículos 3 a 5, ambos inclusive.

El artículo 3 establece que la gestión y administración de los centros, servicios y establecimiento sanitarios del Sistema Nacional de Salud se llevará a cabo de manera directa por parte de las administraciones públicas.

El artículo 4 señala qué se considera como gestión y administración indirecta, fijando su carácter excepcional, y establece la posibilidad de articularse dicho modelo de acuerdo con la normativa sobre contratos del sector público o a través de los convenios singulares contemplados en la Ley General de Sanidad.

El artículo 5 versa sobre los consorcios sanitarios para la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud, que estarán adscritos a la administración sanitaria responsable en su ámbito territorial. Sin perjuicio de su sometimiento a la presente Ley y a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, dichos consorcios deberán someterse a una auditoría de cuentas bajo la responsabilidad del órgano de control de la administración sanitaria responsable.

El artículo 6, que conforma el capítulo III sobre la “Evaluación de la gestión indirecta”, desarrolla la evaluación previa de las propuestas de gestión indirecta, entendidas como aquellas no incluidas dentro de las fórmulas contempladas en el artículo 3 del proyecto de ley, que afecte a las prestaciones sanitarias definidas en el artículo 7 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Dicha evaluación tendrá como finalidad la comprobación de la concurrencia de los requisitos referidos a la necesidad e idoneidad de la gestión indirecta por parte de un comité de evaluación. El informe de la evaluación será preceptivo y debidamente motivado, y deberá tenerse debidamente en cuenta a efectos de la motivación de la decisión que finalmente adopte la administración sanitaria competente. En los supuestos de concesión de servicios, será preceptivo solicitar un informe a la Oficina Nacional de Evaluación (ONE)

El artículo 7 conforma el capítulo IV, denominado “Buen gobierno, rendición de cuentas y evaluación ex post”, y detalla las garantías de calidad y buenas prácticas en la gestión de las estructuras y servicios que forman parte del Sistema Nacional de Salud, designando las competencias en materia de transparencia, participación democrática, integridad, auditoría y control. Además, se establece que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, deberán publicar anualmente indicadores sanitarios de cada uno de los centros sanitarios con independencia de cuál sea su modelo de gestión. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los diferentes indicadores contemplados en los apartados 3 y 6 del artículo.

La disposición adicional primera establece que el Ministerio de Sanidad elevará un informe a la Comisión Delegada de Asuntos Económicos sobre la evaluación de experiencias en gestión de la sanidad española desde 1997 hasta la actualidad.

La disposición adicional segunda contempla que la Alta Inspección pueda asesorar a las administraciones sanitarias competentes.

La disposición transitoria única aborda la aplicación transitoria en relación con los conciertos, contratos y otras fórmulas de colaboración iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de la ley, estableciendo que lo contemplado en la ley no será de aplicación a aquellos expedientes de fórmulas de colaboración iniciados con anterioridad a su entrada en vigor, así como la aplicación de las normas vigentes en el momento de su adjudicación a las fórmulas de colaboración que estuvieran en ejecución en el momento de entrada en vigor de la presente ley.

La disposición derogatoria única deroga las disposiciones de igual o inferior rango incompatibles con la presente ley.

La disposición final primera modifica los apartados 1 y 3 del artículo 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, estableciendo que la vinculación de hospitales a la red pública mediante convenios singulares debe contribuir efectivamente a la finalidad social y a la consecución de los objetivos de solidaridad y de eficiencia presupuestaria que sustentan el sistema sanitario. Además, se fija la necesidad de acreditar por parte de la administración sanitaria competente el carácter no lucrativo de las actividades sanitarias prestadas por la entidad con la que se formalice los convenios singulares, basándose en criterios que se acordarán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La disposición final segunda modifica la redacción de la disposición adicional vigésima séptima de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, fijando la

posibilidad de reservar, en caso de empate, a entidades sin ánimo de lucro determinados tipos de contratos que se incluyan dentro de los CPV del Anexo IV.

La disposición final tercera habilita al Consejo de Ministros para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo de esta ley.

La disposición final cuarta señala el título competencial en base al cual se dicta la ley.

La disposición final quinta señala que la ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

III.- ANÁLISIS JURÍDICO

1. Fundamento jurídico y rango normativo.

La norma en proyecto, que tiene rango de proyecto de ley, se basa en lo recogido en otros textos legislativos tales como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud o la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

La aprobación de normas que han regulado los elementos en las últimas décadas ha provocado una fragmentación en los textos normativos que han regulado la titularidad de la gestión de los centros sanitarios, conllevando la ausencia de una norma que aglutinara los diferentes elementos vinculados con la gestión pública en el Sistema Nacional de Salud.

Es preciso, por tanto, modificar las normativas estatales para fortalecer e incrementar las capacidades del Sistema Nacional de Salud, actualizándolas para abordar con mayores garantías los retos presentes y futuros que la salud de la población española presente.

Asimismo debe tenerse en cuenta el reparto competencial establecido en la Constitución, y más concretamente, en lo que aquí interesa, lo dispuesto en el artículo 148.1.20ª y 21ª (normas que ubican en la capacidad normativa de las comunidades autónomas las materias de asistencia social, sanidad e higiene), y lo establecido en el artículo 149.1.16ª CE que no sólo atribuye al Estado la competencia exclusiva para determinar la legislación básica y la coordinación general de la sanidad, sino que, lógicamente, también le exige preservar la existencia de un sistema normativo nacional, que sea unívoco y que enarbole una regulación uniforme en materia de protección de la salud con vigencia en toda España. Por último, debe contemplarse también lo establecido en el artículo 149.1.18ª por el cual el Estado tiene reconocida la competencia para dictar la legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas.

2. Congruencia con el ordenamiento jurídico español.

Este proyecto constituye un reglamento que se aprueba en el marco normativo constituido por:

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en cuyo artículo uno se establece que serán titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece los criterios mediante los cuales podrán acceder al derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria las diferentes personas residentes en nuestro país, así como las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.

- La Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

- Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

El contenido de la ley es respetuoso con la ordenación competencial en materia de atención sanitaria, desarrollando los aspectos propios al gobierno central.

Finalmente, cabe señalar que la proyectada norma es respetuosa con lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución Española, así como con la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, que lo desarrolla, al no quedar comprometida la sostenibilidad del SNS con la reforma planteada.

3. Congruencia con el derecho de la Unión Europea.

No se aprecia falta de congruencia con el derecho de la Unión Europea.

4. Derogación de normas.

Este proyecto normativo deroga la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

5. Entrada en vigor y vigencia.

La ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

IV.- ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS

1. Títulos competenciales: identificación del título prevalente.

Este proyecto es congruente con el ordenamiento jurídico español en cuanto a que no es contrario a las normas en vigor y se han seguido los trámites preceptivos. El proyecto de ley se fundamenta en el título competencial prevalente previsto en el artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las bases y la coordinación general de la sanidad, respectivamente, así como en el artículo 149.1.18.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia para dictar la legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas.

El Estado ostenta competencias sobre las bases y coordinación general de la sanidad, conforme al artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española. Esta competencia básica estatal se ejerce sin perjuicio de las facultades que han asumido estatutariamente las Comunidades Autónomas para el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica estatal en materia de sanidad interior o sanidad e higiene.

Por lo que respecta a la materia “bases y coordinación de la sanidad”, el Tribunal Constitucional ha declarado, con carácter general, que *“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* (por todas, SSTC 61/1997, de 20 de marzo, F. 7; 173/1998, de 23 de julio, F. 9; 188/2001, de 29 de septiembre, F. 12; 37/2002, de 14 de febrero, F. 12; y 152/2003, de 17 de julio, F. 3), 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” (STC 98/2007, FJ 7).

Respecto a esta competencia estatal el TC establece en la STC 134/2017, FJ 4, que *“Por lo que se refiere al alcance de la competencia estatal para dictar las bases de la sanidad, la doctrina de este Tribunal 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»* (STC 98/2004, FJ 7, doctrina reiterada en las

SSTC 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3; 136/2012, FJ 5; 211/2014, FJ 4; 33/2017, FJ 4; 64/2017, de 25 de mayo, FJ 4, y 99/2017, de 20 de julio, FJ 3)”.
Asimismo, resulta imprescindible citar en este punto la sentencia STC 50/1999, FJ 3 que señala lo siguiente: “Respecto de la competencia relativa a la libre organización de la propia Administración autonómica, que con carácter de competencia exclusiva alegan las dos Comunidades Autónomas, debe advertirse que esta competencia, que efectivamente ha sido reconocida por este Tribunal en diversas ocasiones como algo inherente a la autonomía (STC 227/1988, fundamento jurídico 24), en tanto que competencia exclusiva tiene como único contenido la potestad para crear, modificar y suprimir los órganos, unidades administrativas o entidades que configuran las respectivas Administraciones autonómicas o dependen de ellas (SSTC 35/1982, 165/1986, 13/1988 y 227/1988). Hemos declarado que «conformar libremente la estructura orgánica de su aparato administrativo» (STC 165/1986, fundamento jurídico 6.º), establecer cuales son «los órganos e instituciones» que configuran las respectivas Administraciones (STC 35/1982, fundamento jurídico 2.º), son decisiones que corresponden únicamente a las Comunidades Autónomas y, en consecuencia, el Estado debe abstenerse de cualquier intervención en este ámbito (STC 227/1988 y a sensu contrario STC 13/1988).

Sin embargo, también hemos reiterado desde la STC 32/1981, fundamento jurídico 6.º, que fuera de este ámbito de actividad autonómica exclusiva, el Estado puede establecer, desde la competencia sobre bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas del art. 149.1.18 C.E., principios y reglas básicas sobre aspectos organizativos y de funcionamiento de todas las Administraciones públicas. Esto significa que, en palabras de la STC 227/1988, «la potestad organizatoria (autonómica) (...) para determinar el régimen jurídico de la organización y funcionamiento» de su propia Administración, no tiene carácter exclusivo, sino que debe respetar y, en su caso, desarrollar las bases establecidas por el Estado. En definitiva, salvo en lo relativo a la creación de la propia Administración, la potestad de autoorganización, incluso en lo que afecta a los aspectos de organización interna y de funcionamiento, no puede incluirse en la competencia exclusiva de autoorganización de las Comunidades Autónomas; aunque ciertamente, como veremos de inmediato, no cabe atribuir a las bases estatales la misma extensión e intensidad cuando se refieren a aspectos meramente organizativos internos que no afectan directamente a la actividad externa de la Administración y a los administrados, que en aquellos aspectos en los que se da esta afectación.”

La preferencia, por tanto, por la gestión pública directa de los centros y servicios del Sistema Nacional de salud planteada en este Anteproyecto de ley es plenamente constitucional y se constituye como una opción tan válida como el planteamiento de otro modelo de gestión que se estableció la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y que se pretende derogar. En este caso, únicamente, la regulación plantea que la gestión indirecta tenga carácter excepcional (art 4) de manera que en estos casos será necesario realizar una evaluación previa con la regulación del contenido mínimo regulado en el art. 6.

Así, la Sentencia STC 84/2015, FJ 8 señala:

“(…) el legislador autonómico madrileño se ha movido dentro de los límites definidos por el propio legislador básico estatal en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. La opción por un sistema de gestión indirecta de los hospitales a los que es aplicable el art. 62 de la Ley 8/2012, no representa, por ello mismo, una auténtica novedad sino la utilización de una posibilidad que, más allá de su mayor o menor novedad, abrió el legislador básico estatal en la Ley de 25 de abril de 1997.”

Efectivamente, esto es lo que se está planteando en este anteproyecto de ley, y que el Tribunal Constitucional considera plenamente válido, que es precisamente poder regular conforme lo que establece la legislación básica del Estado, pero en un entorno regulatorio diferente; en vez de permitir sin limitaciones la gestión indirecta de los servicios sanitarios (tal y como establecía la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.) el anteproyecto reconoce la posibilidad de establecer fórmulas de colaboración con entidades privadas pero tras una evaluación objetiva previa por un comité de evaluación y con datos justificativos.

De hecho, el Tribunal Constitucional en la STC 8472015 **no entra a valorar si las diferentes opciones de gestión público/privadas** son mejores o peores, sino que las valora como soluciones organizativas que no son susceptibles de un juicio de validez constitucional y por tanto su existencia es válidamente constitucional:

“FJ8: La tesis defendida por los recurrentes se sustenta sobre una serie de consideraciones, perfectamente legítimas, que traducen un juicio crítico global sobre la solución organizativa plasmada en la norma impugnada pero que no es susceptible de un juicio de validez constitucional pues no se sustenta sobre una argumentación de carácter jurídico que permita a este Tribunal profundizar en todas sus vertientes. Como ya se ha indicado, las normas que garantizan la igualdad en el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud forman parte inescindible del contenido de lo básico y remiten, por ello mismo, a la competencia reservada al Estado por el art. 149.1.16 CE. Ahora bien, los recurrentes no han acreditado que el precepto legal impugnado contravenga esa garantía de igualdad en el acceso al servicio público de la sanidad; dicho de otro modo, no es posible alcanzar la conclusión de que el artículo impugnado contravenga la garantía de acceso de todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud a las prestaciones sanitarias “en condiciones de igualdad efectiva” plasmada, como ya hemos tenido oportunidad de recordar, en el art. 23 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, en nada se impide a las CCAA la utilización de estas fórmulas de colaboración, sino que se busca aportar mayor transparencia, reducir las desigualdades en salud y garantizar la protección de los derechos de la población en lo relacionado con el correcto uso de los recursos y una adecuada prestación de la asistencia sanitaria.

2. Cuestiones competenciales más relevantes que suscita el proyecto.

Del proyecto no se derivan cuestiones competenciales que susciten controversia.

3. Participación autonómica y local en la elaboración del proyecto.

Durante la elaboración de este proyecto se van a informar a las Comunidades Autónomas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Asimismo, el proyecto normativo se informará en el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud y en el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

V.- DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

1. Trámite de consulta pública previa.

Este proyecto ley ha sido sometido a fase de consulta pública realizada entre los días 13 de mayo y 28 de mayo de 2024, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, a efectos de recabar la opinión de las personas potencialmente afectadas por la futura norma, a través del portal web del Ministerio de Sanidad. Las observaciones recibidas en este periodo de consulta pública han sido tenidas en cuenta en la elaboración del presente texto.

Se han recibido un total de **137** respuestas a la Consulta Pública Previa. Se han recibido numerosas respuestas de ciudadanos y ciudadanas particulares que muestran su apoyo a los objetivos del presente proyecto de ley

De estas, más de la mitad, **71**, corresponden a personas particulares que relatan experiencias personales respecto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Parte de estas aportaciones hacen una reclamación general para mejorar el funcionamiento de los centros sanitarios públicos, así como las condiciones de los trabajadores de estos centros y optimizar los procesos que se dan en los mismos. Algunas personas han trasladado sus experiencias negativas en centros sanitarios de gestión privada. Muchas de las aportaciones de particulares remiten a regular, en mayor o menor medida, la gestión privada de los servicios sanitarios, siendo favorables a potenciar la gestión pública de la sanidad y a limitar los modelos con participación del sector privado. Un conjunto de ciudadanos ha planteado la necesidad de mejorar los procesos de participación de los pacientes dentro del sistema sanitario, así como las vías para reclamar mejoras ante lo que consideran deficiencias del sistema. Relacionado con esto, en términos generales se ha puesto de relieve la necesidad de mejorar la evaluación del desempeño del sistema sanitario independientemente de la titularidad de los mismos. Por último, algunas aportaciones solicitan a la administración la realización de campañas que pongan en valor el papel del sistema sanitario público.

El resto de las respuestas recibidas corresponden a diversas entidades del ámbito sanitario o social (ver Anexo I). Por ejemplo, destacan las aportaciones recibidas por la **Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)** demandando potenciar la gestión pública del SNS; o también las del **Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya**, de la **Junta Directiva de la Associació Cercle de Salut** o de la **Asociación de Centros y Empresas de Hospitalización Privada de Madrid**, entre otras, en las que se muestran desfavorables a los objetivos que busca la norma. Entidades formadas por profesionales sanitarios han puesto de relieve la necesidad de revertir los procesos de privatización y de garantizar una gestión pública del SNS. Por último, se han

recibido algunas aportaciones en relación con mejorar la eficiencia energética del SNS y reducir el impacto medioambiental del mismo.

Hubo una aportación que se consideró no válida por no ceñirse al planteamiento de la Consulta.

Listado de entidades participantes:

- Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE).
- Asociación Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad (Audita Sanidad).
- Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa Sanitàries (ACEBA).
- Associació Catalana d'Entitats de Salut.
- Asociación de Centros y Empresas de Hospitalización Privada de Madrid.
- Associació Cercle de Salut.
- Asociación de Economía de la Salud (AES).
- Asociación de enfermera familiar y comunitaria de Castilla y León (ACALEFYC).
- Asociación de Empresas Sanitarias de Prestación Asistencial de Andalucía (AESPA).
- Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Fonoaudiología.
- Asociación Española de Técnicos en Enfermería, Emergencias, Sanitarios y Sociosanitarios (AETESYS).
- Asociación de Establecimientos Sanitarios de Euskadi (AESANE).
- Asociación Extremeña de Empresas e higiene ambiental (AEXEHI).
- Asociación Madrileña de Enfermería independiente (AME).
- Asociación Madrileña de Pacientes Anticoagulados y Cardiovasculares.
- Asociación Mareas Blancas.
- Asociación Más Sanidad Canarias (+Sanidad Canarias).
- Asociación Nacional de Empresas de Sanidad Ambiental (ANECPLA).
- Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC).
- Asociación de Técnicos en Emergencias Sanitarias de Euskadi (EUSTES).
- Ayuntamiento de Becerril de la Sierra.
- Ayuntamiento de Los Molinos.
- Ayuntamiento Moralarzal.
- Ayuntamiento de Pelayos de la Presa.
- Ayuntamiento de Villa del Prado.
- Cámara de Concesionarios de Infraestructuras, Equipamientos y Servicios Públicos (CCIES).
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).
- Comité de Profesionalismo Médico del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid.
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE).
- Confederación de Salud Mental España.
- Conferencia de Decanos y Decanas de las Facultades de Veterinaria de España.
- Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.
- Consejo general de Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional (CGCTO).
- Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya.

- Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas (CAMB).
- Coordinadora Regional del Transporte Sanitario de Castilla y León de CGT.
- Dirección General de Cooperación con el Estado y la Unión Europea. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- ECODES - Fundación Ecología y Desarrollo.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP).
- Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (F.E.F.E).
- Federación Estatal de Sanidad de CGT.
- Fundación Renal.
- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad.
- Metges de Catalunya.
- Patronato de la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS).
- Plataforma en defensa de la salud y sanidad publica del Baix Vallès.
- Plataforma en defensa de la Sanidad Pública de Barakaldo.
- Plataforma de Mayores y Pensionistas (PMP).
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).
- Plataforma por la Sanidad Pública de Burgos.
- Plataforma One Health.
- Plataforma del tercer sector.
- Sindicato CSIF-Aragón.
- Sindicato Infermeres de Catalunya.
- Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (SIMAP) en el Hospital de la Ribera en Alcira.
- Sindicato de Sanidad e Higiene de Zaragoza (CGT).
- Sociedad Española de Psicología Clínica.
- Sociedad Ibérica de Ecología.
- La Unió Catalana d'Hospitals (La Unió).
- Unión de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA).
- Unión Murciana de Hospitales y Clínicas (UMHC).

2. Trámite de audiencia e información pública.

Se someterá, de acuerdo con lo establecido en el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, al trámite de información pública en el portal web del Ministerio de Sanidad entre los días XX y XX de XXX para recoger las aportaciones al texto del proyecto de ley.

3. Informes preceptivos.

Durante la tramitación se recabarán los siguientes informes:

Informes del Departamento:

MINISTERIO
DE SANIDAD

- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).
- Informe de la Secretaría General Técnica, de acuerdo con lo previsto en artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

Informes de otros Departamentos:

- Informe del Ministerio de Economía, Comercio y Empresa, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.
- Informe del Ministerio de Hacienda, de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.
- Informe del Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática, conforme al artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, acerca de la adecuación de la norma al orden constitucional de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas.
- Aprobación previa del Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública, de acuerdo con el artículo 26.5 párrafo quinto de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.
- Oficina de coordinación y calidad normativa del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes (OCCN), de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.9 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

Informes de comunidades autónomas:

- Informe de las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla.
- Informe del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud. (artículo 67.2.1º de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).
- Informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Otros informes:

- Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).
- Mutualidad General Judicial (MUGEJU).
- Consejo Económico y Social.
- Dictamen Consejo de Estado

VI.- ANÁLISIS DE IMPACTOS**1. Impacto económico.**

El proyecto de ley no genera repercusiones de carácter general sobre la economía en su conjunto. El objetivo del texto es establecer un marco normativo claro y coherente que organice la gestión y administración de los centros y servicios sanitarios por parte de las administraciones públicas y a través de fórmulas de gestión indirecta, dando priorización a la gestión pública como la fórmula por defecto.

La norma mantiene la posibilidad de gestión indirecta a través de los modelos contemplados en la normativa de contratos del sector público o de los convenios singulares establecidos en la Ley General de Sanidad, estableciendo la priorización de entidades sin ánimo de lucro en caso de empate dentro del marco de actuación de la propia normativa de contratación. Este enfoque podría conllevar un traslado parcial del volumen de negocio desde entidades privadas con fines lucrativos hacia organizaciones sin ánimo de lucro.. En cualquier caso, debe subrayarse la dificultad de prever el comportamiento futuro de la gestión indirecta, al depender en gran medida de las decisiones adoptadas por las administraciones competentes en cada momento y de la evolución de las necesidades asistenciales. Es importante señalar que una buena parte de centros y servicios concertados en la actualidad ya corresponde a entidades sin ánimo de lucro. Además, la disposición transitoria única contempla que la ley no será de aplicación a los expedientes de conciertos, concesiones, contratos y otras fórmulas de colaboración para la prestación de servicios sanitarios que tengan por objeto la gestión y administración de las estructuras y servicios que integran el Sistema Nacional de Salud que se hubieran iniciado con anterioridad a su entrada en vigor. Se entenderá, a estos efectos, que los expedientes han sido iniciados si se hubiera acordado el inicio del procedimiento correspondiente. Por tanto, no se estima un impacto en la economía en el corto y medio plazo.

En conclusión, no se espera que el proyecto de ley tenga un impacto significativo sobre la economía en términos globales, independientemente de que puedan existir cambios en la modalidad de gestión indirecta, al contemplar el texto la posibilidad de establecer modelos de gestión por esta vía bien por la vía de los convenios singulares o por la ley de contratos del sector público, siempre que se cumplan los criterios definidos en la ley.

2. Impacto presupuestario.

A continuación, se desglosan por apartados los impactos presupuestarios del anteproyecto de ley:

- Ausencia de impactos derivados de los costes de los modelos de gestión indirecta

La ley no tiene ningún tipo de impacto sobre los precios aplicados en los mecanismos de gestión indirecta actualmente vigentes, al no introducirse modificaciones en los sistemas de cálculo ni en las condiciones económicas de dichos conciertos o contratos. Tampoco se establecen cargas adicionales que impliquen un incremento en el capítulo 1 de los Presupuestos, en la medida en que se considera que con los recursos ordinarios ya disponibles se podrán atender las funciones y procesos contemplados en la norma.

El modelo de la Ley proyectada es obligar a realizar un debate de fondo, informado y evaluado con todas las partes afectadas acerca de la oportunidad de la externalización de los servicios sanitarios.

- Ausencia de impactos derivados de las labores de asesoramiento descritas en la Disposición adicional segunda

En relación con la carga de trabajo a asumir por la Alta Inspección del SNS en materia de asesoría a las administraciones sanitarias competentes que lo soliciten, dependerá del volumen de solicitudes que pueda recibir la Alta Inspección. Dicho volumen, a su vez, no se puede estimar a priori, ya que son las autoridades sanitarias competentes las que deben decidir en el ámbito de sus competencias si desean iniciar la reversión de los procesos de externalización existentes en su territorio. El informe “La reversión de los servicios públicos externalizados a partir de la experiencia de la Generalitat Valenciana (2015-2023)” elaborado por la Secretaría Autonómica de Justicia y Administración Pública de la Generalitat Valenciana identifica cinco procesos de reversión del ámbito sanitario, de diferente tipología, en una ventana temporal de ocho años:

- El centro específico para personas con enfermedad mental crónica de Albocàsser (2018)
- Los departamentos de salud de la Ribera (2018) y Torrevieja (2021).
- El servicio de resonancias magnéticas (2021).
- El de farmacia en centros socio sanitarios (2022).

Por tanto, se estima que el volumen de procesos de reversión evaluado en dicho informe es bajo, pudiendo ser asumidas las labores de asesoramiento de la Alta Inspección del SNS con las dotaciones de personal actuales. La necesidad de prever este tipo de procesos con una antelación suficiente para poder llevar a cabo las acciones pertinentes facilitaría las labores de planificación de la Alta Inspección en relación con la carga de trabajo existente.

- Ausencia de impactos derivados de las atribuciones a la Oficina Nacional de Evaluación contempladas en el artículo 7.5 del anteproyecto de ley

El artículo 7.5 del anteproyecto de ley contempla la solicitud de un informe preceptivo a la Oficina Nacional de Evaluación (ONE) en los supuestos de contratos de concesión de servicios. De acuerdo el Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, en 2023 había 249 hospitales con un concierto parcial o sustitutorio. Esta cifra es ligeramente inferior a la del año 2021, cuando la cifra ascendía a 271 hospitales. Por tanto, la tendencia reciente no indica un aumento de volumen en el número de conciertos que permita anticipar una carga importante de trabajo a asumir por la ONE.

Se concluye que el volumen de trabajo derivado de las potenciales solicitudes a la ONE en los contratos de concesión de servicios sería muy limitado, pudiéndose asumir con los recursos humanos existentes en la Oficina.

- Ausencia de impactos derivados de la constitución y funcionamiento del Comité de evaluación previa de la gestión indirecta en el ámbito de la Administración General del Estado

El artículo 7.3 establece que las administraciones sanitarias competentes deberán constituir los comités de evaluación para la gestión sanitaria indirecta. En el caso de la Administración General del Estado, dicho comité se constituirá por parte de la Subdirección General de Gestión Sanitaria del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA),

considerando, por un lado, los recursos humanos disponibles en la Administración y las disponibilidades presupuestarias existentes, estimándose un impacto neutro.

- Ausencia de impactos en las Comunidades Autónomas

En el caso de las comunidades autónomas, no se estima que la aprobación del anteproyecto de ley tuviera un impacto en relación con los costes de los modelos de gestión indirecta. En este sentido, el impacto para las administraciones autonómicas sería neutro.

Sobre el impacto de la creación de los Comités de evaluación para la gestión sanitaria indirecta, la constitución de dicho órgano deberá realizarse dentro de las capacidades de personal y de la disponibilidad presupuestaria disponible de cada una de las administraciones, al igual que ocurriría en el caso del INGESA, estimándose un impacto presupuestario neutro de esta medida.

3. Análisis de las cargas administrativas.

Dado que el contenido del anteproyecto se circunscribe a aspectos estructurales y organizativos de la provisión de la asistencia sanitaria por parte de administraciones públicas, así como a los modelos de gestión que cuentan con participación privada, no puede decirse que imponga a los ciudadanos y empresas ninguna obligación nueva para relacionarse con la Administración ni modifique las cargas actualmente existentes. Por tanto, se considera que el anteproyecto de Ley no tiene efecto sobre las cargas administrativas.

4. Impacto por razón de género.

A los efectos de lo previsto en el artículo 26.3.f) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, y en el artículo 19 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, se ha evaluado el impacto por razón de género de este proyecto normativo.

No se espera que tenga un impacto significativo por razón de género.

5. Impacto en la infancia y adolescencia.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 22 quinquies de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en la redacción dada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se ha examinado el impacto que el presente proyecto normativo tiene en la infancia y en la adolescencia. No se espera un impacto significativo sobre la infancia y la adolescencia.

6. Impacto en la familia.

De acuerdo con lo previsto en la disposición adicional décima de la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas, introducida por la disposición final

quinta de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se ha evaluado el impacto del proyecto normativo en la familia. No se espera un impacto significativo sobre las familias.

7. Impacto por razón de cambio climático

No hay impacto por razón de cambio climático.

8. Otros impactos

En virtud de lo establecido en el artículo 2.1.g) del Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, el proyecto tendrá un impacto positivo en la salud, a tenor de su naturaleza y de su contenido. En primer lugar, porque la evidencia disponible muestra de manera clara que la preminencia de la gestión directa en la provisión de servicios sanitarios conlleva unos mejores resultados en salud para la población, y unas mejores condiciones para los profesionales sanitarios, lo que redundará en una mejor calidad asistencial para los pacientes^{16,17,18,19,20}.

VII.- EVALUACIÓN EX POST

De conformidad con el artículo 3.1 del Real Decreto 286/2017, de 24 de marzo, por el que se regulan el Plan Anual Normativo y el Informe Anual de Evaluación Normativa de la Administración General del Estado y se crea la Junta de Planificación y Evaluación Normativa, el Plan Anual Normativo identificará las normas que habrán de someterse a un análisis sobre los resultados de su aplicación, atendiendo a los siguientes criterios:

- a) Coste o ahorro presupuestario significativo para la Administración General del Estado.
- b) Incremento o reducción de cargas administrativas para los destinatarios de la norma que resulte significativo por el volumen de población afectada o por incidir en sectores económicos o sociales prioritarios.
- c) Incidencia relevante sobre los derechos y libertades constitucionales.
- d) Conflictividad previsible con las Comunidades Autónomas.
- e) Impacto sobre la economía en su conjunto o sobre sectores destacados de la misma.

16 Goodair, B., & Reeves, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation. *The Lancet. Public health*, 7(7), e638–e646.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00133-5)

17 Quercioli, C., et al. (2013). The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *Journal of epidemiology and community health*, 67(2), 132–138. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200640>

18 Heimeshoff, M., Schreyögg, J., & Tiemann, O. (2014). Employment effects of hospital privatization in Germany. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 15(7), 747–757. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0520-1>

19 Ramamonjiravelo, Z., Hearld, L., & Weech-Maldonado, R. (2021). The impact of public hospitals' privatization on nurse staffing. *Health care management review*, 46(4), 266–277. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000262>

20 Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. (2019). A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(4), 412–418. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.009>

MINISTERIO
DE SANIDAD

- f) Efectos significativos sobre la unidad de mercado, la competencia, la competitividad o las pequeñas y medianas empresas.
- g) Impacto relevante por razón de género.
- h) Impacto relevante sobre la infancia y adolescencia o sobre la familia.

Dado que pueden concurrir uno o varios de los criterios contenidos en el referido artículo 3.1, se concluye que en el presente caso es necesaria la evaluación normativa *ex post* de esta ley.