A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

El Grupo Mixto y, en su representación, su portavoz Adjunta D^a Ione Belarra Urteaga, integrante de Podemos, por el presente escrito presenta, con base en los artículos 124 y siguientes del Reglamento del Congreso de los Diputados, la siguiente PROPOSICIÓN DE LEY DE MEDIDAS PARA GARANTIZAR EL CARÁCTER PÚBLICO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, acompañada de su exposición de motivos y antecedentes

En Madrid a 26 de marzo de 2024

Fdo. La Portavoz Adjunta

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

La sanidad pública constituye un pilar fundamental del Estado del Bienestar y un patrimonio común de nuestra sociedad. La salud es también un derecho humano reconocido en numerosas declaraciones y convenciones internacionales, de manera destacada en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como en el artículo 43 de la Constitución

Española, que «reconoce el derecho a la protección de la salud» y mandata a los poderes públicos a «organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios».

El desarrollo del servicio público de asistencia sanitaria propio de un Estado Social es tardío en España. Cabe destacar como hito la aprobación de la Ley 3 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que extendió la cobertura de la asistencia sanitaria y diseñó un sistema sanitario público caracterizado por la gestión directa.

Sin embargo, el modelo de gestión pública fue quebrantado por el Real Decreto ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, posteriormente sustituido por la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Como antecedente de estas normas, el Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, conocido como 'Informe Abril', elaborado en julio de 1991 por encargo del Congreso de los Diputados, abogaba por distinguir entre titularidad y provisión de los servicios sanitarios y por mejorar los contratos de concertación (recomendaciones 7 y 13).

II

Algunos enfoques, como el contenido en la Ley 15/1997, han pretendido naturalizar la supuesta inocuidad de la modalidad de gestión indirecta en relación con el carácter público de la asistencia sanitaria, que quedaría asegurado por la titularidad pública de los centros o servicios prestados en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. De tal forma que, invocando atributos

como la flexibilidad o la desburocratización, se ha llegado a postular la superior eficacia de la gestión privada frente a la gestión pública directa.

Lo cierto es que la Ley 15/1997 no vino avalada por la evidencia empírica y su aplicación no ha sido óptimamente evaluada por las Administraciones Públicas, si bien diversos informes y estudios independientes permiten concluir que la gestión privada desvirtúa el carácter público de la asistencia sanitaria y socava el interés general.

El conocido fenómeno de huida del derecho administrativo provoca efectos perversos desde la perspectiva de la asignación eficiente de los recursos públicos. Así, el Informe de fiscalización de la contratación celebrada por las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, ejercicios 2002 a 2004, aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas en su sesión del día 26 de enero de 2012, entre otras cuestiones, constata actuaciones que «no son conformes con los principios de objetividad, transparencia, igualdad y no discriminación, informadoras de la contratación pública y de economía en la gestión de fondos públicos».

La Ley 15/1997, entre otros efectos, ha servido de paraguas a modelos de gestión indirecta del servicio público de asistencia sanitaria a través de empresas privadas, como las Iniciativas de Financiación Privada y Partenariados Público Privados (PFI y PPP, por sus siglas en inglés), que reducen los controles públicos, introducen el lucro como motor de conducta y contribuyen a empeorar las condiciones de trabajo del personal sanitario. Se produce así una privatización funcional que socava materialmente el carácter público del sistema sanitario.

Algunos estudios internacionales consideran que la gestión privada implica ratios de profesionales inferiores a las de la gestión pública y atribuyen a esta última mejores resultados en equidad, eficacia y eficiencia. Además, en España no han sido pocos los escándalos de corrupción relacionados con los procesos de privatización de la sanidad.

Por tanto, la opción de esta Ley, en el marco del pluralismo político (artículo 1.1. de la Constitución Española), es garantizar la titularidad y gestión públicas de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, en tanto que la modalidad de gestión pública constituye un elemento nuclear y determinante de la equidad y calidad del Sistema Nacional de Salud.

III

La defensa de los servicios públicos en nuestro país, desde paradigmas renovados como las reivindicaciones de lo común y de los cuidados, ha experimentado en los últimos años un nuevo impulso cívico, que engarza con las luchas sociales que hicieron posible la democracia, a partir del movimiento 15M y, en el caso de la sanidad, de la movilización de las Mareas Blancas.

La pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto una vez más que la protección de la salud de la población resulta incompatible con el ánimo de lucro y que la defensa de la sanidad pública constituye una seña de identidad de la sociedad española. En los momentos más difíciles de la crisis sanitaria, la sostenibilidad de nuestra sociedad pendió de las estructuras públicas, expresión institucionalizada de la solidaridad social, y de los colectivos de

profesionales sanitarios, en muchos casos trabajando en condiciones de precariedad a consecuencia de las tendencias privatizadoras.

En este sentido, las Conclusiones para la Reconstrucción Social y Económica, aprobadas por el pleno del Congreso de los Diputados el pasado 29 de julio de 2020, han reafirmado «los principios básicos a los que responde la sanidad pública (universalidad, igualdad, no discriminación, accesibilidad, equidad, solidaridad y calidad)», proponiendo que el incremento de la inversión pública «se destinará a sanidad pública de gestión directa» (propuestas 1.1 y 73 del apartado «sanidad y salud pública»).

La presente Ley cristaliza la arraigada y profunda convicción social de que la sanidad pública no puede ser objeto de negocio, sino que encarna un sentido de ciudadanía democrática que debe orientar a las instituciones para trabajar en su defensa y mejora continua. Y lo hace asumiendo la evidencia contrastada de que solo la provisión y gestión públicas de la asistencia sanitaria garantiza la equidad, la cohesión y la calidad del sistema, sin las distorsiones y disfunciones que conllevan las privatizaciones.

IV

Esta Ley deroga la Ley 15/1997 y consagra el carácter común, ordinario y preferente de la modalidad de gestión pública directa con la finalidad de asegurar la equidad y la calidad del sistema sanitario público. Además, la presente Ley impide privatizar los centros, servicios y establecimientos sanitarios que se creen o en la actualidad se gestionen directamente.

Asimismo, esta iniciativa normativa proporciona amparo a los procesos de desprivatización de la sanidad, establece garantías para que no se utilice la contratación pública como vehículo jurídico dirigido a privatizar formal o materialmente la gestión integral de los centros y establecimientos sanitarios y, finalmente, refuerza la equidad del Sistema Nacional de Salud al garantizar la cobertura pública de la atención sanitaria al personal de nuevo ingreso incluido en las Mutualidades de funcionarios.

La Ley consta de tres artículos, cuatro disposición adicionales, una disposición derogatoria, otra transitoria y tres disposiciones finales, y en su elaboración se han tenido en cuenta los principios de la buena regulación recogidos en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.

La presente ley tiene por objeto garantizar el carácter público de los servicios, centros y establecimientos sanitarios que integran el Sistema Nacional de Salud a fin de alcanzar un sistema sanitario público, universal, equitativo, igualitario, solidario, accesible, participativo, eficaz, eficiente y de calidad.

Artículo 2. Titularidad y gestión públicas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

1. El modelo organizativo en el ámbito del Sistema Nacional de Salud consistirá en la titularidad pública y la gestión pública directa de los servicios, centros y establecimientos sanitarios.

2. En ningún caso podrán prestarse por gestión indirecta, mediante concierto, convenio o cualquier otra fórmula, los servicios, centros y establecimientos sanitarios que se creen o se estén gestionando de forma directa en el marco del Sistema Nacional de Salud.

3. En los términos establecidos por la legislación básica del Estado y, de acuerdo a lo previsto en la presente norma, las Comunidades Autónomas determinarán las formas jurídicas y organizativas de gestión pública directa que adopten en sus respectivos servicios de salud.

Artículo 3. Procesos de desprivatización y reversión de la gestión indirecta

1. Las Comunidades Autónomas deberán llevar a cabo procesos de desprivatización a fin de revertir la gestión indirecta de cualesquiera servicios, centros y establecimientos sanitarios en el marco del ordenamiento jurídico, en los términos de la Disposición Transitoria Única de la presente norma.

2. En todo caso, los órganos competentes de las Comunidades Autónomas publicarán información accesible y comprensible sobre las modalidades de gestión empleadas en sus respectivos servicios de salud en el marco del Sistema de información del Sistema Nacional de Salud, incluidos los conciertos y convenios que se encuentren en vigor al momento de entrada en

vigor de la presente norma, con mención del número y características esenciales de estas modalidades, los instrumentos jurídicos que las articulan y su duración prevista.

3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud podrá emitir recomendaciones para facilitar los procesos de desprivatización.

Disposición Adicional Primera. Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Se añade una letra h) al apartado 2 del artículo 76 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, con la siguiente redacción:

«h) Verificar la implementación de la gestión pública directa de los servicios, centros y establecimientos sanitarios, así como evaluar el impacto sobre el sistema sanitario público de cualesquiera modalidades de gestión indirecta que hayan sido empleadas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.»

Disposición Adicional 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.

Se modifica 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 en los siguientes términos:

Uno. Se añade un apartado 5 al artículo 14, con la siguiente redacción:

«5. No cabrá la utilización del contrato de concesión de obras, ni de contratos mixtos con prestaciones análogas, para la construcción, modificación o explotación integral de centros y establecimientos sanitarios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.»

Dos. Se añade un apartado 5 al artículo 28, con la siguiente redacción:

«5. Las entidades del sector público no podrán utilizar la contratación pública para eludir la fórmula de gestión pública directa de los servicios, centros y establecimientos sanitarios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.»

Tres. Se añade un apartado 4 al artículo 284, con la siguiente redacción:

«4. No cabrá la utilización del contrato de concesión de servicios, ni de contratos mixtos con elementos análogos, cuya prestación consista en la gestión integral de los centros y establecimientos sanitarios pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.»

Disposición Adicional Tercera. Modificación de la Ley 14/1986, General de Sanidad

Se modifica el artículo 66 de la norma, que queda redactado de la siguiente manera:

Formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas la creación de una red integrada de hospitales del sector público.

Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán integrados al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten.

Disposición adicional cuarta. Prestación sanitaria de las Mutualidades de funcionarios.

1. La atención sanitaria al personal de nuevo ingreso incluido en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) será prestada directamente por los Servicios Públicos de Salud del Sistema Nacional de Salud, sin que pueda ser facilitada por concierto con otras entidades o establecimientos privados.

2. La atención sanitaria al personal que se encuentre incorporado a las citadas mutualidades con anterioridad a la entrada en vigor de la presente disposición continuará rigiéndose por el Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, el Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia, el Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y demás normas de aplicación.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

1. Queda derogada la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

2. Queda derogado el Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD.

3. Quedan derogados los artículos 67, 90, 91, 92 93 y 94 de la Ley 14/1986, General de Sanidad

4. Asimismo, quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición Transitoria única

1. Las Administraciones que, a la entrada en vigor de esta ley, presten servicios sanitarios por cualquier modalidad de gestión indirecta, incluidos aquí los convenios, las encomiendas de gestión, las concesiones de obras y/o servicios, cesarán en esta modalidad en el momento del vencimiento del plazo temporal previsto en el instrumento jurídico de aplicación o, si este fuera anterior, en el momento en el que dicho instrumento permita su finalización anticipada, no cupiendo, en ningún caso, prórroga de dichos instrumentos.

2. Los hospitales privados vinculados al Servicio Nacional de Salud con base en lo previsto el artículo 66 de la Ley General de Sanidad en su redacción anterior a la entrada en vigor de la presente norma, se regirán por lo previsto en las normas vigentes en el momento de aprobación de su protocolo de actuación, no pudiendo el mismo ser renovado a la finalización que el mismo prevea.

Disposición final primera. Título competencial.

Lo dispuesto en esta Ley tiene carácter básico al dictarse al amparo de las competencias que corresponden al Estado en el artículo 149.1.16.^a y 18.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva para determinar las bases y coordinación general de la Sanidad, así como las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas y la legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas.

Disposición final segunda. Habilitación para el desarrollo reglamentario.

El Gobierno adoptará, en el ámbito de sus competencias, las disposiciones reglamentarias que resulten necesarias para la aplicación y desarrollo de la presente Ley.

Disposición final tercera. Entrada en vigor.

1. La Ley entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

2. Lo dispuesto en la disposición adicional cuarta entrará en vigor transcurrido un año desde la publicación de esta Ley en el «Boletín Oficial del Estado».

ANTECEDENTES

- Constitución Española.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD.
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.