

## A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Las siguientes personas:

*Representantes de la Coordinadora Antiprivatización de la Sanidad*

por medio del presente escrito,

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/1984, de 26 de marzo, reguladora de la iniciativa legislativa popular, cumplidos los requisitos recogidos en su artículo tercero se presenta como **Iniciativa Legislativa Popular de RECUPERACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**, la siguiente cuyo texto de proposición de ley se acompaña a continuación en su texto articulado, precedido de su exposición de motivos, así como la relación de los miembros que componen la Comisión promotora de la iniciativa con expresión de los datos personales de cada uno de ellos.

Para el inicio del procedimiento previsto en el artículo séptimo de la Ley Orgánica 3/1984, de 26 de marzo, reguladora de la iniciativa legislativa popular se

**SOLICITA DE LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**, tenga por recibido el presente escrito, se admita la proposición y se comunique a la Junta Electoral Central dicha admisión y se proceda a notificar a la Comisión promotora la admisión de la proposición al objeto de que se proceda a la recogida de firmas requeridas según lo establecido en el artículo séptimo y siguientes de la Ley Orgánica 3/1984, de 26 de marzo, reguladora de la iniciativa legislativa popular.

En Madrid, a 23 de septiembre de 2021.

# PROPOSICIÓN DE LEY DE RECUPERACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Constitución, en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. Por otra parte, la Ley 16/2003 de Cohesión establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario debe presidir las actuaciones de las Instituciones Sanitarias.

En la última década en diferentes Comunidades Autónomas, ha tenido lugar un proceso de cesión a empresas privadas de la prestación sanitaria de la Seguridad Social, de varios millones de personas que previamente recibían atención sanitaria en centros de gestión directa del Sistema Nacional de Salud (SNS). Este proceso implica, entre otros aspectos, que estos centros sanitarios privados pasan a regirse por el derecho privado, huyendo del derecho público, que al menos establecía algunas, aunque escasas, garantías jurídicas. Todo ello al amparo de normativas que han introducido la gestión privada en el ámbito del SNS.

Así, la Ley 15/97 “sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud”, ha legalizado la apertura de centros hospitalarios privados financiados con dinero público, mientras se han cerrado miles de camas en hospitales de gestión directa, por lo que en la práctica no se han incrementado las camas totales en el SNS, sino que se ha producido un cambio de titularidad en la propiedad de dichos recursos.

En estos 24 años de aplicación de la Ley citada, lejos de mejorar la eficacia del Sistema Nacional de Salud como se justificaba en su exposición de motivos, se ha podido comprobar que estos centros privados no han presentado, tal como defendían, ni mejores indicadores de funcionamiento, ni económicos, ni mejores resultados de salud. Además, los sistemas de control por parte de los poderes públicos han fallado estrepitosamente; se han establecido en ellos elementos propios de la gestión empresarial que se han integrado incluso en la práctica clínica diaria, cuestionando la propia ética médica, hasta el punto de que se han introducido incluso incentivos económicos al personal médico dirigidos a reducir la estancia de los pacientes, o el gasto sanitario, no a mejorar el nivel de salud de la población.

Una de las justificaciones de este modelo, llamado de “colaboración público-privada” (Private Finance Initiative [PFI], o Public Private Partnership [PPP]), el económico, ha resultado un fiasco, ya que ha incrementado los costes de estos hospitales hasta 8 veces más que mediante los sistemas de construcción tradicionales, siendo habituales en la gran mayoría de los proyectos, los sobrecostes “inesperados”, en línea con lo ocurrido igualmente en los países de nuestro entorno. En informes de la propia OMS, se explicita que, a largo plazo, “*los nuevos servicios han sido en general más costosos que si se hubieran empleado los métodos tradicionales*” de gestión pública; que es

habitual la *"falta de transparencia"* de los proyectos PFI, ya que pese a estar sustentados con dinero público, gobiernos y empresas se niegan a detallar el destino de las partidas económicas alegando que es información *"comercial confidencial"*. Incluso reconociendo que en algunos casos los nuevos servicios puedan haberse construido respetando los plazos y el presupuesto, ello se logra a menudo a expensas de la calidad. En definitiva, *"parece que la colaboración público-privada complica aún más la ya de por sí difícil tarea de construir y dirigir un hospital"*. El modelo incluso se ha extendido a la provisión y gestión de equipos de alta tecnología (resonancia magnética, Comunidad Valenciana), donde la propia Sindicatura de Comptes ha emitido un informe en el que se recogen múltiples irregularidades.

La propia Comisión Europea a través del informe *"Report of the EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH) on Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe"*, ha determinado que *"La principal conclusión es que no hay suficiente información para evaluar la contratación de servicios sanitarios públicos mediante CPP en comparación con los regímenes convencionales (la relación calidad-precio no es concluyente)"*, así como que *"el Grupo de Expertos no ha encontrado pruebas científicas de que la colaboración público-privada sea rentable en comparación con las formas tradicionales de financiación y gestión pública de la asistencia sanitaria"*, o que *"una carencia común a todos los proyectos es que no se ha previsto una evaluación formal de los resultados en el proyecto. Así pues, las evaluaciones a posteriori que se han realizado adolecen de falta de datos para realizar valoraciones sobre cuándo y cómo la APP puede ser un instrumento político adecuado y valioso"*.

Informes del Tribunal de Cuentas han señalado que las APP eran más caras que los modelos tradicionales a largo plazo. En dicho informe se recoge que el Tribunal de Cuentas de la Comunidad Valenciana, en su informe *"MRI a chance to save"* (2013), encontró que el ahorro potencial utilizando la provisión pública tradicional en comparación con la *"CPP-contrato a 10 años"* (concesión) habría ascendido a 16,7 millones de euros anuales (un 40% menos que el contrato de CPP). Señalaron que no hay suficiente información para determinar si los servicios se ofrecieron de acuerdo con el contrato.

El Informe de la Agencia Nacional de la Competencia sobre *"la contratación y la competencia en los procesos de licitación para la prestación de servicios sanitarios públicos"* (2013), puso de manifiesto numerosas insuficiencias en la tramitación de las licitaciones y contratos de CPP desde 1997 hasta 2010.

La Asociación Nacional Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS, 2012) aprobó una declaración relativa a la privatización de los servicios sanitarios en la que afirmaba que las estrategias de gestión privada, especialmente la CPP, no demostraban ventajas que justificaran su implantación. *"Los contratos de "PPP-infraestructura" han provocado importantes problemas relacionados con el aumento de los costes financieros"*.

Por otra parte, queda constatado que el objetivo fundamental de estas empresas es el de lograr beneficios económicos, beneficios, que en el ámbito la salud solo se puede lograr a costa de reducir las plantillas de profesionales, o las prestaciones a los pacientes, en definitiva, deteriorando la calidad de la asistencia. Dichos beneficios económicos son muy importantes, motivo por el que estos centros han sufrido un proceso continuo de cambio de manos, entre fondos de capital riesgo, constructoras, bancos, etc., sectores económicos sin experiencia previa en atención sanitaria y cuyos intereses principales son como ya hemos apuntado, la consecución de beneficios económicos para sus accionistas, no la mejora del nivel de salud de la población asignada.

Respecto a los artículos 66 y 67 de la LGS que regulan la incorporación al SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) de hospitales privados mediante convenios singulares, no han sido utilizados transitoriamente como establecen las citadas normas mientras se construían centros públicos donde no existían, para garantizar las necesidades sanitarias, sino que han servido para reforzar el sector privado. De esta forma, se ha forzado a esas poblaciones a no ser atendidos en centros sanitarios sin ánimo de lucro. Incluso se ha llegado a sustraer cientos de miles de pacientes de centros públicos para cedérselos a centros privados, cediéndoles además infraestructuras propiedad de la Seguridad Social.

Por otra parte, el artículo 90 de la Ley General de Sanidad establece los conciertos privados. Sin embargo, lo que se contempló como un mecanismo de apoyo en situaciones puntuales a los centros de gestión directa, siempre que previamente se hubieran utilizado de forma óptima sus recursos sanitarios propios, se ha convertido en la principal vía de descapitalización del SNS, y por ende de financiación de la sanidad privada (ya que supone el 26 % de su facturación), para realizar en gran parte actividades de baja complejidad y riesgo (cuyo seguimiento posterior recae en el sector público), o pruebas diagnósticas, actividades que se pueden hacer perfectamente en los centros de gestión directa, siempre que se incrementen sus recursos humanos y equipamiento.

Así, en los últimos años, cerca del 10 % del gasto sanitario público (entre 7.000-8.000 millones de €) se está dedicando a conciertos privados, similar al gasto sanitario de 7 millones de personas, o a la remuneración anual del personal de atención primaria de todo el Estado (más de 90.000 profesionales), lo que supone que se ha convertido en una vía estructural de vaciamiento financiero del SNS. Dicho dinero podría dedicarse a reforzar las menguadas plantillas del SNS, más cuando en los próximos 5 años un porcentaje importante de estos efectivos se jubilarán. Podrían aumentarse las plantillas del SNS en un 33 %, unos 200.000 profesionales, para incrementar la capacidad de los centros mediante la instauración de un segundo turno de médicos especialistas, en aquellas especialidades que sean necesarias, para mantener los recursos propios en funcionamiento al 100 por 100. De esta forma, se crearía empleo; se evitaría la emigración de miles de profesionales del sector salud, que después de ser formados con fondos públicos (formación medicina MIR alrededor de 250.000-300.000

€/titulado) el sistema no es capaz de ofrecer un empleo digno; se reducirían las listas de espera desde el propio sector público; se reduciría el gasto en atención continuada; en definitiva, se potenciarían los recursos propios del SNS.

La crisis del Covid y su gestión han permitido visibilizar la situación real del SNS. El colapso de parte del sistema hospitalario, el desbordamiento de la atención primaria, y la incapacidad del sistema de salud pública, condicionaron la falta de respuesta a las necesidades sanitarias de la población, de las que el ejemplo más claro ha sido la elevada mortalidad de las personas internadas en centros de servicios sociales y residencias de mayores. Paralelamente, el papel de la sanidad privada, que llegó a realizar ERTes en los momentos más críticos de la primera ola, ha sido clarificador respecto a su supuesto papel de complementariedad del SNS.

A más de 18 meses del inicio de la pandemia, el colapso del sistema se ha cronificado. El cierre, o funcionamiento a medio gas de muchos centros sanitarios, debido a la deficiente planificación de los recursos humanos y su maltrato y precariedad laborales, se ha trasladado de la España vaciada a las zonas urbanas. En cuanto a las listas de espera, con toda seguridad mucho mayores de las previas a la pandemia, como demuestra el incremento continuo de los seguros privados, indican la necesidad de articular respuestas diferentes a las aplicadas en las últimas décadas, y que no han conseguido solucionar el problema. No se trata de incrementar los conciertos privados repitiendo planes de choque, sino de garantizar de una vez la asistencia de calidad y en tiempos razonables desde el sector público.

Sin una solución estructural de los problemas, actuando sobre las causas, no se podrá garantizar una asistencia sanitaria de calidad a la población. Es necesario un incremento urgente de los recursos humanos y su fidelización. En los primeros meses de la pandemia, se elevó a los sanitarios a la categoría de héroes, pero con posterioridad se les dejó abandonados al no reforzar convenientemente ninguno de los niveles, ni la atención primaria, ni la salud pública, ni la atención especializada, mientras los fondos extraordinarios se han dirigido en su parte fundamental hacia el sector privado, que ha pasado a realizar, muchas veces sin experiencia previa, tareas y actividades que se podrían haber realizado desde los centros públicos.

La evidencia demuestra que la mortalidad es superior en los centros sanitarios con ánimo de lucro, a la vez que esta crisis ha permitido comprender la necesidad de un SNS fuerte, al margen del lucro, que recupere el objetivo inicial del sistema público de salud, el único que puede garantizar en períodos de crisis la solidaridad social. Para ello, es indispensable la separación entre la prestación sanitaria con fondos públicos y el ánimo de lucro, a través de la aprobación de modificaciones legislativas que blinden el SNS, para que los presupuestos sanitarios se dediquen fundamentalmente al reforzamiento y la recuperación del SNS.

**Artículo único. Se modifican los siguientes artículos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.**

1. Se da una nueva redacción al artículo 1.2 que queda redactado como sigue:

*“Son 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 o vivan en el territorio nacional, eliminando los períodos mínimos de permanencia en dicho territorio.”*

2. El artículo 3.2, queda redactado del siguiente tenor:

*“La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia o vivan en el territorio nacional, eliminando los períodos mínimos de permanencia en dicho territorio. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.”*

3. El artículo 66, queda redactado con el siguiente texto:

*“1. Formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas la creación de una red integrada de hospitales de titularidad y gestión pública directa.*

*2. La Administración sanitaria de cada Comunidad Autónoma adoptará las medidas necesarias para auditar, en el plazo de un año, la calidad asistencial, la equidad en el acceso y el coste económico de los servicios y centros financiados con dinero público y sometidos a gestión privada, incluyendo los servicios considerados no sanitarios, ya sea mediante subcontrataciones, convenios singulares o a través de las formas jurídicas amparadas en la Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión del Sistema nacional de Salud.*

*3.- La Administración sanitaria iniciará de forma inmediata la reversión a la gestión pública directa de aquellos centros y servicios sanitarios, incluyendo los servicios considerados no sanitarios, en los que se demuestre la existencia de indicadores salud, de equidad y de la calidad asistencial inferiores a los de los recursos con gestión pública.*

*4.-La Administración sanitaria está obligada, en el plazo de 4 años, a dotar de centros de titularidad pública y gestión directa, a todas las localidades en las que actualmente la prestación sanitaria de la Seguridad Social se realice mediante convenios singulares. Transitoriamente se mantendrán los convenios singulares existentes, sujetos a la normativa que les afectaba, pero no se podrán firmar más.”*

4. El artículo 67 queda sin contenido.

5. El artículo 90 queda redactado con el siguiente texto:

*“La Administración sanitaria planificará, en el plazo máximo de dos años, el desarrollo de recursos sanitarios de cada nivel asistencial, humanos y materiales, en función de la cobertura de las necesidades de atención integral de salud de la población y de forma que las capacidades instaladas sobrepasen en un 20% la ocupación media. Se establecerá un segundo turno de tarde, en las especialidades médicas necesarias, para garantizar la utilización óptima de los recursos y la actuación sobre las listas de espera desde los centros de gestión directa.*

*Los centros sanitarios de gestión directa del SNS solo podrán establecer conciertos privados en supuestos excepcionales de necesidad, para circunstancias urgentes y sobrevenidas, y previo informe razonado y público.”*

6. El artículo 78 queda redactado del siguiente tenor:

*“Los Presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social consignarán las partidas precisas para atender las necesidades sanitarias de la población, velando porque todos los organismos e Instituciones dependientes de las Administraciones Públicas reciban la financiación suficiente para el desarrollo de sus competencias. En todo caso, el gasto en atención primaria alcanzará el 25% del gasto sanitario público en todas las Comunidades Autónomas, en un período de 4 años. La red de atención primaria, asumirá, en los mismos plazos, con los incrementos de plantillas necesarios, la atención sanitaria de los centros de servicios sociales, tales como residencias de mayores u otros centros prestadores de servicios sociales.”*

7. El artículo 95 queda con la siguiente redacción:

*“1. Corresponde a la Administración Sanitaria del Estado planificar la política del medicamento en función de las necesidades de la población. En el plazo de 4 años se creará una empresa estatal farmacéutica que fabrique los medicamentos considerados esenciales por la Organización Mundial de la Salud*

*2. Para la circulación y uso de los medicamentos y productos sanitarios que se les asimilen, se exigirá autorización previa. Para los demás productos y artículos sanitarios se podrá exigir autorización previa individualizada o el cumplimiento de condiciones de homologación.*

*No podrán prescribirse y se reputará clandestina la circulación de medicamentos o productos sanitarios no autorizados u homologados, con las responsabilidades administrativas y penales a que hubiere lugar.*

*3. Sólo se autorizarán medicamentos seguros y eficaces con la debida calidad y pureza y elaborados por persona física o jurídica con capacidad suficiente.*

*4. El procedimiento de autorización asegurará que se satisfacen las garantías de eficacia, tolerancia, pureza, estabilidad e información que marquen la legislación sobre medicamentos y demás disposiciones que sean de aplicación. En especial se exigirá la realización de ensayos clínicos controlados.*

*5. Todas las personas calificadas que presten sus servicios en los Servicios sanitarios y de investigación y de desarrollo tecnológico públicos tienen el derecho de participar y el deber de colaborar en la evaluación y control de medicamentos y productos sanitarios.”*

#### **Disposición Derogatoria única.**

Se deroga la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

#### **Disposición final única.**

La presente Ley entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».