

Asunto: DG/14/26 APORTACIONES ASOCIACION DE CENTROS Y EMPRESAS DE HOSPITALIZACION PRIVADA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Presentada en: aplgestpublicasns@sanidad.gob.es

ISIDRO DIAZ DE BUSTAMANTE TERMINEL, en su calidad de presidente de la **ASOCIACION DE CENTROS Y EMPRESAS DE HOSPITALIZACION PRIVADA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**, encontrándose dentro de las entidades legitimadas al representar el interés de sus asociados, formula las **APORTACIONES** que se incluyen en el presente escrito, dentro del plazo establecido para los trámites de **audiencia e información pública** del **Anteproyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud**, impulsada por el **Ministerio de Sanidad**.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- En la página web del Ministerio de Sanidad, en la dirección URL [Ministerio de Sanidad - Participación Pública - Audiencia e información pública](#), se encuentra, entre otras normas sometidas a “Audiencia e información pública” el **Anteproyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud**, abierta al envío de aportaciones el 11 de febrero de 2026, determinándose que la fecha de finalización de envío de aportaciones es el 4 de marzo de 2026.

SEGUNDO.- Con el anuncio anterior, se publica un documento que contiene el texto del “Anteproyecto de ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud”, junto a la “MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO (MAIN) DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GESTIÓN PÚBLICA E INTEGRIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”.

TERCERO.- El trámite de audiencia e información pública tienen por objeto recabar la opinión de los ciudadanos titulares de derechos e intereses legítimos afectados por un proyecto normativo ya redactado, directamente o a través de las organizaciones o asociaciones que los representen, así como obtener cuantas aportaciones adicionales

puedan realizar otras personas o entidades. Sin ninguna duda la entidad **ASOCIACION DE CENTROS Y EMPRESAS DE HOSPITALIZACION PRIVADA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**, se encuentra incluida en las anteriores.

CUARTO.- La Entidad a la que represento, ya tuvo la oportunidad de presentar sus OPINIONES en el mes de mayo de 2024, en la CONSULTA PUBLICA PREVIA, sobre lo que entonces se denominó el Anteproyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud, y que ahora está continuando con su tramitación. Si bien es cierto que en aquel momento el proyecto normativo carecía de texto, ahora se ha podido ver que de poco sirvieron nuestras aportaciones, y que, no obstante, y a los efectos que procedan y en cuanto sean pertinentes, damos por reproducidas.

En aquella ocasión solo contamos con las opiniones vertidas en diversos medios y ocasiones por el Ministerio de Sanidad y sus responsables, pero ahora además de volver a contar con las opiniones en el momento actual, vemos como las mismas han sido plasmadas en un texto que tiene vocación de convertirse en Ley.

ANALISIS DEL TEXTO PROPUESTO

LOS ANTECEDENTES LEGISLATIVOS:

El análisis de una norma debe comenzar por su EXPOSICION DE MOTIVOS que, siendo parte de esta, es donde se reflejan las motivaciones que han llevado a quien la propone a desarrollarla de una manera determinada y para conseguir unos objetivos en lugar de otros. En este caso el proponente es el Gobierno de España por iniciativa de su ministra de Sanidad.

No debemos pasar por alto que este “Anteproyecto de La de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud”, es una de las normas en las que se troceó la fallida Ley Darias de Equidad, Universidad y Cohesión que decayó con la convocatoria de elecciones generales el día 29 de mayo de 2023, y que el actual anteproyecto inició su tramitación en mayo de 2024.

La norma busca garantizar la prioridad de la gestión pública del SNS, pero su verdadero objetivo y razón de ser es la **derogación** de la Ley 15/1997 que permitió la

entrada de las organizaciones privadas en el SNS con fórmulas de colaboración público-privada y concesiones administrativas.

Tampoco se puede pasar por alto, que este Anteproyecto cita Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, incluso su artículo 90 que sigue en vigor y que en el texto no se modifica, que precisamente es el que recoge la posibilidad por parte de las administraciones públicas de llevar a cabo conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, estableciendo las condiciones bajo las cuales se podrían dar dichos conciertos.

Lo hace en los siguientes términos: *“1. Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas.*

A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios”.

También pensando en alguna otra disposición del Anteproyecto, que parece ser presentado como una innovación, y a la que en su momento nos referiremos, en el mismo artículo 90, se decía en su punto: *“2. A los efectos de establecimiento de conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo”.*

Y si seguimos viendo los apartados de ese artículo 90, comprobaremos que vuelven a ser contemplados en su mayoría en este Anteproyecto de Ley. Esto nos lleva a preguntarnos ¿dónde está pues la novedad y por tanto el objetivo que persigue el Anteproyecto? La respuesta es muy clara, lo que pretende es establecer unas condiciones para esos “conciertos” que los hagan inviables e imposibles de tramitar y ejecutar en la práctica, y sobre todo hacer desaparecer la citada Ley 15/1997, mediante la fórmula de la derogación.

No es menos importante dejar claro lo que se pretende modificar con este Anteproyecto del Artículo 67 de la ya citada Ley General de Sanidad. Para ello debemos partir de lo que regula el artículo 66 que trata de que los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud.

De esta forma dice el artículo 67: "*1 La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior se realizará mediante convenios singulares*". Teniendo en cuenta que esta parte del texto se mantiene lo que se modifica es añadir: "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"

¿Para semejante contribución y novedad hay que hacer una Ley? Evidentemente que no.

Veamos en que ha consistido la modificación del apartado 3, de ese mismo artículo 67. La cursiva es el texto de la Ley actual y el subrayado la modificación propuesta: "*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".

Nuestra valoración se va a repetir, ¿es que ahora no establece los criterios la administración sanitaria competente? Por supuesto que sí. Para semejante contribución no era necesario hacer una nueva ley. Esto suena a buscar motivos donde no los hay para poder defender esta nueva norma y darle forma y aspecto de un contenido mínimo.

En cuanto a la modificación que también se pretende de la Ley de contratos del sector público tampoco es necesaria en absoluto, pues eso mismo está ya establecido en la Ley 14/1986, en su artículo 90.2, que ya hemos analizado y que no ha sido modificado.

Es conveniente fijarnos en otro pequeño detalle. Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y el propio Sistema Nacional de Salud nacen en esta Ley

General de Sanidad, de 1986, que sigue vigente a pesar del largo tiempo transcurrido que es la que pone en valor y desarrolla el precepto constitucional del derecho a la protección de la salud de todos los españoles. Lo hace en su artículo 1.1 cuando señala ***“La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”***.

Para no dejar aspecto suelto veamos lo que se dice en el artículo 43 de nuestra Norma Fundamental: *“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.”

LA JUSTIFICACION DEL MINISTERIO

La presentación del Anteproyecto por parte del Gobierno y especialmente de la ministra de sanidad, ha girado bajo el lema de que el sistema de salud “no se vende” y con el foco dirigido hacia los conciertos con la privada: “hay que poner coto al lucro”.

Pero de forma indirecta también va a afectar a las administraciones públicas, que, por supuesto, no se verán eximidas de evaluaciones de desempeño y de la rendición de cuentas, al reconocerse que los centros sanitarios públicos deben regirse por los principios de transparencia y rendición de cuentas (parece ser que hasta ahora no es así). En realidad, aquí se está refiriendo a los centros públicos de gestión pública, para diferenciarlos de los centros públicos de gestión privada, pero esta terminología que es la real y la más correcta no se utiliza en el texto de la norma que analizamos.

Se regula de forma distinta esa necesidad de control según que los centros sean de gestión directa de los centros de gestión indirecta, siguiendo una terminología engañosa y de nuevo cuño en el ámbito sanitario que la norma se empeña en utilizar, y que no coincide con los conceptos legales ahora vigentes de directa e indirecta. Profundizaremos en otro momento sobre este asunto.

Esto mismo que acabamos de señalar no parece ser muy acorde con los planteamientos realizados a la hora de presentar y justificar este Anteproyecto de Ley al calificarlo como “un triunfo de la sociedad civil” al “poner coto” a “casos obscenos”

vividos en los últimos años por modelos concesionales de gestión amparados por un marco normativo que, “durante demasiado tiempo ha permitido que la gestión de la sanidad pública haya tenido una orientación hacia el beneficio político más que a lo público”.

La Ministra, después de señalar lo anterior, defiende que esta ley va a «blindar» el Sistema Nacional de Salud (SNS) de las «garras privatizadoras» y de los casos «absolutamente obscenos». Sin duda hace una lectura parcial e interesada y no refleja la situación del Sistema Nacional de Salud. El sectarismo y la ideología no son buenos consejeros a la hora de usar la inteligencia y la racionalidad, incluso en la política, que en una cosa tan seria como la sanidad y la salud de los españoles, no debería ser partidista.

"La Ley va a blindar nuestro Sistema Nacional de Salud de las garras especuladoras y de las garras privatizadoras". Aunque también reconozca que la parte de gestión pública o directa, según su propia terminología, está necesitada del control.

El Anteproyecto de Ley de Gestión Pública e Integridad del Sistema Nacional de Salud anunciado por el Ministerio de Sanidad ha puesto en alerta a todo el ámbito asistencial. Lejos de tener la intención de mejorar la sanidad pública, SE ENTIENDE como una deslegitimación al papel de la sanidad privada sin más objetivo que un ataque gratuito a la misma y la generación de ruido político y en la calle.

La patronal del sector, ASPE lo considera un «ataque dogmático a la libertad de gestión de las competencias sanitarias de las comunidades autónomas», y la Fundación IDIS cree que es «un obstáculo importante para la accesibilidad y para la calidad de la atención sanitaria». Por su parte El presidente de ACES (Associació Catalana d'Entitats de Salut) ha señalado que “Toda la exposición de motivos es un pretexto falaz para desarrollar una ley absolutamente perjudicial e innecesaria que enmiende las actuaciones liberalizadoras que no privatizadora”.

La gran incoherencia: el Estado denuncia lo que a la vez financia. Si el mensaje es “portazo al lucro”, la pregunta que surge es ¿y MUFACE? El Estado mantiene un esquema masivo de cobertura sanitaria para mutualistas mediante aseguradoras privadas. El concierto 2025-2027 está en vigor desde el 1 de mayo de 2025 y todo apunta a que a partir del 2027 se tendrá que renovar otro convenio similar, si no se

quiere acabar con el modelo actual de Sistema Sanitario, ya que parece imposible que la sanidad pública pueda absorber los cientos de miles de mutualistas que están hoy en el modelo MUFACE.

Por otro lado, está la realidad territorial. Cataluña no es un “caso raro”, es un ejemplo de cómo en España la concertación forma parte de la arquitectura sanitaria desde hace décadas. En la estadística oficial de gasto sanitario público (2023), Cataluña dedica 21,1% a conciertos con la sanidad privada y esto no parece encajar con la propuesta. Si el Gobierno quiere una norma estatal seria, tiene que explicar cómo aterriza en sistemas donde el concierto no es una excepción, sino un verdadero pilar del sistema.

La ministra ha aclarado y repetido en varias ocasiones, dejando clara su obcecación y obsesión por el tema, que la ley “no va contra los modelos con ánimo de lucro, que son legítimos; va a poner fin a los modelos de colaboración público-privada que han retraído recursos públicos para ponerlos en las arcas de empresas privadas”.

Otro planteamiento en el que se basa y que se trata de justificar en la evidencia científica a la que hizo referencia en una comparecencia parlamentaria y a la que la misma se ha referido en declaraciones públicas posteriores, basándose en un estudio de la universidad de Oxford que habla de la privatización de la sanidad y de como ha aumentado la mortalidad en el NHS por ese motivo.

Según decía "se fundamenta en estudios internacionales, incluyendo un análisis de 38 países de la OCDE que concluyó que no existe evidencia favorable hacia la privatización en términos de eficiencia, mostrando que los sistemas públicos hacen un mejor uso de los recursos". Hemos podido ver ese informe que ha sido publicado en The Lancet, y si se lleva a cabo un escrupuloso análisis del mismo, en modo alguno se puede concluir que exista una relación directa entre el incremento de la subcontratación a proveedores privados y el aumento de la mortalidad evitable.

Queda demostrado que es absolutamente falso y torticera la utilización del informe de Oxford que lleva a cabo el Ministerio de sanidad al mantener que con la sanidad privada aumenta la mortalidad.

Además, en el contexto español, el ministerio reitera lo manifestado en ocasiones por la ministra y es que, según ha defendido, "la evidencia analizada muestra que modelos

de gestión indirecta (sic), como el modelo Alzira, obtuvieron peores resultados en hospitalizaciones evitables y mortalidad por infarto o ictus en comparación con hospitales públicos similares". Añade Sanidad que, "la privatización se asocia con una reducción de plantillas que puede erosionar la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema". No hay una sola verdad en tales afirmaciones.

Hay dos informes de la Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana, uno se refiere al Departamento de Salud de Torrevieja de los ejercicios 2003 a 2016 aprobado en 2018, y el otro al Departamento de Manises de los ejercicios 2009 a 2015, aprobado en 2017. Estos informes fueron solicitados con carácter previo a iniciar los procesos de reversión en aquella Comunidad. La sorpresa fue que los informes no daban la razón al Gobierno Valenciano que perseguía la reversión, pero aun así desde el Ministerio de sanidad no podrán poner en duda los resultados y conclusiones de estos informes.

La primera es que el gasto medio por habitante en hospitales del mismo nivel es inferior entre un 24 y un 30% que, en un hospital de gestión pública, lo que redunda en desembolso anual inferior del orden de 45 millones de euros, lo que implica un 30% de ahorro sobre el gasto medio de ese tipo de hospitales.

La segunda: El esfuerzo inversor en alta tecnología en estos hospitales estudiados por habitante es el doble que la media de hospitales similares en el conjunto de la Comunidad Valenciana.

La tercera es de las listas de espera: que están por debajo del 50%, solo computando a la Comunidad Valenciana.

La cuarta se refiere a los indicadores de calidad, analizados 50 indicadores en 48 de ellos el resultado es mejor en los hospitales de gestión privada a los que se refieren estos informes que en los hospitales de gestión pública.

Y la quinta, ya que en este momento no vamos a profundizar más en estos informes, es que los indicadores de salud son mejores que en los hospitales de gestión pública, así se señala expresamente: "Los indicadores del estado de salud -esperanza de vida y mortalidad general- del Departamento de Salud de Torrevieja y de la Comunidad Valenciana del último ejercicio disponible -2015- indican que la esperanza de vida al nacer en el Departamento de Salud de Torrevieja es de 82,8 años, ligeramente por

encima de la media autonómica, que se sitúa en 82,2. La tasa de mortalidad para todas las edades y todas las causas por 100.000 habitantes ajustada a la población es de 822,0 en el Departamento de Salud de Torre Vieja, mientras que la media autonómica se situó en 911,0 en el mismo año.”

Otra de las conclusiones que obtienen los informes de la Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana, sin ningún género de dudas, es que estos “Departamentos de salud” de la sanidad pública, pero con gestión privada son más “eficientes” que el resto de los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana. Los menores gastos que estos hospitales tienen en relación con el resto de la Comunidad, se cifraban en un 30%, según hemos señalado.

LAS VERDADERAS MOTIVACIONES DEL ANTEPROYECTO

Este Anteproyecto de Ley, que adelantamos que consideramos absolutamente innecesario, más que la prioridad de la gestión pública, pretende la “exclusividad de la gestión pública en el SNS, dejando fuera a la participación de la gestión privada, en esa sanidad pública, en base a hechos que no son reales ni ciertos y sin medir las consecuencias que ello va a suponer para la sanidad pública y por tanto para los pacientes. La limitación de esta colaboración podría generar más dificultades en el acceso a los servicios públicos sanitarios, afectando negativamente a los pacientes y empeorando la capacidad de respuesta del sistema sanitario frente a las crecientes demandas.

Lo primero que pretende este Anteproyecto es la derogación de la Ley 15/1997, como hemos señalado reiteradamente.

A continuación, demoniza la gestión privada de la sanidad pública a la que pasa a llamar de gestión indirecta, para dinamitar el Sistema Nacional de Salud, en base a una declaración de sólo gestión pública para la sanidad pública, y dejar fuera cualquier posibilidad de gestión privada, bajo la excusa de fijar unas condiciones imposibles de cumplir. En todo esto profundizaremos más adelante.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que este anteproyecto de Ley no cambia en nada el sistema, como también hemos ido señalando. El propio planteamiento se

orienta a limitar nuevos modelos y a encarecer administrativamente futuras colaboraciones público-privadas, pero no elimina lo ya existente.

Pero a la vez la norma reconoce que esos centros sanitarios públicos de gestión pública no están debidamente controlados ni por el Estado ni por las Comunidades Autónomas, de forma que se establece que las administraciones deberán asegurar la publicidad de 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 mismo sentido se señala “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. 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”.

Si esto lo ve tan claro y lo quiere conseguir, por qué no se ha atrevido a hacer esto en una norma que podía haber sido reglamentaria, y lo esconde y maquilla después de referirse a los centros de gestión indirecta. Insistimos en la confusión que está originando entre gestión directa, gestión indirecta y centros de gestión privada de la sanidad pública, profundizaremos en esto más adelante.

“Se ha puesto de relieve la necesidad de mejorar la evaluación del desempeño del sistema sanitario independientemente de la titularidad de los mismos”, asume el departamento de sanidad, que ‘vigilará’ la buena gestión de las administraciones públicas a varios niveles.

El SNS es un sistema descentralizado donde lo que legisla el Gobierno tiene que funcionar en 17 Comunidades autónomas que son realidades distintas. Aquí claramente sólo piensa en algunas, en unos casos para defenderlas, y para otras piensa en sentido negativo tratando de que sean inviables o empeoren su sanidad de forma rápida y contundente.

LA REFORMA

Es muy significativo que se hable de privatización, cuando en realidad se está refiriendo a la colaboración público-privada. La utilización con sentido peyorativo del término privatización, resultado de un debate ideológico, sectario, altamente polarizado y electoralmente rentable, es utilizado eufemísticamente en el texto de la exposición de motivos. La privatización de la sanidad pública ni existe ni ha existido nunca.

El anteproyecto dice que la gestión indirecta será excepcional y exige memoria, evaluación por comité y publicación de informes. Eso está muy bien, pero hay experiencia con los comités de expertos del Ministerio de Sanidad, por ejemplo, durante la pandemia de COVID19, hubo continuas referencias a uno, que resultó ser una farsa, porque nunca existió dicho comité.

¿Qué se entiende por “excepcional” en la práctica?, porque si los criterios los fija la misma administración que quiere acabar con la colaboración público-privada, sin estándares cerrados, métricas verificables y control real, el procedimiento puede acabar siendo un trámite para bendecir decisiones ya tomadas.

Las excepciones previstas, los órganos de control y seguimiento, así como el procedimiento que se establece para justificar y hacer posible una concertación de servicios o cualquier otra fórmula que pretenda a través de la colaboración público-privada para llevar a cabo la prestación de la asistencia sanitaria pública a través de la gestión privada, la hacen prácticamente inviable.

El anteproyecto la limita a “situaciones excepcionales” y, según ha señalado la ministra, “queda ceñida a situaciones en las que no haya alternativa”. Estos supuestos serían cuando no sea posible una prestación directa de la asistencia sanitaria; cuando se garantice la sostenibilidad financiera y la eficiencia y cuando se cumplan los criterios de calidad, continuidad, accesibilidad y asequibilidad del servicio. Siempre y cuando, “no perjudique al interés social o al sistema público”.

No obstante, se establece un procedimiento de evaluación previa obligatorio para estos casos. Entre otros, se contempla la elaboración de una memoria justificativa elaborada por la administración sanitaria de turno; un análisis realizado por un comité de evaluación para la gestión sanitaria indirecta. Este grupo de expertos se

compondrá de profesionales del ámbito sanitario, representantes profesionales y sociedad civil.

Se prevé la participación de diversos órganos externos como son:

- La Oficina Nacional de Evaluación (ONE) para analizar la sostenibilidad financiera de estos contratos.
- El Consejo Interterritorial para indicadores.
- Un informe de evaluación sobre las experiencias de gestión indirecta de la sanidad pública desde 1997 por la Comisión Delegada de Asuntos Económicos del Gobierno.
- El Asesoramiento de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud sobre cómo revertir la gestión privada de centros sanitarios a las administraciones sanitarias que lo soliciten.
- El texto endurece los requisitos para que se pueda ceder la gestión de centros públicos a organizaciones privadas. Se busca, así, en esencia, limitar el papel que tienen las empresas privadas en la gestión de centros y recursos públicos.

Limitar la gestión de los servicios sanitarios públicos por entes privados y facilitar la reversión de los conciertos de gestión privada de los servicios públicos puede suponer “un obstáculo importante para la accesibilidad y para la calidad de la atención sanitaria”.

A la vez deroga La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Pero no modifica la Ley Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en ningún aspecto esencial, dos pequeños añadidos de orden menor.

Hace una mezcla que solo puede originar confusión entre los conceptos de gestión pública directa e indirecta, que en la normativa actual están los dos reservados para gestión pública. Ninguno de ellos tiene aplicación para cuando esa atención sanitaria pública sea prestada por entidades privadas, aunque a esta situación se le quiere pasar a denominar de gestión indirecta. Lo explicaremos en su momento.

No hace ninguna previsión de la situación en que va a quedar el sistema público sin gestión privada, y por tanto de cómo va a afrontar todas sus necesidades asistenciales y de inversión, cuando la gestión privada deje de ser operativa.

LA REALIDAD

En esta situación mejor haría el Ministerio de Sanidad en centrarse en afrontar y solventar los permanentes problemas que tiene la sanidad española, particularmente las listas de espera, pero también la falta de profesionales (que es uno de los factores del absentismo desbocado), la falta de desarrollo de la salud digital y otros muchos.

Cuáles van a ser los efectos que esta situación de eliminar la gestión privada de la sanidad pública va a causar en el sector sanitario privado. ¿Podrá mantenerse y subsistir, donde irán sus inversiones y que sucederá si no siguen realizando nuevas inversiones no sólo en tecnología sino también en Hospitales y otros centros sanitarios? Y el personal, ¿qué efectos va a tener en el personal, no solo de la sanidad privada, sino también en sus repercusiones con los de la sanidad pública?

El primer problema que plantea el Anteproyecto es de naturaleza estructural. La sanidad privada no es un actor marginal ni accesorio, sino un componente plenamente integrado a nivel asistencial en España. En comunidades como Madrid, con casi siete millones de ciudadanos, una de las mejores, si no la mejor por los resultados en salud y la prestación de la atención sanitaria a los mismos, la aportación de la sanidad privada cuenta con 70.000 profesionales, 49 centros hospitalarios con 6.800 camas, 250 quirófanos y una parte sustancial y puntera de la tecnología sanitaria. Por eso, no solo afecta a la sanidad privada, sino que también tiene un impacto en las estructuras organizativas del sistema público.

Pero su repercusión no se limita a este aspecto, ya que va mucho más allá e impacta a nivel asistencial. En el sistema sanitario de nuestro país (de todas las CC AA, también la de Madrid) coexisten la prestación pública y la privada. Sólo en Madrid el modelo privado asume el 39% de las intervenciones quirúrgicas, el 33% de los ingresos y el 28% de las urgencias que tienen lugar en nuestra región, dando cobertura a más de 2,6 millones de ciudadanos que podrían quedar desatendidos. Además, tiene un papel esencial en la implantación de la tecnología sanitaria (dispone del 51% de las resonancias magnéticas y el 42% de los mamógrafos, por ejemplo). Y recordemos que, en otras Comunidades autónomas, como Cataluña, el peso de la privada es aún mayor, llega al 24%, frente al 11% de Madrid. Con estos datos, si una ley plantea debilitar la labor de la privada, la pregunta es inevitable: ¿puede la sanidad pública absorber de forma total ese volumen de actividad?

Pero si eso es importante en la Comunidad de Madrid donde la entidad que represento actúa, es conveniente que echemos un vistazo de los datos a nivel nacional. Tomemos algunos que se reflejan en un documento de diciembre de 2025, elaborado por el Ministerio de Sanidad y que se denomina “**Evaluación de la sanidad privada en el sistema sanitario de España**”. La información que sigue a continuación está tomada de este documento.

Uso de servicios sanitarios en función de la titularidad: un aumento en la última década en el uso de centros privados en todos los ámbitos asistenciales: atención primaria (9,8% a 32,0%), atención especializada (23,0% a 45,6%), atención urgente (10,5% a 26,0%) e ingreso hospitalario (16,3% a 28,6%). Durante el periodo 2018-2024 se observa una tendencia ascendente en la utilización de los centros sanitarios privados en todas las comunidades y ciudades autónomas y en los distintos ámbitos asistenciales analizados.

Estructura y dotación sistema sanitario: la clasificación de los centros sanitarios en función de su pertenencia al SNS define las siguientes categorías:

- Público SNS: centros sanitarios de dependencia funcional pública. Todos ellos forman parte del SNS.
- Privado SNS: centros de dependencia funcional privada que dedican más del 80% de sus recursos a la prestación de servicios financiados por el SNS o que tienen un concierto sustitutorio con el SNS que supone un 80% de la actividad del centro.
- Privado no SNS: centro de dependencia funcional privada sin concierto o con un concierto parcial con el SNS. Estos centros no tienen una vinculación estable o que conlleve una relación contractual que suponga el 80% o más de su actividad con el SNS; **sin embargo, pueden vincularse con el SNS a través de los conciertos parciales** para la concertación de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, etc., sin que esta suponga una parte mayoritaria de su actividad.

Estructura del sistema sanitario:

Del conjunto de 754 centros hospitalarios registrados en 2023, solo 472 (62,6%) pertenecen al SNS. De estos, el 69,3% (327) corresponde a centros públicos y el 30,7% (145) restante a centros privados con más de un 80% de la financiación

o de la actividad vinculada al SNS. Los 282 centros privados sin vinculación con el SNS suponen el 37,4% de los hospitales del sistema sanitario en España.

En comparación con los datos de 2011, se observa que ha habido una disminución del 9,3% de centros privados no pertenecientes al SNS (de 311 a 282) y un incremento del 36,8% de centros privados pertenecientes al SNS (de 106 a 145), mientras que los centros públicos han descendido en 19 hospitales, lo que supone una reducción del 5,5%.

Para no extendernos en datos excesivamente pormenorizados de esta estructura, acudamos a otras fuentes. En los últimos cuatro años hemos observado crecimientos anuales superiores al 7% en gasto sanitario público y privado en España. Por su parte el gasto sanitario privado en sanidad ha experimentado un crecimiento aún más acelerado, alcanzando el 2,6% del PIB. Todo ello sin contar el sector farmacéutico.

En 2022, el gasto en sanidad pública, según el Ministerio de Sanidad, alcanzó aproximadamente 99.000 M€, representando un 7,4% del PIB. Por su parte el gasto privado alcanzó más de 34.000 M€, representando un 2,6% del PIB, y un 26% del gasto sanitario total que superó los 134.000 M€, suponiendo el 10% del PIB y un total de 2.805 € por habitante.

El gasto sanitario total en España en 2023 alcanzó los 142.773 millones de euros, lo que representa aproximadamente el 9,5% del PIB. Del total, el gasto público supuso el 73,6% (105.145 millones), mientras que el sector privado y los hogares cubrieron el 26,4% restante (cerca de 37.600 millones), reflejando una creciente dependencia de la inversión sanitaria privada.

La colaboración de la sanidad privada superó los 10.000 M€, incrementándose en un 5,3%, el 61% corresponde a servicios hospitalarios, suponiendo más del 10% del gasto sanitario público total y el 0,67% del PIB.

En 2023, el 34,6% de las estancias hospitalarias en centros de gestión privada no pertenecientes al SNS fueron financiadas con fondos públicos.

En España según el Catálogo Nacional de Hospitales, estos han aumentado entre 2019 y 2023 en 56 nuevos hospitales. Del total de 840 hospitales en España, 388 son públicos, y 483 son privados, lo que supone un 54 % del total del país y aporta el 32 % de las camas disponibles. De estos hospitales más del 31% cuentan con conciertos

sanitarios, el 22% pertenecen a la red hospitalaria de utilización pública en Cataluña y casi el 5% a esa misma red en otras Comunidades Autónomas.

Según el INE, se prevé que la proporción de personas de 65 o más años en España, que actualmente representa el 20,1% de la población, alcanzará el 30,4% en el año 2050.

La cronicidad se ha convertido en una realidad significativa ya que dos de cada tres personas a partir de los 55 años, padecen una enfermedad crónica.

El hecho de que el sector salud sea 80% público y 20% privado condiciona la inversión y la forma de afrontar los retos. El 20% privado cobra relevancia considerando el déficit estructural del sector público, pues el Sistema Nacional de Salud tiene un presupuesto aproximadamente un 25% inferior al gato real, lo que origina un déficit continuo.

La transformación digital es un reto para el sector público y privado, pero mientras este último lleva tiempo trabajando y avanza continuamente, atravesando un momento clave en términos de transformación y rentabilidad, el sector público va por detrás y muy lentamente.

Hemos puesto de manifiesto los datos anteriores, sin pormenorizar en otras cuestiones como es directamente la actividad sanitaria, como son ingresos, altas, consultas, intervenciones, pruebas, y otras muchas más, para poner en duda la capacidad del sistema público de poder absorber toda esta actividad.

Pero no podemos pasar por alto los datos del personal referidos a 2023. El personal adscrito a la sanidad privada es de 292.823 personas de las cuales 67.350 son médicos, 73.207 enfermeras, y 152.271 otros profesionales del ámbito de la salud que completan la estructura.

En el Sistema Nacional de Salud, en ese mismo año 2023, trabajan 172.157 médicos, un 54,1% en hospitales y un 25,5% en atención primaria. La enfermería contaba con 221.406 profesionales.

Para poder evaluarlo adecuadamente, acudamos al INE que nos dice los profesionales colegiados que se registran en España son un total de 292.413 médicos y 336.321 enfermeras, entre sanidad pública y privada en 2023 que pasan a ser 310.558 y 353.365, respectivamente en 2024.

Los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad (Sistema de Información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud -SISLE) reflejan un incremento de éstas. En junio de 2025, 70.971 pacientes se encontraban en lista de espera en la región DE MADRID. En España en todo el SNS según datos del ministerio del primer semestre de 2025 de ese mismo sistema había 832.728 personas en la lista de espera quirúrgica.

La anunciada reversión de la gestión, y la no existencia de la concertación, provocará una mayor presión asistencial sobre lo público, con un aumento de las listas de espera, peor accesibilidad y un aumento de coste al sistema.

Este anteproyecto incluye aspectos que podrían poner en riesgo el marco normativo vigente, afectando a la planificación, inversión y sostenibilidad de los centros privados.

No pueden engañarnos haciendo referencia exclusivamente a la actividad de gestión privada de la sanidad pública, y dejando fuera el resto de la gestión privada de la sanidad privada. Lo que suceda en la primera va a condicionar directa y expresamente el futuro de la segunda y a toda la sanidad privada en su conjunto, como ya hemos mantenido. Pero el peor efecto va a ser en la forma que va a repercutir en toda la sanidad pública como continuamente venimos manteniendo.

Para hacerse una idea de la importancia del sector de la sanidad privada. A principios de 2025, el número de personas con seguro de salud privado en España superó los 12,6 millones de asegurados, lo que representa aproximadamente al 26-29% de la población. Esta cifra consolida una tendencia al alza, con un crecimiento del 1,6% respecto al año anterior, incluyendo a mutualistas.

El Ministerio de Sanidad trata de blindar la gestión directa de la sanidad pública y hacer imposibles los modelos de gestión privada, persiguiendo los existentes hasta su total reversión, demonizando a la sanidad privada. Pone en duda la actual transparencia del sistema y pretende eliminar la colaboración público-privada, que tan buenos resultados da en diversos sectores, sustituyéndolo por un régimen desfasado que conduciría al colapso de la sanidad pública.

La gestión privada de la sanidad pública hace un uso eficiente de los recursos, invierte en tecnología e innovación y mejora la calidad del servicio para los pacientes.

No se prevén mecanismos ni fórmulas con que absorber esas mayores necesidades de atención sanitaria, cuando en la actualidad no es capaz de atender adecuadamente y a tiempo las que se le presentan. Como va a afrontar la necesidad de más profesionales en el sector público, de un día para otro, o las mayores e importantes necesidades de inversiones en tecnología o en infraestructuras de Hospitales y Centros de Salud.

Por otro lado, colocará al sector sanitaria privado en una situación gravísima que va a afectar a su sostenibilidad y continuidad, con lo que ello supone en todos los aspectos.

Como alternativa plantea los consorcios públicos de gestión, que no dejan de ser públicos y que salvo en alguna región muy concreta, han tenido una mínima implantación en el SNS.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

Primero.- El artículo 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en relación con el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, de Gobierno.

Artículo 133.2: *“Sin perjuicio de la consulta previa a la redacción del texto de la iniciativa, cuando la norma afecte a los derechos e intereses legítimos de las personas, el centro directivo competente publicará el texto en el portal web correspondiente, con el objeto de dar audiencia a los ciudadanos afectados y recabar cuantas aportaciones adicionales puedan hacerse por otras personas o entidades...”*

Segundo.- La Orden PRE/1590/2016, de 3 de octubre, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 30 de septiembre de 2016, por el que se dictan instrucciones para habilitar la participación pública en el proceso de elaboración normativa a través de los portales web de los departamentos ministeriales y de los aspectos sobre los que se ofrecerá la información correspondiente. Expresamente se refiere a la opción «trámites de Audiencia e información pública».

Tercero.- El artículo 90 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que regula los conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a

las Administraciones Públicas. Los artículos 66 y 67 de la misma Ley que regulan los hospitales vinculados mediante convenios singulares.

Cuarto.- La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. (que se pretende derogar)

Quinto.- La **ASOCIACION DE CLINICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE MADRID**, es la patronal de la sanidad privada de la Comunidad de Madrid, y en defensa de los legítimos intereses de sus asociados, está legitimada para participar en esta consulta pública previa.

A la vista de cuanto antecede la **ASOCIACION DE CLINICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE MADRID**, formula y deja constancia de las siguientes

APORTACIONES:

PRIMERA

Nuestra opinión es frontalmente contraria a este Anteproyecto de Ley promovido desde el Ministerio de Sanidad, que trata de convertir en ley uno de los lemas más facilones lanzados desde el propio Gobierno, “la sanidad pública no se vende, se defiende”.

Es la forma con la que se trata de blindar la gestión directa de la sanidad pública y hacer imposibles los modelos de gestión privada, persiguiendo los existentes hasta su total extinción. Mi representada considera que la mejor opción existente ante el despropósito en que consiste el texto presentado es **que sea retirado inmediatamente como Anteproyecto de Ley**, y oídos los interesados y directamente afectados, además de los profesionales y los pacientes, se lleve a cabo una propuesta que contenga la solución que precisa con urgencia el Sistema Nacional de Salud, y con él toda la sanidad española en su conjunto. Esa solución, por supuesto, no pasa por la desaparición de la sanidad privada.

Si lo que es necesario es establecer fórmulas de auditoría y control, tanto para la sanidad pública como para la gestión privada de la sanidad pública, hágase para

todos, pero no extinguiendo a la sanidad privada ni a las fórmulas de concertación de servicios, tan necesarias para la supervivencia de la sanidad pública.

El anteproyecto persigue dismantelar el marco jurídico existente y de una forma muy concreta, utilizando su misma expresión: “se cierra la Ley 15/1997” sobre nuevas formas de gestión, a la que quiere dar carpetazo, sin establecer fórmulas alternativas.

Por qué les molesta tanto una norma que ha producido unos importantes resultados a lo largo de estos años, casi 30, y que se quiere sustituir por un régimen absolutamente desfasado y fuera de lugar, que estuvo vigente hace más de 50 años antes de que existiese el SNS, con el que van a llevar al colapso a la sanidad pública.

La postura y el fondo que tiene esta ley sólo puede entenderse encuadrada dentro de la ideología política, y la postura que se persigue con este anteproyecto de ley solo puede ser calificada dentro del sectarismo ideológico. Esto es lo peor que le puede pasar a la sanidad española.

Con esta norma se va a socavar otro de los pilares del estado de derecho, cual es el de la seguridad jurídica de todo el sector de la sanidad privada de este país. Los derechos de todas las personas y entidades jurídicas que han actuado de buena fe a lo largo de los últimos años van a quedar al albur de la voluntad de un ministerio de sanidad, que está demostrando que a sus responsables les importa muy poco la sanidad, que no se preocupan de la gestión que les corresponde hacer de la misma y que por tanto tampoco les importan los derechos a esa sanidad que tienen todos los españoles.

En la MAIN, al tratar del ANALISIS DE IMPACTOS, refiriéndose al **Impacto Económico y Presupuestario**, se señala que: “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.”

Lo anterior no es para nada cierto porque, muy al contrario, va a tener una repercusión negativa sobre el empleo, y con él en la productividad, en la innovación y en la economía en general. El incremento en la demanda asistencial del gestor público por un lado y por otro el efecto negativo en la sanidad privada va a producir desajustes de todo tipo, que no se han previsto lo que van a suponer un notable deterioro en la atención sanitaria prestada a los pacientes y por extensión a todos los españoles.

SEGUNDA

En relación con el contenido del Artículo 1 del Anteproyecto de Ley, poco hay que decir, pero llama la atención que si el primer objetivo de la norma es la “limitación de la gestión de los servicios sanitarios públicos por parte de entes privados con ánimo de lucro”, se mantenga inalterado el contenido del artículo 90 de Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que sigue en vigor ya que en el texto no se modifica, y que precisamente recoge la posibilidad por parte de las administraciones públicas de llevar a cabo conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, estableciendo las condiciones bajo las cuales se podrían dar dichos conciertos: *“1. Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas”*.

Llama poderosamente la atención que este precepto no haya sido alterado con la inclusión de alguna excepción o alguna condición extraordinaria, aunque nadie supiera explicar para que, como ha sucedido en otros lugares del Anteproyecto.

A mayor abundamiento sobre el ánimo de lucro, evidentemente de los entes privados, ya que ¿a quién se le ocurriría que tuviesen ánimo de lucro los entes públicos?, y la preferencia de los privados sin ánimo de lucro en determinadas situaciones, en el mismo artículo 90, se decía en su punto: *“2. A los efectos de establecimiento de conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo”*.

Y si seguimos viendo los apartados de ese artículo 90, comprobaremos que vuelven a ser contemplados en su mayoría en este Anteproyecto de Ley. Esto nos lleva a preguntarnos ¿dónde está la novedad y por tanto el objetivo que persigue el Anteproyecto? La respuesta es muy clara, lo que pretende es establecer unas condiciones para esos “conciertos” que los hagan inviables e imposibles de tramitar en la práctica.

Las fórmulas que pretende derogar son las que nos acercan y equiparan a los países europeos más prósperos y avanzados, como Alemania, Francia o Portugal. Solo se

puede decir que el Anteproyecto de Ley está en el camino equivocado y nos aleja cada vez más de nuestros socios europeos más desarrollados.

TERCERA

Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y el Sistema Nacional de Salud, nacen en la tan citada Ley General de Sanidad, de 1986, que como hemos dicho sigue vigente, y es la que pone en valor y regula el precepto constitucional del derecho a la salud, cuando en su artículo 1.1 señala *“La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”*.

El artículo 43 de la norma fundamental, en lo que aquí interesa dice: *“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud”*.

Es necesario en este momento traer a colación que este anteproyecto tiene una clara vocación de inconstitucionalidad al interferir en el reparto competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas, en materia de sanidad. Son ya muchas las voces que lo han señalado.

Por eso no parece tampoco acertado el contenido del apartado ANALISIS DE IMPACTOS de la “MAIN” señala al hablar de la 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.*

Pero muy al contrario y según nuestro parecer y el de otros muchos que ya ha sido expresado públicamente, **todo hace pensar que va en contra de los preceptos constitucionales y que será objeto de recursos de inconstitucionalidad, por invadir las competencias de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad.**

Ya lo dijo el Tribunal Constitucional hace años con alguna otra tentativa en la misma línea. El derecho a la salud está garantizado en la Constitución, pero los modelos de

gestión de la salud los determinan las comunidades autónomas, en función de lo que consideran oportuno o conveniente para prestar la mejor atención sanitaria a sus ciudadanos.

Aun cuando se trata de una doctrina consolidada, por todas nos vamos a referir al Fundamento 8, de la Sentencia 84/2015, de 30 de abril de 2015. Recurso de inconstitucionalidad 1884-2013:

“Esta doctrina constitucional pone de manifiesto que **el art. 41 CE no exige que el mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social requiera necesariamente y en todo caso un sistema de gestión pública directa**. De los pasajes reproducidos importa destacar el hecho de que el rasgo principal de la garantía institucional del sistema de Seguridad Social, «el carácter público del mencionado sistema» –correlato de la consideración de la protección de los ciudadanos ante situaciones de necesidad como «una función del Estado»–, ha de apreciarse «en relación con la estructura y el régimen del sistema en su conjunto, sin distorsionar la evaluación, centrándola en aspectos concretos de éste desvinculados del conjunto al que pertenecen; sin cerrar la interpretación de ciertos conceptos de relevancia constitucional, ni tampoco haciéndoles encajar indebidamente en los moldes que en un determinado momento proporciona la ley ordinaria, tratando de descartar que pueda haber otros posibles». Lo que significa que ese **«carácter público del sistema de Seguridad Social no queda cuestionado por la incidencia en él de fórmulas de gestión o responsabilidad privadas, de importancia relativa en el conjunto de la acción protectora de aquél»**. De suerte que la apertura a fórmulas de gestión o responsabilidad privadas queda en todo caso condicionada a la preponderancia de los elementos definitorios del carácter público del sistema de Seguridad Social”.

CUARTA

En cuanto al Artículo 2. del Anteproyecto, titulado “Principios Generales” para referirse a los que informan la gestión y provisión sanitaria de los centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, no hace sino repetir y explicar el significado de los ya establecidos y señalados también en su artículo 1: *“garantizando su carácter público, universal, equitativo y de calidad”*.

Dicho lo anterior echamos en falta una indicación o añadido en el apartado b) (del artículo 2) donde dice: “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*”.

En este apartado b) debería incluirse, en concordancia con el actual contenido del repetidamente citado artículo 90 de la Ley 14/1986, el siguiente texto “*Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, siempre que sea necesario y con los requisitos que reglamentariamente se establezcan*”.

QUINTA

El Capítulo II “**Gestión pública del Sistema Nacional de Salud**” induce a una confusión innecesaria que de alguna manera entendemos que es deliberada. La atención sanitaria que el Sistema Sanitario público (el SNS si se quiere) evidentemente es siempre pública, ahora bien la forma de prestarla puede ser mediante una gestión sanitaria pública, o mediante una gestión sanitaria privada, tal y como apunta el ya citado artículo 90 de la Ley 14/1986, cuando dice: *podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas*.

Por tanto, en relación con el artículo 3, nada hay que decir, salvo esa disquisición que se provoca con la referencia a “directa”.

Si queremos ser exquisitos con la terminología y debemos serlo, la diferenciación de gestión directa e indirecta, no es de la Ley General de Sanidad, sino de la Ley 15/1997, por lo que si llegase a ser derogada nos dejará en una absoluta confusión cambiando las referencias para determinar cual es la diferencia entre gestión directa e indirecta. Veamos lo que dice la Ley 15/1997 en su Artículo único 1. primer párrafo: *En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la*

constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.

Claramente el término indirectamente, o sea de gestión indirecta se refiere a: ***indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho***, y no para las entidades privadas, a las que expresamente se refieren de otra forma, y con alguna diferencia según de estas entidades privadas tengan ánimo lucrativo, o lo sean sin ánimo lucrativo.

Por tanto nos deja sumidos en un extraño ruido estas referencias a gestión directa o indirecta que contiene el Anteproyecto, al empeñarse en utilizar estos conceptos en un sentido diferente al que hasta ahora les había correspondido, pues ambos se encontraban dentro del sector público. Es decir de entre los entes públicos había unos a los que les correspondía la gestión directa y se les podía encargar a otros la gestión indirecta, pero también pública. Cuando esa gestión se concertaba o, en general, se encargaba a entes privados, era la gestión sanitaria privada.

Lo que la norma hace es incluir como directa a toda la gestión de cualquier ente público, sean los propios de la sanidad pública, o a otros entes públicos que se proponga utilizar fuera de la misma.

Y quiere reservar el término indirecta, no para esos otros entes públicos, a los que eleva de categoría sólo por ser públicos, sino a los que conocemos como gestión privada de la sanidad pública.

Por qué, pues para borrar todo vestigio del sector privado de la sanidad y de sus antecedentes. Grave, muy grave.

Los problemas surgen en el Artículo 4, *Gestión y administración indirecta de centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.*

Es aquí donde afloran todas las cuestiones que hemos señalado. Sería conveniente saber si cuando habla de indirecta pretende incluir con carácter general a los entes de carácter público que se constituyan a estos efectos, pero también pretende ahora que se entiendan aquí incluidos, los medios ajenos, los de la sanidad privada que puedan colaborar según los diversos instrumentos jurídicos posibles cuando el sistema público

no puede prestar la atención sanitaria pública con sus propios medios y ha de acudir a la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos.

Tras declarar el carácter de excepcional para acudir a *la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos (según expresión del art.90.1 de la Ley 14/1986)* y por tanto innecesaria una Ley nueva para este paso, requiriendo más o menos lo mismo que en cualquier contratación de un servicio público a un privado, en la legislación de contratos del sector público, no solo en el sector sanitario, nos lleva a determinar que el apartado a) debería quedar redactado solo con sus primeras palabras, y sobre todo lo demás del mismo incluidos los puntos 1, 2 y 3. Para que no haya dudas su redacción debería ser: *“a) Con arreglo a alguna de las fórmulas establecidas en la normativa sobre contratos del sector público”*.

Pero después de establecer esas condiciones en el último párrafo contempla: 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. Párrafo absolutamente desafortunado e inoportuno, que DEBERIA DESAPARECER por cuanto limita una opción absolutamente válida en cualquier otro sector del sistema público, y que originará, por un lado, grave dificultades financieras al sector de la sanidad pública, y por otro a los propios operadores privados que libremente, con arreglo al ordenamiento jurídico y de acuerdo con la Constitución, pudieran participar en estas operaciones.

No podemos pasar por alto que este tipo de instrumentos jurídicos y de la contratación han permitido renovar y mejorar en muchas ocasiones nuestro sistema sanitario, por mucho que molesten a quienes hoy ostentan la autoridad y pueden presentar un Anteproyecto de Ley como éste.

En el apartado b) insiste en los procedimientos que se deben seguir que son los de los artículos 66, 67 y 90 de la Ley 14/1986, que no han sido modificados por este Anteproyecto, con lo cual, como ya hemos repetido hasta la saciedad, van a permanecer vigentes.

Incluye en este capítulo, en su Artículo 5 a los conciertos sanitarios, y nos obliga a una reflexión. No les aplica ni las normas de los “directos” ni de los “indirectos” limitándose tan sólo a una auditoría y un régimen especial para el personal. No tiene ningún

sentido ya que según el artículo 3 están incluidos en la denominada gestión directa. No será que se busca un trato especial para los Consorcios de Cataluña, que inicialmente querían ser excluidos del texto y ahora el tratamiento excepcional podría venir por esta vía.

SEXTA

El CAPÍTULO III “**Evaluación de la de gestión indirecta**” contempla solo el Artículo 6. *Evaluación previa de la gestión indirecta*. Llama poderosamente la atención que tal y como se ha motivado la necesidad de auditar y controlar la gestión pública del sistema sanitario, aquí se pase de largo, y de puntillas, sin hacer mención alguna al mismo y sólo refiriéndose a lo que llama “gestión indirecta”. Tal y como hemos señalado sin demasiada claridad ni, por tanto, éxito.

Estos nuevos requisitos dirigidos a la finalidad única y exclusiva de hacer entre inmensamente dificultoso o imposible la utilización de cualquier fórmula que no sea una de las incluidas en el artículo 3. Deja por tanto excluido cuando lo haga la propia administración sanitaria (quizás quiere decir gestión directa), a través de entidades del sector público y de los consorcios, que también son públicos.

Las exigencias de este artículo son:

- Un procedimiento de evaluación previa.
- Un informe preceptivo y debidamente motivado haciendo referencia a la valoración de todos los aspectos mínimos recogidos en el artículo 6.6
- Deberán constituir los comités de evaluación para la gestión sanitaria indirecta.
- Memoria justificativa en el que exponga las razones que motivan la necesidad de recurrir a la gestión indirecta.
- 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).
- 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.

Para qué toda esta regulación si ya en la Ley de Contratos del Sector Público están contemplados todos estos requisitos. ESTE ARTICULO COMO TANTOS OTROS DE

ESTE ANTEPROYECTO, CARECE DE TODA JUSTIFICACION. Sólo puede haber una explicación, tratar de complicar la tramitación de estos expedientes que así antes de poder ponerlos en vigencia y ejecutarlos, habrán desaparecido todas las necesidades que trataban de cubrir, o ya no habrá pacientes por que se les habrán pasado todos sus males.

SEPTIMA

En el Capítulo IV **Buen Gobierno, rendición de cuentas y evaluación ex post**, más de lo mismo, pues lo que se determina en su único 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*, es más de lo mismo. No haría falta una Ley para regular procedimientos de auditoría y control. Hay otros procedimientos y además para que realmente sirvan para tener esa información y control de las entidades públicas, y no sólo de las privadas.

De hecho, el punto 1 del artículo, lo primero que dice es: “1. *El Gobierno, mediante real decreto, y cada una de las administraciones sanitarias en el ámbito de sus respectivas competencias, ...*”

Para recorrer este camino no hacían falta alforjas. Este artículo no tiene ningún sentido, bastaría con establecer criterios (por ejemplo CISNS) y las correspondientes normas reglamentarias, no estando justificado para el mismo una norma con rango de Ley, no debía contemplarse en el texto del Anteproyecto.

También la norma, con rango de Ley, que se quiere derogar, la tan citada Ley 15/1997, también hace referencia a su desarrollo mediante norma Reglamentaria, es decir Real Decreto en el Estado y Decretos por parte de las Comunidades Autónomas.

Solo la animadversión contra esa Ley y el empeño en hacerla desaparecer es lo que impide un nuevo desarrollo reglamentario de esta.

OCTAVA

Siguiendo con el recorrido que del texto estamos haciendo, llegamos a la parte mollar del mismo, y dónde claramente y sin tapujos se dejan a las claras las verdaderas motivaciones que existen para proponer esta norma.

Ha costado al Gobierno de España prepararla, ya que empezó en la legislatura pasada, y todavía la tiene en el aire. Parece que aún no ha encontrado motivos suficientes, y es lógico por que no existen, pero insiste doctrinalmente y ahora va a buscar, después de aprobar la ley (sic, es decir si consigue la aprobación) elaborar un informe, tenemos que suponer del estilo y al modo que el ministerio de sanidad nos tiene acostumbrados cuando quiere “taparnos y callarnos” con uno de sus informes.

Así la **Disposición adicional primera**. *Informe de evaluación de experiencias de gestión en el sistema sanitario*. Dice: “*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*”.

Es necesario recordar algunos de esos informes a los que me refiero. Creo que no.

Esto es absolutamente intolerable y no está justificado en absoluto esta Disposición Adicional, máxime cuando ni siquiera se ha aportado ninguno de los informes reglamentarios que debían acompañar la propuesta del Anteproyecto de Ley, según podemos ver en su propia “MAIN” tal y como hemos señalado.

NOVENA

Debemos ahora fijarnos en la **Disposición adicional segunda**. *Asesoramiento de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud*. Cuyo objetivo es otra de las obsesiones que están detrás de esta norma, por esa se refiere “... en el marco de los procesos de reversión de centros, servicios y establecimientos sanitarios gestionados previamente ...” estableciendo una obligación para que la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud para que asesore a las administraciones sanitarias competentes que decidan iniciar procesos de reversión.

Por calificarlo de una forma suave, lo haremos de kafkiano. Por un lado, anima a las reversiones, y por otro lado lo quiere dejar “asesorando” a los interesados por un órgano propio del Ministerio, la Alta Inspección.

Pero volvamos nuevamente a la realidad. ¿Qué hay detrás de una reversión? Nada más fácil que fijarnos lo que ha sucedido en Alzira, que es lo mismo que sucede en otros hospitales, departamentos o áreas de salud revertidas.

Lo primero que ha ocurrido es que se ha duplicado el personal. Mientras la gestión privada tenía 2.000 profesionales, al pasar a gestión pública, se han convertido en 4.000. Por cierto, esto supone un incremento del gasto de ese hospital en un porcentaje elevadísimo.

Pero eso no ha sido lo peor, ya que, si alguien quisiera pensar que con ese aumento de personal todo está funcionando mucho mejor, no ha sido así, y hay un dato que no deja lugar a dudas, Las listas de espera eran del orden de los 40 días antes de la reversión, y en la actualidad han pasado a ser del orden de 100 días. Eso no es ir las cosas a mejor.

Otros datos sobre las reversiones no los vamos a repetir por estar antes reflejados en este escrito.

En nuestra opinión eso es lo que nos espera de seguir adelante y según el camino que marca el anteproyecto de ley que nos ocupa.

La conclusión es sencilla por qué una referencia a las competencias de la Alta Inspección del SNS, si ya existe. ¿Era necesario recordarla?, ó lo que se quiere es provocar reversiones que induce y controla el propio ministerio. Debería desaparecer también del texto.

DECIMA

Al igual que lo indicado en las dos aportaciones anteriores, estamos con lo que de verdad persigue el ministerio de sanidad que propone este Anteproyecto, como ya hemos señalado, está en la **Disposición derogatoria única. Alcance de la derogación normativa**. Nos atrevemos a decir que este es el OBJETIVO FUNDAMENTAL.

¿Por qué? No hay explicación racional, es pura posición política y doctrinal. Se cree que con ello se va a acabar lo que tanto tiempo se ha conocido como colaboración público-privada en la gestión de la sanidad y que, por cierto, tan buenos resultados ha dado, y tan necesaria es ahora, máxime con la situación en que se encuentra el SNS. Ya hemos hablado de todos sus problemas y no se hace nada por solucionar ninguno de ellos. Por si alguien no quiere entenderlo: sostenibilidad, falta de profesionales, estatuto marco, estatuto médico, falta de financiación, eficiencia, listas de espera, digitalización, etc. Quieren que sigamos, porque hay muchas más.

Si se considera necesario actualizar esta norma, que se deriva de la Ley 14/1986, y de la Constitución, podría haberse dictado alguna norma de desarrollo, actualizando y modernizando la norma, pero no queriendo masacrarla por que la idea de colaboración la rechaza el ministerio de sanidad y el gobierno de España, lamentablemente. Máxime cuando sería suficiente, como ya hemos propuesto, un nuevo desarrollo reglamentario desde el Estado y las Comunidades Autónomas, en base a las competencias de cada una de ellas.

DECIMOPRIMERA

Para terminar quedan por analizar algunos temas menos importantes, pero también muy significativos, que en absoluto se justifican.

En primer lugar se trata de la **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.*

Lógicamente dice que la Ley no es aplicable, y como iba a serlo si un principio general del derecho establece la irretroactividad de las normas más desfavorables o restrictivas de derechos. Claramente esta es una norma menos favorable y más restrictiva de los derechos del sector de la sanidad privada.

En segundo lugar está la **Disposición final primera**. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Lo que se modifican son los apartados 1 y 3 del artículo 67 de Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en los que hace unos añadidos, de no fácil justificación de su necesidad, pero son añadidos, manteniendo el texto de ambos apartados, que ya tenían.

Hemos analizado en otro lugar ampliamente esta modificación.

En tercero y último lugar está la **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.

Lo que nuevamente se pretende modificar, ya estaba contemplado en el artículo 90.2 de la Ley 14/1986, del que también hemos hablado ampliamente y que establece que en caso de igualdad se beneficie a las entidades no lucrativas.

DECIMOSEGUNDA

Pero no podemos terminar estas opiniones tras reflexionar detenidamente en el anteproyecto de ley que se nos ponen sobre la mesa pues si objetivamente no aparece ningún motivo que justifique la posición que se anuncia para esa norma, sería conveniente saber dónde están y cuáles son las verdaderas intenciones de sus promotores y de esa forma saber lo que de verdad quieren conseguir. Puede parecer reiterativo pero en este momento parecen muy conveniente unas conclusiones.

En los proponentes del texto trasluce y se ha manifestado reiteradamente una patológica obsesión contra la sanidad privada, los conciertos en ese segmento y por consiguiente las compañías que prestan los servicios. Su nueva ley de gestión sanitaria está pensada y dirigida casi de manera exclusiva a demoler la fórmula híbrida de colaboración que ha beneficiado especialmente a los pacientes, que, obviamente, no son la primera, ni la segunda preocupación de sus autores.

Todos estamos de acuerdo en los indeseados efectos que produciría un Sistema Nacional de Salud, sin la ayuda de la sanidad privada, situación que se califica como de irreal, y que hace prever un evidente riesgo de “fallo sistémico de la sanidad pública”, que va a suponer, como ya hemos dicho, una situación de agravamientos de la salud de cientos de miles de usuarios, al incrementar previsiblemente las listas de espera, ya en cifras muy elevadas, y otros muchos males que también hemos señalado.

Entonces donde pueden estar las verdaderas razones de esta “reforma”, qué se persigue. Ya se ha señalado, se busca acabar con la colaboración público-privada, con los conciertos sanitarios, pero sobre todo con lo que por los promotores se llama modalidades de gestión privada de la sanidad pública, y ahora gestión indirecta. Las privatizaciones de la sanidad no existen. La sanidad en España es y sigue siendo pública desde que existe el Sistema Nacional de Salud, y quizás desde antes.

Esta norma carece de todo sentido y tal y como hemos empezado debía decaer o ser retirada por el propio ministerio de sanidad y el gobierno de España que ha aprobado el anteproyecto.

A modo de resumen lo que persigue la norma, es:

- Derogación de la Ley 15/1997 de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- Acabar con los conciertos sanitarios, por la vía del procedimiento y sin dar alternativas. Haciéndolos imposible en el futuro.
- Reversión de las concesiones de centros servicios y establecimientos sanitarios.

Todo ello sin analizar las consecuencias de estas disposiciones y sin dar alternativas ni soluciones ni para el presente, a los problemas que ya tiene el sistema sanitario, ni mucho menos para el futuro.

Con seguir el procedimiento mucho más simple y de carácter técnico de dictar normas reglamentarias para establecer ciertos requisitos y condiciones que deberían cumplir todos los prestadores de servicios de la sanidad pública, ya fuesen gestores públicos o de naturaleza público o gestores privados, incluidos los métodos de control, auditoría e información, hubiese sido suficiente. ¿Por qué no se ha hecho?

En virtud de todo lo expuesto se

SOLICITA

Que mediante el presente escrito tenga por comparecida a la ASOCIACION DE CLINICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE MADRID, en el trámite de **audiencia e información pública** del **Anteproyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud**, impulsada por **el Ministerio de Sanidad** y de acuerdo con el tenor de las **APORTACIONES** que en el mismo se contienen, SEA RETIRADO EL TEXTO DEL ANTEPROYECTO DE LEY, y decaiga esta iniciativa legislativa, y en

su defecto se modifique su texto y sean tenidas en cuenta todas nuestras APORTACIONES.

Así mismo se indica que este escrito ha sido remitido por mail al buzón que se indica en la exposición pública y al inicio de este escrito.

En Madrid a 3 de marzo de 2026.

EL PRESIDENTE DE LA ACHPM

ISIDRO DIAZ DE BUSTAMANTE TERMINEL