

ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE LEY DE GESTIÓN PÚBLICA E INTEGRIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

LLUIS GRACIA PARDO, mayor de edad, provisto del DNI nº 52170490-G, en su condición de presidente de la **ASSOCIACIÓ CATALANA D'ENTITATS DE BASE ASSOCIATIVA SANITÀRIES (ACEBA)**, entidad sin ánimo de lucro inscrita en el Registro de Asociaciones de la Generalitat de Catalunya, con CIF nº G-63120190 y domicilio en Passatge Pla del Remei, 10-12, 08500 Vic (Barcelona), comparece en el **trámite de audiencia e información pública del Anteproyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud**, promovido por el Ministerio de Sanidad, y

EXPONE

Que habiendo tenido conocimiento de la apertura del trámite de audiencia e información pública del citado Anteproyecto, y tras analizar el texto sometido a consulta pública, así como la Memoria del Análisis de Impacto Normativo que lo acompaña, esta entidad considera oportuno formular las siguientes

ALEGACIONES

Primera.- Sobre el diagnóstico del sistema sanitario contenido en la exposición de motivos

El Anteproyecto parte de un diagnóstico según el cual la participación de entidades privadas en la gestión de servicios sanitarios públicos habría provocado fragmentación asistencial, pérdida de control por parte de las administraciones y un deterioro de la sostenibilidad del sistema sanitario.

Sin embargo, dicha afirmación se formula de manera **general y sin base empírica suficientemente acreditada**, presentando una visión simplificada y parcial de la realidad organizativa del Sistema Nacional de Salud.

En particular, esta caracterización **no refleja adecuadamente la diversidad de modelos organizativos existentes en las distintas comunidades autónomas**, entre las cuales destaca, por sus peculiaridades, el modelo catalán de provisión de servicios sanitarios públicos.

En Catalunya, la legislación vigente —en particular la Ley 15/1990, de ordenación sanitaria de Catalunya— permite que los centros, servicios y prestaciones sanitarias se gestionen mediante **cualquier forma de gestión admitida en Derecho**, ya sea directa, indirecta o compartida, acorde con la multiplicidad de entidades públicas y privadas que proveen servicios sanitarios públicos, y ello por la particular configuración del sistema sanitario catalán que hunde sus raíces en una falta de inversión histórica por parte del Estado, falta de inversión que ha tenido que ser suplida por las instituciones de la sociedad civil y por las administraciones locales.

Ello no ha supuesto en modo alguno una merma de la calidad asistencial ni de la equidad en el acceso, puesto que todos los centros integrados en el **Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT)** están sujetos:

- a los mismos criterios de planificación sanitaria,
- a idénticos requisitos de autorización y acreditación,
- a idénticos mecanismos de financiación,
- a los mismos indicadores para la evaluación de resultados,
- y a los mismos instrumentos de control público.

Por consiguiente, el planteamiento de la norma parte de una **generalización que no resulta trasladable a todos los territorios del Estado**.

Segunda.- Sobre la priorización absoluta de la gestión pública directa

El Anteproyecto establece que la gestión directa por parte de las administraciones públicas será la forma preferente de prestación de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud, relegando la gestión indirecta a una posición excepcional.

Esta orientación normativa plantea diversos problemas.

En primer lugar, responde a un **planteamiento reduccionista de la organización de los servicios sanitarios**, al identificar la garantía de los principios de universalidad, equidad y calidad exclusivamente con la gestión pública directa.

La experiencia comparada demuestra que los sistemas sanitarios modernos se caracterizan por **modelos mixtos de provisión**, en los que la titularidad pública de la financiación y de la planificación convive con diferentes formas organizativas de provisión de servicios.

En segundo lugar, la imposición de una prioridad absoluta de la gestión pública directa ignora las **dificultades estructurales que actualmente afrontan los sistemas sanitarios públicos**, entre ellas:

- la escasez de profesionales sanitarios,
- el incremento de la demanda asistencial asociada al envejecimiento de la población,
- la creciente prevalencia de enfermedades crónicas,
- el coste creciente de las infraestructuras y de los equipos que exigen de la colaboración público-privada,
- la exigencia de reconocer el papel e impulsar la colaboración de las entidades de la economía social y las instituciones sin ánimo lucrativo, especialmente idóneas para la provisión de los servicios públicos de atención a las personas y, en particular, en el ámbito de los servicios sanitarios y sociales,
- y la necesidad de introducir modelos organizativos más flexibles e innovadores, capaces de adecuarse a la evolución de las necesidades sociales y de las personas y de dar mayor satisfacción tanto a los usuarios de los servicios, como a los propios profesionales.

En este contexto, limitar de forma rígida las posibilidades organizativas de los servicios de salud **puede comprometer la capacidad de adaptación del sistema sanitario a los retos actuales y futuros**.

Tercera.- Sobre la diversidad del mapa de proveedores sanitarios en Catalunya

El Anteproyecto no tiene suficientemente en cuenta la **realidad institucional y organizativa de determinadas comunidades autónomas**, especialmente de Catalunya, según se ha esbozado más arriba.

En el caso catalán, el sistema sanitario público se caracteriza por la coexistencia de una amplia red de entidades proveedoras de naturaleza diversa, entre las que se encuentran:

- fundaciones,
- asociaciones,
- mutualidades,
- cooperativas,
- instituciones religiosas,
- sociedades profesionales,
- y entidades de base asociativa sanitarias (EBAs).

Muchas de estas instituciones cuentan con **una larga tradición histórica y una fuerte implantación territorial y social**, habiendo contribuido decisivamente al desarrollo de la red asistencial pública en Catalunya.

En numerosos ámbitos asistenciales —hospitalario, sociosanitario/intermedio, salud mental o atención primaria— estas entidades constituyen una parte esencial del sistema sanitario público catalán.

Por ello, cualquier iniciativa legislativa que pretenda restringir de forma generalizada la participación de entidades no públicas en la provisión de servicios sanitarios **desconoce la realidad institucional de sistemas sanitarios consolidados y eficaces**, como es el caso del sistema sanitario catalán.

Cuarta.- Sobre la distribución constitucional de competencias en materia sanitaria

El Anteproyecto se dicta al amparo del artículo 149.1.16ª de la Constitución Española, relativo a la competencia estatal sobre las bases y coordinación general de la sanidad.

No obstante, debe recordarse que corresponde a las comunidades autónomas, en el marco de dicha legislación básica, el **desarrollo legislativo y la ejecución de la normativa sanitaria**, incluyendo la organización y gestión de los servicios sanitarios.

La jurisprudencia constitucional ha reiterado que el Estado **no puede vaciar de contenido las competencias autonómicas mediante la fijación de bases excesivamente detalladas o restrictivas**, como es el caso que nos ocupa.

En este sentido, la imposición de un modelo organizativo que establezca como principio rector la prioridad absoluta de la gestión pública directa podría **invadir la esfera de autoorganización de los servicios de salud autonómicos**, limitando su capacidad para determinar las fórmulas de gestión más adecuadas en cada territorio.

Contrariamente a cuanto ha dicho la propia Ministra de Sanidad en Barcelona recientemente, en el supuesto de que el Anteproyecto que nos ocupa resultare aprobado por las Cortes Generales en sus propios términos y deviniera en ley, manteniendo su carácter básico al amparo del artículo 149.1.16º de la Constitución, esta ley podría desplazar el artículo 7.2 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Catalunya, precepto que es anterior y homólogo de la Ley 15/1997,

Quinta.- Sobre la derogación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión

El Anteproyecto prevé la derogación expresa de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

Si bien dicha norma ha sido objeto de debate en los últimos años, su derogación no puede justificarse exclusivamente en una valoración negativa de los modelos de colaboración público-privada y, en particular, por el uso que se ha hecho de la misma en determinadas comunidades autónomas.

En realidad, la Ley 15/1997 se limitó a reconocer la posibilidad de utilizar **formas organizativas diversas en la gestión de servicios sanitarios públicos**, sin imponer un modelo determinado.

La supresión de este marco normativo, acompañada de la imposición de una preferencia normativa por la gestión directa, supone una **reducción innecesaria de las herramientas organizativas disponibles para los servicios de salud**.

La solución a un uso eventualmente inadecuado de algunas de estas herramientas no pasa por derogar la citada Ley, que se limita a ofrecer instrumentos a las comunidades autónomas, como administraciones sanitarias competentes, para que puedan escoger el más idóneo de entre estos instrumentos en orden a la gestión de un determinado dispositivo asistencial atendiendo a las condiciones y circunstancias concurrentes en cada caso, **es decir, no pasa por poner puertas al campo** y recuperar el mismo marco normativo que regía a estos efectos en los tiempos del Instituto Nacional de Previsión, que es la solución por la que opta el Anteproyecto que nos ocupa, **sino**

por emplear los mecanismos que el ordenamiento legal pone en manos de la Administración sanitaria del Estado para verificar y reconducir, en su caso, dicho mal uso, si lo hubiera, cual es la Alta Inspección, regulada en los artículos 76 a 79, ambos incluidos, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y los mecanismos constitucionales ordenados a esta última finalidad.

Sexta.- Sobre la necesidad de preservar la pluralidad organizativa del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se ha configurado históricamente como un sistema **descentralizado y plural**, en el que cada comunidad autónoma ha desarrollado modelos organizativos adaptados a su realidad territorial, institucional y social.

La fortaleza del sistema sanitario español reside precisamente en esta capacidad de adaptación y en la coexistencia de distintas formas de provisión de servicios dentro de un marco común de financiación pública, universalidad y equidad.

En consecuencia, cualquier reforma normativa debería orientarse a **mejorar la transparencia, la evaluación de resultados y los mecanismos de control**, sin restringir innecesariamente las posibilidades organizativas de los servicios de salud, desnaturalizando y, por ende, socavando los sistemas sanitarios de determinadas comunidades autónomas cuyas características esenciales exigen del empleo de las diversas formas de gestión directas, indirectas y compartidas que el Derecho pone a su disposición para la provisión de los servicios públicos sanitarios y, en definitiva, garantizar el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria pública de todos sus ciudadanos.

Por todo lo expuesto, el abajo firmante

S O L I C I T A

Que se tengan por presentadas las presentes alegaciones en el trámite de audiencia e información pública del Anteproyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud y que, en su virtud, se proceda a revisar el contenido del mismo con el fin de:

1. Evitar la imposición de un modelo único de gestión sanitaria basado en la priorización absoluta de la gestión pública directa.
2. Respetar plenamente las competencias autonómicas en materia de organización de los servicios sanitarios.
3. Preservar la pluralidad de modelos organizativos existentes en el Sistema Nacional de Salud.

En Barcelona, en la fecha de la firma electrónica

Lluís Gràcia Pardo
Presidente de ACEBA

SR. SECRETARIO GENERAL TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SANIDAD. Paseo del Prado, 18-20. 28071 Madrid.