

Enmiendas a la Totalidad

Iniciativa: 121 / 110

Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Plazo de enmiendas: 14/09/2022 18:00

<u>Fecha Presentación</u>	<u>Número</u>	<u>Tipo de Enmienda</u>	<u>Autor</u>	<u>Observaciones</u>
12/09/2022 14:00	1	Enm. totalidad devolución	Bel Accensi, Ferran (GPlu)	
12/09/2022 14:43	2	Enm. totalidad devolución	Cañadell Salvia, Concep (GPlu)	
12/09/2022 17:24	3	Enm. totalidad devolución	Grupo Parlamentario Ciudadanos	
12/09/2022 17:54	4	Enm. totalidad devolución	Illamola Dausà, Mariona (GPlu)	
			Grupo Parlamentario VOX	



CONGRESO DE
LOS DIPUTADOS

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS SECRETARÍA GENERAL REGISTRO DE COMISIONES
12-09-2022 14:00:34
Entrada: 14123



**Partit
Demòcrata
PDeCAT**

A LA MESA DE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

AUTORES

GRUPO PARLAMENTARIO PLURAL

BEL ACCENSI, FERRAN

CAÑADELL SALVIA, CONCEP

De acuerdo con lo establecido en el artículo 110 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presentan la siguiente **enmienda de totalidad de devolución** a la iniciativa: Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. (núm. expte. 121/000110)

Congreso de los Diputados, a 12 de septiembre de 2022.

Firmado electrónicamente por

Concep Cañadell Salvia, Diputada del Grupo Parlamentario Plural (JxCat-JUNTS (PDeCAT))

Ferran Bel Accensi, Diputado del Grupo Parlamentario Plural (JxCat-JUNTS (PDeCAT))

Míriam Nogueras i Camero, Portavoz adjunto Grupo Parlamentario Plural

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación e2fuyuujn4qj en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=e2fuyuujn4qj>



CONGRESO DE
LOS DIPUTADOS

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS SECRETARÍA GENERAL REGISTRO DE COMISIONES
12-09-2022 14:00:34
Entrada: 14123



Expediente: 121/000110

Nº Enmienda: 1

AUTORES

GRUPO PARLAMENTARIO PLURAL

BEL ACCENSI, FERRAN

CAÑADELL SALVIA, CONCEP

Justificación

El Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud incluye diversos artículos y disposiciones muy cuestionables desde el punto de vista del respeto a las competencias autonómicas, y a su vez desprenden una clara pulsión recentralizadora. De hecho, algunas de sus disposiciones suponen vaciar o diluir de competencias a la Generalitat de Catalunya en el establecimiento, ejecución y evaluación del modelo sanitario, en la medida en que este proyecto sienta las bases para la involución y la uniformización de la gestión del sistema sanitario español con el pretexto de salvaguardar la equidad. Son de especial gravedad el Artículo Primero, la Disposición Transitoria Primera, la Disposición derogatoria única y la Disposición Final Quinta. El artículo primero, concretamente, en el apartado Uno, modifica la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad adicionando un nuevo artículo 47, que en sus apartados 1,2 y 3 establece:

"Artículo primero. Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, queda modificada de la siguiente manera:

Uno. Se adiciona el artículo cuarenta y siete, en los siguientes términos:

"Artículo cuarenta y siete. Gestión y administración de las estructuras y servicios públicos que integran el Sistema Nacional de Salud.

1. La gestión y administración de las estructuras y servicios públicos que integran el Sistema Nacional de Salud se llevará a cabo de manera directa:

a) Por la administración competente.

b) A través de entidades de entre las que conforman el sector público institucional estatal, autonómico y local.

c) Mediante la creación de consorcios creados por varias administraciones públicas o entidades integrantes del sector público institucional.

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación e2fuyuujn4qj en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=e2fuyuujn4qj>



2. De forma excepcional, justificada y motivada objetivamente, y solo cuando no sea posible la prestación directa de los servicios públicos que integran el Sistema Nacional de Salud, las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias y para la prestación de servicios sanitarios, podrán establecer conciertos o recurrir a cualesquiera de los contratos regulados en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, así como a cualesquiera de las fórmulas de colaboración previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, incluidos los consorcios sanitarios. Los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo tendrán prioridad, cuando existan condiciones análogas de eficacia, calidad y costes.

A tales efectos, y de acuerdo con lo que, en su caso, establezca la normativa autonómica de desarrollo, las distintas administraciones públicas deberán motivar el cumplimiento de los siguientes criterios:

- a) La utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.
- b) La insuficiencia de medios propios para dar respuesta a los servicios y prestaciones.
- c) La necesidad de recurrir a fórmulas diferentes a las establecidas en el apartado 1.

3. Sin perjuicio de lo señalado en el apartado anterior, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los términos, las pautas o los indicadores comunes a través de los cuales podrán entenderse cumplidos los criterios establecidos en el mismo."

En su momento tanto la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad como posteriormente la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establecieron el marco común para garantizar la equidad del sistema desplegando las competencias que correspondían al Estado, preservando el marco competencial autonómico y estableciendo los ámbitos de colaboración entre ambos niveles de la administración. En este sentido y de manera clara en la exposición de motivos de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se recoge literalmente "La primera aportación de la ley al nuevo modelo es la definición de aquellos ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas. En estos ámbitos se define un núcleo común de actuación del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud que lo integran. Sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas de gestión y prestación de servicios consubstancial a un Estado descentralizado, se pretende que la atención al ciudadano por los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes".

En este sentido, el presente Proyecto de Ley, con la modificación que se pretende de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad supone una clara involución del esquema competencial que recoge la Constitución en materia de sanidad que responde al modelo descentralizado del Estado de las autonomías. El Proyecto de Ley establece en su Disposición Final Primera que el título competencial en base al cual se dicta esa norma se sustenta en el artículo 149.1.16.^a de la

Constitución Española. Dicho artículo establece, entre el listado de materias sobre las que el Estado tiene competencia exclusiva, la siguiente: 16.^a *Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.* Este título competencial invocado en el Proyecto de Ley (artículo 149.1.16^a de la Constitución) se desarrolla en los artículos 38, 39 y 40 de la Ley General de Sanidad, donde no hay referencia alguna, entre las competencias exclusivas del estado en materia de sanidad ni entre las actuaciones que la Administración del estado desarrollará "sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas", al establecimiento de reglas (básicas o no) relativas a los modelos o fórmulas de gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios del SNS. Asimismo la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, (cuya exposición de motivos ya hemos citado) al determinar el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, respeta las competencias de las CCAA en materia sanitaria y deja al margen todo lo referido al modelo o fórmulas de gestión del SNS, limitando dicha coordinación en concreto a las prestaciones sanitarias, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad del sistema sanitario, los planes integrales, la salud pública y la participación de ciudadanos y profesionales (artículo 5).

Particularmente, en el caso de Catalunya, la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya contempla claramente en su artículo 162.1 que «*corresponde a la Generalitat, en materia de sanidad y salud pública, la competencia exclusiva sobre la organización y el funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios*». Ya el Estatut d'Autonomia de 1979 otorga a Catalunya les competencias en la organización y la gestión sanitaria. De hecho, las transferencias sanitarias al Principado fueron efectivas en 1980, aunque sufriendo históricamente desde entonces de infrafinanciación. Por otro lado, la financiación de la sanidad a partir de 2002 deja de ser finalista y forma parte de la financiación general de las CCAA, siendo estas quienes asumen los déficits. Sorprendentemente, ahora el Ministerio desea recuperar las decisiones sobre la organización y gestión. Esta ley pone en riesgo el modelo sanitario catalán, ya institucionalizado en las Leyes de la República de *Bases per a l'Organització dels Serveis de Sanitat i Assistència Social* (1934) i de *Coordinació i de Control Sanitari Públic* (1934).

Hay que tener presente la realidad de origen histórico y singular de Catalunya, pues es la comunidad autónoma donde más afectación tiene este Proyecto de Ley porque desde hace más de un siglo, dispone de una red de provisión de servicios públicos de salud con concertación. En Catalunya, el Sistema Nacional de Salud es el SISCAT, una red mixta de provisión estable y comprometida socialmente, donde la concertación representa más del 65% de la red de provisión de los servicios públicos de salud, con entidades del sector público, mundo local, fundaciones, órdenes religiosas, entidades de autogestión profesional, mutualidades, entre otras, y, en definitiva, un conjunto muy relevante de entidades de diversa titularidad, fundamentalmente sin ánimo de lucro, que, con una inequívoca vocación de servicio público, proveen servicios sanitarios y sociosanitarios desde tiempos inmemoriales y que ofrecen una red de proximidad con fuertes alianzas con las universidades del País y que genera equilibrio territorial (Fundació Althaia en Manresa, Red sanitaria y social Santa Tecla de Tarragona, Fundació Sanitaria de Mollet etc), en definitiva, una red de

centros de excelencia accesible para todos, como l'Ordre de Sant Joan de Déu, Benito Menni, la Fundació Puigvert o la Fundació Institut Guttmann, y una red sociosanitaria y de salud mental prácticamente concertada en su totalidad. Hay que destacar que el 95% del sistema está gestionado por entidades sin ánimo de lucro y entidades de titularidad pública; solamente en algunas prestaciones o servicios, vía concurso o con carácter excepcional en picos de necesidades, se trabaja con entidades con ánimo de lucro.

Por ello, resulta incomprensible como este proyecto pretende limitar el acceso a esta fabulosa red a la ciudadanía que ahora accede gratuitamente con la tarjeta sanitaria. No podemos perder nuestra identidad histórica en lo que ya tenemos, que funciona y que la ciudadanía aprecia. Con esta norma que supuestamente quiere evitar la privatización de la sanidad, en Catalunya estaríamos creando precisamente el efecto contrario, limitar incomprensiblemente a la ciudadanía el acceso gratuito con su tarjeta sanitaria a una red de dispositivos de proximidad y excelencia que hace más de un siglo que forman parte de la sanidad pública, afectando al equilibrio territorial de acceso. Carece de sentido destinar recursos de los que no disponemos en crear una oferta paralela de instalaciones y servicios de titularidad pública.

Estos antecedentes explican no solo el carácter no necesario del artículo 1, apartado Uno del Proyecto, sino su dudosa legalidad de acuerdo con el régimen competencial establecido en la Constitución. Pero asimismo, se trata de una propuesta legislativa que no recoge la diversidad de organización de la provisión en los servicios sanitarios del sistema público de salud de CCAA que históricamente, se basan en un sistema de concertación, por la insuficiente inversión en infraestructuras y equipamientos sanitarios y que han logrado estabilizar una red de provisión del sistema público de salud mixta, comprometida socialmente y con las políticas públicas, transparente en resultados, y apreciada por los profesionales y ciudadanos perfectamente conscientes, unos y otros, de trabajar para y ser atendidos por el sistema nacional de salud.

La propuesta normativa, en base a la falsa premisa de que la concertación es privatización, supone claramente una recentralización y una invasión de las competencias autonómicas que afecta de lleno a la identidad del modelo sanitario catalán y a la Ley de ordenación sanitaria de Catalunya, quebrando el pacto político y territorial que hizo posible su aprobación en las Cortes Generales de la Ley General de Sanidad. No debe confundirse la externalización de servicios públicos con su privatización. El servicio sigue siendo público si quien lo financia, establece la cartera de servicios y actúa como garante de la calidad y de los derechos de los pacientes y de los usuarios es la administración pública, con independencia de la naturaleza pública o privada de quien lo gestiona. Concertar no es privatizar. Privatizar es pagar por ser atendido. Concertar es sumar a la red de servicios públicos centros que, cumpliendo con las condiciones requeridas, aporten infraestructuras, equipamientos y conocimiento. Ni la gestión directa ni la externalización a terceros por su titularidad garantiza los tres objetivos: calidad, equidad y eficiencia. En definitiva, corresponde a las CCAA decidir cómo llevar a cabo la prestación de los servicios sanitarios de la red pública y determinar la fórmula de gestión (directa o indirecta).

En el contexto actual, la forma de proteger (como sinónimo de blindar) la sanidad pública es

incrementar su dotación presupuestaria para mejorar las condiciones laborales de los profesionales sanitarios y la calidad de la atención. De esta forma también, evitar el escape de profesionales y la desconfianza de los usuarios hacia la capacidad resolutive del Sistema Sanitario Público; en Catalunya un 33% de la población tiene contratado un seguro sanitario privado, y este porcentaje es aún superior en Madrid, Ceuta, Melilla y Baleares. Porque privatizar es no consolidar anualmente en la financiación de las CCAA, a partir del presente ejercicio 2022, los 10.000 millones de euros del Fondo COVID-19 que el Gobierno destinó durante la pandemia al sector sanitario mediante asignación a las CCAA según su porcentaje de población, con carácter finalista para preservar el acceso al sistema público de salud, al objeto de que las CCAA puedan hacer frente al incremento de gasto sanitario acaecido, y no dotar de la financiación suficiente a las CCAA para atender a una nueva emergencia nacional, que es recuperar la equidad de acceso al sistema y su actividad diagnóstica, quirúrgica, la atención a la cronicidad y la salud mental, y no generar mayores desigualdades para aquellos que no pueden acceder a la sanidad privada.

En el actual contexto de necesidades crecientes y recursos limitados no es oportuno incorporar elementos normativos que actúen como palanca de exclusión de esfuerzos, recursos, conocimiento que deben sumar, desde la gobernanza pública, en el marco de un SNS que garantiza una sanidad de cobertura pública de calidad para todos.

Finalmente, el modelo sanitario catalán, sea el que sea, deben decidirlo los catalanes. El Proyecto de Ley deja a merced de los criterios del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la organización y los modelos de gestión sanitarios de las CC.AA, hecho totalmente inadmisible e impropio de un estado descentralizado.

La apuesta por la evaluación y la transparencia de resultados, que también recoge el Proyecto de Ley, es la clave de la confianza ciudadana por saber que utilizamos eficientemente los recursos públicos, y éste debería ser el compromiso de todas las entidades que proveen servicios en el SNS, de gestión directa e indirecta, y la base para sustentar los debates políticos y las decisiones de gobierno. En Catalunya disponemos de los instrumentos para hacerlo, la Central de Resultados. Aun así, en 12 meses, el presente Proyecto de Ley pretende que la Generalitat de Catalunya renuncie a su potestad para decidir su modelo sanitario, revirtiendo una historia y tradición de siglos. El modelo catalán está mucho más cerca del de nuestro entorno comparado y de las recomendaciones del Parlamento y Consejo de Europa, basado en aportar valor añadido y en la compra de servicios por resultados. Incluso el propio dictamen del Consejo Económico y Social (CES) sobre el Anteproyecto de Ley recomienda la compra por resultados.

Como colofón, curiosamente queda al margen de aplicación de esta ley la atención sanitaria que se presta a los funcionarios a través de MUFACE, MUGEJÚ e ISFAS con cargo a los presupuestos públicos. De aprobarse este Proyecto, los funcionarios continuarán gozando del privilegio de elegir si quieren que su atención sea prestada por aseguradoras privadas, al no preverse la reversión a un modelo de gestión directa la atención sanitaria a los funcionarios del Estado, un auténtico despropósito y una clara inequidad para con el resto de población.

Por los motivos expuestos, los diputados del PDeCAT solicitamos la devolución al Gobierno del Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

A LA MESA DE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

AUTOR

GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS

De acuerdo con lo establecido en el artículo 110 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente **enmienda de totalidad de devolución** a la iniciativa: Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. (núm. expte. 121/000110)

Congreso de los Diputados, a 12 de septiembre de 2022.

Firmado electrónicamente por

Edmundo Bal Francés, Portavoz adjunto Grupo Parlamentario Ciudadanos

Expediente: 121/000110

Nº Enmienda: 2

AUTOR

GRUPO PARLAMENTARIO CIUDADANOS

Justificación

La sanidad es uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar español, y así lo ha demostrado la pandemia de COVID-19. Cuando los resortes de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) no estaban preparados para una emergencia sanitaria de tal calibre, el fallo sistémico que se produjo en nuestra sanidad ha dejado una huella clara en la sociedad española. En el aspecto más directo, casi 115.000 personas han perdido la vida debido a la COVID-19, de acuerdo con cifras oficiales, suponiendo la mayor tragedia de carácter sanitario de los últimos 100 años. En el aspecto más indirecto, el colapso del SNS provocó el retraso de numerosas revisiones y la cancelación de pruebas diagnósticas y protocolos de detección temprana de enfermedades, siendo esto responsable en gran parte del exceso de mortalidad que estamos experimentando en este año 2022 y que no es ya atribuible a la COVID-19 directamente.

En este sentido, la pandemia puso en evidencia que la máxima hartada repetida por parte de quienes han ocupado el Gobierno de España en los últimos 40 años, el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) y el Partido Popular (PP), de que el SNS era el mejor sistema sanitario del mundo se ha demostrado errónea. No sólo nuestra sanidad ha sido incapaz de poner coto a la pandemia de COVID-19 de forma rápida y eficaz, sino que, si no llega a ser por el compromiso encomiable de los profesionales sanitarios, que han cumplido con creces con su deber y su responsabilidad, el impacto de la emergencia sanitaria sobre la sociedad y la economía españolas habría sido aún mayor. Si alguna enseñanza ha dejado esta pandemia es, precisamente, que es necesario ponerse manos a la obra para reforzar el Sistema Nacional de Salud y para dar respuesta a los nuevos retos sanitarios del S. XXI.

Por desgracia, la vía de salida de la pandemia en nuestro país no permite ser excesivamente optimista. En primer lugar, las diferentes administraciones han preferido ocultar información y contratos públicos, escapando de la rendición de cuentas que merece la sociedad española. En segundo lugar, los gobiernos encabezados por el PSOE y el PP, tanto a nivel nacional como autonómico, han preferido hacer descansar la responsabilidad de poner coto a la COVID-19 en los hombros de las familias y las empresas, zafándose de su responsabilidad como decisores públicos. Así, en lugar de un verdadero compromiso por reforzar la Atención Primaria, se ha pedido esfuerzos sobrehumanos a los profesionales sanitarios; en lugar de apostar por medidas quirúrgicas de apoyo a la población vulnerable y aumento de capacidad de respuesta sanitaria, se exige a la ciudadanía que siga llevando de forma obligatoria la mascarilla en algunos supuestos. Un enfoque que, en definitiva, insiste en culpar y responsabilizar al ciudadano, pese a los esfuerzos que ha realizado en

los últimos dos años y los sacrificios impuestos en materia económica, humana y social, en lugar de asumir la responsabilidad que las instituciones, por el hecho de serlo, tienen sobre sí.

El pasado mes de junio, el Gobierno de España aprobó en Consejo de Ministros la remisión a Cortes Generales del Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. En su rueda de prensa posterior al Consejo de Ministros, el Gobierno anunció que este proyecto de ley venía, precisamente, a solucionar lo que el Gobierno se había negado a abordar en los últimos dos años: su responsabilidad a la hora de reforzar el SNS. Sin embargo, y pese a contener algunos aspectos muy positivos para la salud de los españoles, lo cierto es que el proyecto de ley está muy lejos de ser la solución que requiere nuestro sistema sanitario, puesto que no aborda los principales problemas y retos que aquejan a la sanidad de nuestro país.

Primero, el proyecto de ley no incluye ningún tipo de medida destinada a mejorar la situación de los profesionales sanitarios. En nuestro país, el salario de los profesionales sanitarios está en torno a unas tres veces por debajo de otros países europeos, incluyendo Francia y Alemania, donde los salarios en torno al 100% y el 150% superiores, respectivamente. Esto hace que nuestros profesionales sanitarios, que reciben una formación de primer nivel y superan uno de los mejores sistemas selectivos del mundo para personal cualificado, las pruebas de Formación Sanitaria Especializada (FSE), se vean obligados a elegir entre desarrollar su carrera en España sabiendo que estarán infrarremunerados o abandonar nuestro país para desarrollar sus proyectos personales y profesionales en otros sistemas sanitarios. Es más, esto tiene consecuencias terribles tanto para los profesionales como para los pacientes: por un lado, la escasez de profesionales hace que no puedan dedicar todo el tiempo que les gustaría a cada paciente; por otro lado, en muchas ocasiones los profesionales, especialmente los más jóvenes, se ven obligados a encadenar unas guardias ideadas para ser de carácter excepcional con el objetivo de complementar su salario mensual. Esto, a su vez, hace que los profesionales estén más cansados, menos motivados y sean menos capaces de realizar sus tareas debido al agotamiento.

Sin embargo, el proyecto de ley del Gobierno no aborda esta situación, y perpetúa las condiciones en las que nuestros sanitarios deben desarrollarse profesionalmente. Tampoco establece ningún tipo de marco referencial para mejorar las condiciones en las que desempeñan su labor los profesionales sanitarios que comienzan su carrera ni tampoco para aprovechar al máximo el potencial y la experiencia de los profesionales sanitarios de mayor edad que desean seguir contribuyendo al Sistema Nacional de Salud. Mientras que la afirmación de que nuestro sistema sanitario era el mejor del mundo se ha probado ya como errónea, lo cierto es que cada vez es más evidente que la verdadera 'joya de la corona' de nuestra sanidad son los profesionales que dedican sus días y esfuerzos a cuidar de nuestra salud y de nuestro bienestar.

En segundo lugar, este proyecto de ley perpetúa las diferencias existentes entre ciudadanos libres e iguales a la hora de acceder a los servicios sanitarios. Durante años, los liberales españoles hemos defendido la idea de que cualquier español o residente legal en nuestro país debe tener los mismos derechos sin importar el lugar en el que resida, puesto que el 'terruño' no puede ser origen de

derechos o libertades, sino que lo es el Estado de Derecho que nos ampara a todos, sin importar nuestro código postal. Es por ello que en la tramitación de la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021 el Grupo Parlamentario Ciudadanos incorporó una enmienda que se tradujo finalmente en la incorporación de la disposición adicional centésima cuadragésima octava para la creación de la Tarjeta Sanitaria Única en el Sistema Nacional de Salud. En esta disposición legal se establece que el Gobierno deberá poner en marcha una tarjeta sanitaria única que dé acceso a los mismos derechos de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, acabando así con la figura del 'desplazado' y permitiendo una mayor eficiencia y eficacia en la provisión de servicios sanitarios entre Comunidades Autónomas.

Por desgracia, ni el Gobierno ha desarrollado ese mandato legal de la Ley 11/2020 en los últimos 18 meses ni tampoco ha incluido dicho cumplimiento en este proyecto de ley. Así pues, no sólo el Gobierno elude de nuevo su responsabilidad de velar por la salud y el bienestar de los españoles poniendo en marcha las medidas necesarias para ello, sino que decide voluntariamente seguir cronificando esa desigualdad existente y palpable para todos los españoles a la hora de recibir atención sanitaria en su propio país. Durante estos meses de verano, miles de familias han tenido que volver a sufrir esta discriminación a la hora de acceder al SNS en lugares diferentes a aquellos en los que residen, no pudiendo recibir tratamientos para enfermedades crónicas en condiciones de igualdad, no pudiendo acceder a médicos de familia ni especialistas del mismo modo que sus compatriotas, y teniendo que acudir a los centros sanitarios en condición de 'desplazado', con la consiguiente presión adicional que esto supone para servicios como los de urgencias en las Comunidades Autónomas que más turismo reciben en esta temporada.

Por último, el Gobierno ha admitido de forma muy vocal que con este proyecto de ley aspira a cercenar la colaboración público-privada en el Sistema Nacional de Salud. De acuerdo con las propias declaraciones del Gobierno, este proyecto de ley obliga a que la gestión pública directa sea el único modelo permitido a la hora de articular la sanidad en nuestro país. Así pues, se toma una decisión que no sólo va en la dirección opuesta a lo que ocurre en el resto de las economías desarrolladas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), sino que se da la espalda a la evidencia empírica sobre la eficiencia de la colaboración público-privada a la hora de llegar de forma más coste-eficiente allí donde el sector público no puede llegar por sí mismo. Es más, la pandemia de COVID-19 ha demostrado que la sanidad pública y la sanidad privada trabajan de forma satisfactoria en colaboración, permitiendo así ofrecer una asistencia sanitaria adecuada a cualquier ciudadano sin importar sus condiciones y características. No en vano, cuando los españoles buscan dar solución a sus problemas de salud lo que necesitan es una atención a la altura, de calidad y accesible, sin importar si esta atención la presta el sector público o el sector privado.

De hecho, de acuerdo con los últimos datos disponibles, los conciertos que vehiculan de forma prioritaria la colaboración público-privada en materia sanitaria ahorran a las arcas públicas más de 2.700 millones de euros, con costes de intervenciones sanitarias entre un 25% y un 69% más reducidos que lo que supondrían si la gestión fuera pública de forma directa. Es más, los conciertos entre la sanidad pública y la sanidad privada supone únicamente en torno a un 11% del gasto



sanitario de las administraciones, mientras que los conciertos privados suponen solo en torno al 26% de la facturación de los centros concertados. Es decir, la colaboración público-privada no sólo supone un gasto muy contenido para los presupuestos públicos, sino que los beneficios que reportan a las arcas públicas y a la propia atención sanitaria que reciben los pacientes son significativos. Todo ello, además, cuando estos conciertos permiten poner en torno al 43% de los hospitales privados de España al servicio de todos los ciudadanos, puesto que cuentan con algún tipo de concierto con las administraciones.

Además, la sanidad privada emplea a unos 280.000 profesionales sanitarios, aportando formación y talento al sector de la salud en un país, como España, en el que la escasez de profesionales es sangrante. Es más, según los últimos datos disponibles, el empleo en la sanidad privada ha crecido en torno a un 7%, mientras que el sector público lo ha reducido en torno a un 2%, lo que supone que el sector privado genera más empleo sanitario y pone más profesionales a disposición de los pacientes españoles que el sector público. De acuerdo con lo recogido en el 'Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035', de hecho, la sostenibilidad de la creación de empleo en el sector salud *"dependerá, y mucho, de elementos contextuales de la organización sanitaria, de la relación entre las redes pública y privada y la compatibilización del ejercicio profesional, así como de la distribución de responsabilidades y tareas entre distintos tipos de profesionales sanitarios y entre especialidades médicas y de la emergencia de nuevas profesiones sanitarias"*. En definitiva, con todos estos datos se antoja irresponsable la criminalización de la sanidad privada y de la colaboración público-privada en el sector sanitario, tal y como ha reconocido el Gobierno que hace, de forma dolosa, en este proyecto de ley.

Como conclusión, parece claro que este proyecto de ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud no responde ni a las necesidades reales de los españoles en relación con el sistema sanitario, ni aborda las problemáticas que afectan a nuestro SNS, ni da solución a la situación crítica que siguen viviendo muchos de nuestros profesionales sanitarios. Además, el proyecto de ley sí afecta, en cambio, a un asunto de gran relevancia para el éxito de nuestra sanidad, como es la capacidad de colaboración público-privada para responder de forma eficiente y eficaz a las necesidades sanitarias de la población española.

Por todo ello, el Grupo Parlamentario Ciudadanos muestra su disconformidad con los principios recogidos en este proyecto de ley y solicita su devolución al Gobierno.

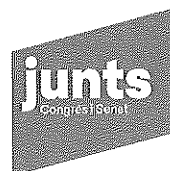


CONGRESO DE
LOS DIPUTADOS

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
SECRETARÍA GENERAL
REGISTRO DE COMISIONES

12-09-2022 17:24:09

Entrada: 14201



A LA MESA DE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

AUTORES

GRUPO PARLAMENTARIO PLURAL

ILLAMOLA DAUSÀ, MARIONA

De acuerdo con lo establecido en el artículo 110 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presentan la siguiente **enmienda de totalidad de devolución** a la iniciativa: Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. (núm. expte. 121/000110)

Congreso de los Diputados, a 12 de septiembre de 2022.

Firmado electrónicamente por

Mariona Illamola Dausà, Diputada del Grupo Parlamentario Plural (JxCat-JUNTS (Junts))

Míriam Nogueras i Camero, Portavoz adjunto Grupo Parlamentario Plural

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación zvtolbanomgm en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=zvtolbanomgm>

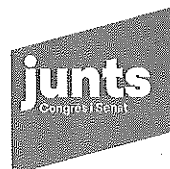


CONGRESO DE
LOS DIPUTADOS

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
SECRETARÍA GENERAL
REGISTRO DE COMISIONES

12-09-2022 17:24:09

Entrada: 14201



Expediente: 121/000110

Nº Enmienda: 3

AUTORES

GRUPO PARLAMENTARIO PLURAL

ILLAMOLA DAUSÀ, MARIONA

Justificación

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I

El Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, propone modificar la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, incorporando un nuevo artículo, el 47, que establece la gestión directa como modelo de gestión del SNS, dejando la adopción por parte de las CCAA de los modelos de gestión indirecta, a su aprobación por parte del Consejo Interterritorial del SNS. Sin embargo, dejando al margen de este cambio a MUFACE, ISFAS, MUGEJU, permiten a los funcionarios públicos escoger una atención sanitaria a través de aseguradoras privadas.

El Proyecto de Ley también entra a regular temas no menores por su trascendencia social, sanitaria y económica, que hacen referencia a las coberturas del SNS, las prestaciones, temas sobre los que es necesario hacer un debate profundo y llegar a grandes consensos.

La Constitución Española, el Estatuto de Autonomía de Cataluña y las leyes General de Sanidad, de Cohesión y Calidad del SNS así como la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña marcan un marco competencial claro, que ha sido estable en el tiempo y respetuoso con las competencias en salud de Cataluña.

Este Proyecto de Ley es involucionista al querer cambiar las reglas del juego, y es un inaceptable intento de vulnerar e invadir nuestras competencias con un objetivo homogeneizador y recentralizador que en modo alguno se puede aceptar.

Por eso, nuestro posicionamiento sobre este proyecto de ley centralizador, homogeneizador, e involucionista, y entendemos:

- La defensa de las competencias en la organización y funcionamiento de la atención sanitaria, es la mayor garantía para asegurar el bienestar de los ciudadanos y ciudadanas de Cataluña.
- El carácter público de un Sistema de Salud se sustenta en su financiación pública, al garantizar su acceso universal, la cartera de servicios, la equidad territorial, y su calidad.

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación zvtolbanomgm en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=zvtolbanomgm>

- La contratación de forma directa o indirecta a través de externalizaciones vía convenios, concertaciones, contrataciones, o cualquier otra fórmula de colaboración público-privada, debe entenderse posible dentro de las herramientas públicas que garantizan la provisión de los servicios sanitarios.

- La transformación necesaria de los modelos sanitarios, tal y como defiende el Consejo Económico y Social en el informe "Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario", debe partir de las ventajas del modelo descentralizado, y de la competitividad de los diferentes modelos de gestión, incorporando la evaluación de sus resultados como instrumento para garantizar su eficacia, eficiencia, calidad.

Por todo ello, creemos que el Proyecto de Ley del Gobierno no aporta soluciones a los problemas reales del sistema sanitario español, que son principalmente la falta de financiación, y de profesionales sanitarios. Y sólo esconde una voluntad política de uniformismo centralizador, que atenta directamente a la capacidad de decisión de las CCAA, perjudicando de forma evidente el modelo sanitario catalán, caracterizado por la gran participación de la economía social sin ánimo de lucro en la provisión de servicios sanitarios.

II

El proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, según la disposición final primera, se ampara "en virtud de los títulos competenciales que amparan dichas normas (por lo que respecta a los artículos primero a sexto del proyecto) y al título competencial en materia de bases y coordinación general de la Sanidad (por lo que respecta a la disposición adicional segunda).

Resulta paradójico que se haga una invocación genérica que no concreta los títulos competenciales que afecten a una regulación heterogénea que abarca desde fórmulas de gestión de los servicios públicos de salud a la participación ciudadana (a través de la regulación del Consejo de Participación Social), pasando por normas de ampliación de la cobertura subjetiva del Sistema Nacional de Salud a temas estrictamente organizativos como la creación del Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS). Este carácter heterogéneo de regulación de materias no vinculadas y con un dudoso amparo en títulos competenciales concretos para cada precepto, ya supone una justificación suficiente para una enmienda a la totalidad, con el objetivo que se aborden solo aquellas materias que son competencia del Estado, sin menoscabar las competencias que tienen las comunidades autónomas.

No se puede olvidar que el anteproyecto comunicado a las Comunidades Autónomas hacía referencia a los títulos contenidos en los artículos 149.1.1ª (condiciones básicas que garantizan la igualdad de todos los españoles) y 149.1.16ª (bases y coordinación general de la Sanidad) de la Constitución.

Ante tal inconcreción de los títulos competenciales invocados, se debe recordar el alcance que tienen los títulos competenciales que se concretaban en el anteproyecto:

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación **zvtolbanomgm** en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=zvtolbanomgm>

a) La competencia del Estado (artículo 149.1. 1ª de la CE) sobre la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, ha sido delimitado por el Tribunal Constitucional, de manera que solo puede prestar cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa e inmediata, con los derechos que la Constitución reconoce (STC núm.61/1997, de 20 de marzo y en la STC núm. 239/2002, de 11 de diciembre) i no puede operar como una especie de título horizontal, capaz de introducirse en cualquier materia o sector del ordenamiento.

Asimismo, condiciones básicas no es sinónimo de "legislación básica", "bases" o "normas básicas". De manera que el Estado tiene la competencia exclusiva para incidir sobre los derechos y deberes constitucionales desde una concreta perspectiva, la de la garantía de la igualdad en las posiciones jurídicas fundamentales, dimensión, que no es, en rigor, susceptible de desarrollo como si de unas bases se tratara; será luego el legislador competente, estatal y autonómico, el que respetando tales condiciones básicas establezca su régimen jurídico, de acuerdo con el orden constitucional de competencias.

b) En relación con el alcance del título competencial de bases de la sanidad, la jurisprudencia constitucional ha delimitado su alcance y significación como "los principios generales que informan u ordenan una determinada materia, constituyendo, en definitiva, el marco o denominador común de necesaria vigencia en el territorio nacional" (STC 22/2012, de 16 de febrero).

c) Por último, la competencia estatal de coordinación de la sanidad, no tiene contenido normativo sustantivo, sino que debe obedecer a una función normativa de carácter instrumental tendente a garantizar la coherencia en el ejercicio de competencias regidas por el principio de autonomía.

III

Estas vulneraciones de la distribución de competencias entre Estado y comunidades autónomas se ponen de manifiesto desde el primer artículo del proyecto de Ley, cuando el artículo primero adiciona el artículo 47 a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, indicando en su apartado 2 que:

"2. De forma excepcional, justificada y motivada objetivamente, y *solo cuando no sea posible la prestación directa de los servicios públicos* que integran el Sistema Nacional de Salud, las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias y para la prestación de servicios sanitarios, podrán establecer conciertos o recurrir a cualesquiera de los contratos regulados en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, así como a cualesquiera de las fórmulas de colaboración previstas en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, incluidos los consorcios sanitarios. Los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo tendrán prioridad, cuando existan condiciones análogas de eficacia, calidad y costes."

Esta enmienda a la totalidad no valora si es mejor la gestión directa, con las modalidades que esta puede comportar, o la gestión indirecta, siempre con el reconocimiento del carácter de "servicio

público" de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, sino en el hecho incuestionable que esta previsión no encuentra cobertura en el título competencial ex artículo 149.1.1ª ni tampoco en el título de coordinación de la sanidad.

IV

En lo que concierne las bases, este redactado no se corresponde con un mínimo homogéneo necesario para estructurar el sistema de salud en aras a asegurar la efectividad del derecho a la protección de la salud. Por el contrario, se trata de un exceso regulatorio que supone una intromisión en las competencias autonómicas en materia sanitaria, de desarrollo y ejecución de las bases estatales, así como de las potestades organizativas de los centros y servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas.

Han de ser las comunidades autónomas como responsables de los diferentes servicios de salud que configuran el Sistema Nacional de Salud, decidan cuales son las fórmulas de gestión más idóneas en que cada territorio, en función de sus condiciones específicas, sin que esto suponga en ningún caso la privatización de un servicio público; ya que las fórmulas de gestión indirecta parte del reconocimiento expreso de la sanidad pública como un servicio público la titularidad del cual corresponde a la administración autonómica competente en cada caso.

El presunto objetivo de reforzar la equidad, universalidad y cohesión del sistema no puede amparar una vulneración de competencias autonómicas de autorganización de los servicios, cuestionando la eficacia y eficiencia de las actuales fórmulas de gestión de estos servicios públicos.

V

Otro ejemplo evidente de este exceso de regulación competencial son los apartados 5 y 6 del artículo 47 que se adiciona a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, relativos al régimen jurídico de los consorcios sanitarios. En concreto el inciso que establece "El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma Administración se someterá al mismo régimen".

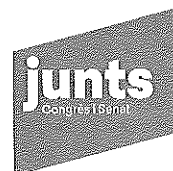
Estos consorcios sanitarios forman parte de la Administración de las diferentes comunidades autónomas, que tengan reconocida la competencia exclusiva, materia de organización de su administración, para establecer la estructura, la regulación de los órganos y directivos públicos, el funcionamiento y la articulación territorial; así como las distintas modalidades organizativas e instrumentales para la actuación administrativa.

La detallada regulación de los consorcios sanitarios que incluye el proyecto ultrapasa la competencia del Estado (artículo 149.1 18) para dictar las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas, además que este título competencial no es invocado como habilitante del proyecto.

En especial, se entiende que vulnera el posible contenido básico cuando establece que el personal



CONGRESO DE LOS DIPUTADOS SECRETARÍA GENERAL REGISTRO DE COMISIONES
12-09-2022 17:24:09
Entrada: 14201



laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma Administración se deba someter al mismo régimen.

La legislación laboral, residenciada en el ámbito estatal, ya opera como régimen jurídico común. Negar la posibilidad de la negociación colectiva y de pactos a nivel de centro de trabajo supone limitar la autonomía de gestión de los centros en un aspecto que no ha de redundar en la equidad, universalidad y cohesión del sistema y que genera una rigidez en la gestión que no favorece la adaptación del sistema a eventualidades y situaciones coyunturales que se puedan producir, especialmente en una época en que el sistema sanitario está muy tensionado y se prevé que esta situación tenga efectos dilatados en el tiempo.

Esta heterogeneidad de medidas se cierra con una enigmática disposición final quinta, según la cual *"en el plazo de doce meses, el Gobierno promoverá las medidas legales oportunas que permitan clarificar y complementar el régimen jurídico aplicable a los procesos de reversión y recuperación de la gestión directa de los servicios sanitarios cuando sean acordados por las administraciones competentes"*.

Resulta incomprensible, aunque no se estimara ya vulnerado el régimen competencial con la imposición de determinadas fórmulas de gestión, que la ley ponga un broche de cierre indicando que será el Gobierno y no las Comunidades Autónomas competentes las que desarrollaran la supuesta normativa básica que contendría este proyecto.

VI

Más allá del ámbito competencial la propuesta que recoge el artículo Primero no concuerda con la realidad el Sistema Nacional de Salud, ni recoge la diversidad de organización de la provisión en los servicios sanitarios del sistema público de salud de CCAA que históricamente, desde hace más de un siglo, se basan en un sistema de concertación por la insuficiente inversión en infraestructuras y equipamientos sanitarios, y que han logrado estabilizar una red de provisión mixta del sistema público de salud bajo el gobierno de las políticas públicas y el cumplimiento de los requerimientos de compromiso social y transparencia en resultados, un red apreciada por los profesionales y ciudadanos, conscientes, unos y otros, de trabajar para y ser atendidos por el sistema nacional de salud.

Esta norma que supuestamente quiere evitar la privatización de la sanidad, en estos casos, estaría creando precisamente el efecto contrario, generar exclusión de centros y profesionales, despojar de recursos de excelencia y proximidad territorial a los ciudadanos que actualmente acuden a estos centros que no son de gestión directa con su tarjeta sanitaria. Concertar no es privatizar. Privatizar es hacer pagar por ser atendido.

Sorprende que con esta intencionalidad basada en una premisa errónea no se plantee también la reversión del privilegio de los funcionarios del Estado sota el régimen de MUFACE, MUGEJU y ISFAS de acceder desde la cobertura pública a aseguradoras privadas.

Destinar los insuficientes recursos presupuestarios a crear una oferta paralela de centros y servicios de titularidad pública y de gestión directa es imprescindible en un momento donde es necesario sumar precisamente capacidades para disminuir listas de espera, mejorar el acceso y la confianza en el sistema nacional de salud, frenar las desigualdades que supone el incremento del aseguramiento privado, así como dar respuesta a nuevas necesidades en ámbitos como la cronicidad y la salud mental.

A todo ello se le suma la falta estructural de profesionales que requiere optimizar todos los recursos disponibles.

Es precisamente ante esta realidad que Europa amplía el concepto de Economía Social y los criterios para prestar servicios de cobertura pública, no discriminando por titularidades pero sí reforzando los requerimientos de calidad y compromiso social de las entidades que operen en el ámbito de los servicios a las personas.

La titularidad de quien presta el servicio y la gestión directa, por sí mismos, no garantizan el cumplimiento de la ética de la eficiencia en el uso de los recursos públicos, ni garantiza unos buenos resultados, elementos que sí deben ser exigibles para recuperar y reforzar el acceso a un SNS en un entorno de falta de profesionales y de subfinanciación.

Junts está comprometido con la defensa del modelo sanitario catalán que se ha ido construyendo desde los años 80. Un Sistema de Salud propio, diferenciado y referente como modelo universal, equitativo, sostenible y de calidad.

Por todo ello, Junts presenta esta enmienda a la totalidad al Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud solicitando su devolución al Gobierno.



CONGRESO DE
LOS DIPUTADOS

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
SECRETARÍA GENERAL
REGISTRO DE COMISIONES

12-09-2022 17:54:00

Entrada: 14212

VOX
GRUPO PARLAMENTARIO

A LA MESA DE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO

AUTOR

GRUPO PARLAMENTARIO VOX

De acuerdo con lo establecido en el artículo 110 y siguientes del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente **enmienda de totalidad de devolución** a la iniciativa: Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. (núm. expte. 121/000110)

Congreso de los Diputados, a 12 de septiembre de 2022.

Firmado electrónicamente por

José María Figaredo Álvarez-Sala, Portavoz sustituto Grupo Parlamentario VOX

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación e3x6hdfc7he9 en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=e3x6hdfc7he9>



CONGRESO DE
LOS DIPUTADOS

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS SECRETARÍA GENERAL REGISTRO DE COMISIONES
12-09-2022 17:54:00
Entrada: 14212

VOX
GRUPO PARLAMENTARIO

Expediente: 121/000110

Nº Enmienda: 4

AUTOR

GRUPO PARLAMENTARIO VOX

Justificación

PRIMERO.- ANTECEDENTES.

Se postula la devolución al Gobierno del *Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*. Como a continuación se expondrá, las razones son las siguientes: (i) es sectorial y contrario a los principios que informan el espíritu de la legislación sanitaria; (ii) su base argumental no está avalada por los hechos; (iii) es contradictorio e inoportuno; (iv) carece de fundamento económico; (v) genera inseguridad jurídica; y (vi) su pretendida equidad no es tal, pues viene a confirmar la tendencia iniciada en el año 2018 con el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, otorgando derechos de asistencia sanitaria, en toda su extensión, a personas que están ilegalmente en España, tratando al mismo tiempo de forma injusta a los españoles y a los extranjeros en España que tienen residencia legal.

SEGUNDO.- MOTIVOS QUE FUNDAMENTAN LA ENMIENDA A LA TOTALIDAD.

1. ESTATALISMO EXTREMO

En primer lugar, este proyecto de ley está contaminado ideológicamente por un estatalismo, cuasi comunista, que pretende, por vía normativa, la prohibición de facto de la colaboración público-privada de los servicios y prestaciones sanitarias. Se contravienen de esta manera los principios que emanan de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad ("LGS")* y de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ("LCCSNS")*.

Aunque es cierto que la LGS define el Sistema Nacional de Salud ("**SNS**") como un conjunto de "*estructuras y servicios públicos al servicio de la salud*", los artículos 66 y 67 *ibidem* contemplan la "vinculación" a este de los centros privados, mediante "*convenios singulares*", manteniendo titularidad y autonomía, "*cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten*". Asimismo, su artículo 90 establece la vía del concierto sanitario, que se añade a la mencionada de los convenios singulares.

No en vano, imposibilitar la colaboración público-privada y excluirla del sistema es contrario a los principios de las normas que inspiran el funcionamiento del SNS desde 1986. En este sentido, el

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación e3x6hdfc7he9 en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=e3x6hdfc7he9>



artículo 7 LGS establece que *"los servicios sanitarios (...) adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad"*.

Estos principios no pueden ser atribuidos a los efectos de una forma de gestión concreta, ya sea pública o privada. Para establecer una prioridad se tiene que demostrar la superioridad de un tipo de gestión sobre otra en alguna o todas estas variables, y este proyecto no demuestra que la gestión pública sea superior, como se mostrará a continuación.

Además, los artículos 66 y 67 del citado cuerpo legal incluyen a los hospitales del sector privado como parte de la red integrada de centros que han de proveer las Administraciones Públicas. Asimismo, consagra los conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a los de la administración pública sanitaria. Específicamente, en su artículo 90.1 establece que *"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, resulta especialmente relevante recordar que la LCCSNS, en su artículo 2.g), establece como principio general *"la colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud"*. Además, la sección 3ª del Capítulo I de esta ley recoge ciertas garantías, como la de accesibilidad a las prestaciones sanitarias reconocidas en la norma, y las de atención sanitaria en un tiempo máximo determinado. Ambas garantías no se pueden cumplir actualmente, por parte de las Administraciones Públicas, si solo se utiliza el sector público sanitario y se prescinde de la aportación de la sanidad privada al conjunto del Sistema Nacional de Salud.

1. FALTA DE SUSTENTO EMPÍRICO

En segundo lugar, debe advertirse de que el proyecto de ley adolece de una sévera falta de sustento empírico. En efecto, en la memoria del análisis del impacto normativo, se acomete una revisión de publicaciones para tratar de dirimir si la gestión pública directa es superior a otros modelos. Sin embargo, solo se citan tres estudios:

- a) En el primero se señala que *"con el tiempo, Alzira mostró una mejora estadísticamente mayor entre 2003 y 2015 que el promedio de sus pares en once de los indicadores, y una menor mejora en nueve"* [1].
- b) En el segundo se concluye que *"tener personalidad jurídica favorece la eficiencia técnica. El marco de regulación y gestión de los hospitales, más que la propiedad pública o privada, parecen explicar la eficiencia técnica"* [2].
- c) Y, por último, en el tercero, más extenso en su muestreo y de ámbito europeo, señala que *"en términos de calidad, los resultados son mixtos y no es posible sacar conclusiones claras sobre la superioridad de un tipo de propiedad"*. Y afirma que *"(...) se necesitan estudios futuros para investigar la relación entre las circunstancias contextuales y el desempeño"* [3].



Sorprende que el proponente (esto es, el Gobierno) solo sea capaz de citar tres estudios, y que el más importante de ellos concluya que es imposible sacar conclusiones. Se puede, con ello, afirmar que el Gobierno ha sido incapaz de encontrar evidencia científica sobre la superioridad de la gestión directa pública frente a la colaborativa público-privada, o con la puramente privada. Por lo tanto, el proyecto normativo carece de base empírica y no se puede sustentar en la evidencia, sino únicamente en un trasfondo político e ideológico.

Su falta de racionalidad bien pudiera ser efecto de la premura en su redacción, denunciada por los distintos órganos consultivos intervinientes, y en no haber escuchado a las partes. De hecho, el *Dictamen 7/2022, de 22 de junio, sobre el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud*, del Consejo Económico y Social^[4] (el "CES") afirma que su evaluación no ha podido ser profunda, toda vez que *"la premura exigida en la realización de este Dictamen, solicitado con carácter de urgencia por el Ministerio proponente, ha impedido a este órgano acometer un examen en profundidad"*. Añade que esto *"limita sus competencias consultivas en un asunto tan medular"* y que *"limita el ejercicio pleno de sus competencias consultivas y de participación, habida cuenta de la entidad y novedad de los cambios incorporados por el Anteproyecto, que incide en aspectos vertebradores de los principios del SNS"*. Además, el CES reprocha a los sucesivos Gobiernos que, *"tras más de veinticinco años de desarrollo, se ha carecido hasta ahora de un sistema de evaluación de resultados en salud (...) basado en la evidencia y con arreglo a indicadores comunes y homogéneos, para facilitar la toma de decisiones y la utilización adecuada de los recursos públicos"*.

1. PROYECTO DE LEY CONTRADICTORIO EN SÍ MISMO.

En tercer lugar, se trata de un proyecto de ley contradictorio en sí mismo, de forma palmaria. Así, se reconoce, a un tiempo, que la gestión pública de la asistencia sanitaria es ineficiente, pero, al mismo tiempo, no articula los mecanismos de su posible mejora. Frente a ello, solo aporta como solución hacer cuasi imposible, por vía normativa, los conciertos con la sanidad privada. Así:

a) En primer lugar, el Gobierno considera especialmente relevante incluir un apartado en el artículo 47 LGS con el fin de que *"se establezcan medidas para dotar a las organizaciones y centros sanitarios públicos de instrumentos de buena gobernanza para ampliar y reforzar la autonomía, flexibilidad y agilidad en la gestión, la participación profesional y de la ciudadanía, la rendición de cuentas y la gestión profesionalizada"*. El prelegislador parece implicar que no hubiese habido hasta ahora instrumentos de buen gobierno en la sanidad pública, cuando lo cierto es que ese concepto no es novedad alguna. Lo que sí es cierto es que estos mecanismos no han dado los frutos esperados.

Nuestra interpretación es que el artículo primero del proyecto de ley tiene como principal objetivo el impedir la participación de la sanidad privada en la provisión de servicios a la sanidad pública, poniendo unos requisitos que son imposibles de cumplir, por la sencilla razón de que aún no existen los instrumentos de medición, que deberán ser definidos *ex post*. Baste un ejemplo con respecto al apartado a) del artículo 47.2, sobre el que se hace imposible demostrar que se están utilizando



óptimamente los recursos, cuando no se definen previamente los parámetros que definen lo que se entiende por buena utilización.

En realidad, de una forma burda, que se pretende subrepticia, se pretende hacer creer que son los conciertos con la sanidad privada los causantes de la ineficiencia que tiene la pública, cuando los datos empíricos demuestran que los conciertos son una solución.

En efecto, de los 432 hospitales privados existentes en nuestro país, 164 (38%) cuentan con algún concierto parcial con la sanidad pública, y 107 (25%) están integrados en una red de utilización pública[5]. Los conciertos suponen el 10% del gasto sanitario (8.587 millones). El porcentaje que se destina a la partida de conciertos se ha reducido en los últimos años, pasando del 11,7% en 2014, al 10% de 2020[6]. El total de conciertos con el sector privado se destina principalmente a los servicios hospitalarios (60%) servicios especializados (19%), traslado de enfermos (13%), servicios primarios de salud (6%) y las prótesis y aparatos terapéuticos, con un 2%.

Se hacen bajo concierto el 6,4% de las pruebas diagnósticas de imagen, el 3% de los estudios de hemodinámica, el 9,2% de las sesiones de acelerador lineal, el 5,4% de los tratamientos de radiología intervencionista y el 7,4% de las visitas en hospitalización en domicilio. Bajo concierto se realizan el 8,7% de las intervenciones quirúrgicas, el 6,7% de las consultas, y el 6,2% de las urgencias. Las autonomías con mayor porcentaje de gasto sanitario en conciertos son Cataluña (24%), Islas Baleares (9,2%) Madrid (8,9%) Canarias (7%). Rioja (6,7%) Navarra (6,5%). Las que menos, son Castilla y León (2,7%), Cantabria (3,1%), y Andalucía y Extremadura, ambas con un 4%.

b) Desde el punto de vista de los precios, los concertados son menores que los públicos, a igualdad de procedimiento, según el informe "Aportación del sector sanitario privado", realizado por la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE), en julio de 2022. Este documento ha comparado los precios públicos y los precios concertados de 9 procedimientos, 4 diagnósticos y 4 especiales.

Este estudio muestra que, controlando por Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) y por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9/CIE-10), el resultado es que todos los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y especiales analizados resultan entre un 34% y un 92% más baratos a precios concertados que a precios públicos, con una mediana del 40%.

La colaboración público-privada lleva años funcionando, desde que fue iniciada por el *Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD* (que ya preveía la gestión tanto directa como indirecta) y desarrollada en la *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud* (que recogió la gestión de servicios a través de medios ajenos dentro de las garantías establecidas por la LGS). De esta resulta que la colaboración con el sector privado se ha evidenciado como indispensable y, además, más económica. Eliminarla de ello tendría dos consecuencias: (i) aumentar el tiempo de espera, con el consiguiente aumento de morbilidad y mortalidad; e (ii) incrementar el gasto sanitario sin mejora de los indicadores, de manera que de los 8.587 millones de euros que se invierte en

conciertos, se pasaría, siendo conservador, a 11.540 millones de euros.

1. INOPORTUNIDAD DEL PROYECTO NORMATIVO

En cuarto lugar, este proyecto de Ley no solo es irracional y antieconómico, sino que resulta inoportuno. La pandemia ha debilitado gravemente al Sistema Nacional de Salud, que ya padecía una crisis estructural desde décadas. Desde el año 2020, han descendido las actividades asistenciales y diagnósticas, lo que ha generado un aumento de las listas de espera. Por otra parte, la evolución de estas revela que en el año 2021 –y, previsiblemente en 2022– se evidenció que existía una demanda oculta, que afloró en ese año y lo seguirá haciendo en el presente ejercicio.

Los datos demuestran que las intervenciones quirúrgicas descendieron en 2020 un 22,5% con respecto a 2019, mientras que en 2021 han aumentado solo en un 7,6% (4,49 millones de intervenciones). A pesar de la recuperación de 2021, esta variable sigue un 16,6% por debajo de la registrada en 2019. Se calcula que aún están pendientes de realizarse 2,35 millones de cirugías para absorber las que deberían haberse realizado y que la respuesta a la pandemia no permitió llevar a cabo.

Pero la respuesta no fue la misma en el sector privado: Entre 2019 y 2020 en la sanidad pública se redujeron las intervenciones quirúrgicas un 25,9%, mientras que en la sanidad privada el descenso fue de un 17,2%. En 2021 el SNS padeció un récord de personas en lista de espera quirúrgica en la sanidad pública desde que existen datos (2003): 706.740 pacientes. Si se considera la lista de espera quirúrgica estructural (salidas menos entradas), en 2021 se observan 55.395 personas más en esa lista que en 2019, hasta un total de 474.479 pacientes[7].

Y si se observan las listas de espera en consulta para especialista, observamos que se ha incrementado un 27% en 2021 (un total de 2,8 millones de personas), por lo que es previsible que las listas de espera sigan aumentando en 2022, y se estima que el crecimiento para junio del 2022 llega a hasta 3,1 millones de pacientes[8].

El sector sanitario privado puede disminuir la presión asistencial que tiene el Sistema Nacional de Salud derivada de las consecuencias de la pandemia, debido a su mayor eficiencia, adaptabilidad, dimensión y disponibilidad. Así, los hospitales privados son el 56% del total de los hospitales en España, siendo un total de 432 centros, y disponen de 49.861 camas, el 31% del total de las camas hospitalarias en España[9]. La sanidad privada tiene un total de 1.626 quirófanos, el 36% del total, y el 20% de las Unidades de Cuidados Intensivos, 896 en 2020. Por su parte, en equipamiento tecnológico, la sanidad privada aporta el 52% de resonancias magnéticas, el 44% de los PET (tomografía por emisión de positrones), el 42% de los mamógrafos y el 41% de los equipos de hemodinámica de España[10].

El sector sanitario privado tiene una capacidad asistencial disponible del 15% sobre el total del sector, con la posibilidad de realizar hasta 300.000 intervenciones quirúrgicas cada año (esto es, el



CONGRESO DE
LOS DIPUTADOS

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
SECRETARÍA GENERAL
REGISTRO DE COMISIONES

12-09-2022 17:54:00

Entrada: 14212

VOX
GRUPO PARLAMENTARIO

10% de las intervenciones quirúrgicas que realizó el SNS en 2019). Por lo tanto, lo razonable en este contexto de crisis del sector público sanitario es acudir al concurso de la sanidad privada en lo que sea necesario para garantizar la sostenibilidad del mismo, y no acabar con dicha colaboración, como plantea el proyecto de ley.

1. FALTA DE FUNDAMENTO ECONÓMICO

En quinto lugar, este proyecto carece de un fundamento económico y presupuestario sólido y bien justificado, y resulta contrario a los mismos principios que dice querer defender.

En primer lugar, carece de un análisis económico y presupuestario creíble. Empezando por lo relativo a la ampliación del derecho a la protección de la salud con cargo a fondos públicos a las personas ascendientes reagrupadas por sus hijos (el menor peso presupuestario), en la memoria de impacto económico (p. 30) se dice que se evita porque el interesado se ahorraría el coste del seguro, que calcula en 2.500 euros, al año, y se indica que ese gasto "se evitaría al estar cubierto con fondos públicos."

Pero lo más atrabiliario se recoge en su p. 74, donde se señala que el impacto económico de este proyecto de ley será de 20 millones de euros al año. Se afirma textualmente: "Con respecto a sus efectos sobre la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas se ha estimado que la norma tiene un impacto presupuestario de 19.894.328,08 euros/año". Y a continuación se indica que "no supone coste o ahorro presupuestario significativo para la Administración General del Estado (...) No implica incremento o reducción de cargas administrativas".

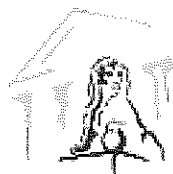
Para empezar, el proponente (esto es, el Gobierno) parece ignorar el gasto que supone la situación de turismo sanitario que padecen las ciudades de Ceuta y Melilla. En efecto, según el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria ("INGESA"), el 60% de los partos que se producen en Melilla y el 35% de los de Ceuta son de mujeres marroquíes, que pasan la frontera para ser atendidas de forma no urgente, según fuentes sanitarias.

El Tribunal de Cuentas, a 31 de diciembre de 2016, señaló que el importe total de deuda pendiente de cobro por el INGESA era de 104 millones de euros (104.495.288,93), correspondiendo casi la totalidad de dicho importe (el 87,46%) a la asistencia sanitaria prestada a usuarios sin derecho a la misma^[11]. El cierre de la frontera por Marruecos, motivado por la pandemia, ha reducido este "turismo sanitario", ya que según la Memoria 2020 del INGESA, "en el caso de los partos, la reducción supera el 50 %, lo cual se explica si tenemos en cuenta que en el año 2019 un 60 % de los mismos correspondieron a mujeres extranjeras" ^[12].

Pero lo más grave es que el proponente oculta que el 10% del gasto sanitario corresponde a conciertos y que, dado que los precios en la sanidad privada son un 40% menores, ese sobre coste tendrá que ser asumido por las arcas públicas, que además tendrán que asumir los costes administrativos.

El proyecto normativo, así, no solo carece de una memoria económica y presupuestaria creíble, sino

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación e3x6hdfc7he9 en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=e3x6hdfc7he9>



que podría contravenir el artículo 7.3 de la *Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera*, a cuyo tenor *"las disposiciones legales y reglamentarias, en su fase de elaboración y aprobación, los actos administrativos, los contratos y los convenios de colaboración, así como cualquier otra actuación de los sujetos incluidos en el ámbito de aplicación de esta Ley que afecten a los gastos o ingresos públicos presentes o futuros, deberán valorar sus repercusiones y efectos, y supeditarse de forma estricta al cumplimiento de las exigencias de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera"*.

Por tanto, el que este Proyecto de Ley excluya por la vía normativa la colaboración público-privada en la gestión sanitaria y en la prestación de sus servicios, ignorando que es menos costosa, impide el cumplimiento de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

1. INSEGURIDAD JURÍDICA.

Este proyecto no se limita a fijar principios generales, sino que aborda cuestiones de detalle y contiene múltiples expresiones imprecisas, inconcretas e inaplicables en el entorno sanitario de las regiones de España, que pueden ser objeto de impugnación, amén de resultar de imposible cumplimiento, sin una dotación presupuestaria específica a las comunidades autónomas que dé lugar a su posible implantación o modificación.

En particular, recoge una regulación restrictiva de la posibilidad de recurrir a la sanidad privada por parte del paciente y las comunidades autónomas, al fijar la gestión pública de la sanidad, salvo excepciones justificadas, la restricción de los copagos (aportación en las prestaciones sanitarias) y limita el establecimiento de conciertos y convenios, entre otras. Estas cuestiones no pueden ir incorporadas en una ley básica como la que nos ocupa.

El ya citado Dictamen del '**CES**' sobre el anteproyecto afirma que el artículo primero es indeterminado, e impreciso respecto a los criterios para establecer conciertos o contratos y opina que debe ser tarea del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para defender la equidad y la unidad del mercado, "A fin de evitar disparidad de interpretaciones sobre su alcance." Y añade que el proyecto debe especificar las previsiones en cuanto a los contratos existentes.

En efecto, el artículo primero y la disposición transitoria primera del texto propuesto pueden generar inseguridad jurídica y una sustancial judicialización. En el caso del artículo primero, aplicarlo sin respetar los plazos vigentes y sus prórrogas para algunas fórmulas de colaboración público-privada, podrían generar una judicialización de multitud de procedimientos que impactarían en la atención sanitaria de los pacientes. En lo que concierne a la disposición transitoria primera, que no se respete el plazo de duración de los conciertos, concesiones, contratos y otras fórmulas de colaboración para la prestación de servicios sanitarios que tengan por objeto la gestión y administración directa de las estructuras y servicios que integran el Sistema Nacional de Salud y que estén en vigor en el momento de la publicación de la nueva reforma, así como las prórrogas que legalmente proceden, generará una gran inseguridad jurídica e incertidumbre, que pondrá en riesgo la atención sanitaria de los pacientes.



CONGRESO DE LOS DIPUTADOS SECRETARÍA GENERAL REGISTRO DE COMISIONES
12-09-2022 17:54:00
Entrada: 14212

1. FALSA EQUIDAD Y UNIVERSALIDAD

Por último, las pretendidas garantías efectivas de las alegadas mejoras en equidad y universalidad del sistema sanitario no son tales, por dos razones:

- (i) El concepto de equidad lleva consigo el concepto de justicia. Y es imposible que este proyecto produzca una equidad efectiva, ya que no contempla acciones concretas para llevarlo a la práctica, ni prevé una financiación específica o la dotación de recursos técnicos y humanos adicionales que la garanticen
- (ii) Por otra parte, el concepto de “universalidad” ha sido pervertido, de manera que lo que inicialmente se concibió como la extensión de derecho de una asistencia sanitaria a todos los españoles se ha ampliado subrepticamente a todos los habitantes del mundo.

Mientras tanto, los españoles no pueden acceder de forma equitativa a la atención sanitaria en las distintas regiones de España. De hecho, **el proyecto no aborda la equidad efectiva de los españoles mediante el establecimiento del sistema de tarjeta sanitaria única, ni prevé ni recoge el acceso al historial clínico digital, al menos en español, por parte de los sanitarios de todo el país, por mencionar sólo dos ejemplos. Sin embargo, paradójicamente, otorga derechos de asistencia sanitaria en toda su extensión, en todo el territorio español, e incluyendo el trasplante de órganos, a los inmigrantes en situación de ilegalidad.**

TERCERO.- CONCLUSIONES.

El Gobierno tenía opciones constructivas para mejorar la asistencia sanitaria en España. Podría haber realizado una exhaustiva reforma de la LGS, o podía haber establecido las bases para mejorar la nefasta política en materia de recursos humanos, o impulsar la mejora las infraestructuras del sistema sanitario. En vez de ello, ha optado por prescindir de forma subrepticia de la colaboración de la sanidad privada.

La sanidad pública y la sanidad privada están fuertemente integradas, tanto por la vía de los conciertos como por otras formas de colaboración. Esta colaboración permite optimizar los recursos públicos. Al contrario, prescindir de la sanidad privada supone asumir una cantidad enorme de recursos por parte de la Administración Pública, lo que perjudicará la sostenibilidad del sistema. La aportación del sector privado es de tal dimensión que no es razonable ni viable desecharla, ya que la consecuencia sería la disminución de la atención sanitaria y de su calidad. El efecto final sería, por tanto, ir en contra de los mismos principios que este proyecto de ley afirma defender, esto es, la equidad y la accesibilidad de la atención sanitaria.

En resumen, el proyecto de ley revela la voluntad del Ejecutivo de introducir un estatismo extremo, sin previamente dotar de las bases y recursos para que nuestro sector público sanitario tenga una gestión sanitaria eficiente, contrastada y auditada.

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación e3x6hdfc7he9 en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=e3x6hdfc7he9>



Se trata, por tanto, de un Proyecto de Ley que va en contra del interés general, y que se encuentra guiado simplemente por el interés partidista y espurio.

Por los motivos expuestos, y dado que se trata de una **iniciativa que no responde a un fundamento claro y constatable, sino a razones meramente ideológicas y dogmáticas**, en cuya redacción **se constatan graves fallos jurídicos y técnicos**, y que **no resuelve problema alguno**, se estima que no procede su tramitación. En consecuencia, **el Grupo Parlamentario VOX postula la devolución al Gobierno del Proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud**, de cuya iniciativa procede el texto.

[1] Comendeiro-Maaløe M. Ridao-López M, Gorgemans S. Bernal-Delgado E. (2019) A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. Health Policy;123(4):412-418.

[2] C. Pérez-Romero; M. Isabel Ortega-Díaz; R. Ocaña-Riola; J.J Martín-Martín (2017). "Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión", Gac Sanit. 2019;33(4):325-332.

[3] Tynkkynen, L.K.; Vrangbæk, K. (2018). "Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe", BMC Health Services Research, 18(1):141.

[4]<https://www.ces.es/documents/10180/5275470/Dic072022.pdf/9406a807-d9cc-626c-7a51-77b027723e8d>

[5] Fuente: Ministerio de Sanidad, Catálogo Nacional de Hospitales 2022

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

[7] Ministerio de Sanidad

Proyecto Venturi: <https://www.newmedicaleconomics.es/en-profundidad/lista-de-espera-en-consulta-de-especialidades-y-quirurgicas-a-junio-de-2021-proyecto-venturi-avance-no10/>

[8] Idem.

[9] Fuente: Ministerio de Sanidad, Catálogo Nacional de Hospitales 2022

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación e3x6hdfc7he9 en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=e3x6hdfc7he9>



CONGRESO DE
LOS DIPUTADOS

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
SECRETARÍA GENERAL
REGISTRO DE COMISIONES

12-09-2022 17:54:00

Entrada: 14212

VOX
GRUPO PARLAMENTARIO

[10] Ministerio de Sanidad, SIAE, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SMICYUC) y Datadista

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

[11] <https://www.tcu.es/tribunal-de-cuentas/es/sala-de-prensa/noticias/El-Tribunal-de-Cuentas-aprueba-el-Informe-de-fiscalizacion-de-la-actividad-asistencial-del-Instituto-Nacional-de-Gestion-Sanitaria-ejercicio-2016/>

[12] https://ingesa.sanidad.gob.es/gl/actividad/memorias/docs/Memoria_2020_INGESA.pdf

La autenticidad de este documento puede ser comprobada mediante el Código Seguro de Verificación e3x6hdfc7he9 en <http://app.congreso.es/comregtele/web/ficherosDeFirma.action?csv=e3x6hdfc7he9>