



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

XV LEGISLATURA

Serie A:
PROYECTOS DE LEY

22 de mayo de 2026

Núm. 95-1

Pág. 1

PROYECTO DE LEY

121/000094 Proyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud.

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(121) Proyecto de ley.

Autor: Gobierno

Proyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud.

Acuerdo:

Encomendar su aprobación con competencia legislativa plena, conforme al artículo 148 del Reglamento, a la Comisión de Sanidad. Asimismo, publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, estableciendo plazo de enmiendas, por un período de quince días hábiles, que finaliza el día 9 de junio de 2026.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 19 de mayo de 2026.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Fernando Galindo Elola-Olaso**.

PROYECTO DE LEY DE GESTIÓN PÚBLICA E INTEGRIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

I

Desde su creación, el Sistema Nacional de Salud ha tenido una vocación de prestación pública de la asistencia sanitaria y de gestión pública de sus estructuras y servicios. Por ello, la gestión pública en el Sistema Nacional de Salud, basada en la prestación directa por las administraciones públicas, ha sido la modalidad mayoritaria desde su instauración.

Son varios los elementos del sistema sanitario en los que se puede analizar el carácter público o privado de los mismos. Los que suelen analizarse son cuatro: la financiación del sistema, la propiedad (y, en su caso, la titularidad) de las estructuras y dispositivos sanitarios, la gestión de los servicios de salud y el control de dichos servicios. La evidencia científica disponible y los estudios de evaluación existentes muestran que la gestión pública ofrece una mayor equidad en el acceso, mejores resultados en salud y una mayor capacidad para el control riguroso tanto de la calidad de la asistencia sanitaria prestada como de la correcta utilización de los recursos públicos invertidos en el sistema sanitario. Esto supone una mayor alineación con el carácter universal y gratuito en el punto de asistencia del Sistema Nacional de Salud en España, y una mayor equidad en el acceso.

La gestión directa del sistema sanitario permite a las administraciones públicas la prestación de servicios sanitarios coherente con los principios recogidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, orientados a la promoción y prevención de las enfermedades, garantizando la igualdad efectiva y la equidad en salud, desde una concepción integral de la atención a la salud de la población que conlleva mejores resultados en materia de calidad asistencial y de eficiencia en la gestión de los recursos, contribuyendo de manera importante a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud recoge la necesidad de la coordinación y la cohesión para asegurar el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación en el Sistema Nacional de Salud. La gestión directa de los centros y servicios sanitarios ofrece un marco que facilita la cohesión en la asistencia sanitaria y en las actuaciones de salud pública. Esto ha permitido desarrollar un sistema sanitario coordinado entre los diferentes niveles asistenciales y entre territorios que garantiza la continuidad de los cuidados en salud.

Los diversos modelos de gestión pública sanitaria existentes en nuestro país (entes de derecho público, sociedades mercantiles públicas o consorcios, entre otros), aportan mayor transparencia, reducen las desigualdades en salud y garantizan la protección de los derechos de la población en lo relacionado con el correcto uso de los recursos y una adecuada prestación de la asistencia sanitaria.

En las últimas décadas, la incorporación de las entidades privadas al ámbito de la gestión de los servicios sanitarios públicos, especialmente por parte de entidades privadas con ánimo de lucro, ha contribuido a una mayor fragmentación en la asistencia sanitaria, así como en los sistemas de información utilizados en los servicios de salud.

También se ha producido como consecuencia una menor capacidad de control por parte de las administraciones públicas. La experiencia acumulada a nivel internacional y nacional demuestra que la privatización, entendida como la incorporación de las entidades privadas al sistema sanitario en cualquiera de sus modalidades, tiende a erosionar la sostenibilidad del sistema, reducir la confianza ciudadana y dificultar la articulación de políticas sanitarias coherentes y homogéneas, favoreciendo la fragmentación.

La evidencia ha demostrado que el fortalecimiento del sector público sanitario, con gestión eficiente, transparente y participativa, es la vía más segura para garantizar derechos y mejorar resultados en salud.

II

Desde la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, el marco legal en España ha reconocido y regulado distintas formas de gestión de los servicios sanitarios.

En un principio, se impulsó la descentralización y la gestión pública como la forma principal de prestación de servicios sanitarios, buscando la cobertura universal y equitativa. En el año 1997, sin embargo, se introdujo la posibilidad de establecer «nuevas formas de gestión», mediante la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que permitió la creación de instituciones y entidades de gestión que, aunque operan en el ámbito público, podían adoptar estructuras flexibles, incluyendo concesiones administrativas y colaboración con entidades privadas.

Posteriormente, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, vino a regular la gestión y colaboración público-privada en el ámbito administrativo, estableciendo un marco general para la participación privada en funciones públicas, siempre tratando de buscar la primacía del interés público y bajo principios de transparencia y control.

Por su parte la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE, y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, recoge por un lado, la regulación de los contratos de concesión de servicios y de los contratos de servicios, pero por otro, conforme al artículo 11.6., excluyó la aplicación de esta ley las prestaciones de servicios sociales por entidades privadas con sujeción a los requisitos allí previstos.

Aplicando esta exclusión, diferentes comunidades autónomas de acuerdo con la disposición adicional cuadragésima novena de la propia Ley 9/2017, de 8 de noviembre, han legislado con el objeto de implementar instrumentos de concertación en régimen de autorización al margen de la normativa de contratos para la prestación de servicios públicos destinados a satisfacer necesidades de carácter social y sanitario.

Así, la normativa vigente hasta ahora ha permitido diversas formas de gestión, pero no ha establecido con suficiente claridad el papel predominante y la prioridad del sector público en la provisión de servicios sanitarios. Esto ha provocado una gestión fragmentada y, en algunos casos, importantes déficits en la gestión de recursos públicos, así como situaciones de funcionamiento diferencial entre proveedores públicos y privados dentro del Sistema Nacional de Salud en materia de transparencia, rendición de cuentas, gestión de profesionales, control presupuestario o manejo de recursos económicos.

III

La presente ley tiene como objeto establecer un marco normativo claro, coherente y firme que garantice la prioridad de la gestión pública del Sistema Nacional de Salud, respondiendo además a los principios de universalidad, equidad, calidad y transparencia que rigen al mismo.

En su articulado, se definen los principios fundamentales, en particular, la prioridad de la gestión pública y la restricción y excepcionalidad de fórmulas de colaboración con entidades privadas.

En la parte central de la ley se regula la tipificación y determinación de las diferentes estructuras de gestión y administración de los centros y servicios sanitarios, promoviendo la gestión directa por parte de las administraciones públicas. Asimismo, se plantea la posible creación y control de consorcios y entidades públicas de gestión, garantizando la transparencia y calidad a través de mecanismos específicos y auditorías periódicas.

Además, la ley incorpora la priorización de las entidades no lucrativas frente a las lucrativas, estableciendo una preferencia a favor de la posibilidad de colaborar con entidades con ánimo de lucro, dentro de los límites que traen causa del Derecho europeo.

Con objeto de garantizar la gestión pública del Sistema Nacional de Salud, se regula la necesidad de sustanciar un expediente previo de evaluación en los procedimientos de gestión indirecta, debiendo constituirse para dicha evaluación órganos colegiados, y los criterios objetivos necesarios para la contratación y gestión de servicios de forma indirecta.

Las disposiciones adicionales contemplan la evaluación de experiencias previas y la elaboración de informes sobre la gestión privada en el sistema sanitario desde 1997, así como el asesoramiento por parte de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud.

Por último, obedeciendo al espíritu de claridad, seguridad jurídica y de refuerzo del carácter público del sistema sanitario que pretende impulsar esta ley, se procede a derogar expresamente la Ley 15/1997 de 25 de abril, así como la modificación del artículo 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, alineándose con el contenido expresado en esta ley.

Así, con la entrada en vigor de la presente ley, las colaboraciones público-privadas que se quieran poner en marcha tendrán que someterse a un expediente previo de evaluación donde tendrán que acreditarse los requisitos y circunstancias recogidos en esta ley, y que deberá ser tenido en cuenta por parte de las administraciones sanitarias competentes a la hora de motivar sus decisiones en materia de este tipo de colaboraciones.

IV

La presente norma está compuesta de siete artículos divididos en cuatro capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y cinco disposiciones finales.

En el capítulo I de la ley, se recogen los principios informadores de la gestión y provisión sanitaria de los centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, entre los que se encuentran el de universalidad y accesibilidad; sostenibilidad; calidad y eficiencia; transparencia y rendición de cuentas; equidad y solidaridad; y participación y colaboración.

En el capítulo II se definen los dos modelos claves que justifican la elaboración de la presente norma, como son el sistema de gestión directa, el que tradicionalmente ha sido el fundamento del Sistema Nacional de Salud; y el de gestión indirecta, modelo que se ha ido extendiendo en los sistemas públicos de salud y sobre los que se quiere fijar una serie de pautas y baremos para que su implementación cumpla los requisitos de calidad, universalidad y equidad propios del Sistema Nacional de Salud.

En el artículo 4 se analiza los dos tipos de modelos existentes para la gestión indirecta, bien sea de acuerdo con la normativa reguladora de los contratos de sector público, o bien en aplicación de la ley general de sanidad, sin perjuicio de la posibilidad de aplicar las exclusiones que prevé la normativa de contratación pública cuando proceda. Por su parte, el artículo 5 regula el régimen jurídico al que deberán someterse los consorcios sanitarios, tanto en la vertiente presupuestaria, contable y de control, como del personal adscrito al mismo.

En el capítulo III se regulan los requisitos a los que deberán someterse las autoridades sanitarias competentes en los supuestos en los que consideren que la gestión indirecta es el mecanismo idóneo para articular la prestación sanitaria, para lo cual deberán elaborar una evaluación previa que será sometida a la consideración de órganos colegiados para la evaluación de la gestión sanitaria indirecta, de conformidad con lo que disponga la normativa autonómica de desarrollo. Estos órganos analizarán la concurrencia de los requisitos que se fijan en la norma, así como la necesidad de acudir a la gestión indirecta para la prestación de los servicios sanitarios.

En los supuestos de contratos de concesión de servicios se solicitará informe preceptivo a la Oficina Nacional de Evaluación (ONE) con el fin de analizar la sostenibilidad financiera de los mismos para que la prestación sanitaria no se vea perjudicada por una estimación económica que no se ajuste a la realidad del servicio.

Finalmente, el capítulo IV regula una serie de medidas de buen Gobierno, rendición de cuentas y evaluación ex post, permitiendo a las autoridades competentes la externalización de la auditoría y el control de la prestación, siempre y cuando se recoja en los pliegos que rijan la licitación, la incompatibilidad entre el adjudicatario y la entidad auditada y/o controlada para evitar un posible conflicto de intereses.

La disposición adicional primera prevé la creación de un grupo de trabajo formado por personas expertas en economía de la salud, gestión sanitaria y sistemas de salud para que elabore un informe de evaluación de las experiencias de gestión privada en España desde 1997 hasta la actualidad. La disposición adicional segunda contempla que la Alta Inspección pueda asesorar a las administraciones sanitarias competentes, si así lo solicitan, en el marco de los procesos de reversión de centros y servicios sanitarios gestionados previamente de manera indirecta.

La disposición transitoria única establece que la presente ley no será de aplicación a los expedientes de conciertos, concesiones, contratos y otras fórmulas de colaboración para la prestación de servicios sanitarios que tengan por objeto la gestión y administración de las estructuras y servicios que integran el Sistema Nacional de Salud que se hubieran iniciado con anterioridad a su entrada en vigor, siguiéndose rigiendo por las normas vigentes en el momento de su adjudicación los conciertos, concesiones, contratos y otras fórmulas de colaboración que estuvieran en ejecución en el momento de entrada en vigor de la presente ley.

La disposición derogatoria única, en aras a garantizar los principios expresados en la presente ley, deroga expresamente, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

La disposición final primera modifica la Ley General de Sanidad para garantizar que la vinculación a la red pública de hospitales a través de convenios singulares contribuye a la consecución de los objetivos de solidaridad y eficiencia presupuestaria que sustentan el sistema sanitario, así como la obligación de acreditar que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a través de esta figura se acredita de manera adecuada. La disposición final segunda modifica la ley de contratos del sector público, de manera que se prioricen en caso de empate, dentro del marco de actuación de la propia normativa de contratación, a las entidades sin ánimo de lucro. La disposición final tercera establece la habilitación normativa al Gobierno para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias. La disposición final cuarta recoge el título competencial. La disposición final quinta establece la entrada en vigor de la ley a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

V

Esta ley se ajusta a los principios de buena regulación a los que se refiere el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en particular a los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia.

A estos efectos, se pone de manifiesto el cumplimiento de los principios de necesidad y eficacia, dado el interés general en que se fundamentan las medidas que se establecen y que tienen como fin último la protección de la salud.

Del mismo modo, la norma es acorde con el principio de proporcionalidad al contener la regulación imprescindible para la consecución de los objetivos previamente mencionados, mediante la derogación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sustituyéndolo por un único texto legal, siendo las medidas que ahora se regulan proporcionadas al bien público a proteger. Además, supone la regulación imprescindible para atender la citada situación, pues no existen otras medidas menos restrictivas de derechos para ello.

Igualmente, se ajusta al principio de seguridad jurídica, siendo coherente con el resto del ordenamiento jurídico, así como al principio de transparencia, ya que identifica claramente su propósito y se ofrece una explicación. Asimismo, durante su procedimiento

de elaboración se ha favorecido la participación activa de los potenciales destinatarios de la norma a través del trámite de información pública.

Finalmente, esta ley se ajusta igualmente al principio de eficiencia, de manera que la norma establece un marco regulatorio claro para la provisión de servicios sanitarios que permite mejorar los procedimientos administrativos en lo relativo a la prestación sanitaria, especialmente en lo relacionado con modelos de colaboración público-privado.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto y ámbito de aplicación.*

1. La presente ley tiene por objeto regular la titularidad de la gestión y provisión sanitaria de los centros y servicios sanitarios o de atención sanitaria o sociosanitaria pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, garantizando su carácter público, universal, equitativo y de calidad.

2. Las disposiciones de esta ley serán de aplicación a todos los centros del Sistema Nacional de Salud, así como a todas las administraciones sanitarias competentes.

Artículo 2. *Principios generales.*

Los principios que informan la gestión y provisión sanitaria de los centros pertenecientes al Sistema Nacional de Salud son:

a) Universalidad y accesibilidad: el Sistema Nacional de Salud garantizará el acceso universal y equitativo a los servicios sanitarios, asegurando que todas las personas reciban atención integral, en el marco de la legislación vigente.

b) Gestión pública y sostenibilidad: la gestión del Sistema Nacional de Salud se orientará hacia un modelo eminentemente público, asegurando la sostenibilidad financiera y operativa del sistema.

c) Calidad y eficiencia: los servicios sanitarios deberán prestarse con los más altos estándares de calidad y eficiencia, promoviendo la mejora continua de todos los procesos asistenciales y administrativos.

d) Transparencia y rendición de cuentas: todas las actuaciones se llevarán a cabo bajo criterios de máxima transparencia, promoviendo la rendición de cuentas y la participación activa de la ciudadanía en la supervisión de la gestión sanitaria.

e) Equidad y solidaridad: el sistema velará por la distribución equitativa de recursos, priorizando las intervenciones en función de las necesidades de salud de la población, y fomentará la solidaridad interterritorial para reducir desigualdades en el acceso a los servicios.

f) Participación y colaboración: se promoverá la colaboración entre las administraciones públicas, las y los profesionales sanitarios, así como la participación de las y los pacientes y la comunidad en la planificación y evaluación de los servicios de salud.

CAPÍTULO II

Gestión pública del Sistema Nacional de Salud

Artículo 3. *Gestión y administración directa de los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.*

La gestión y administración directa de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las administraciones sanitarias competentes se llevará a cabo:

a) Por la propia administración sanitaria competente.

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

c) Mediante consorcios creados por varias administraciones públicas o entidades integrantes del sector público institucional recogidos en el artículo 5 de la presente ley.

Artículo 4. Gestión y administración indirecta de centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.

La gestión indirecta de los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud tendrá carácter excepcional, y se podrá articular mediante las siguientes opciones:

a) Con arreglo a alguna de las fórmulas establecidas en la normativa sobre contratos del sector público, siempre y cuando quede acreditado, de acuerdo con lo recogido en la presente ley:

1. Que no sea posible la prestación directa de los servicios sanitarios que integran el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con criterios objetivables y debidamente motivados.

2. Que la financiación de esta gestión indirecta resulte sostenible y eficiente, justificada y motivada objetivamente.

3. Que se garantice a través de la gestión indirecta la sostenibilidad social del servicio, entendiéndose por tal sostenibilidad, garantizar en todas las fases de la prestación del servicio concreto la calidad, la continuidad, la accesibilidad, la asequibilidad, la disponibilidad y la exhaustividad de los servicios; las necesidades específicas de las distintas categorías de usuarios, incluidos los grupos desfavorecidos y vulnerables; la implicación de los usuarios de los servicios; y la innovación en la prestación del mismo, en los términos que recoge la disposición adicional cuadragésima séptima de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE, y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

No podrán gestionarse de forma indirecta los centros y servicios sanitarios que incluyan contratos de concesión de obra siempre y cuando tengan por objeto la prestación sanitaria.

b) A través de los convenios singulares regulados en los artículos 66 y 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como los concertados del artículo 90 de la misma ley.

Lo previsto en los apartados a) y b) se aplicará sin perjuicio de las exclusiones previstas en la sección 2.^a del capítulo I del Título preliminar de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre.

Artículo 5. Sobre los consorcios sanitarios.

1. Los consorcios sanitarios cuyo objeto principal sea la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud están adscritos a la administración sanitaria responsable de la gestión de estos servicios en su ámbito territorial de actuación y su régimen jurídico es el establecido en la presente ley y, supletoriamente, en la normativa que regula con carácter general el resto de consorcios, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

2. Los consorcios sanitarios están sujetos al régimen de presupuestación, contabilidad y control de la administración sanitaria a la que estén adscritos, sin perjuicio de su sujeción a lo previsto en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. En todo caso, se llevará a cabo una auditoría de las cuentas anuales que será responsabilidad del órgano de control de la administración sanitaria a la que esté adscrito el consorcio.

3. El personal al servicio de los consorcios sanitarios podrá ser personal funcionario, estatutario o laboral procedente de las administraciones participantes o laboral en caso de ser contratado directamente por el consorcio. El personal laboral contratado directamente por los consorcios sanitarios adscritos a una misma administración se someterá al mismo régimen. El régimen jurídico del personal del consorcio será el que corresponda de acuerdo con su naturaleza y procedencia.

CAPÍTULO III

Evaluación de la gestión indirecta

Artículo 6. *Evaluación previa de la gestión indirecta.*

1. Las administraciones sanitarias competentes, de conformidad con lo dispuesto en el presente artículo, y, en su caso, en la normativa autonómica de desarrollo, establecerán un procedimiento de evaluación previa en los supuestos de gestión indirecta previstos en el artículo 4 de la presente ley, que tengan por objeto la realización de prestaciones de carácter sanitario, en el que quedarán acreditados los requisitos fijados en este artículo. De igual manera, todas las fórmulas de gestión que no estén incluidas en el artículo 3 quedarán sujetas a esta evaluación previa.

No obstante, no deberán someterse a la evaluación previa recogida en este artículo, aquellos expedientes de los recogidos en el artículo 4, que no superen el umbral fijado en el artículo 22 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre.

No podrá fraccionarse un expediente con la finalidad de disminuir la cuantía del mismo y eludir así el trámite de evaluación previa recogido en el presente artículo.

A los efectos de esta ley, se considerarán prestaciones de carácter sanitario, las contempladas en el artículo 7 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En el caso de la Administración General del Estado, el procedimiento se regulará mediante orden ministerial de la persona titular del Ministerio de Sanidad.

2. Dicho procedimiento deberá contemplar la emisión de un informe preceptivo y debidamente motivado en el que se valoren, al menos, todos los aspectos recogidos en el apartado 6 teniendo en cuenta las directrices emitidas para su elaboración, previo a la externalización del centro o servicio sanitario, elaborado por los órganos colegiados contemplados en el apartado 3. La administración sanitaria deberá tener debidamente en cuenta a efectos de la motivación de la decisión que finalmente se adopte, el criterio expresado en el informe.

El informe y la resolución adoptada, se publicarán, en formatos accesibles, en el «Boletín Oficial del Estado» o diario oficial correspondiente, sin perjuicio de su publicación en la sede electrónica de la administración sanitaria competente.

La publicidad de los informes y resoluciones a que se refiere este artículo se realizará de conformidad con lo previsto en la normativa vigente en materia de transparencia y administración abierta, sin perjuicio de las obligaciones específicas de publicidad activa establecidas en la presente ley.

3. Las administraciones sanitarias competentes deberán constituir órganos colegiados para la evaluación de la gestión sanitaria indirecta, que deberán incorporar, al menos, a personas expertas del ámbito sanitario designadas por la propia administración pública, a personas representantes de las profesiones sanitarias, y a representantes de la sociedad civil, como las organizaciones de pacientes.

4. La administración sanitaria competente deberá presentar al órgano colegiado una memoria justificativa en la que exponga las razones que motivan la necesidad de recurrir a la gestión indirecta de conformidad con lo que disponga la normativa autonómica de desarrollo.

El órgano valorará dicha memoria y emitirá el informe preceptivo señalado en el apartado 2 acerca de la adecuación a las características y principios recogidos en cada

una de las tipologías de gestión indirecta establecidas en la presente ley y en el marco procedimental que disponga la normativa autonómica de desarrollo referida en el párrafo anterior.

5. En los supuestos de contratos de concesión de servicios y con la finalidad de analizar la sostenibilidad financiera de los mismos, será preceptivo en todo caso, solicitar informe a la Oficina Nacional de Evaluación (ONE), prevista en el artículo 333 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, con independencia de los supuestos previstos en el apartado 3 del mencionado artículo.

Cada comunidad autónoma podrá adherirse en los términos de la legislación de contratos para el sector público para que la ONE realice dichos informes o si hubiera creado un órgano u organismo equivalente solicitará estos informes preceptivos al mismo cuando afecte a sus contratos de concesión.

6. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordará las directrices apropiadas para asegurar que la elaboración de los informes se realiza con criterios suficientemente homogéneos. Dichas directrices desarrollarán los siguientes aspectos:

- a) La utilización óptima de los recursos sanitarios propios.
- b) La insuficiencia de medios propios para prestar los servicios en condiciones adecuadas.
- c) La existencia de un plan de dimensionamiento de recursos propios, orientado a su adaptación estructural a las variaciones previsibles de la demanda.
- d) La justificación de la necesidad de acudir a fórmulas de gestión distintas a la directa.
- e) La excepcionalidad en el supuesto de los expedientes de gestión indirecta a través de las fórmulas recogidas en la ley de contratos.
- f) El impacto en salud.

El desarrollo de las directrices deberá ajustarse a la realidad territorial de las autoridades sanitarias competentes.

7. Para la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutuality General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas será de aplicación lo dispuesto en la disposición adicional decimonovena de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre.

CAPÍTULO IV

Buen gobierno, rendición de cuentas y evaluación ex post

Artículo 7. Garantías de calidad y buenas prácticas en la gestión de los centros y servicios que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

1. El Gobierno, mediante real decreto, y cada una de las administraciones sanitarias en el ámbito de sus respectivas competencias, determinará las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen o ya existan para la gestión de los centros y servicios mencionados.

2. Las comunidades autónomas y el Gobierno, en el ámbito de sus competencias y atendiendo a los principios de transparencia, participación democrática, integridad, competencia y accesibilidad universal, establecerán instrumentos de gobernanza que permitan a las administraciones sanitarias adoptar instrumentos de buen gobierno 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 en los centros sanitarios que forman parte del Sistema Nacional de Salud, a fin de contribuir a la eficiencia, evaluación y mejora continua de los mismos, sean gestionados de forma directa o indirecta.

3. Las administraciones públicas sanitarias garantizarán la transparencia en la gestión de los recursos públicos destinados a la sanidad, publicando en el correspondiente

portal de transparencia de forma periódica, y en formatos accesibles, información detallada sobre la contratación, los conciertos, los resultados de salud y la calidad de los servicios prestados.

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los indicadores de resultados de salud y de calidad de los servicios prestados.

4. Con carácter excepcional, en el supuesto de que los servicios de auditoría y control de las prestaciones sanitarias se contraten por parte de alguna de las Administraciones sanitarias, se deberá prever en los pliegos que rijan la contratación, que la empresa adjudicataria no podrá tener conflicto de intereses con la empresa auditada o controlada.

5. Se reforzarán los mecanismos de control público sobre la gestión sanitaria, incluyendo la evaluación independiente de la eficiencia, la calidad de los servicios, la integridad y la gestión de los posibles conflictos de interés, así como la participación de las personas usuarias y las y los profesionales en los órganos de control y seguimiento.

6. El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, deberán publicar, con periodicidad al menos anual, indicadores sanitarios de cada uno de los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud, con independencia de cuál sea su modelo de gestión.

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los indicadores sanitarios a los que se refiere este apartado.

Disposición adicional primera. Informe de evaluación de experiencias de gestión en el sistema sanitario.

En el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta ley, la persona titular del Ministerio de Sanidad elevará un informe a la Comisión Delegada de Asuntos Económicos del Gobierno sobre evaluación de las experiencias de gestión en la Sanidad española desde 1997 hasta la actualidad.

A tal efecto, se constituirá un grupo de trabajo integrado por representantes de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla, así como por personas expertas en economía de la salud, gestión sanitaria, sistemas de salud y salud pública, con participación de organizaciones de pacientes. El grupo de trabajo estará encargado de llevar a cabo una evaluación económica sobre los resultados en salud de las diferentes experiencias de gestión sanitaria desde 1997 hasta la actualidad desde una perspectiva del pagador.

Disposición adicional segunda. Asesoramiento de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud.

En el ámbito de las competencias de la Alta Inspección del Sistema Nacional de Salud del artículo 76 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la Alta Inspección podrá asesorar a las administraciones sanitarias competentes, si así lo solicitan, en el marco de los procesos de reversión de centros y servicios sanitarios gestionados previamente de manera indirecta conforme a esta ley y que decidan iniciar estos procesos en el ámbito de sus competencias para su gestión y administración directa.

Disposición transitoria única. Aplicación transitoria en relación con los conciertos, contratos y otras fórmulas de colaboración iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de esta ley.

La presente ley no será de aplicación a los expedientes de conciertos, concesiones, contratos y otras fórmulas de colaboración para la prestación de servicios sanitarios que tengan por objeto la gestión y administración de las estructuras y servicios que integran el Sistema Nacional de Salud que se hubieran iniciado con anterioridad a su entrada en vigor. Se entenderá, a estos efectos, que los expedientes han sido iniciados si se hubiera

acordado el inicio del procedimiento correspondiente. Cuando se trate de contratos, los expedientes se entenderán iniciados de conformidad con lo previsto en la disposición transitoria primera de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

Asimismo, se seguirán rigiendo por las normas vigentes en el momento de su adjudicación los conciertos, concesiones, contratos y otras fórmulas de colaboración que estuvieran en ejecución en el momento de entrada en vigor de la presente ley.

Disposición derogatoria única. *Alcance de la derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en esta ley y, en particular, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*

Se modifican los apartados 1 y 3 del artículo 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que quedan redactados de la siguiente manera:

«1. La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior se realizará mediante convenios singulares.

Dicha vinculación deberá contribuir efectivamente a la finalidad social y a la consecución de los objetivos de solidaridad y de eficiencia presupuestaria que sustentan el sistema sanitario.»

«3. En cada Convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del Sistema Sanitario se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo. Esta característica deberá acreditarse a través del procedimiento establecido por la administración sanitaria competente. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordarán los criterios a los que se refiere este apartado.

El cobro de cualquier cantidad a las y los pacientes en concepto de atenciones no sanitarias, cualquiera que sea la naturaleza de éstas, podrá ser establecido si previamente son autorizados por la Administración Sanitaria correspondiente el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar.»

Disposición final segunda. *Modificación de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.*

Uno. Modificación del título de la disposición adicional vigésima séptima.

«Disposición adicional vigésima séptima. *Sistema Nacional de Salud: Adquisición Centralizada y otras especialidades del procedimiento de contratación en el ámbito sanitario.*»

Dos. Se añade un apartado quinto a la disposición adicional vigésima séptima:

«5. Los órganos de contratación establecerán, entre otros en su caso, en los pliegos de cláusulas administrativas particulares el criterio de adjudicación específico para el desempate que se recoge en el apartado c) del artículo 147.1 de la presente ley.»

BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie A Núm. 95-1

22 de mayo de 2026

Pág. 12

Tres. Se modifica el apartado 1 de la disposición adicional cuadragésima octava:

«1. Sin perjuicio de lo establecido en la Disposición adicional cuarta, los órganos de contratación de los poderes adjudicadores podrán reservar a determinadas organizaciones el derecho a participar en los procedimientos de licitación de los contratos de servicios de carácter social, cultural y de salud que enumera el Anexo IV bajo los códigos CPV 75121000-0, 75122000-7, 75123000-4, 79622000-0, 79624000-4, 79625000-1, 80110000-8, 80300000-7, 80420000-4, 80430000-7, 80511000-9, 80520000-5, 80590000-6, desde 85000000-9 hasta 85323000-9, 92500000-6, 92600000-7, 98133000-4 y 98133110-8.

En el supuesto concreto de los contratos de servicios de salud, se procurará fomentar esta reserva en aquellos supuestos en los que sea posible.»

Disposición final tercera. *Habilitación normativa.*

Se habilita al Gobierno para dictar cuantas disposiciones reglamentarias sean necesarias para el desarrollo de esta ley, así como para acordar las medidas necesarias para garantizar su efectiva ejecución e implantación, en el ámbito de las competencias estatales.

Disposición final cuarta. *Título competencial.*

Esta ley se dicta al amparo del artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las bases y coordinación general de la sanidad y del artículo 149.1.18.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia para dictar la legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas.

Disposición final quinta. *Entrada en vigor.*

La presente ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

cve: BOCG-15-A-95-1