

Departamento de Documentación

Dirección de Documentación,
Biblioteca y Archivo

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

[121/000094]



Dosier. Serie legislativa. Núm. 62. Junio 2026

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día 19 de mayo de 2026 acordó, en relación con el **Proyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud**, encomendar su aprobación con competencia legislativa plena, conforme al artículo 148 del Reglamento, a la Comisión de Sanidad.

Según se afirma en la Exposición de Motivos, desde su creación, el Sistema Nacional de Salud (SNS) 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 SNS, 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 prestada como de la correcta utilización de los recursos públicos invertidos.

La titularidad de la gestión de los servicios y centros del SNS ha sido objeto de regulación, a lo largo de los años, en diversas normas¹, permitiendo diversas formas de gestión, pero no se ha establecido con suficiente claridad el papel predominante y la prioridad del sector público en la provisión de los servicios sanitarios.

¹ La [Ley 14/1986](#) impulsó la descentralización y la gestión pública como la forma principal de prestación de servicios sanitarios, buscando la cobertura universal y equitativa. Mediante la [Ley 15/1997](#) se adoptaron estructuras flexibles, incluyendo concesiones administrativas y colaboración con entidades privadas. Posteriormente, la [Ley 40/2015](#) reguló 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](#), recogió 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 lo establecido en su [disposición adicional cuadragésima novena](#), han legislado implementando 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.

Todo 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 SNS en materia de transparencia, rendición de cuentas, gestión de profesionales, control presupuestario y manejo de recursos económicos.

Mediante este Proyecto de Ley, que se estructura en una **parte expositiva** y una **parte dispositiva** que consta de **siete artículos** divididos en **cuatro capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y cinco disposiciones finales**, se quiere establecer un marco normativo claro, coherente y firme que garantice la prioridad de la gestión pública del SNS, respondiendo así a los principios de universalidad, equidad, calidad y transparencia que rigen el mismo.

En el marco internacional, el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental está consagrado en el **art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**². En este mismo artículo también se especifican algunas medidas que deberán adoptar los Estados Parte para asegurar la plena efectividad del derecho, entre las que se encuentra la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano encargado de supervisar la aplicación de este tratado por los Estados Parte, aprobó en el año 2000 la **Observación general 14 (2000)**, relativa al art. 12 del Pacto³, en la que se interpretada detalladamente el contenido normativo de este artículo a la luz de los cambios ocurridos en la situación mundial de la salud. Por un lado, establece cuáles son los “elementos esenciales e interrelacionados” que abarca el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles: disponibilidad, por la que se establece que cada Estado Parte deberá contar con un **número suficiente de establecimientos**, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud (si bien la naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en

² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. Fue ratificado por España en 1977 (**Instrumento de Ratificación** publicado en BOE, núm. 103, de 30 de abril de 1977). Este artículo recoge y desarrolla algunos de los aspectos ya contemplados en el art. 25 de la **Declaración Universal de Derechos Humanos** de 1948.

³ Observación General 14 (2000), aprobada el 11 de mayo de 2000. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4.

particular el nivel de desarrollo del Estado Parte); **accesibilidad** a todos, sin discriminación alguna⁴; **aceptabilidad y calidad**. Por otro, desarrolla los diferentes tipos de obligaciones de los Estados Parte en relación con este derecho.

Las **Naciones Unidas** otorgan una gran importancia a la garantía de la sanidad, como se refleja en el **Objetivo 3 (Salud y Bienestar)** de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 que se adoptaron en 2015⁵ y en la organización de las Reuniones de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal, la última de las cuales se celebró en **septiembre de 2023**.

La **Organización Mundial de la Salud** tiene como finalidad general alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, según se establece en el art. 1 de su **Constitución**.

Entre las diversas tareas que lleva a cabo para lograrlo se encuentra la de analizar los diversos sistemas de salud que existen a nivel internacional a través del *Global Health Observatory*. Los indicadores sobre el **fortalecimiento de los sistemas de salud** ofrecen una información internacional muy completa en relación con el funcionamiento de dicho sistema y ofrecen información sobre las fuentes y modalidades públicas o privadas de prestación de los bienes y servicios sanitarios. Profundiza en esta cuestión y en las posibilidades de colaboración entre los sectores público y privado el informe *Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems: strategy report of the WHO Advisory Group on the Governance of the Private Sector for Universal Health Coverage*, publicado en 2020. A modo de complemento también puede consultarse la información aportada por la propia OMS en la *Global Health Expenditure Database*.

⁴ En relación con las formas de prestación públicas o privadas, la dimensión económica de la accesibilidad exige que “[l]os pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos” (párr. 12.b) iii)).

⁵ **Resolución 70/1** de la Asamblea General de Naciones Unidas. A/RES/70/1. El Objetivo 3.8 se refiere a “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

Por otra parte, la **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos** recoge indicadores, compara y analiza los sistemas de salud en los Estados miembros (así como algunos asociados y candidatos en los informes *Health at a Glance*, cuya última edición se publicó el 13 de noviembre de 2025, y en las *Health Statistics*). Entre las cuestiones tratadas se incluyen las modalidades pública y privada de gestión y prestación de los servicios.

Estas materias se encuentran reguladas de diversas maneras en los **países de nuestro entorno**, en los que se pueden encontrar diferentes sistemas sanitarios.

De manera introductoria, es conveniente destacar que esta diversidad parte de la existencia de dos grandes tipos o modelos ideales: el de seguros sociales (modelo Bismarck) y el de los servicios nacionales de salud (modelo Beveridge). La principal diferencia entre ellos es que en el modelo Bismarck la financiación procede fundamentalmente de las cuotas, obligatorias, pagadas por empresarios o trabajadores, con las que se constituyen fondos o entidades encargados de reembolsar las prestaciones suministradas a los asegurados. En cambio, en el modelo Beveridge la financiación se realiza, de forma predominante, a través de impuestos y se proporciona un servicio de sanidad pública para todos los ciudadanos organizado por el Gobierno. En la mayoría de los casos la evolución del sistema ha llevado a una realidad más matizada, en la que se han terminado adoptando elementos propios de los dos modelos.

Francia ha optado por un sistema desarrollado a partir del modelo Bismarck en el que destaca la entidad *Assurance Maladie*.

Los servicios del sistema pueden ser garantizados y prestados tanto por establecimientos públicos como por los privados que hayan sido habilitados, tal y como se regula en el *Code de la santé publique*, tanto en la parte legislativa (**arts. L6111-1 à L6163-10**) como en la reglamentaria (**arts. R6111-1 à R6431-76**).

Se garantiza el acceso universal a la salud (*protection universelle maladie*), como se establece en el *Code de la sécurité sociale* (**arts. L160-1 à L160-7**). Una parte de las prestaciones es financiada por *Assurance Maladie* (por vía, fundamentalmente, de reembolsos), mientras que otra debe ser asumida por el paciente o beneficiario concreto (directamente o por una cobertura complementaria mutualista). El concepto principal en estos casos es el de *reste à charge*, resultante tras los reembolsos de *Assurance Maladie*.

En **Italia**, en cambio, rige un servicio nacional de salud, regulado en la *Legge n. 833 del 1978*, que establece sus principios y objetivos, así como sus prestaciones y funciones. El *Decreto legislativo n. 502 del 1992* recoge el régimen general en materia sanitaria, tanto para el Estado como para los servicios sanitarios regionales, y los mecanismos de participación de los ciudadanos (art. 14).

Las prestaciones garantizadas por el sistema, fijadas a nivel nacional en el *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017*, pueden ser realizadas por estructuras tanto públicas como privadas. Para que las estructuras privadas puedan realizarlas deben ser convenientemente autorizadas o acreditadas a través de acuerdos contractuales con las Regiones, de acuerdo con el art. 43 de la *Legge* de 1978, los art. 8-bis a 8-octies del *Decreto legislativo* de 1992 y el *Decreto del Ministro della Salute de 19 dicembre 2022* que regula la evaluación en términos de calidad, seguridad y adecuación de las actividades prestadas para la acreditación y para los acuerdos contractuales con las estructuras sanitarias. Son las leyes regionales las encargadas de regular la autorización y vigilancia de las instituciones sanitarias de carácter privado⁶.

En **Portugal** el sistema, de modelo similar al anterior, está regulado fundamentalmente por tres normas: la *Lei 56/79 (Serviço Nacional de Saúde)*, la *Lei 95/2019, de bases da Saúde* y el *Decreto-Lei 52/2022 (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde)*.

El acceso a las prestaciones se realiza principalmente a través de los servicios públicos, si bien cabe la posibilidad de que se puedan celebrar acuerdos y contratos con entidades privadas y con profesionales independientes cuando el SNS no tenga capacidad comprobada para prestar cuidados en tiempo útil y condicionados a la evaluación de la necesidad, según se afirma en la Base 25 de la *Lei de bases da Saúde*, deben respetar las normas y principios aplicables al sistema nacional de salud⁷. Además, el Estado asegura la planificación, regulación, evaluación, auditoría, fiscalización e inspección de las entidades que integran el sistema nacional y de las entidades del sector privado.

⁶ Para obtener más información sobre la forma en la que se realiza esta labor y la situación de los servicios en los diferentes territorios puede consultarse el *Nuovo Sistema di Garanzia* del Ministerio de Sanidad.

⁷ Según la Base 20 de la misma norma, universalidad, generalidad, gratuidad tendencial, integración de cuidados, equidad, calidad, proximidad, sostenibilidad financiera y transparencia.

En **Reino Unido** la sanidad es una “materia devuelta” para Escocia, Gales e Irlanda del Norte, por lo que su regulación corresponde a los diferentes territorios. No obstante, en todos los casos existe un servicio nacional de salud que responde a los mismos principios: acceso universal, cobertura general, financiación pública y gratuidad en el punto de uso, de acuerdo con el modelo formulado por Beveridge para este país.

En Inglaterra la prestación se realiza, en la mayoría de los casos, a través de entidades públicas del *National Health Service*. No obstante, se admite que puedan intervenir otros proveedores privados, voluntarios o comunitarios, prestando servicios que son financiados públicamente. La planificación y contratación de dichos servicios se realiza por los *Integrated Care Boards*, de acuerdo con el *Health and Care Act 2022*, y siguiendo el régimen específico para su selección establecido en las *Health Care Services (Provider Selection Regime) Regulations 2023*.

En el caso de Escocia la planificación y prestación se realizan fundamentalmente a través de los servicios públicos del propio *NHS Scotland*. No obstante, existen casos en los que *NHS Scotland* recurre a acuerdos con entidades del sector privado para la prestación de los servicios, realizados de acuerdo con las directrices *Arrangements for NHS patients receiving healthcare services through private healthcare arrangements* del *Chief Medical Officer*⁸.

En Gales la entidad fundamental es *NHS Wales*, que también realiza mayoritariamente la prestación de los servicios de forma directa. No obstante, los *Local Health Boards* pueden contratar algunos servicios con proveedores del sector privado.

En Irlanda del Norte existe una entidad en la que también se incluyen los servicios sociales: *Health and Social Care*. Los principales proveedores de servicios de salud son públicos —los *HSC Trust*—, si bien en algunos casos se han adoptado programas en los que existe una colaboración con entidades privadas. Un ejemplo reciente lo constituye el *Waiting List Reimbursement Scheme* puesto en marcha en junio de 2025, según el cual el paciente puede buscar un tratamiento privado y solicitar posteriormente el reintegro del dinero desembolsado.

⁸ Para una explicación más detallada de estos casos, ver la nota *Private healthcare in Scotland FAQs – update April 2025*. *Scottish Parliament Information Centre*.

Información adicional

Puede consultar los siguientes **documentos de trabajo** elaborados, por el Departamento de Documentación, para la Comisión de Sanidad, en los que se recoge:

- **Documentación que acompaña al proyecto**
- **Exposición de Motivos: documentación citada**
- **Documentos comparativos y texto derogado**
- **Estudios**

Igualmente, se encuentra a su disposición la **bibliografía** de apoyo a la tramitación parlamentaria del Proyecto elaborada por la Biblioteca del Congreso de los Diputados, que puede ser actualizada o ampliada durante su tramitación.