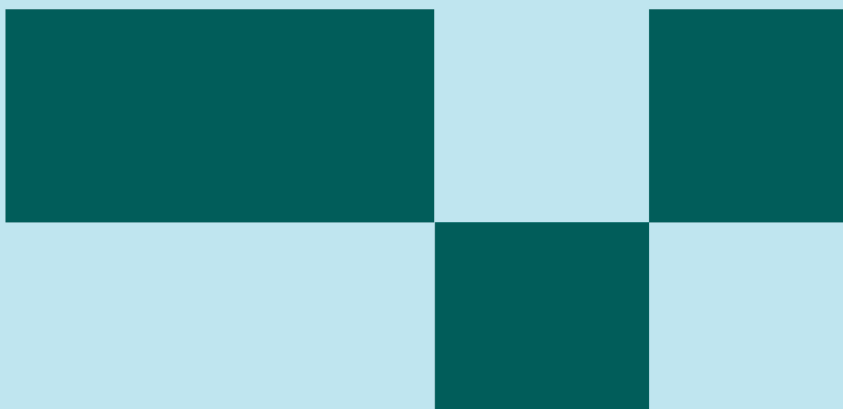


Hacia un Pacto de Estado por la Salud:
Informe de Evaluación del Sistema
Nacional de Salud



**HACIA UN PACTO DE
ESTADO POR LA SALUD:
INFORME DE EVALUACIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD**

Hacia un Pacto de Estado por la Salud:
Informe de Evaluación del Sistema Nacional de Salud
Fundación Gaspar Casal

Materias: Medicina, Gestión sanitaria, Salud pública.
Paginas: 72

© 2026 Fundación Gaspar Casal
fundaciongasparcasal.org
C/ General Díaz Porlier 78, 8A
28006 Madrid



Edita: Fundación Gaspar Casal
Imágenes diseñadas por Magnific
www.magnific.com

ÍNDICE

Equipo Investigador.....	7
Consejo Asesor.....	9
Prólogo.....	11
Resumen ejecutivo	13
1. Introducción y propósito del informe	15
2. Metodología y limitaciones del informe	17
2.1. El marco institucional: el enfoque estatal	17
2.2. El Dedómetro: la medición de la gestión sanitaria.....	17
2.3. Disponibilidad y desfase de datos de gasto.....	18
2.4. Empleo de Inteligencia Artificial	18
2.5. Interpretación y subjetividad técnica	19
3. Marco institucional	21
3.1. Actividad parlamentaria a nivel estatal	21
3.2. Producción legislativa y tipología de los instrumentos normativos	26
3.3. La agenda del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)	29
3.4. Evaluación, rendición de cuentas y gobernanza intersectorial	31
4. Gestión sanitaria.....	35
4.1. Metodología de análisis del liderazgo hospitalario: el Dedómetro	36

4.2. Análisis agregado de resultados: centralidad operativa y patrones de liderazgo.....	38
4.3. Implicaciones para la gestión y las políticas de recursos humanos.....	41
5. Ejecución presupuestaria.....	43
5.1. Análisis de la planificación presupuestaria y capacidad de ejecución ...	44
5.2. Distribución funcional y económica del gasto sanitario público.....	47
5.3. El esfuerzo inversor en I+D+i en salud	50
6. Conclusiones y reflexiones estratégicas.....	55
6.1. Marco institucional: hacia la anticipación estratégica y el liderazgo	55
6.2. Gestión sanitaria: hacia la profesionalización del talento.....	56
6.3. Ejecución presupuestaria: hacia una gestión orientación a objetivos y resultados	58
6.4. Consideraciones finales: hacia un Pacto de Estado por la Salud	59
6.5. Decálogo para un Pacto de Estado por la Salud (Horizonte 2050).....	60
7. Anexo I: Contexto internacional	63
8. Anexo II: Evaluación del desempeño del SNS frente a la pandemia de COVID-19.....	65
Bibliografía.....	69

EQUIPO INVESTIGADOR

Isabel Rodríguez Mariblanca

Fundación Gaspar Casal

Alicia del Llano

Fundación Gaspar Casal

María Errea

Fundación Gaspar Casal

Marta Pérez

Fundación Gaspar Casal

Teresa Moral

Fundación Gaspar Casal

CONSEJO ASESOR

Juan del Llano

Fundación Gaspar Casal

Beatriz González López-Valcarcel

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Vicente Ortún

Universitat Pompeu Fabra

PRÓLOGO

La salud es probablemente el bien más valioso que compartimos como sociedad. Sin ella, se resienten nuestras oportunidades, nuestro bienestar y nuestra capacidad de desarrollar proyectos de vida plenos. Por eso, protegerla y fortalecerla constituye una responsabilidad colectiva que trasciende gobiernos, legislaturas e ideologías.

Durante las últimas décadas, el Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del Bienestar. Ha contribuido de manera decisiva a mejorar la esperanza y la calidad de vida de millones de personas, garantizando una atención sanitaria universal y de calidad que forma parte de nuestro patrimonio común. Sin embargo, los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y sociales que afrontamos exigen reflexionar sobre cómo asegurar su sostenibilidad y capacidad de respuesta en el futuro.

Desde la Fundación Gaspar Casal (FGC) entendemos que esa reflexión debe apoyarse en la evidencia, la evaluación y el diálogo constructivo. Como fundación independiente y parte activa de la sociedad civil organizada, creemos que la generación de conocimiento solo adquiere pleno sentido cuando es capaz de contribuir a mejorar las políticas públicas y, con ello, la vida de las personas.

Es precisamente en este contexto donde situamos nuestro compromiso con el activismo científico. Para nosotros, el activismo científico no consiste en defender posiciones preconcebidas, sino en promover una cultura de evaluación, divulgación y protección de la salud como un derecho humano que permita tomar mejores decisiones en salud. Evaluar no es fiscalizar; es aprender. Es identificar fortalezas, reconocer debilidades y generar oportunidades de mejora. Porque, como siempre nos gusta decir en la FGC: lo que no se evalúa no existe y lo que no se mide no se puede mejorar.

Con esta vocación nace este informe. No pretende ofrecer respuestas definitivas ni constituir un diagnóstico exhaustivo de la complejidad del sistema sanitario español. Su propósito es más modesto, pero también más útil: aportar una fotografía razonada sobre algunos elementos clave del marco institucional, gestión sanitaria y ejecución presupuestaria del Sistema Nacional de Salud durante la década 2015-2025.

A lo largo de estas páginas analizamos tendencias, identificamos retos y planteamos propuestas que puedan contribuir al debate público. Lo hacemos desde la convicción de que la salud debe ocupar un lugar central en la agenda colectiva y de que la evaluación constituye una herramienta imprescindible para construir instituciones más sólidas, más transparentes y orientadas al interés general. Entre las conclusiones que emergen de este análisis destaca la necesidad de avanzar hacia un gran Pacto de Estado por la Salud, entendido como un marco estable de colaboración capaz de reforzar la planificación estratégica, la continuidad de las políticas públicas y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud más allá de los ciclos políticos y las coyunturas de cada momento.

Esperamos que este trabajo resulte útil para decisores públicos, gestores, profesionales sanitarios, sociedades científicas, organizaciones de pacientes y ciudadanía en general. Si contribuye, humildemente, a enriquecer la conversación sobre el futuro de nuestro sistema sanitario, a fortalecer la cultura de la evaluación y a reforzar la protección de la salud como un derecho humano fundamental, habrá cumplido su objetivo.

*Fundación Gaspar Casal
Madrid, Junio de 2026*

RESUMEN EJECUTIVO

La evaluación sistemática del Sistema Nacional de Salud (SNS) contenida en este informe surge de la necesidad de analizar a fondo la trayectoria del modelo sanitario español durante el decenio 2015-2025, identificando las áreas de mejora necesarias para asegurar su solvencia, eficiencia y sostenibilidad a largo plazo. El documento evalúa la sanidad pública a través de tres dimensiones interconectadas que permiten aproximarse al funcionamiento del sistema: el marco institucional, la gestión sanitaria y la ejecución presupuestaria. Este examen detallado de los últimos diez años no se plantea como una mera acumulación de datos estadísticos, sino como una evaluación técnica orientada a determinar si las herramientas de gobernanza actuales están verdaderamente alineadas con la capacidad de transformar los recursos disponibles en resultados de salud óptimos para la ciudadanía. Los principales hallazgos derivados de esta revisión se resumen en las siguientes conclusiones clave:

- **Marco institucional:** El diagnóstico revela una marcada reactividad normativa caracterizada por el uso preferente del Real Decreto-ley frente al procedimiento ordinario de aprobación de ley, el cual constituye la verdadera vía para anticipar los retos sectoriales desde la estabilidad, el consenso y el diálogo parlamentario. Esta inercia regulatoria ha ralentizado reformas estructurales críticas como la Agencia Estatal de Salud Pública y ha mermado la capacidad de anticipación del sistema ante futuros escenarios.
- **Gestión sanitaria:** A través del Dedómetro, se evidencia una notable inestabilidad en la dirección hospitalaria —vinculada a los ciclos políticos con hasta siete cambios de gerencia por centro en una década— junto a un severo desgaste de las plantillas y una brecha de género estructural donde la presencia femenina en la alta dirección apenas alcanza el 29%.

- Ejecución presupuestaria: El SNS presenta la paradoja de haber alcanzado un techo histórico de gasto sanitario superior a los 130.000 millones de euros mientras su capacidad real de ejecución caía al 45% en 2023 debido a rigideces administrativas, un escenario agravado por un modelo hospital océntrico que estanca la inversión en Atención Primaria.

Ante este escenario, el informe concluye que la viabilidad del modelo no depende de un incremento de recursos, sino de la firma de un Pacto de Estado por la Salud con horizonte 2050 que blinde la arquitectura legislativa del SNS y dote de mayor capacidad coordinadora al Consejo Interterritorial. Este gran compromiso nacional se debería articular a través de la implantación de un Estatuto del Directivo que profesionalice el liderazgo sanitario bajo criterios estrictos de mérito y capacidad técnica, aportando estabilidad a las gerencias frente al ciclo político y corrigiendo la brecha de género directiva. Asimismo, el Pacto conlleva transitar hacia una gobernanza financiera orientada a resultados en salud y basada en la evaluación técnica independiente, sustentada en un ecosistema nacional de datos interoperables que flexibilice la rigidez administrativa de los presupuestos, modernice el Estatuto Marco para la mejora de las condiciones laborales del personal y reequilibre la inversión en favor de la Atención Primaria.

En conclusión, los hallazgos del informe demuestran que el Sistema Nacional de Salud se encuentra en una encrucijada donde las inercias del pasado ya no bastan para resolver las tensiones del presente. La transformación definitiva del SNS requiere evolucionar desde el actual modelo reactivo de reparación de enfermedades hacia la consolidación de un sistema proactivo, equitativo y transparente que sitúe la cultura de la evaluación en el centro de sus políticas, garantizando así la resiliencia del Estado del Bienestar y la salud integral de las futuras generaciones.



1. INTRODUCCIÓN Y PROPÓSITO DEL INFORME

El objetivo de este informe, elaborado por la Fundación Gaspar Casal, es analizar la trayectoria y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) durante la década de 2015 a 2025, un periodo marcado por una serie de transformaciones estructurales y coyunturales que han puesto a prueba la capacidad de respuesta y adaptación del modelo sanitario español. Más allá del análisis de hitos concretos, el estudio surge de la necesidad de evaluar cómo se ha gestionado la sanidad pública en este periodo, con el fin de identificar áreas de mejora que contribuyan a fortalecer el sistema. Esta evaluación integral es fundamental para proponer un marco estratégico que asegure la sostenibilidad y la solvencia del SNS a largo plazo.

Este informe se ha desarrollado bajo el marco del Activismo Científico de la Fundación Gaspar Casal, entendido como el compromiso científico-técnico con la mejora de la salud a través de la generación de conocimiento. Desde esta visión, promovemos la divulgación, la evaluación y la salud como un derecho humano, con el objetivo de contribuir a la sostenibilidad del SNS a través de la toma de decisiones basada en datos objetivos y resultados tangibles para la sociedad.

La revisión de la actividad sanitaria en este periodo no se plantea como la suma exhaustiva de datos, sino como un ejercicio técnico orientado a analizar indicadores estratégicos que permitan interpretar el estado de salud del SNS. Este enfoque busca proporcionar una base informativa que identifique las fortalezas y debilidades del sistema, las necesidades de las sociedades actuales y la eficiencia de los mecanismos de evaluación y rendición de cuentas. El objetivo fundamental es evaluar el desempeño del sistema mediante el análisis de tres

variables: el marco institucional, la gestión sanitaria y la ejecución presupuestaria. La elección de estas tres dimensiones responde a la necesidad de evaluar el funcionamiento del SNS de forma estructurada. Solo a través de la intersección de estas tres palancas es posible determinar si el sistema cuenta con la gobernanza necesaria para transformar los recursos en resultados en salud óptimos y sostenibles. En este contexto, el informe aspira a contribuir en la evolución del modelo sanitario de cara a la próxima década y servir como base informativa para la evaluación de políticas públicas, facilitando una comparativa con marcos de referencia internacionales y aportando elementos técnicos que contribuyan al debate sobre la modernización y la resiliencia del SNS en el horizonte de 2050.

Para garantizar la utilidad de este compromiso, el documento se concibe como una herramienta dinámica que se actualizará de manera bienal, persiguiendo los siguientes fines estratégicos:

- Evaluar el desempeño estructural del SNS en la década 2015-2025 a través del análisis del marco institucional, la gestión sanitaria y la ejecución presupuestaria, promoviendo la medición sistemática como herramienta indispensable para la mejora continua del sistema.
- Recomendar una transformación estratégica hacia modelos basados en resultados y objetivos que busque garantizar la sostenibilidad y la estabilidad del modelo sanitario, asegurando su sostenibilidad financiera y solvencia operativa a largo plazo.
- Promover la salud como una Política de Estado poniéndola en el centro de la agenda pública como un pilar que debe ser sinónimo de buen gobierno, transparencia, rendición de cuentas, evaluación y orientación al interés general, con la finalidad de proteger la salud como un derecho humano fundamental.



2. METODOLOGÍA Y LIMITACIONES DEL INFORME

El análisis de este documento busca tanto describir la realidad del SNS como identificar sus debilidades y proponer soluciones basadas en la evidencia y en las tendencias internacionales. Sin embargo, para una interpretación rigurosa de los resultados, es necesario señalar una serie de consideraciones metodológicas y limitaciones.

2.1. El marco institucional: el enfoque estatal

Este informe se centra en el marco político-jurídico de ámbito estatal. Dado que las competencias sanitarias están transferidas, existe una actividad normativa autonómica que este análisis no desglosa en detalle. Por lo tanto, el estudio refleja las tendencias regulatorias nacionales, asumiendo que puede no capturar la totalidad del dinamismo legislativo específico de cada Comunidad Autónoma. Por tanto, la medición y evaluación de la gestión sanitaria (2.2) resultará inevitablemente condicionada a esta limitación en el análisis del marco institucional.

2.2. El Dedómetro: la medición de la gestión sanitaria

El Dedómetro es una herramienta analítica desarrollada por la Fundación Hay Derecho para medir el desempeño de los gerentes, tanto en la gestión de los recursos como del componente humano. Se basa en una arquitectura de indicadores que evalúa cuatro dimensiones: la formación, la experiencia profesional general, la experiencia específica en la materia y la experiencia en gestión. Es un instrumento técnico consolidado para la fiscalización de la alta dirección pública en España, cuya validez reside en la aplicación de indicadores objetivos y verificables sobre fuentes de información pública, permitiendo transformar la evaluación de la idoneidad y la trayectoria profesional en datos cuantitativos

replicables. Su diseño se alinea con los estándares internacionales de la OCDE sobre Integridad Pública y Profesionalización, garantizando que el análisis de la gobernanza sanitaria se base en una evaluación técnica de los perfiles directivos y no en percepciones subjetivas.

La principal limitación es la dificultad para encontrar información pública clara y desagregada. En esta metodología, la ausencia de información se puntúa en negativo, ya que se parte de la premisa de que lo que no es transparente no puede ser evaluado ni mejorado. Por motivos de viabilidad técnica y facilidad de acceso a la información pública, el análisis se ha centrado exclusivamente en la figura de los gerentes y en el ámbito de la atención hospitalaria, al ser estos los perfiles con datos más accesibles y sistemáticos. Además, al comparar 17 Servicios de Salud, el Dedómetro se enfrenta a una enorme disparidad en la clasificación de puestos y roles, lo que dificulta una comparativa homogénea del liderazgo en todo el territorio. Por último, el Dedómetro mide la estructura y el proceso, pero tiene dificultades para capturar los intangibles de la gestión, como el clima laboral o la cultura organizativa de cada centro, que son fundamentales, pero no cuantificables. Asimismo, debemos subrayar que la finalidad última de la gestión sanitaria es la consecución de objetivos estratégicos, tanto de salud como de organización. Por ello, entendemos que la profesionalización de los perfiles directivos que evalúa esta herramienta es el requisito previo indispensable para alcanzar dichos resultados con éxito.

2.3. Disponibilidad y desfase de datos de gasto

A pesar del esfuerzo por ofrecer la fotografía actualizada, el informe se enfrenta a la fragmentación de los sistemas de información sanitaria en España. En el apartado de gastos, los datos consolidados del Ministerio de Hacienda y de las Comunidades Autónomas suelen llevar un desfase de 18 a 24 meses. Por ello, no se han podido incluir datos de gasto de los años 2024 y 2025, y en algunos casos, ni siquiera de 2022 y 2023. Por lo tanto, la falta de información de los últimos años hace que no se pueda analizar con rigor el gasto en sanidad de la última década.

2.4. Empleo de Inteligencia Artificial

En el contexto tecnológico actual, desde la Fundación Gaspar Casal consideramos que es prácticamente imposible – e ineficiente – ignorar el potencial de

la Inteligencia Artificial. Apostamos por la innovación, pero también por una transparencia y una visión crítica sobre cómo utilizamos estas herramientas.

En este informe, la IA se ha utilizado para optimizar la detección de patrones en la complejidad de los datos recolectados y para facilitar la comparativa con modelos internacionales de salud. En un entorno de sobrecarga informativa, la IA nos permite una capacidad de síntesis que el análisis humano tardaría años en alcanzar.

Bajo el principio de transparencia y coherencia que guía este informe, declaramos que la IA se ha utilizado siempre bajo la supervisión, verificación y validación del equipo humano de la Fundación Gaspar Casal. Ninguna conclusión ha sido publicada sin pasar por el filtro técnico y ético del equipo.

2.5. Interpretación y subjetividad técnica

Como todo análisis estratégico, este documento no es ajeno a la interpretación subjetiva. El informe refleja el análisis crítico de la Fundación Gaspar Casal sobre el estado del SNS en base a los resultados de los últimos 10 años en los ámbitos legislativo, humano y económico. En este sentido, es importante subrayar que, aunque se ha buscado la máxima objetividad, la selección de indicadores y fuentes ha requerido una toma de decisiones metodológica que, inevitablemente, puede dejar aspectos clave fuera o no ofrecer una fotografía exhaustiva de la complejidad total del sistema.

Las conclusiones de este informe no pretenden presentarse como verdades absolutas, sino como un análisis realizado en base a nuestro criterio y conocimiento, aportando una perspectiva experta para alimentar el debate sobre el estado del SNS. Nuestro objetivo no es realizar una crítica exhaustiva, sino identificar oportunidades de mejora para fortalecer el sistema. Presentamos este análisis con la convicción de que el SNS tiene ante sí un futuro prometedor si somos capaces de transformar los retos actuales en soluciones.



3. MARCO INSTITUCIONAL

El andamiaje jurídico del SNS constituye el marco habilitador de su operatividad y refleja la capacidad de respuesta de las instituciones ante las necesidades sanitarias. Durante el periodo 2015-2025, la producción normativa en España ha transitado desde una etapa de estabilidad legislativa hacia una fase de incremento en el volumen regulatorio. Este fenómeno requiere un análisis técnico para determinar si dicho aumento ha incidido de manera efectiva en la calidad normativa y en la eficiencia del sistema.

El presente análisis evalúa el marco institucional del SNS atendiendo a los siguientes objetivos técnicos:

- Cuantificar la actividad parlamentaria en materia sanitaria para determinar su peso en la agenda nacional.
- Evaluar la estabilidad de los temas en el largo plazo y la capacidad de anticipación o liderazgo estratégico.
- Identificar áreas de mejora en la planificación sanitaria con el fin de proponer un marco normativo más resiliente que asegure la coordinación interterritorial y la cohesión del sistema nacional de salud a largo plazo.

3.1. Actividad parlamentaria a nivel estatal

La relevancia que el marco político otorga al sistema sanitario puede cuantificarse objetivamente a través del volumen de actividad parlamentaria. Al analizar la década 2015-2025 mediante la frecuencia de las Comisiones de Sanidad y el número de Plenos del Congreso dedicados a la salud, se observa una tra-

yectoria marcada por la reactividad ante contingencias externas más que por una planificación estratégica sostenida. Durante los primeros años del periodo (2015-2019), la actividad parlamentaria se mantuvo en niveles mínimos de frecuencia (Figura 1), con comisiones que oscilaron entre las 4 y las 16 sesiones anuales y una presencia en los plenos limitada a un promedio de 2 sesiones por año. En esta etapa, el mapa temático (Tabla 1) refleja una agenda centrada en la sostenibilidad post-crisis económica, la recuperación de la universalidad del SNS y la gestión de problemas sectoriales específicos, como el acceso a los fármacos para la hepatitis C o el caso iDental. La actividad parlamentaria también integró debates sobre la profesionalización del SNS, la prevención del consumo de alcohol en menores, la seguridad del paciente y la situación de las listas de espera. Otros temas recurrentes en este periodo fueron el copago farmacéutico y la financiación de la innovación, junto con el inicio de los marcos regulatorios sobre salud mental y cuidados paliativos. Esta baja intensidad parlamentaria, que alcanzó sus mínimos en años de inestabilidad política como 2016 y 2019, guarda una correlación directa con la ausencia de reformas estructurales de calado en la primera mitad de la década.

El año 2020 representó un punto de inflexión radical en la serie estadística debido a la irrupción de la pandemia de COVID-19, pasando 27 comisiones de sanidad y 10 sesiones plenarias donde se abordó la sanidad (Figura 1). Durante el periodo 2020-2022, la sanidad ocupó prácticamente la totalidad del debate parlamentario, desplazando la agenda política hacia la gestión del COVID-19, la vigilancia epidemiológica y la gestión de recursos sanitarios (personal sanitario, vacunas, mascarillas, etc.). Durante este periodo también ganaron relevancia temas de gran calado como la atención primaria, la salud mental, las enfermedades raras y el cambio climático.

El análisis de la etapa final del decenio (2023-2025) refleja una estabilización de la actividad parlamentaria tras la excepcionalidad del periodo pandémico (Figura 1). Si bien el año 2023 registró un valle en los indicadores debido a la inestabilidad derivada de los procesos electorales, los datos de 2024 y 2025 muestran una consolidación de la actividad en las comisiones de sanidad, situándose en una media de 17 sesiones anuales. Esta cifra, aunque inferior a los picos de la crisis sanitaria, supera la frecuencia observada en los primeros años de la década analizada, sugiriendo una mayor recurrencia técnica en el tratamiento

de los asuntos sanitarios. No obstante, esta actividad de comisiones contrasta con el volumen de sesiones plenarias, donde la presencia de la salud ha retornado a valores inferiores a cinco sesiones anuales. Esta divergencia indica que, si bien la sanidad mantiene un dinamismo técnico en sede parlamentaria, ha perdido el carácter de prioridad absoluta en la agenda una vez superada la fase de emergencia nacional.

Esta etapa final marca un cambio de paradigma, ya que el debate parlamentario ha evolucionado desde la gestión de la emergencia hacia la protección de nuevos derechos ciudadanos y el abordaje de los cuellos de botella del sistema (Tabla 1). La agenda de esta época se caracteriza por una mayor sensibilidad hacia la equidad y la calidad de vida, ejemplificada en el reconocimiento del olvido oncológico y la atención prioritaria de la salud mental. A estos temas se añaden otros ejes de debate como la donación de médula ósea, el acceso a medicamentos, las terapias avanzadas, la prevención del tabaquismo y los cuidados paliativos. Paralelamente, la preocupación por la eficiencia y la preparación ante futuras crisis se ha materializado en el impulso a la Agencia Estatal de Salud Pública(AESAP), llamada a ser el eje de la gobernanza sanitaria moderna, junto con el control de las listas de espera y el refuerzo de la atención primaria. Esto sugiere que, al cierre del decenio, el SNS busca transitar hacia un modelo más garantista y preventivo.

Tabla 1. Temáticas en las comisiones de Sanidad y en los plenos donde se abordó la sanidad a lo largo de los años (2015-2025). Periodo pre-pandemia en amarillo, pandemia en azul, y periodo post-pandemia en verde. Fuente: tabla de elaboración propia en base a los diarios de sesiones y la actividad parlamentaria del Congreso de los Diputados.

Año	Comisiones de Sanidad	Plenos donde se abordó la Sanidad
2015	Hepatitis C, iDental, salud mental, urgencias, gasto farmacéutico, enfermedades raras, copago, dependencia	Comparecencia del Ministerio de Sanidad para informar sobre la evolución del ébola y sobre política sanitaria, impacto de la reforma concursal en la sostenibilidad y gestión de centros sanitarios públicos

2016	Financiación sanitaria, estado de la Sanidad Pública, salud mental, copago, Atención Primaria	Situación de la Sanidad pública, vacunación infantil, sistema de dependencia y consumo de alcohol en menores
2017	Salud mental, listas de espera, dependencia, enfermedades raras, acceso a medicamentos, ley de muerte digna, vacunación, formación médica	Gasto sanitario, listas de espera y políticas de salud pública, impacto directo en salud pública
2018	Hospitalización domiciliaria, urgencias, profesionalización del SNS, iDental, salud mental, recortes en sanidad, dignidad y derechos del paciente	Barómetro sanitario, condiciones laborales, servicios sociales, proposiciones ley sobre Eutanasia
2019	Salud mental, listas de espera, acceso a medicamentos, cuidados paliativos, planificación territorial	Reprobación por gestión del Orkambi y derecho a la salud, universalidad del Sistema Nacional de Salud
2020	COVID-19: gestión de la pandemia, comparecencias del Ministro de Sanidad, residencias, salud pública, vacunas, Atención Primaria, coordinación autonómica	Gestión COVID-19, medidas urgentes, recursos sanitarios, coordinación, SNS, control pandemia, políticas públicas, salud pública, prevención, estado alarma, apoyo SNS, legislación COVID, evaluación medidas, impacto social, financiación sanitaria, planificación sanitaria
2021	COVID-19, vacunas, salud mental, Atención Primaria, reforma salud pública, vigilancia epidemiológica, comparecencias	COVID, vacunación, recursos sanitarios, gestión pandemia, hospitales, medidas COVID, profesionales salud, protocolos sanitarios, Seguimiento COVID, recursos, campaña vacunación, Atención Primaria, crisis sanitaria, financiación sanitaria
2022	Atención Primaria, salud mental, acceso equitativo, vacunas, enfermedades raras, salud pública, planificación, cambio climático y salud	Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica, salud mental en ámbito educativo

2023	Salud mental, cuidados paliativos, financiación del SNS, acceso a medicamentos, reforma de salud pública, desigualdades sanitarias	Donación de médula ósea, salud mental educativa, Listas de espera y olvido oncológico, desabastecimiento de medicamentos
2024	Salud mental, Atención Primaria, salud pública, muerte digna, farmacia, gobernanza del SNS, crisis sanitarias, Comparecencias ministeriales	Interpelación sobre el Sistema Nacional de Salud, Atención Primaria y situación del sistema sanitario
2025	Terapias avanzadas, AESAP, salud mental joven, tabaco y UPF, política farmacéutica evaluación SNS	Presentación discusión parlamentaria del proyecto de ley, aprobación del proyecto de ley de la Agencia Estatal de Salud Pública

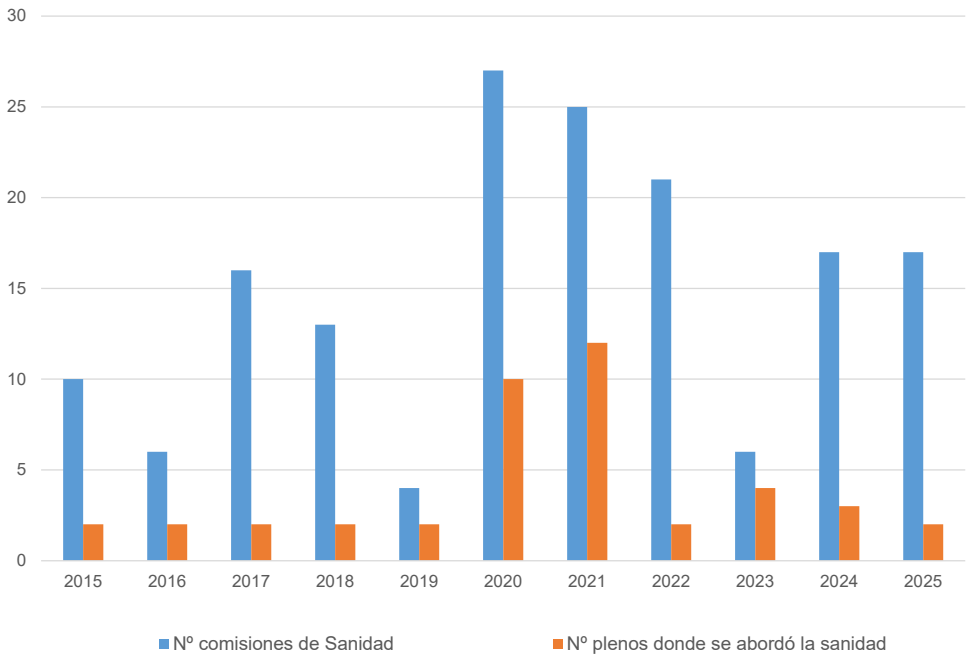


Figura 1. La Sanidad en la agenda parlamentaria. Número de comisiones de Sanidad y número de plenos donde se abordó la sanidad por año (2015-2025). Fuente: elaboración propia en base a los diarios de sesiones y la actividad parlamentaria del Congreso de los Diputados.

3.2. Producción legislativa y tipología de los instrumentos normativos

Si la actividad parlamentaria cuantifica el interés político, la producción normativa es el indicador que evalúa la capacidad real de transformación del sistema. El análisis de la década 2015-2025 revela una trayectoria marcada por la transición desde marcos técnicos hacia una intensificación de la urgencia normativa (Figura 2). Durante la primera etapa (2015-2019), el volumen legislativo reflejó los periodos de interinidad gubernamental (con mínimos en 2016 y 2019), centrando la agenda en la sostenibilidad financiera, la ordenación farmacéutica y la maduración de hitos de calado social como el RDL 7/2018 sobre acceso universal (Tabla 2).

La crisis sanitaria de 2020 supuso un cambio estructural en la técnica legislativa, alcanzando un pico histórico de 8 normas aprobadas (Figura 2). La necesidad de respuesta inmediata consolidó el uso de los Reales Decretos-ley de carácter “ómnibus”, como el 22/2020 de creación del Fondo COVID para las Comunidades Autónomas, y el 29/2020 de medidas excepcionales de recursos humanos. Sin embargo, esta dinámica de gestión legislativa ha persistido más allá de la emergencia, desplazando a la Ley Ordinaria y reduciendo los procesos de deliberación técnica y consenso social. Esta tendencia plantea retos para la calidad regulatoria, ya que tal como señala el informe de la Fundación Hay Derecho (2024), el uso abusivo de la vía de urgencia puede erosionar el control parlamentario. En el ámbito sanitario, esto se traduce en normas que a menudo carecen de memorias de impacto económico, lo que condiciona la planificación de las Comunidades Autónomas, encargadas de implementar cambios organizativos de forma centralizada. En este periodo, la Ley 2/2021 de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación (conocida como la ley de “nueva normalidad”) consolidó las herramientas para la gestión de la crisis tras el estado de alarma. En la etapa post-pandemia (2023-2025), la producción normativa se ha estabilizado en una media de 4 normas anuales (Figura 2) y ha transitado hacia una especificidad temática impulsada por demandas sociales (Tabla 2).

Este modelo de “legislación por diagnóstico”, ejemplificado en la Ley 3/2021 de regulación de la eutanasia y la Ley 3/2024 para mejorar la calidad de vida de personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica, permite avances humanitarios

necesarios, pero su proliferación como hitos aislados plantea dudas sobre su encaje en la planificación integral del sistema y la equidad en la cartera común. En este sentido, gran parte de la hoja de ruta definida en el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción (2020) permanece inacabada. Aquel documento, que articuló un consenso político en torno a cuatro grandes pilares – salud pública, transformación del sistema sanitario, políticas sociales y la Unión Europea –, planteaba medidas ambiciosas que hoy presentan un desarrollo desigual. Mientras que han cristalizado hitos previstos en el Dictamen como la Ley 7/2025 de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP) y el impulso a la Estrategia de Salud Mental, otros compromisos estructurales de aquel pacto siguen figurando como objetivos en trámite. Entre ellos destacan la reforma del modelo de financiación para asegurar la sostenibilidad, el fortalecimiento de la salud comunitaria y la atención primaria con un aumento de su peso presupuestario, y la profesionalización de la gestión sanitaria mediante procesos de selección basados en el mérito. El Dictamen también instaba a una reducción de la temporalidad del personal sanitario y a una mayor coordinación socio sanitaria que, a la luz de la producción normativa reciente, todavía no han alcanzado el grado de consolidación legislativa proyectado en 2020. Cabe señalar que, al tratarse de áreas con competencias transferidas, la implementación de estas medidas recae en las Comunidades Autónomas, lo que ha generado una notable heterogeneidad en los resultados.

El cierre del periodo 2024-2025 (Tabla 2) se define por una ambiciosa agenda de modernización que busca cerrar brechas tecnológicas y de gobernanza. Partiendo del impulso iniciado por el RD 572/2023, que actualizó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos, este bienio ha sido testigo de la consolidación de la información del paciente sea interoperable y estructurada, un paso clave de cara al Espacio Europeo de Datos Sanitarios. No obstante, a finales de 2025, reformas críticas como la del Estatuto Marco, la Ley de Medicamentos, la Ley de Salud Digital, la Ley de Equidad y Cohesión, o la Ley Antitabaco continúan en fase de tramitación.

Tabla 2. Temáticas de la legislación en salud a lo largo de los años (2015-2025). Período pre-pandemia en amarillo, pandemia en azul, y período post-pandemia en verde. Fuente: tabla de elaboración propia en base a las iniciativas legislativas aprobadas del Congreso de los Diputados.

Año	Temas
2015	Ordenación farmacéutica, seguros sanitarios y sostenibilidad financiera
2016	Sostenibilidad financiera y medidas urgentes sobre personal público
2017	Compra pública sanitaria, financiación estatal y consolidación de empleo público
2018	Acceso universalización, reversión de recortes, protección de datos de salud y estabilidad de plantillas
2019	Investigación biosanitaria, igualdad/conciliación en el sector salud y estabilidad financiera
2020	Respuesta epidemiológica, refuerzo extraordinario de RRHH, financiación masiva por emergencia y tecnología sanitaria
2021	Eutanasia (nuevos derechos), reducción de temporalidad (RRHH), salud mental y digitalización (fondos UE)
2022	Reforma del Estatuto Macro (RRHH), Investigación hospitalaria, salud reproductiva y financiación de Primaria/Salud Mental
2023	Salud sexual y reproductiva, enfoque One Health, y adaptaciones técnicas del sistema (prácticas, receta electrónica)

2024	Salud Pública (AESAP), cuidados paliativos complejos (ELA), incentivos para RRHH y cohesión farmacéutica
2025	Interoperabilidad digital y estabilidad de plantillas en Atención Primaria

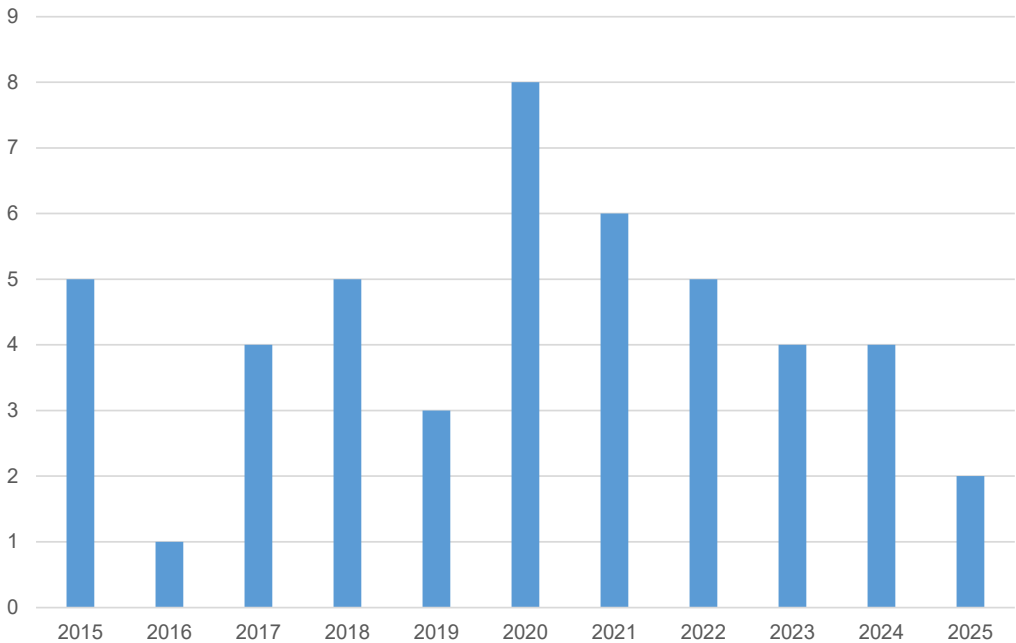


Figura 2. Número de iniciativas legislativas aprobadas (leyes, leyes orgánicas, y reales decretos-leyes) a lo largo de los años (2015-2025). Fuente: elaboración propia en base a las iniciativas legislativas aprobadas del Congreso de los Diputados.

3.3. La agenda del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)

Si la producción legislativa es el motor normativo del sistema, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) actúa como el principal órgano de coordinación y dirección estratégica. El análisis de sus órdenes del día revela una agenda técnica de alta densidad que, en ocasiones, precede cronológicamente al desarrollo de los marcos legales. Esta dinámica se refleja en la evolución de su distribución temática (Figura 3), donde se observa el paso de

una lógica de mantenimiento administrativo a un modelo de gestión de crisis y, finalmente, a una planificación orientada a nuevos retos asistenciales.

Durante el periodo 2015-2019, el CISNS operó bajo una lógica de gobernanza ordinaria, que representaba entre el 20-40% de su actividad (Figura 3). En esta etapa, el Consejo gestionó la arquitectura técnica del sistema a través de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR), la actualización de calendarios vacunales y la consolidación de estrategias nacionales en Enfermedades Raras y Cronicidad. Es significativo que, ya en este primer tramo, el órgano trabajaba en la interoperabilidad de la historia clínica digital y en la extensión de la receta electrónica interoperable en todo el territorio nacional, así como en el despliegue de las terapias avanzadas y la formación sanitaria especializada. Estos debates técnicos demuestran la capacidad del Consejo para identificar necesidades operativas antes de que estas cristalicen en una hoja de ruta legislativa formal.

La irrupción de la pandemia en 2020 transformó la naturaleza del órgano, desplazando la salud pública y prevención hasta absorber el 85% de la agenda (Figura 3). Durante esta fase de excepción, el CISNS se consolidó como el centro operativo para las actuaciones coordinadas, la gestión del Certificado COVID UE y el desarrollo de la Estrategia de Salud Pública de 2022. Este periodo de máxima intensidad técnica permitió generar consensos en materia de vigilancia epidemiológica y planes de respuesta ante emergencias. No obstante, se observa una asincronía entre el consenso técnico alcanzado en el seno del Consejo y la respuesta normativa estatal, que en ese periodo tendió hacia la vía de urgencia analizada anteriormente.

En la etapa final de la década (2023-2025) se ha producido un retorno a la normalidad en el peso de la salud pública y prevención, que tras el pico del 85% en 2020 ha regresado a niveles similares a los de 2015-2019. Sin embargo, esta vuelta a la situación anterior presenta matices estructurales importantes: mientras que la gobernanza y gestión ha visto reducido su peso respecto al inicio de la década, el área de salud digital ha experimentado un crecimiento exponencial, consolidándose como uno de sus pilares. El CISNS ha diversificado su agenda hacia la salud mental (financiación y planes de acción), el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo y la protección de colectivos vulnerables. Destaca la recurrencia de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias

(ETS) y la actualización de los planes de cronicidad para el horizonte 2028, lo que refuerza el papel del Consejo como planificador a medio plazo.

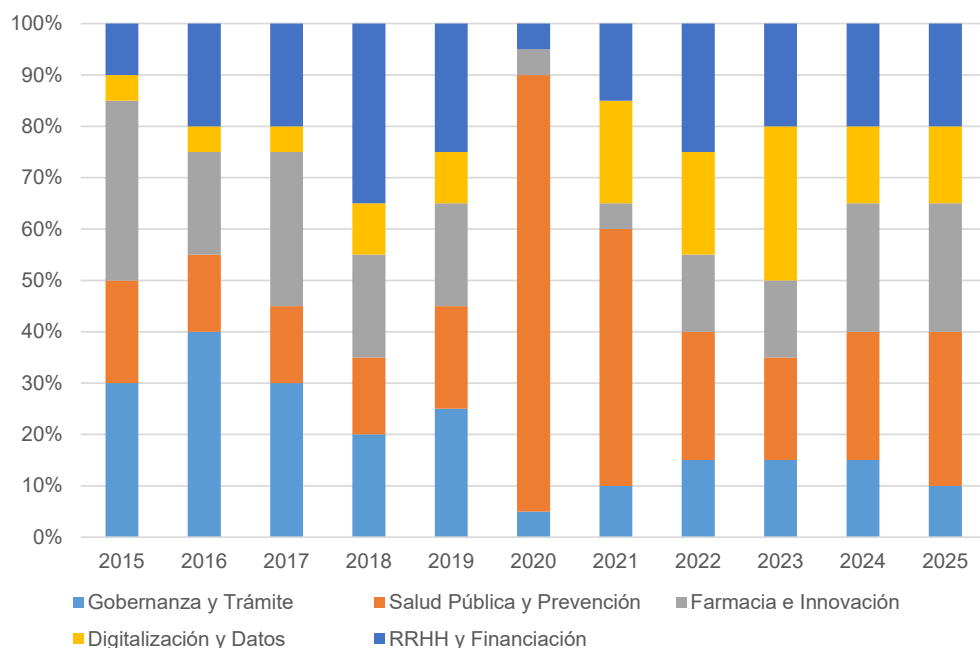


Figura 3. Distribución temática porcentual del CISNS a lo largo de los años (2015-2025) en diferentes categorías: gobernanza y trámite, salud pública y prevención, farmacia e innovación, digitalización y datos, RRHH y financiación. Fuente: elaboración propia en base a los datos del CISNS del Ministerio de Sanidad.

3.4. Evaluación, rendición de cuentas y gobernanza intersectorial

La solidez de un sistema sanitario no solo reside en su producción normativa, sino en su capacidad para evaluar el impacto real de sus políticas. Al analizar el periodo 2015-2025, se observa que el SNS enfrenta el desafío de institucionalizar mecanismos de evaluación independientes que cierren el ciclo de la toma de decisiones basada en la evidencia.

A pesar de la intensa actividad del CISNS en la generación de planes estratégicos (salud mental, tabaquismo o cronicidad), la ausencia de una métrica de resultados estandarizada dificulta el aprendizaje institucional. Esta carencia

se enmarca en un contexto de transición en la cultura evaluadora del Estado, marcada por la supresión de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL) en 2017. No obstante, este déficit ha sido parcialmente mitigado por la AIReF, que a través de su División de Evaluación ha desplegado una intensa agenda en el ámbito sanitario. Destacan especialmente sus Spending Reviews sobre farmacia hospitalaria y gasto en bienes y servicios, así como sus informes de evaluación para diversas CCAA y el análisis sobre el modelo MUFACE. Sin embargo, aunque la AIReF aporta una fiscalización económica y operativa de alto nivel, la puesta en marcha de la Agencia Estatal de Evaluación (derivada de la Ley 27/2022) sigue siendo una tarea pendiente para institucionalizar una evaluación que vaya más allá del análisis del gasto y se centre en el impacto clínico y social de las políticas. Sin la puesta en marcha de este órgano técnico, la regulación sanitaria corre el riesgo de mantener un carácter reactivo, careciendo de los indicadores de resultado y las cláusulas de revisión necesarios para garantizar la eficiencia de cada norma.

Frente a esta debilidad estructural, el decenio ofrece un modelo de éxito consolidado en la Estrategia y Organización de las Terapias Avanzadas. Este sistema, basado en el trabajo en red y el aprendizaje conjunto, ha demostrado que es posible garantizar la equidad y el acceso a tratamientos disruptivos en todo el territorio mediante una gobernanza técnica coordinada. Por otro lado, la Infraestructura de Medicina de Precisión asociada a la Ciencia y la Tecnología (IMPACT), impulsada por el Instituto de Salud Carlos III, representa el siguiente cambio de paradigma hacia una gobernanza basada en el conocimiento. Aunque IMPACT se encuentra actualmente en fase de implementación —con el reclutamiento de su cohorte poblacional y el desarrollo de la ciencia de datos—, su diseño aspira a superar la fragmentación administrativa mediante la colaboración científica. El reto reside ahora en garantizar la sostenibilidad de este ambicioso proyecto de salud pública más allá de 2026, asegurando que la medicina predictiva se convierta en una realidad estructural para el SNS.

Finalmente, el análisis de la década pone de manifiesto la dificultad de materializar el concepto de “Salud en todas las Políticas” dentro de la arquitectura jurídica del Estado. Aunque los órdenes del día del CISNS reflejan hitos de colaboración intersectorial – como la coordinación con Educación en 2021 para la salud escolar, la gestión de refugiados en 2022 o la aprobación en 2025 del Real Decreto 315/2025 de Comedores Escolares Saludables y Sostenibles–, estos

esfuerzos han tenido un carácter mayoritariamente coyuntural.

Esta falta de calado estructural se hace evidente en dos hitos críticos del periodo. Por un lado, el complejo proceso de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP); a pesar de estar prevista desde la Ley General de Salud Pública de 2011 y de haber iniciado su tramitación legislativa reciente, el proyecto continúa sin estar operativo, lastrado por debates sobre su sede y su encaje competencial. Por otro lado, la evaluación de la gestión de la pandemia de COVID-19, encargada por el CISNS a un grupo de expertos independientes, constituyó la primera auditoría externa, independiente y multidisciplinar sobre la respuesta de España a la COVID-19. El informe evidenció la fragilidad de las estructuras de vigilancia epidemiológica, la fragmentación de los sistemas de información entre territorios y el desgaste del capital humano sanitario. Sus recomendaciones apuntan a la puesta en marcha de la AESAP como nodo central de coordinación, al refuerzo de la Atención Primaria y a la revisión del marco normativo para facilitar la gestión de futuras crisis. Sin embargo, estas recomendaciones aún no se han traducido en reformas normativas concretas. La ausencia de estos pilares —una agencia operativa y una cultura de aprendizaje post-crisis— confirma que la integración de la salud en el resto de las políticas públicas sigue siendo una aspiración más que una realidad institucionalizada.



4. GESTIÓN SANITARIA

La capacidad del SNS para garantizar su sostenibilidad, equidad y calidad asistencial en un contexto de creciente complejidad depende, en gran medida, de la solidez de su dirección y de la coherencia de sus políticas de gestión y recursos humanos. En sistemas sanitarios descentralizados como el español, la función directiva se constituye como el principal pilar de gobernanza, ya que tiene un impacto directo sobre la eficiencia organizativa, la continuidad de las políticas públicas y la confianza institucional.

Sin embargo, a diferencia de otros ámbitos del SNS que cuentan con indicadores consolidados y mecanismos de seguimiento sistemático, la dirección sanitaria en España presenta desafíos significativos en cuanto a su institucionalización, transparencia y rendición de cuentas. Durante el periodo 2015–2025, la sucesión de crisis financieras, organizativas y epidemiológicas han tensionado el liderazgo estratégico, evidenciando tanto la resiliencia del capital humano como las carencias del marco institucional en el que se ejerce la gestión.

Bajo esta premisa, los objetivos de este apartado son:

- Evaluar el grado de profesionalización de la dirección hospitalaria mediante indicadores de mérito y capacidad.
- Analizar la transparencia institucional a través de la accesibilidad y la calidad de la información pública sobre la alta dirección.
- Proponer recomendaciones para fortalecer la gobernanza y la gestión de los recursos humanos estratégicos.

4.1. Metodología de análisis del liderazgo hospitalario: el Dedómetro

En esta sección se analiza la función directiva y las políticas de recursos humanos de los hospitales del SNS a partir de una aproximación empírica basada en la aplicación del Dedómetro, una herramienta desarrollada por la Fundación Hay Derecho para evaluar de forma homogénea los perfiles directivos a través de información pública y verificable. El análisis no persigue una evaluación individual de profesionales concretos, sino la identificación de patrones estructurales que informen sobre el grado de madurez, mérito, capacidad y autonomía institucional de los responsables de la gestión hospitalaria.

El Dedómetro permite obtener el Índice de Mérito y Capacidad (IMC) a partir de cuatro variables de capacitación técnica y un factor corrector de independencia política:

- Formación (f): se valora la titulación superior y posgrados especializados en gestión y sector sanitario (máximo 10 puntos; 0 si es desconocida o insuficiente).
- Experiencia profesional general (ep): trayectoria total en el mercado laboral (máximo 10 puntos por > 20 años).
- Experiencia específica en la materia (em): años de ejercicio en el sector sanitario (máximo 10 puntos por >15 años).
- Experiencia en gestión (eg): años desempeñando funciones directivas (máximo 10 puntos por >15 años).

La síntesis de estas dimensiones se realiza mediante la siguiente fórmula, donde la puntuación técnica media es ponderada por un factor de adscripción política (pp):

$$\text{IMC} = \left[\frac{(f + ep + em + eg)}{4} \right] \times pp$$

El factor pp actúa como un corrector de la independencia política. Si el perfil no presenta vínculos políticos previos, la puntuación técnica se mantiene íntegra (pp = 1). Si existe una relación política previa el IMC se reduce un 25% (pp =

0,75), y en caso de que el acceso a la gerencia haya sido una transición directa desde un cargo de confianza política, la puntuación se ajusta un 50% (pp = 0,50).

Complementariamente, el análisis incorpora la accesibilidad de la información como una variable sustantiva. En aquellos casos donde la opacidad informativa impide la verificación de los datos en fuentes públicas, se asigna la puntuación mínima. Esta decisión metodológica entiende que la transparencia es, por sí misma, un indicador de madurez institucional. Finalmente, se monitoriza la permanencia en el puesto como indicador de estabilidad, asumiendo que una gestión profesionalizada requiere de horizontes temporales que trasciendan los ciclos de alternancia política.

Para la ejecución de este análisis, se ha definido una muestra representativa que incluye los hospitales de mayor complejidad de cada Comunidad Autónoma (tabla 3). En la mayoría de las regiones, el estudio se ha centrado en 2 hospitales, a excepción de Navarra y La Rioja, donde el análisis se ha acotado a 1 centro hospitalario. El periodo de observación comprende la década 2015-2025, registrándose una notable variedad en el volumen de rotación entre territorios.

Tabla 3. Muestra seleccionada de los hospitales de mayor complejidad y volumen de rotación en la gerencia hospitalaria por Comunidad Autónoma (2015-2025). Fuente: elaboración propia a partir de los hospitales seleccionados y fuentes públicas verificadas.

Comunidad Autónoma	Nº de Hospitales	Nº de Gerentes	% de Mujeres
Andalucía	2	7	29%
Aragón	2	5	20%
Asturias	2	6	33%
Canarias	2	6	17%
Cantabria	2	7	29%

Castilla y León	2	7	14%
Castilla-La mancha	2	5	20%
Cataluña	2	5	40%
Comunidad Valenciana	2	5	40%
Extremadura	2	6	33%
Galicia	2	5	20%
Madrid	2	4	75%
Murcia	2	5	0%
Navarra	1	3	33%
País Vasco	2	5	20%
La Rioja	1	2	50%
Baleares	2	6	50%

4.2. Análisis agregado de resultados: centralidad operativa y patrones de liderazgo

La aplicación del Dedómetro a los perfiles de gerencia de los hospitales de la muestra del SNS durante el periodo 2015-2025 permite construir una lectura agregada del modelo de liderazgo vigente. Los resultados revelan patrones consistentes que trascienden las trayectorias individuales y aportan información crítica sobre la calidad de la gobernanza. Dado que la gerencia hospitalaria tiene a su cargo decisiones clave en asignación de recursos, organización asistencial y gestión de personas, su función es de alta responsabilidad pública. Sin embargo, esta relevancia no siempre se acompaña de un marco institucional que garantice estabilidad, autonomía técnica y transparencia.

El análisis evidencia una tensión estructural entre la necesidad de un liderazgo profesionalizado y la persistencia de mecanismos de nombramiento estrechamente vinculados a la alternancia política. Esta dinámica se traduce en una elevada rotación directiva y la proliferación de la libre designación como vía mayoritaria de acceso, factores que limitan la capacidad del sistema para desarrollar estrategias a largo plazo. En este sentido, el Manifiesto de SEDISA por la Profesionalización de la Gestión Sanitaria subraya que la dirección de organizaciones de salud debe alejarse de la discrecionalidad política para basarse en una 'profesión de riesgo' que requiere un marco jurídico estable y un estatuto del directivo propio. Asimismo, la problemática se agrava al considerar el relevo generacional en la gestión. Como advierte el reciente informe del Consejo Asesor de SEDISA (2024), la ausencia de itinerarios directivos formalizados y de planes de capacitación específicos desincentiva la atracción de nuevo talento hacia la gestión sanitaria. Sin una planificación que asegure la transferencia del conocimiento y la memoria institucional, el SNS se enfrenta a una vulnerabilidad operativa ante las jubilaciones masivas de los cuadros directivos actuales. Por tanto, la profesionalización no es solo una cuestión de mérito individual, sino un requisito de sostenibilidad para garantizar que las políticas de gestión tengan continuidad más allá de los ciclos electorales.

El hallazgo más transversal del análisis es la limitada accesibilidad a la información pública sobre los perfiles directivos. En la práctica totalidad de los servicios de salud analizados, la información sobre formación y trayectoria resulta fragmentada o incompleta. La carencia de currículos normalizados en portales oficiales no solo dificulta la evaluación externa, sino que debilita la legitimidad institucional de la función directiva al impedir que la ciudadanía valide el mérito y la capacidad de sus gestores. La opacidad en estos datos genera una asimetría de información que obstaculiza la rendición de cuentas y contraviene las recomendaciones internacionales sobre buen gobierno. Sin un registro público y actualizado que permita contrastar la idoneidad de los perfiles en relación con las responsabilidades asignadas, la gestión sanitaria queda vulnerable a la percepción de arbitrariedad. Por tanto, la transparencia en la trayectoria de los cuadros directivos no debe entenderse como un mero trámite administrativo, sino como un pilar ético fundamental para fortalecer la confianza de la sociedad en sus instituciones sanitarias.

Los resultados muestran un alto capital profesional sanitario, con un claro predominio de perfiles clínicos en las gerencias de hospitales. Las elevadas puntuaciones en los ejes de formación y experiencia específica confirman que el SNS se apoyó en perfiles con una sólida legitimidad técnica. No obstante, persiste un sesgo que vincula automáticamente el éxito clínico con la idoneidad gerencial, obviando en ocasiones que la dirección hospitalaria moderna requiere competencias de planificación y gestión que trascienden la formación asistencial, así como habilidades blandas críticas como el liderazgo, la capacidad de negociación y la empatía.

Frente a la solidez clínica, el eje de experiencia en gestión presenta una dispersión mayor. En numerosos casos, trayectorias sanitarias brillantes conviven con puntuaciones bajas en gestión debido a mandatos cortos o trayectorias fragmentadas. Este patrón sugiere que la dirección hospitalaria es percibida a menudo como una etapa transitoria dentro de una carrera clínica, y no como un itinerario profesional propio, evaluable y consolidado. Esta dinámica se traduce en una elevada rotación directiva bajo la fórmula de libre designación, cuyo reflejo cuantitativo se observa en la Tabla 3, donde territorios con solo dos centros de referencia han gestionado hasta siete nombramientos distintos en la última década. Asimismo, el análisis de género revela una brecha profunda en el acceso a la alta dirección: de los 89 perfiles analizados, solo el 29% son mujeres. Esta infrarrepresentación es especialmente crítica en regiones como Murcia (0%) o Castilla y León (14%), y contrasta con la realidad de una base profesional mayoritariamente femenina. Este ‘techo de cristal’ en la gerencia hospitalaria, sumado a la alta rotación, limita la capacidad del sistema para desarrollar estrategias de liderazgo estables, diversas y alineadas con la realidad sociodemográfica de sus plantillas.

Finalmente, el eje de independencia política muestra un comportamiento polarizado. Aunque la mayoría de los perfiles no presentan vinculaciones partidistas explícitas (obteniendo puntuaciones altas), los casos de tránsito directo desde cargos de confianza política impactan significativamente en el IMC. Este descenso no responde a una valoración ideológica, sino a criterios de neutralidad técnica y autonomía institucional. La ausencia de mecanismos que separen nítidamente la dirección técnica del ciclo político incrementa el riesgo que captura institucional y compromete la estabilidad organizativa de los centros del SNS

Esta vulnerabilidad queda objetivada al analizar la casuística territorial, donde se observa que la alternancia política actúa como el principal motor de rotación directiva. En regiones con alta competitividad electoral como la Comunidad Valenciana, Extremadura, Aragón, Cantabria y Baleares, el año 2023 operó como una ‘frontera’ administrativa, provocando el cese simultáneo de la práctica totalidad de los gerentes para alinearlos con el nuevo signo del Ejecutivo. Incluso en contextos de continuidad del mismo bloque ideológico, como en Castilla y León, las crisis de coalición han derivado en una inestabilidad manifiesta, con centros que han gestionado hasta cuatro gerentes en cinco años.

Frente a esta dinámica de ruptura, solo modelos como el de Galicia, con una apuesta por el directivo de carrera, o Madrid y Castilla-La Mancha, beneficiadas por una mayor estabilidad del signo de gobierno, logran preservar mandatos de largo recorrido que superan el ciclo de cuatro años. En definitiva, la evidencia recogida en el conjunto de las CCAA —desde el relevo masivo en Andalucía (2019) hasta la resistencia técnica en Cataluña o el País Vasco— demuestra que la gestión hospitalaria en España sigue siendo, mayoritariamente, un ecosistema supeditado a la confianza política y no a una carrera directiva blindada e independiente.

4.3. Implicaciones para la gestión y las políticas de recursos humanos

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del Dedómetro permiten extraer implicaciones estructurales de alto valor para el rediseño de las políticas de recursos humanos y gestión estratégica en el SNS.

En primer lugar, se constata que el sistema dispone de un capital humano altamente cualificado, cuya excelencia se fundamenta en una sólida titulación superior de base y una creciente especialización en postgrados de gestión sanitaria. Sin embargo, la gestión de este talento adolece de una fragilidad institucional que lo hace excesivamente dependiente de las trayectorias individuales. Aunque los perfiles analizados demuestran una alta capacitación académica y técnica en materia de dirección, el éxito de la gestión hospitalaria descansa más en el voluntarismo y la capacidad personal del directivo que en un marco de gobernanza robusto y previsible. La ausencia de estructuras de apoyo consoli-

dadas provoca que el éxito de la gestión hospitalaria descansa más en el voluntarismo y la capacidad personal del directivo que en un marco de gobernanza robusto y previsible.

En segundo lugar, la inexistencia de una carrera directiva normalizada y de criterios homogéneos de evaluación limita la profesionalización meritocrática. A pesar de que el marco legal vigente —especialmente el Estatuto Básico del Empleado Público (Art. 13.2) y la Ley 40/2015— establece que el diseño de la función directiva debe fundamentarse en criterios de mérito, capacidad, idoneidad y publicidad, la falta de un desarrollo normativo específico en la mayoría de los servicios de salud permite que la libre designación siga operando con un alto grado de discrecionalidad. Esta carencia no solo dificulta la atracción de nuevos perfiles gestores, sino que compromete la retención del talento actual, que se ve sometido a una inseguridad jurídica y laboral vinculada a los ciclos políticos. A ello se suma la ausencia de programas estructurados de formación en gestión sanitaria que acompañen y desarrollen la trayectoria directiva, lo que genera que la capacitación dependa en exceso de la iniciativa individual. Sin itinerarios claros de promoción, formación y evaluación, la dirección sanitaria corre el riesgo de percibirse como una función de riesgo en lugar de como un destino profesional de alto prestigio. La variabilidad registrada en la Tabla 3 sugiere que, ante la ausencia de una carrera directiva normalizada, la estabilidad del liderazgo hospitalario depende más del contexto político regional que de criterios de gestión técnica uniformes.

Es imperativo subrayar que los resultados del Dedómetro no deben interpretarse como una valoración del desempeño individual de los gerentes hospitalarios, sino como un fiel reflejo del grado de madurez institucional del SNS. La finalidad de este análisis no es evaluar capacidades personales, sino identificar tendencias estructurales y ámbitos de mejora en el diseño del liderazgo sanitario. En este sentido, los hallazgos deben servir como una herramienta de reflexión institucional orientada a fortalecer los marcos de selección, desarrollo y consolidación de la función directiva, asegurando que esta sea el motor de una sanidad más resiliente, transparente y profesionalizada.



5. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

El gasto sanitario constituye el indicador de la capacidad financiera y el esfuerzo económico para sostener las prestaciones y la operatividad del SNS. En un contexto marcado por la evolución de la demanda asistencial y la incorporación de innovaciones, el análisis de los flujos económicos permite evaluar la solvencia del sistema y la composición técnica de sus recursos.

Durante el periodo 2015-2025, el gasto sanitario en España ha registrado una trayectoria dinámica, caracterizada por una fase de estabilidad presupuestaria seguida de un incremento vinculado a la respuesta sanitaria global a partir de 2020. Esta evolución económica plantea la necesidad de analizar no solo el volumen de los recursos asignados, sino también su grado de ejecución real, su distribución funcional entre niveles asistenciales y la intensidad de la inversión en actividades de investigación y desarrollo.

Los objetivos de este apartado son:

- Analizar la evolución de la planificación presupuestaria y las tasas de ejecución efectiva de los recursos asignados a la sanidad pública.
- Describir la estructura funcional y económica del gasto, identificando el peso relativo de la atención hospitalaria, la atención primaria y los recursos humanos, y el esfuerzo inversor en I+D+i en salud.
- Identificar patrones de estabilidad y ajuste en la financiación sanitaria durante el decenio analizado.

5.1. Análisis de la planificación presupuestaria y capacidad de ejecución

La trayectoria de los recursos destinados a sanidad en los Presupuestos Generales del Estado (PGE) entre 2015 y 2025 muestra una evolución marcada por dos fases diferenciadas (Figura 4). Durante el periodo 2015-2019, las asignaciones iniciales se mantuvieron en un rango estable, situándose entre los 3.864 millones de euros iniciales y los 4.251 millones de euros en 2020. Esta tendencia se vio alterada por la necesidad de respuesta a la crisis sanitaria del COVID-19, lo que elevó el presupuesto estatal hasta alcanzar el máximo histórico de 7.329 millones de euros en 2021. En los años siguientes se produjo una fase de ajuste, situándose en el entorno de los 5.505 millones de euros en 2025 (Figura 4). Esta evolución del presupuesto estatal se integra en un contexto de crecimiento del gasto sanitario total, que ha alcanzado los 130.000 millones de euros, donde el sector público representa más del 74% de la facturación sanitaria total (Figura 5).

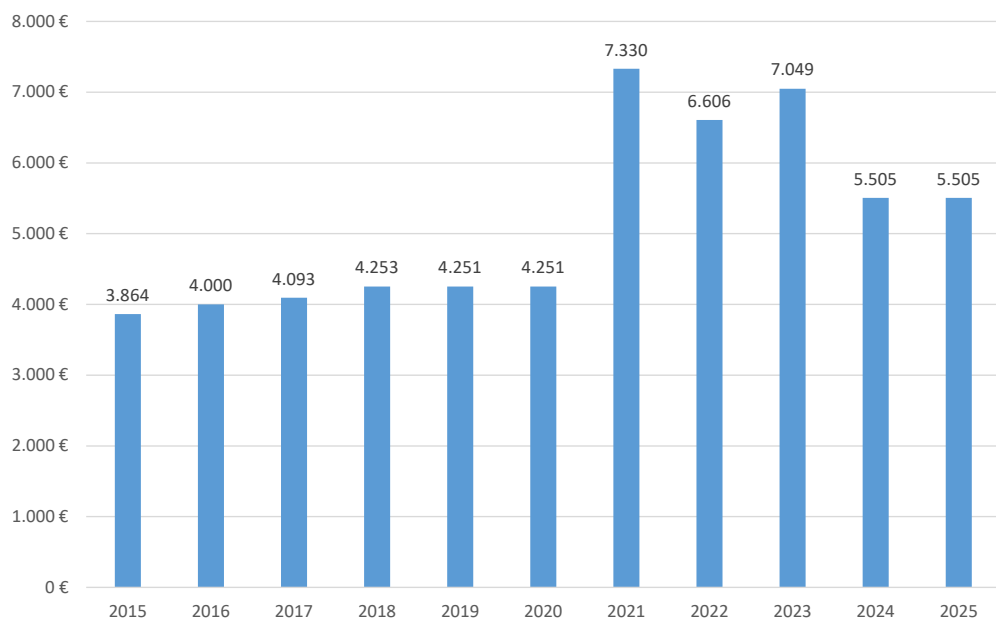


Figura 4. Evolución del gasto en Sanidad según los Presupuestos Generales del Estado (PGE) en millones de euros a lo largo de los años (2015-2025). Fuente: elaboración propia a partir de las estadísticas de los PGE del Ministerio de Hacienda.

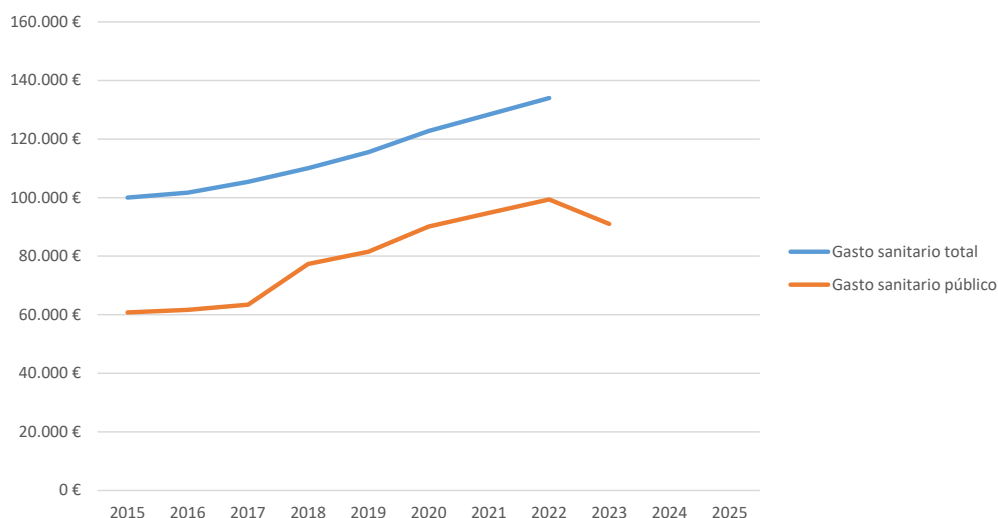


Figura 5. Evolución del gasto sanitario total y el gasto sanitario público en millones de euros a lo largo de los años (2015-2025). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Estadística de Gasto Sanitario Público y de los Informes Anuales del SNS del Ministerio de Sanidad.

El análisis técnico de la tasa de ejecución presupuestaria revela, sin embargo, que el incremento en las partidas asignadas no se ha traducido de forma proporcional en gasto real efectivo (Figura 6). Se observa una tendencia descendente en la capacidad de movilización de recursos que resulta especialmente relevante: mientras que en 2015 se lograba ejecutar el 95,10% de lo presupuestado, este indicador ha descendido progresivamente hasta situarse en niveles mínimos del 45% en 2023. Esta disparidad entre la planificación legislativa y la capacidad operativa se manifiesta con fidelidad en el volumen de modificaciones presupuestarias, que actúan como el mecanismo de ajuste recurrente entre la obsolescencia de las cuentas iniciales o la falta de agilidad administrativa.

Esta dinámica de gestión se hizo especialmente evidente en 2020, cuando el bloqueo político y la consecuente prórroga presupuestaria obligaron a gestionar la mayor crisis sanitaria del siglo con cuentas diseñadas para un contexto pre-pandémico (Figura 6). Esta situación explica que las modificaciones presupuestarias se dispararan un 118,40%, evidenciando un sistema que tuvo que recurrir a decretos de urgencia para dotar de soporte financiero a una realidad epidemiológica que los presupuestos ordinarios no podían cubrir. De igual

modo, el repunte observado en 2022, donde las modificaciones alcanzaron el 42,70%, responde a la complejidad de gestionar los remanentes de los fondos europeo *Next Generation EU* en un escenario condicionado por la inflación energética y de suministros tras el inicio del conflicto en Ucrania.

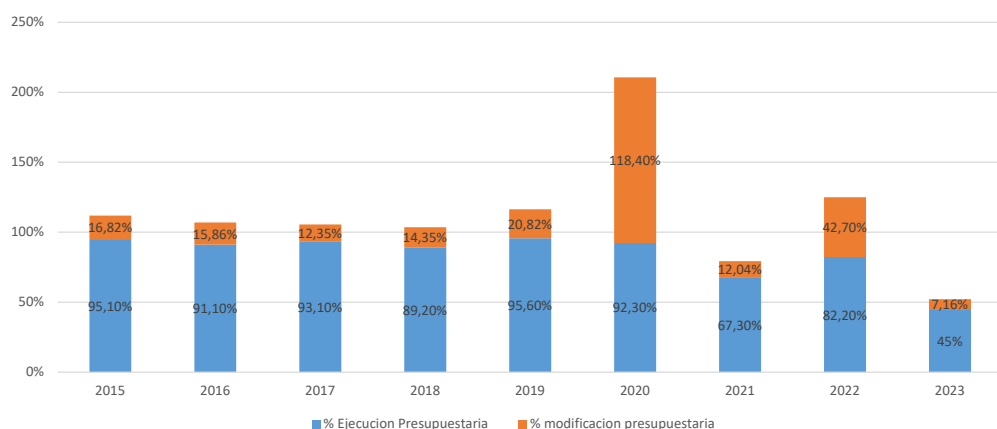


Figura 6. Evolución del porcentaje de ejecución y modificación presupuestarias a lo largo de los años (2015-2023). Fuente: elaboración propia a partir de los Informes de Liquidación del Presupuesto del Estado, Intervención General de la Administración del Estado (IGAE).

Según el análisis realizado por la Fundación Civio a través de su plataforma “Dónde van mis impuestos”, durante los primeros años de la década (2015-2020), el Ministerio de Sanidad no fue el principal ejecutor del gasto sanitario a nivel estatal. En esta primera fase, el Ministerio se situó como la cuarta entidad en volumen de gasto, superado sistemáticamente por la Seguridad Social, el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Defensa. Esta jerarquía presupuestaria cambió drásticamente con la respuesta a la pandemia: a partir de 2021, el Ministerio de Sanidad pasó a liderar el gasto sanitario estatal, situándose como la entidad con mayor dotación presupuestaria debido a la centralización de los fondos europeos y a la gestión de programas de recuperación.

Al principio de la década de análisis, el presupuesto sanitario del Estado concentraba su mayor volumen de gasto estructural en la cobertura de colectivos específicos, destacando las partidas destinadas al mutualismo administrativo (que garantiza la asistencia de los funcionarios a través de MUFACE, ISFAS y MUGEJU) y a la sanidad laboral gestionada por las mutuas colaboradoras con

la Seguridad Social y el Instituto Social de la Marina. Esta inercia se rompió a partir de 2021 con la incorporación de dos instrumentos críticos: el programa REACT-EU y el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR). Esta inyección extraordinaria transformó el presupuesto estatal en un motor de inversión directa, hito que se consolidó en 2022 con el Plan de Inversión en Equipos de Alta Tecnología (INVEAT) y el fortalecimiento de la salud pública, fijando una nueva prioridad política tras la crisis sanitaria.

En conjunto, estos datos ponen de manifiesto la necesidad de avanzar en la modernización de los mecanismos de planificación y ejecución presupuestaria, de forma que la asignación de recursos se traduzca de manera más efectiva en gasto real al servicio del sistema.

5.2. Distribución funcional y económica del gasto sanitario público

La distribución del Gasto Sanitario Público (GSP) consolidado muestra una distribución estable durante el periodo analizado (Figura 7). De acuerdo con los datos de ejecución, los servicios de atención hospitalaria representan el componente mayoritario, situándose de manera recurrente en un rango de entre el 62-63% del gasto total. Por su parte, la atención primaria mantiene una participación en el gasto consolidado que oscila entre 13-14%. El resto de la distribución funcional se completa con partidas destinadas a conciertos sanitarios, que suponen entre el 8-9% del total, dibujando un escenario donde la relación entre niveles asistenciales y servicios concertados se ha mantenido constante en la última década.

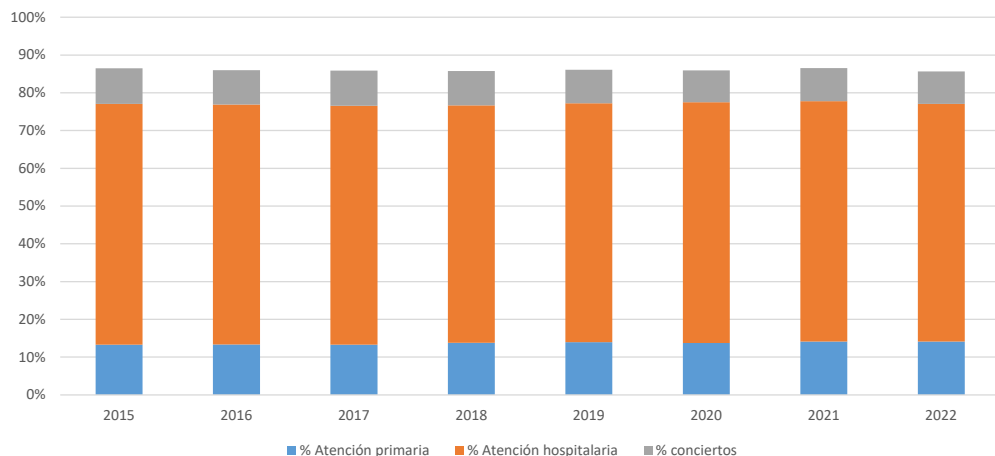


Figura 7. Gasto sanitario público en porcentaje destinado a atención primaria, atención hospitalaria y conciertos a lo largo de los años (2015-2022). Fuente: elaboración propia a partir de los Indicadores Clave del SNS (INCLASNS) del Ministerio de Sanidad.

Desde una perspectiva macroeconómica, la participación del gasto sanitario público en el Producto Interior Bruto (PIB) ha registrado variaciones vinculadas al contexto sanitario global (Figura 8). Entre los años 2015 y 2019, este indicador se situó en un rango de entre el 5,6-6%. En el ejercicio de 2020, coincidiendo con el incremento de la demanda asistencial debido a la pandemia de COVID-10, el peso del gasto sobre el PIB alcanzó el 7,5%, iniciando posteriormente una fase de ajuste técnico hasta situarse en el 6,8% en 2022.

En perspectiva comparada, el 6,68% del PIB que España destina a gasto público en salud se sitúa por debajo de la media de los principales países de su entorno: Alemania dedica el 10,58%, Francia el 9,74% y Reino Unido el 9,05%. Asimismo, si se compara con otras políticas públicas nacionales, el gasto sanitario (6,68% del PIB) supera al destinado a educación, que se sitúa en torno al 4,2% del PIB, lo que refleja el peso central que la sanidad tiene en la estructura del gasto público español, aunque su nivel sigue siendo inferior al de los países europeos de referencia.

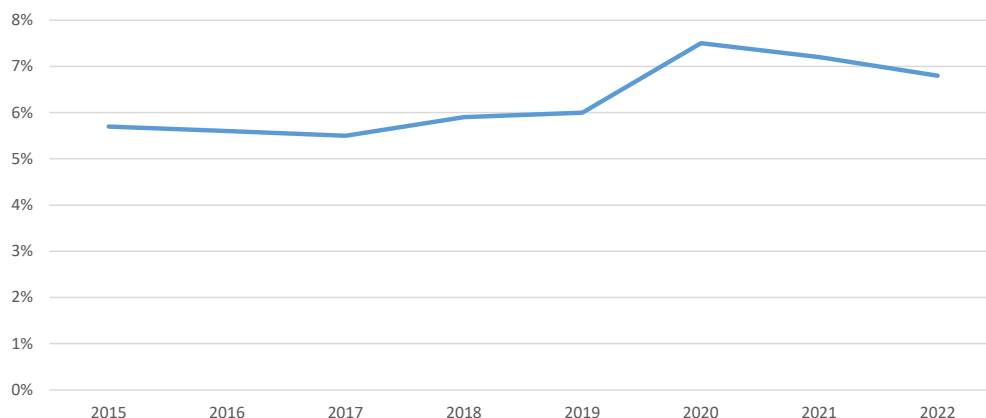


Figura 8. Peso del gasto sanitario público en el PIB en porcentaje a lo largo de los años (2015-2022). Fuente: elaboración propia a partir de los datos históricos de gasto público y PIB de la serie estadística de EPData (Agencia Europa Press).

En cuanto a la estructura económica de los factores de producción, el análisis revela que el sistema se apoya de manera determinante en su capital operativo (Figura 9). El gasto en remuneración de personal constituye la partida de mayor volumen y rigidez dentro de la estructura económica, representado aproximadamente el 45% del gasto total del sistema. Los datos muestran variaciones mínimas en esta serie, con un valor del 44,91% en 2020 y el 45,82% en 2022. Esta estabilidad evidencia que casi la mitad de la factura sanitaria pública se destina al sostenimiento de las plantillas profesionales, lo que define una composición del gasto con márgenes de redistribución vinculadas a la estabilidad de los recursos humanos.

Estos datos apuntan a la oportunidad de revisar la distribución funcional del gasto para reforzar la atención primaria como base del sistema, así como de seguir avanzando en la convergencia con los niveles de inversión sanitaria de los principales países europeos.

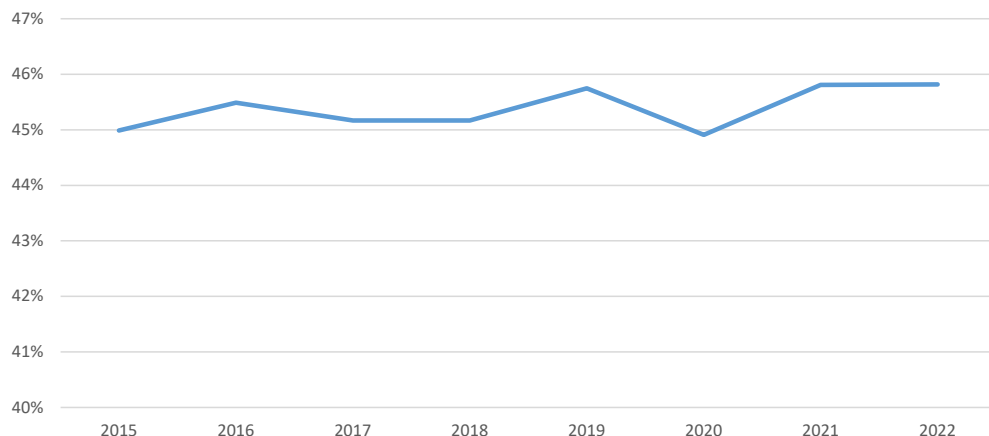


Figura 9. Peso del gasto sanitario público en porcentaje en remuneración de personal a lo largo de los años (2015-2022). Fuente: elaboración propia a partir de los Indicadores Clave del SNS (INCLASNS) del Ministerio de Sanidad.

5.3. El esfuerzo inversor en I+D+i en salud

La inversión en I+D+i total en España dentro del sector salud ha mantenido una trayectoria de crecimiento sostenido en términos absolutos durante el periodo 2015-2024 (figura 10). El gasto interno corriente total en salud ha pasado de 1.700 millones de euros en 2015 a situarse cerca de los 6.000 millones de euros en 2024. Este incremento nominal muestra un refuerzo en la capacidad científica del sistema en el sector salud.

La variación anual del gasto interno refleja diferentes ritmos de crecimiento a lo largo de la serie (Figura 11). Tras registrar una bajada del 5,93% en 2016, el incremento del 9,31% de 2017 supuso un avance en la capacidad investigadora del sector salud. Sin embargo, en 2018 se observó un incremento del 82,05%, relacionado con el cambio en la forma de agrupar los datos en el INE. Para hacer este cálculo antes de 2018 se empleó el gasto total en ciencias médicas, farmacia y actividades sanitarias. Sin embargo, a partir de 2018 se empleó el gasto total dedicado a la protección y mejora de la salud. Esto lleva a pensar que antes de 2018 se estaba infravalorando el gasto dedicado a I+D+i en el sector salud. A partir de 2019 se observó una tendencia estable, en la que en la mayoría de los años se produjo un aumento en el gasto dedicado a I+D+i en salud, excepto en 2020 cuando se produjo la pandemia del COVID-19 y en 2023 debido a

la inestabilidad derivada de los procesos electorales. análisis de la intensidad investigadora, definida como el porcentaje de gasto en I+D+i sobre el gasto sanitario total, muestra una evolución diferenciada (Figura 12).

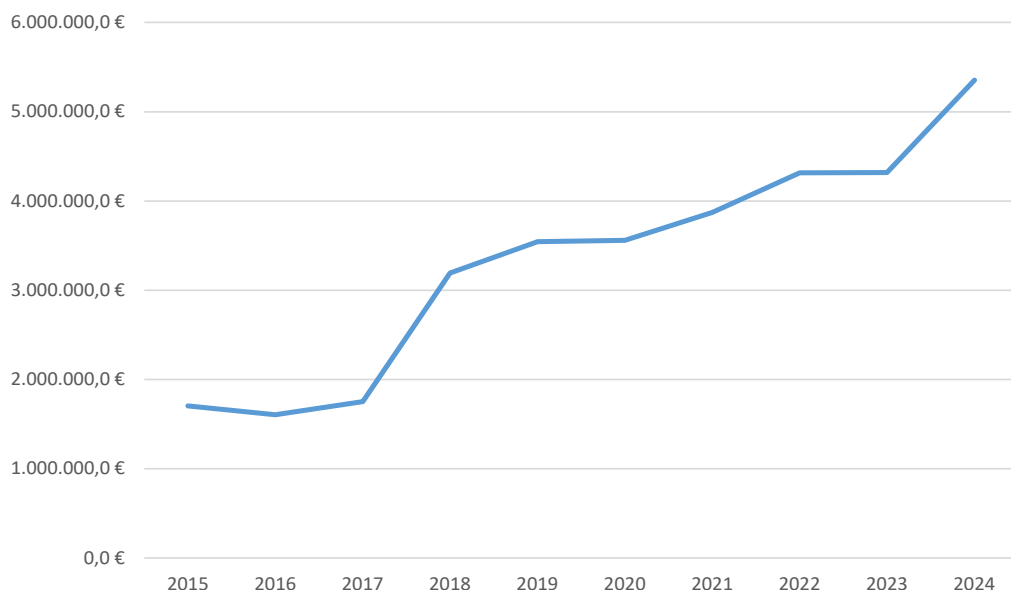


Figura 10. Gastos internos corrientes totales en I+D+i en salud en miles de euros a lo largo de los años (2015-2024). Fuente: elaboración propia a partir de los datos estadísticos sobre actividades de investigación y desarrollo del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Este indicador se encuentra entre 12,5 – 14,1% entre los años 2015-2017, y entre 2018-2024 se encontró entre 19,3 – 22,8%. Esto puede deberse al hecho de que hasta 2018 se está infravalorando la cantidad de I+D+i en salud debido a la forma de agrupar los datos en el INE. Al cierre de 2024, la intensidad investigadora se sitúa en el 22,4%, lo que refleja que, a pesar del incremento nominal de los recursos destinados a investigación e innovación, su peso relativo sobre el gasto sanitario global se mantiene por debajo del máximo registrado en la serie.

La trayectoria de crecimiento de la inversión en I+D+i en salud refleja un compromiso progresivo con la innovación, si bien consolidar este esfuerzo como prioridad estructural del sistema requiere dotarlo de mayor estabilidad y previsibilidad presupuestaria.

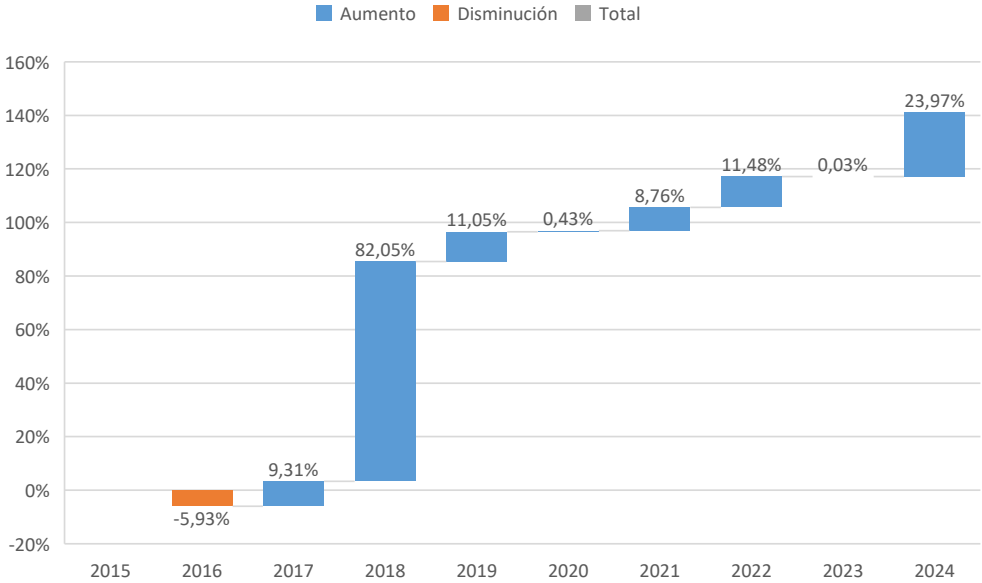


Figura 11. Variación anual en porcentaje del gasto interno I+D+i en salud a lo largo de los años (2015-2024). Fuente: elaboración propia a partir de los datos estadísticos sobre actividades de investigación y desarrollo del Instituto Nacional de Estadística (INE).

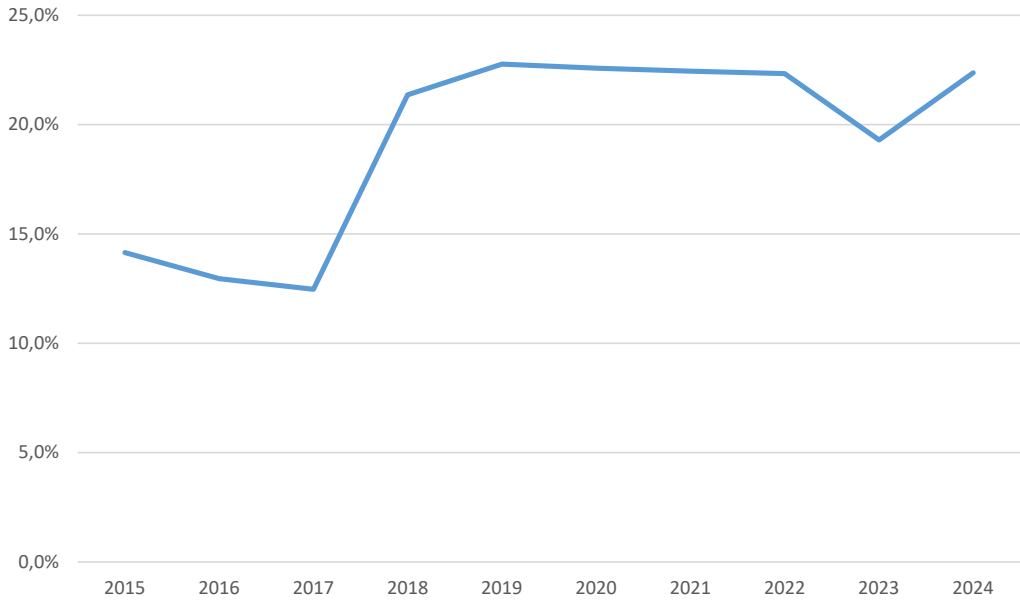


Figura 12. Evolución del porcentaje del gasto en I+D+i sobre el gasto sanitario total a lo largo de los años (2015-2023). Fuente: elaboración propia a partir de los datos estadísticos sobre actividades de investigación y desarrollo del Instituto Nacional de Estadística (INE), y de los datos del Estadística de Gasto Sanitario Público y de los Informes Anuales del SNS del Ministerio de Sanidad.



6. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES ESTRATÉGICAS

El análisis del decenio 2015-2025 constata un sistema sanitario de alta capacidad operativa y técnica que, fundamentado en la cualificación de su capital humano y en una movilización de recursos y actualización normativa, ha demostrado una notable resiliencia ante escenarios de alta presión asistencial. No obstante, la consolidación de estos avances requiere transitar desde un modelo orientado a la resolución de contingencias hacia una arquitectura institucional que transforme el esfuerzo inversor y el liderazgo profesional en una gobernanza estratégica, transparente y orientada a resultados. Los hitos alcanzados en la modernización de infraestructuras y en la producción legislativa deben servir, por tanto, como plataforma para implementar reformas estructurales que prioricen la evaluación técnica y la sostenibilidad del sistema en el horizonte 2050.

6.1. Marco institucional: hacia la anticipación estratégica y el liderazgo

El análisis de la producción legislativa en España durante el periodo 2015-2025 revela un sistema sanitario que ha operado, de manera predominante, bajo una lógica de respuesta a demandas sociales o emergencias sanitarias. Al examinar la actividad de la Comisión de Sanidad y los diarios de sesiones del Congreso, se observa que la agenda parlamentaria de la década ha estado marcada por hitos normativos de gran calado social, como la Ley de Eutanasia, la actualización de las leyes frente al tabaquismo o el refuerzo normativo en salud mental. Sin embargo, este dinamismo se ha canalizado frecuentemente a través del Real Decreto-ley, una herramienta de excepcionalidad que ha desplazado en ocasiones la planificación legislativa a largo plazo. Esta dinámica se hace evidente al contrastar el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción de 2020

con la realidad posterior: aunque el dictamen sentó las bases para una reforma estructural del SNS, su implementación efectiva ha sido desigual, volviendo con frecuencia a una agenda marcada por la inmediatez tras la fase crítica de la pandemia.

La ley a menudo se ha empleado para resolver urgencias presupuestarias o sociales, en lugar de actuar como la hoja de ruta que el sistema requiere para afrontar retos como el envejecimiento o la cronicidad. La consolidación de un modelo de salud en todas las políticas requiere superar la actual estructura de compartimentos estancos en la normativa. La sostenibilidad del sistema depende de la capacidad de integrar la protección de la salud de forma transversal en áreas como el urbanismo, la educación o la transición ecológica. Actualmente, la fragmentación competencial limita la aplicación de la salud como un objetivo interministerial evaluable, dificultando la acción sobre los determinantes ambientales y sociales antes de que el ciudadano requiera atención asistencial.

Para que el avance legislativo que vive España – con reformas críticas como la nueva Ley del Medicamento, la Ley de Universalidad o el nuevo Estatuto Marco – sea verdaderamente transformador, es imperativo que la normativa española adopte esta visión transversal y de largo plazo. La propuesta estratégica reside en transitar hacia una gobernanza basada en la evidencia y la anticipación. Esto implica institucionar la Evaluación del Impacto en Salud en toda nueva normativa y dotar al CISNS de una capacidad de coordinación técnica que garantice la continuidad de las políticas. Solo mediante una arquitectura legal sólida y predecible, que sustituya la improvisación por una visión decenal, España podrá garantizar un sistema preventivo, digitalizado y equitativo para la próxima década. Es decir, un sistema que realmente cuide la salud de las personas antes de que lleguen a la puerta del hospital.

6.2. Gestión sanitaria: hacia la profesionalización del talento

El SNS ha demostrado que su mayor activo reside en el capital humano, un factor de producción que absorbe de manera constante aproximadamente el 45% del gasto sanitario público. Esta inversión sostenida no solo garantiza la calidad asistencial, sino que refleja la alta cualificación de los profesionales en España. Sin embargo, el análisis realizado a través del Dedómetro revela que el esfuerzo por estabilizar y potenciar este capital se enfrenta a un desafío estruc-

tural en la dirección de los centros. El IMC de la alta dirección hospitalaria pone de manifiesto una vulnerabilidad persistente: la gestión de este inmenso activo se resiente por la falta de currículos normalizados, una limitada accesibilidad a la información pública sobre méritos y una excesiva dependencia de los ciclos políticos autonómicos.

Esta realidad sugiere que, mientras el sistema invierte casi la mitad de su presupuesto en conocimiento clínico, la dirección técnica de ese recurso carece a menudo de la estabilidad necesaria para ejecutar planes estratégicos a largo plazo. Al examinar la trayectoria de dos centros hospitalarios de referencia, en algunas Comunidades Autónomas se han llegado a sumar hasta siete gerentes distintos en una sola década. Esta frecuencia en el relevo de puestos de responsabilidad actúa como un factor de discontinuidad, al carecer de una dirección técnica estable que lidere los procesos de cambio organizacional y planificación estratégica a largo plazo. De igual forma, el análisis territorial revela una brecha de género sistémica, con solo un 29,2% de presencia femenina en las gerencias analizadas. Adicionalmente, existe una carencia estructural de programas de formación a medida que integren la gestión del dato, el liderazgo estratégico y la optimización de procesos en entornos complejos. Como resultado, la ausencia de una carrera gestora basada estrictamente en el mérito actúa como un cuello de botella que neutraliza las inversiones en personal. No se puede modernizar la labor del clínico si quienes dirigen no han sido formados específicamente para gestionar los recursos y liderar el cambio organizacional más allá de su competencia asistencial previa.

Para que el SNS gane en eficiencia, la propuesta estratégica debe orientarse hacia una transparencia en los datos de gestión y una profesionalización integral de la dirección. Esto implica que el acceso a puestos de responsabilidad debe estar vinculado a una formación específica en gestión sanitaria y a una transparencia radical en los datos de mérito y capacidad. La profesionalización directiva debe dejar de ser una recomendación para convertirse en una norma, asegurando que quienes lideran las organizaciones sanitarias lo hagan bajo criterios de excelencia técnica y evaluación de resultados. El reto para la próxima década es que el Estatuto Marco actúe como el marco de seguridad que permita a gestores formados y profesionalizados liderar sin interferencias políticas, garantizando que el 45% del presupuesto en personal se traduzca en una organización eficiente, motivada y orientada a resultados de salud.

Bajo esta premisa, resulta inviable ejecutar una gestión eficiente y liderar un cambio organizacional sobre un capital humano estructuralmente agotado y desconectado de los objetivos del sistema. La actual crisis asistencial evidencia que las herramientas de dirección son insuficientes si el nuevo Estatuto Marco no resuelve la anomalía de la “jornada complementaria”, un régimen de guardias obligatorio y precarizado que penaliza al facultativo frente a otros sectores esenciales. Esta sobrecarga crónica, sumada a una retribución de la guardia inferior a la hora ordinaria y a la desprotección técnica en el cómputo de la jubilación, ha cronificado un desgaste profesional (burnout) crítico que anula la docencia de los residentes y acelera la fuga de talento hacia la privada o el extranjero. Para evitar que el conflicto se enquisté en una desafección irreversible que hunda la sanidad pública, los nuevos gestores necesitan que el Ministerio y las Comunidades Autónomas articulen, junto a los sindicatos médicos, una hoja de ruta a cinco años; un plan de choque que sustituya la actual estrategia de desgaste por un marco normativo que dignifique la jornada, homogeneice las rentas territoriales y devuelva la motivación y la salud laboral a los profesionales.

6.3. Ejecución presupuestaria: hacia una gestión orientación a objetivos y resultados

El análisis financiero del decenio 2015-2025 confirma que el SNS posee una notable capacidad de movilización de recursos en contextos críticos, pero enfrenta dificultades estructurales para transformar ese gasto en una modernización real del sistema. La distribución del gasto sanitario público consolidado revela una arquitectura con una fuerte inercia asistencial, donde los servicios hospitalarios absorben sistemáticamente entre el 62% y el 63% de los recursos, frente a una Atención Primaria que permanece estabilizada en el 14%. Esta asimetría presupuestaria limita la capacidad resolutive del primer nivel asistencial y perpetúa una dependencia del sistema hacia el entorno especializado. Además, la trayectoria de la ejecución presupuestaria, que ha registrado un descenso hasta situarse en el 45% en 2023, sugiere que el sistema padece una rigidez administrativa que impide que los fondos planificados se traduzcan en mejoras tangibles en la cabecera del paciente. Esta rigidez administrativa no solo es un problema de gestión hospitalaria, sino de una desconexión entre los marcos de control financiero y las necesidades operativas de salud, lo que exige una mayor integración de criterios sanitarios en las políticas de Hacienda y Economía.

Nuestra visión indica que el modelo de “presupuestos incrementales” —basado en pagar por actividad o inercia histórica— ha agotado su capacidad de generar eficiencia. El gasto se ve absorbido mayoritariamente por componentes rígidos como las nóminas y la farmacia hospitalaria, dejando un margen muy estrecho para la inversión transformadora. Esta situación se agrava al observar el ecosistema de I+D+i en salud, donde el fuerte crecimiento nominal del gasto no se traduce en un mayor peso estratégico. El aparente avance de los últimos años está distorsionado por cambios metodológicos de registro, lo que enmascara una intensidad investigadora estancada. Al no acompasar el ritmo del gasto sanitario global, la innovación queda relegada a un segundo plano, limitando la capacidad del sistema para transferir el conocimiento científico hacia una mayor eficiencia del modelo asistencial.

Para que el SNS asegure su sostenibilidad en 2050, la propuesta estratégica debe centrarse en transitar de una contabilidad de facturas a una gestión estratégica con transparencia y rendición de cuentas. Esto requiere una reasignación proactiva de recursos hacia la base comunitaria del sistema, potenciando la prevención antes de que la patología se agudice. Es imperativo, además, simplificar los procesos de ejecución presupuestaria para evitar la parálisis de los fondos. En definitiva, el presupuesto debe dejar de ser un trámite administrativo para convertirse en el verdadero instrumento de planificación que permita al SNS pasar de ser un sistema de reparación de enfermedades a uno que gestione integralmente la salud y el bienestar de la población.

6.4. Consideraciones finales: hacia un Pacto de Estado por la Salud

El análisis del decenio 2015-2025 confirma que el SNS posee una robustez operativa incuestionable, pero su gobernanza, gestión y financiación requieren una transición profunda hacia la cultura de la evidencia. La sostenibilidad del sistema no depende exclusivamente del incremento nominal de los recursos, sino de la voluntad política para alcanzar un Pacto de Estado que blinde su arquitectura legislativa, profesionalice de manera estable su liderazgo y oriente cada euro invertido hacia resultados de salud medibles. España se encuentra ante una ventana de oportunidad única para dejar atrás la gestión reactiva de la excepcionalidad y consolidar un modelo sanitario basado en la prevención,

y la equidad. El éxito de este proceso vendrá determinado por la capacidad de las administraciones para situar este Pacto de Estado como el marco de planificación estratégica fundamental para la sanidad de las próximas décadas, asegurando que el SNS siga siendo el principal garante del bienestar social por encima de miradas cortoplacistas.

6.5. Decálogo para un Pacto de Estado por la Salud (Horizonte 2050)

1. **Estabilidad estratégica y blindaje de la gobernanza frente al ciclo político:** institucionalizar marcos de planificación decenal que garanticen la continuidad de los proyectos sanitarios más allá de la alternancia en los gobiernos y reforzar la capacidad técnica y coordinadora del CISNS para que actúe como un órgano de gobernanza estable.
2. **Transversalidad y enfoque de “Salud en todas las Políticas”:** superar la fragmentación administrativa integrando la salud como un objetivo prioritario en todas las áreas de gobierno. Es necesario actuar de forma coordinada sobre los determinantes sociales, ambientales y comerciales para transformar el SNS de un modelo reactivo de reparación de enfermedades a un sistema proactivo garante del bienestar poblacional.
3. **Evaluación de impacto y resultados:** institucionalizar la medición de resultados en salud y experiencia del paciente como criterio de excelencia. La evaluación técnica debe dejar de ser una excepción para convertirse en la norma que guíe la asignación de recursos.
4. **Transformación digital e interoperabilidad:** crear un ecosistema nacional de datos sanitarios interoperables que facilite la evaluación en tiempo real. La transformación digital debe priorizar el uso de la información estratégica como herramienta de gestión, permitiendo que el sistema transite desde una contabilidad administrativa hacia un modelo de decisiones basado en la evidencia.
5. **Profesionalización directiva, acreditación por méritos y promoción del talento femenino:** implementar un Estatuto del Directivo que normalice la carrera profesional mediante una acreditación técnica obligatoria, sustituyendo la discrecionalidad en los nombramientos por criterios estrictos de mérito y

competencia. Este marco debe incluir programas estructurados de formación en gestión sanitaria que acompañen el desarrollo de la trayectoria directiva, reduciendo la dependencia de la capacitación individual. Asimismo, debe garantizar liderazgos estables que reduzcan la alta rotación en las gerencias, incorporando a su vez medidas correctoras eficaces para eliminar la brecha de género detectada en la alta dirección hospitalaria y asegurar una representación equilibrada basada exclusivamente en el talento.

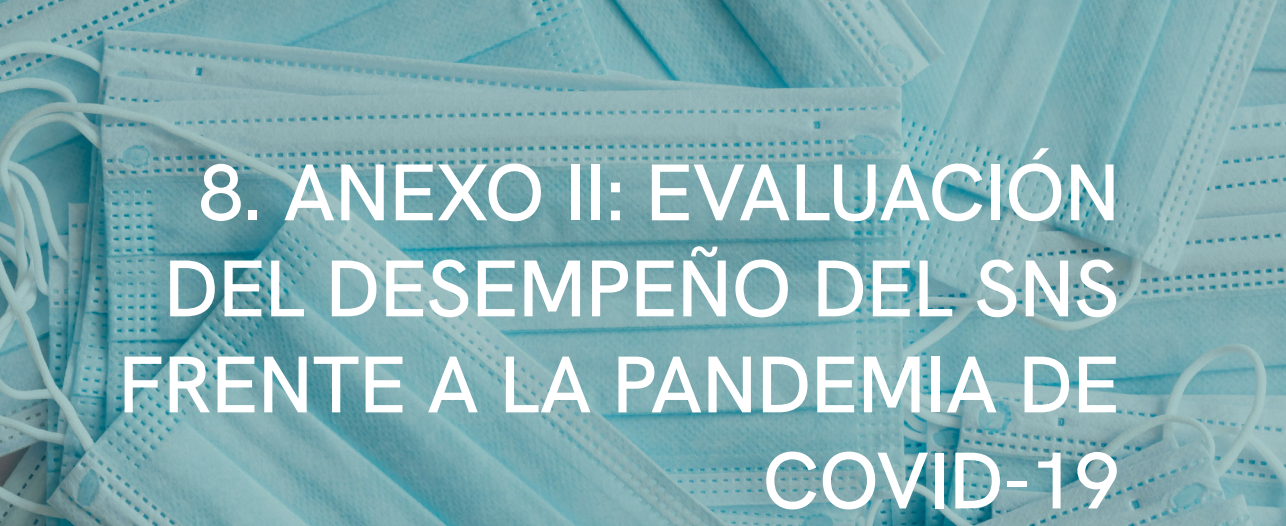
6. **Transparencia y rendición de cuentas en las gerencias hospitalarias:** establecer la obligatoriedad de publicar los currículos y competencias de la alta dirección de los centros. Esta medida debe corregir la opacidad detectada en el acceso a la información pública en este ámbito y asegurar la transparencia en los procesos de nombramiento.
7. **Calidad legislativa frente a parches reactivos:** asegurar que el marco normativo acompañe la evolución de la ciencia y las demandas sociales de forma planificada. Es necesario legislar bajo criterios de rigor y beneficio social a largo plazo, evitando normativas de carácter coyuntural o reactivo.
8. **Autonomía de gestión y eficiencia financiera:** dotar a los gestores de herramientas que superen la rigidez administrativa, vinculando la financiación a la consecución de objetivos operativos. Se deben simplificar los procesos para optimizar la ejecución presupuestaria y proteger la salud mental del profesional.
9. **Impulso estratégico a la I+D+i y transferencia del conocimiento:** consolidar la investigación y la innovación como pilares de sostenibilidad del sistema. Es necesario superar el estancamiento de la intensidad investigadora aumentando los recursos de forma finalista, asegurando que el incremento nominal se traduzca en una transferencia real del conocimiento científico hacia la eficiencia del modelo asistencial.
10. **Fortalecimiento y modernización estratégica de la Atención Primaria:** reequilibrar la asimetría presupuestaria entre Atención Primaria y Hospitalaria, garantizando una inversión finalista que potencie la base comunitaria como eje preventivo y resolutivo. El objetivo no es solo financiar el modelo actual, sino transformarlo en un eje estratégico, líder y resolutivo, ya que el sistema actual requiere una actualización profunda para ser funcional.



7. ANEXO I: CONTEXTO INTERNACIONAL

País / Ámbito	Estrategia / Referencia
Unión Europea	Council of the European Union. (2024). <i>Council conclusions on the Future of the Health Union</i> . https://www.consilium.europa.eu/media/70909/st07553-en24.pdf
	European Commission. (2023). <i>Reform of the EU pharmaceutical legislation</i> . https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/reform-eu-pharmaceutical-legislation_en
Francia	Ministère de la Santé et de la Prévention (France). (2023). <i>Stratégie Nationale de Santé 2023-2033</i> . https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/FRA_France_Strat%C3%A9gie-Nationale-de-la-Sant%C3%A9_2023-2033.pdf

Reino Unido	NHS England. (2019). The NHS Long Term Plan. https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf
	NHS England. (2023). NHS Long Term Workforce Plan. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/06/nhs-long-term-workforce-plan-v1.2.pdf
Alemania	Bundesministerium der Finanzen (Alemania). (2021). Deutscher Aufbau- und Resilienzplan (DARP). https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren_Bestellservice/deutscher-aufbau-und-resilienzplan-darp.pdf?__blob=publicationFile&v=5
Italia	Ministero della Salute (Italia). (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): Missione 6 - Salute. Università Cattolica del Sacro Cuore. https://www.unicatt.it/uc/amministrazione-M6%20-%20Salute.pdf
Estados Unidos	Internal Revenue Service (IRS). (2022). Inflation Reduction Act of 2022. https://www.irs.gov/es/inflation-reduction-act-of-2022
	The White House (EE.UU.). (2025). Lowering Prescription Drug Costs for Americans. https://trumprx.gov/



8. ANEXO II: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SNS FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19

Este informe técnico, fruto del consenso del **Consejo Interterritorial del SNS (CISNS)**, constituye la primera auditoría externa, independiente y multidisciplinar sobre la respuesta de España a la COVID-19.

1. Impacto de la pandemia en España

- **Mortalidad y morbilidad:** España presentó tasas de exceso de mortalidad superiores a la media europea en las primeras olas, con una incidencia especialmente crítica en el ámbito sociosanitario.
- **Saturación asistencial:** se produjo una ocupación extrema de las UCI y un desbordamiento de la Atención Primaria, lo que obligó a una reestructuración forzada de la actividad hospitalaria y al retraso en la atención de patologías no-COVID.
- **Desgaste del capital humano:** el impacto se tradujo en una elevada tasa de infección entre profesionales sanitarios y una carga psicológica y emocional prolongada que ha afectado la sostenibilidad de las plantillas.
- **Brechas sociales:** la pandemia actuó como un factor de desigualdad, impactando con mayor dureza en las poblaciones con menores recursos y peores condiciones de habitabilidad.

2. Lecciones aprendidas durante la pandemia

- **Fragilidad de la Salud Pública:** se evidenció que las estructuras de vigilancia epidemiológica eran insuficientes y contaban con recursos humanos y tecnológicos desfasados para una respuesta ágil.

- **Fragmentación de datos:** la falta de una plataforma de información común e interoperable dificultó el seguimiento de la pandemia y la toma de decisiones basada en datos compartidos entre regiones.
- **Dependencia industrial:** la escasez inicial de suministros críticos reveló una dependencia estratégica del exterior y la necesidad de contar con una reserva nacional y capacidad de producción propia.
- **Rigidez administrativa:** la gestión de la crisis mostró las limitaciones de los marcos de contratación y gestión de personal actuales para adaptarse a situaciones de emergencia.

3. Recomendaciones para afrontar futuras pandemias

- **Despliegue de la Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP):** establecer este organismo como el nodo central de coordinación técnica, vigilancia y preparación ante riesgos sanitarios.
- **Transformación de la Atención Primaria:** reforzar su capacidad diagnóstica y su liderazgo en la vigilancia comunitaria, dotándola de recursos suficientes para evitar el colapso de los hospitales.
- **Digitalización e inteligencia sanitaria:** implementar sistemas de información integrados que permitan el análisis de datos en tiempo real y la predicción de escenarios de riesgo.
- **Consolidación de una reserva estratégica:** garantizar un stock permanente de material crítico y fortalecer la industria nacional de salud.
- **Revisión del marco normativo:** promover una legislación sanitaria que facilite la gestión de crisis de forma coordinada, ofreciendo seguridad jurídica y agilidad en la acción ejecutiva.
- **Cultura de auditoría y evaluación:** incorporar la evaluación externa periódica como un mecanismo estándar de mejora continua para el Sistema Nacional de Salud.

4. **Hoja de Ruta Estratégica:** el informe propone un cronograma de implantación basado en tres fases críticas:
- **Fase I (urgente):** puesta en marcha de la **AESAP** y actualización de la **Estrategia de Vigilancia en Salud Pública** con sistemas de información interoperables.
 - **Fase II (estructural):** reforma del marco legislativo (Ley de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública) y aprobación de un **Plan Nacional de Capacidades Industriales** en Salud.
 - **Fase III (consolidación):** implementación de un nuevo modelo de **recursos humanos** con mayor flexibilidad y programas de cuidado al profesional, junto a la institucionalización de las evaluaciones de desempeño del SNS cada dos años.

9. BIBLIOGRAFÍA

- AIRef. (2022). Spending Review: Evaluación del gasto en sanidad. Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal. <https://www.airef.es/es/evaluaciones-spending-review-2022-2026/>
- Banco Mundial. (2023). Gasto público en educación, total (% del PIB) — España. Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). <https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.XPD.TOTL.GD.ZS?locations=ES>
- Congreso de los Diputados. (s.f.). Calendario de sesiones del Pleno. <https://www.congreso.es/es/cem/sesplencel>
- Congreso de los Diputados. (s.f.). Comisiones: composición, actividad y sesiones. Portal del Congreso de los Diputados. <https://www.congreso.es/es/comisiones>
- Congreso de los Diputados. (s.f.). Iniciativas legislativas aprobadas. Portal del Congreso de los Diputados. <https://www.congreso.es/es/iniciativas-legislativas-aprobadas>
- Datosmacro. (2024). Gasto público en salud (% del PIB) — Comparativa internacional. Expansión. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>
- EPData. (2024). Evolución del gasto público como parte del PIB en España. Agencia Europa Press. <https://www.epdata.es/evolucion-gasto-publico-par-te-pib-espana/ec0a82f4-4818-4b18-87af-7b8c2bade859>
- European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2018). Public administration characteristics and performance in EU28: Estonia. (G. Hammerschmid, editor, N. Thijs, editor) Publications

Office of the European Union. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c017bdc1-960e-11e8-8bc1-01aa75ed71a1/language-en>

European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Spain: Health System Review 2021. WHO Regional Office for Europe. <https://eurohealth-observatory.who.int/publications/m/spain-country-health-profile-2021>

Fundación Civio (s.f.). ¿Dónde van mis impuestos? Visualización de los Presupuestos Generales del Estado. <https://dondevanmisimpuestos.es>

Fundación Civio. (2022). Informe de gestión 2022 de Civio. <https://civio.es/informe-2022/>

Fundación Civio. (2023). ¿En qué se gasta el Ministerio de Sanidad? Análisis del gasto en los PGE 2023–2024. <https://civio.es/novedades/2022/10/10/visualizacion-proyecto-de-presupuestos-de-2023-pge/>

Fundación Hay Derecho. (2024). Informe sobre el Estado de Derecho en España 2023-2024. <https://www.hayderecho.com/informe-estado-de-derecho-2024/>

Fundación Hay Derecho. (2024). El Dedómetro: Medición de la calidad institucional y la meritocracia en los nombramientos públicos. <https://www.hayderecho.com/dedometro-2/>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (s.f.). Estadística sobre actividades en investigación y desarrollo. <https://ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=2982&capsel=11985>

Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). (s.f.). IMPaCT: Infraestructura de Medicina de Precisión asociada a la Ciencia y la Tecnología. <https://impact.isciii.es/>

Intervención General de la Administración del Estado (IGAE). (2025). Informes de Liquidación del Presupuesto del Estado. Ministerio de Hacienda. <https://www.igae.pap.hacienda.gob.es/sitios/igae/es-ES/Contabilidad/ContabilidadPublica/CPE/EjecucionPresupuestaria/Paginas/ialiquidacionestado.aspx>

Ministerio de Hacienda. (2025). Estadísticas de los Presupuestos Generales del Estado. Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos (SEPG). <https://>

www.sepg.pap.hacienda.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/DocumentacionEstadisticas/Estadisticas/Documents/2023-P/01%20Presupuestos%20Generales%20del%20Estado%20Consolidados.pdf

Ministerio de Sanidad. (s.f.). Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/home.htm>

Ministerio de Sanidad. (s.f.). Estadística de Gasto Sanitario Público: Serie histórica. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

Ministerio de Sanidad. (s.f.). Informes Anuales del SNS: Series históricas y años anteriores. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNSAnosanteriores.htm>

Ministerio de Sanidad. (2023). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

Ministerio de Sanidad. (2023). Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19. Grupo de Trabajo de Evaluación de la Respuesta a la Pandemia a solicitud del Consejo Interterritorial del SNS. https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/EVALUACION_DEL_DESEMPEÑO_DEL_SNS_ESPANOL_FRENTE_A_LA_PANDEMIA_DE_COVID-19.pdf

OECD. (2017). Skills for a High Performing Civil Service, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264280724-en>

OECD. (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Transparency International. (2021). Global Corruption Barometer – European Union 2021. <https://www.transparency.org/en/gcb/eu/european-union-2021>

World Health Organization. (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43918>

