

Reformas económicas y estructurales para mejorar la financiación y asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario

Abril de 2025



Sobre este informe

Este informe ha sido elaborado por PwC para la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (en adelante FENIN), con el objetivo de analizar la situación actual del Sistema Nacional de Salud (SNS) acerca de la deuda comercial sanitaria, sus repercusiones y buenas prácticas para una mejor gestión; así como analizar posibles reformas económicas y estructurales orientadas a garantizar su sostenibilidad.

Para su elaboración, se ha utilizado información procedente fundamentalmente de fuentes públicas y oficiales, tanto a nivel internacional como estatal y autonómico. Adicionalmente, estos datos han sido contrastados mediante entrevistas y reuniones mantenidas con técnicos y responsables de gestión económica de diversas comunidades autónomas.



Índice de contenidos

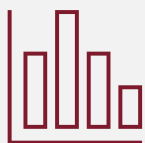
Resumen ejecutivo

1	Introducción	18
2	La sanidad en España: características y financiación del sistema sanitario	20
3	La sanidad en un contexto de necesidades crecientes: envejecimiento, cronicidad y gasto sanitario	37
4	La deuda comercial sanitaria y su impacto en la calidad y acceso a la prestación sanitaria	44
5	Soluciones y alternativas financieras para mejorar la gestión de la deuda comercial sanitaria	64
6	Hacia una gestión sanitaria más eficiente: claves y soluciones para mejorar la sostenibilidad del sistema	75
7	Conclusiones	81
8	Referencias	84

Este estudio pretende analizar la situación actual del sistema sanitario y proponer alternativas para abordar la insuficiencia presupuestaria y asegurar su sostenibilidad



Objetivos del estudio



01.

Analizar el estado de situación actual del sistema sanitario en España en términos de **financiación y deuda**



02.

Cuantificar el impacto de la demora en pagos por parte de las AA.PP. y sus **implicaciones**



03.

Plantear **soluciones y alternativas financieras** para **mejorar la gestión** de la deuda.



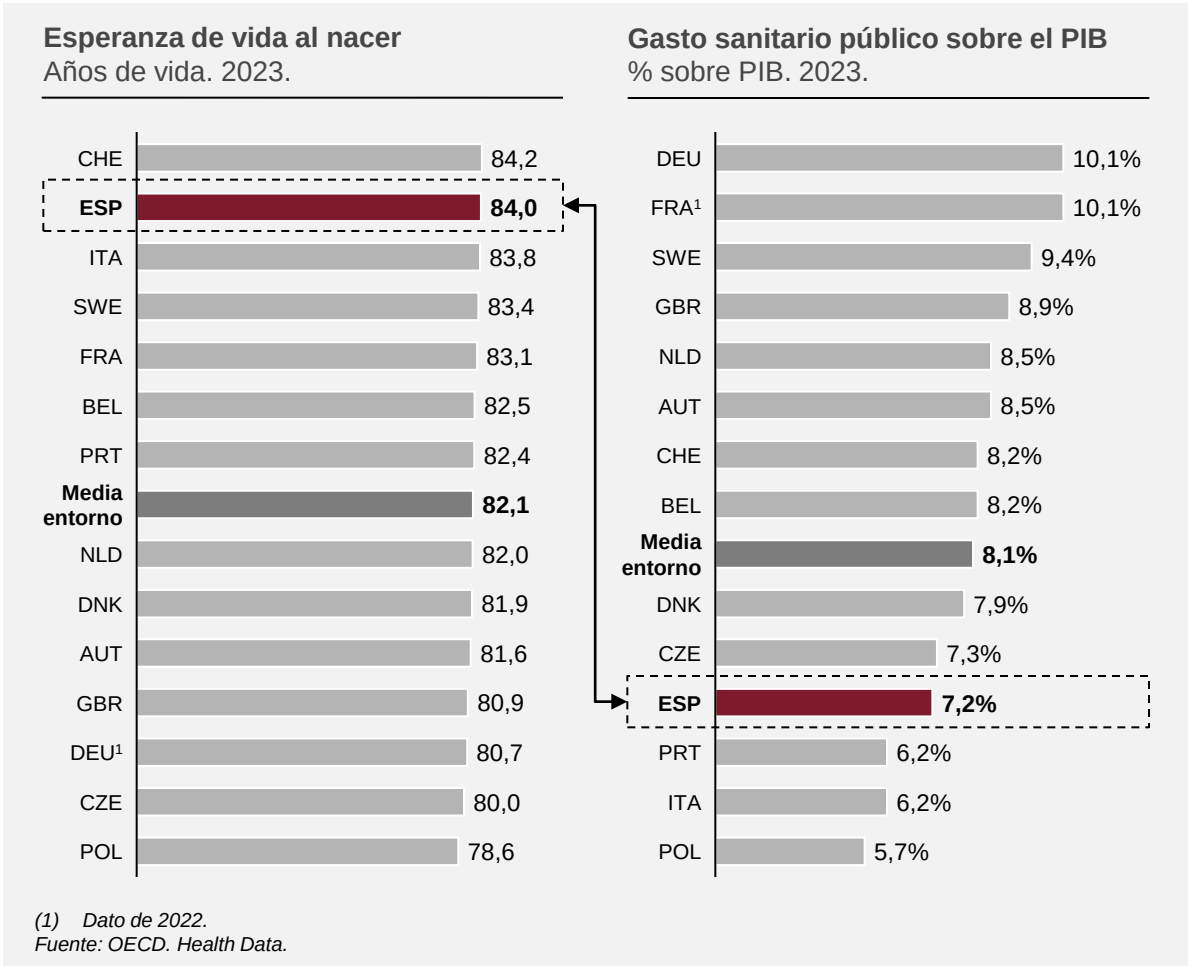
04.

Proponer **reformas económicas y estructurales** para mejorar la gestión y eficiencia del sistema sanitario y su sostenibilidad

El sistema sanitario español ha sido reconocido internacionalmente por sus excelentes resultados en salud y esperanza de vida, a pesar de destinar un porcentaje menor del PIB al gasto sanitario



Aunque en las últimas décadas se ha producido un incremento generalizado de manera sostenida en la mayoría de los países en la esperanza de vida al nacer, **España** se ha situado tradicionalmente alrededor de los **dos años por encima de la media**, ocupando los primeros puestos de los **países más longevos**.



Tradicionalmente, España se ha situado entre los países de su entorno que **menos esfuerzo de su PIB dedican a la sanidad**.

Según los últimos datos disponibles, en 2023 el gasto sanitario **representa el 7,2% del PIB, por debajo de la media de los países del entorno (8,1%)**.

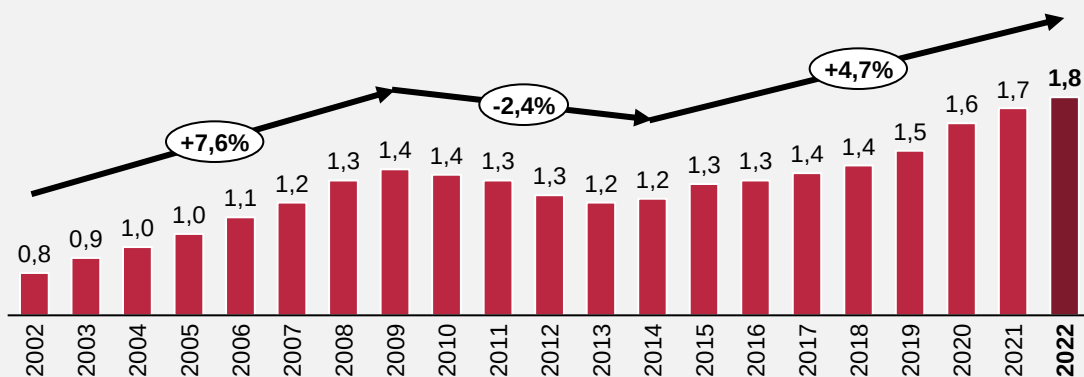
Las diferencias en la asignación de recursos sanitarios entre comunidades autónomas son amplias y significativas, con una diferencia de aproximadamente 800€ por habitante

La **sanidad** constituye una partida prioritaria para las administraciones autonómicas, **concentrando un tercio de su gasto público**.

Desde 2014, el gasto sanitario público per cápita **ha crecido a un ritmo del 5% anual**, debido a la creciente demanda de atención médica, impulsada por el **envejecimiento de la población** y el **aumento de enfermedades crónicas**.

Evolución del gasto sanitario público per cápita ajustado de las CC.AA.

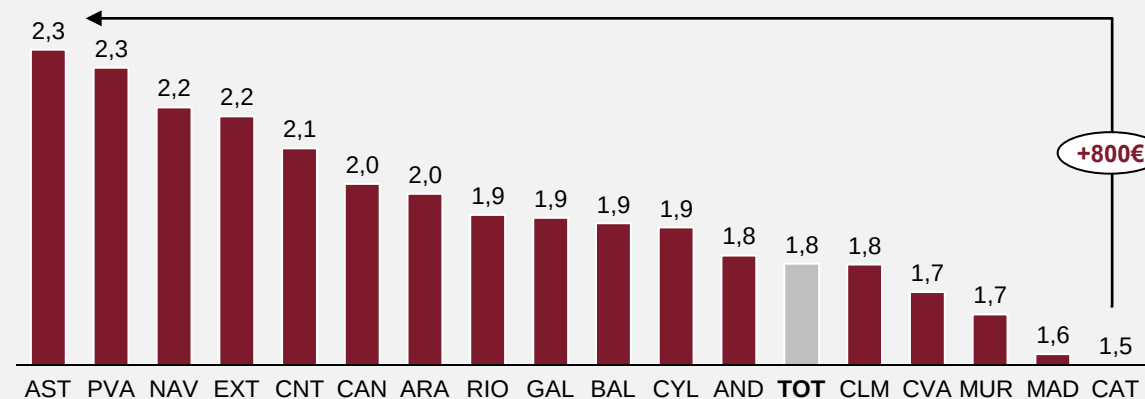
Miles de € corrientes por habitante ajustado. 2002-2022.



Fuente: Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud.

Presupuestos sanitarios per cápita ajustado de las CC.AA.

Miles de € corrientes por habitante ajustado (2025)



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad 2024. Proyectos de presupuestos generales de las comunidades autónomas 2025. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud e INE. Estadística Continua de Población. Población residente a 1 de enero.

1.800€



de presupuesto sanitario por habitante ajustado de las comunidades autónomas, aunque con importantes diferencias interregionales

800€



de diferencia por habitante entre las comunidades autónomas que más y menos recursos y presupuesto destinan a sanidad

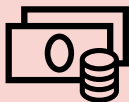
Al comparar el presupuesto sanitario con el gasto real efectuado, se evidencia una tendencia a subestimar el presupuesto sanitario, superando ampliamente los créditos inicialmente presupuestados

En los últimos 15 años, los **créditos presupuestarios asignados a sanidad** han sido **insuficientes para cubrir los gastos** corrientes del año, lo que revela una subestimación estructural en los créditos iniciales.

En algunas comunidades autónomas, la situación es aún más crítica. No solo el gasto supera los créditos inicialmente presupuestados, sino que incluso **los presupuestos de apertura de cada año son inferiores al gasto del año anterior.**

Consecuencias de la situación actual

A lo largo del año se llevan a cabo **modificaciones presupuestarias**, insuficientes para cubrir la totalidad de los gastos y obligaciones en las que se incurre.

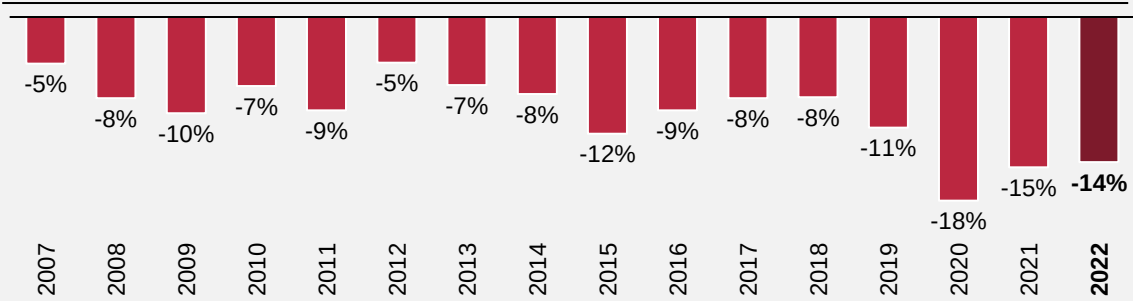


Son **presupuestos poco creíbles** que no reflejan adecuadamente los niveles reales de gasto, lo que agrava la falta de previsibilidad y los convierte en **herramientas poco útiles para la gestión.**

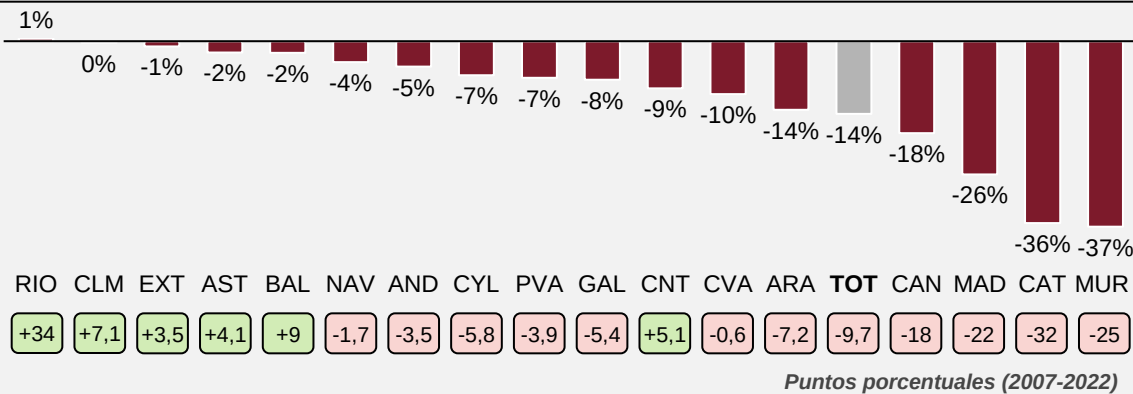


El desajuste entre los créditos presupuestarios asignados a sanidad y el gasto real se estima en más de 10 mil millones de € en 2022

Diferencia entre los presupuestos sanitarios iniciales y el gasto de las CC.AA.
Porcentaje. 2007-2022.



Diferencia entre los presupuestos sanitarios iniciales y el gasto total de las CC.AA.
Porcentaje (2022) y variación en p.p. (2007-2022).



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

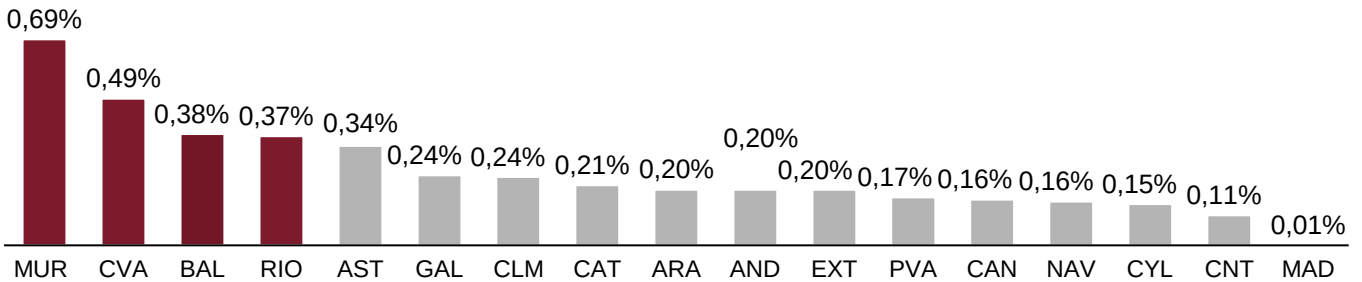
El déficit presupuestario estructural provoca demoras en los pagos a proveedores, lo que a su vez contribuye a la acumulación de deuda y compromisos financieros futuros

La **deuda comercial sanitaria** de las CC.AA. se situó, a finales de 2024, en casi **3.153 M€**; y el período medio de pago (PMP) sanitario en 33,2 días.

Por su parte, a cierre de 2024 las facturas pendientes de pago a las compañías de **tecnología sanitaria** ascendieron a **más de 900 M€**, y un periodo medio de pago (DSO) de **66 días**.



Deuda comercial sanitaria como porcentaje del PIB
%. Diciembre 2024.



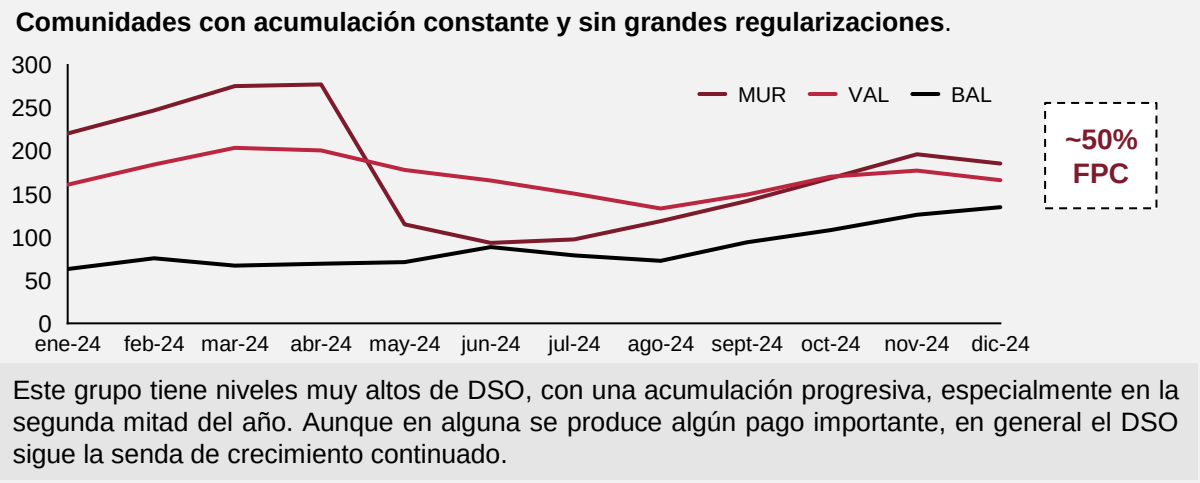
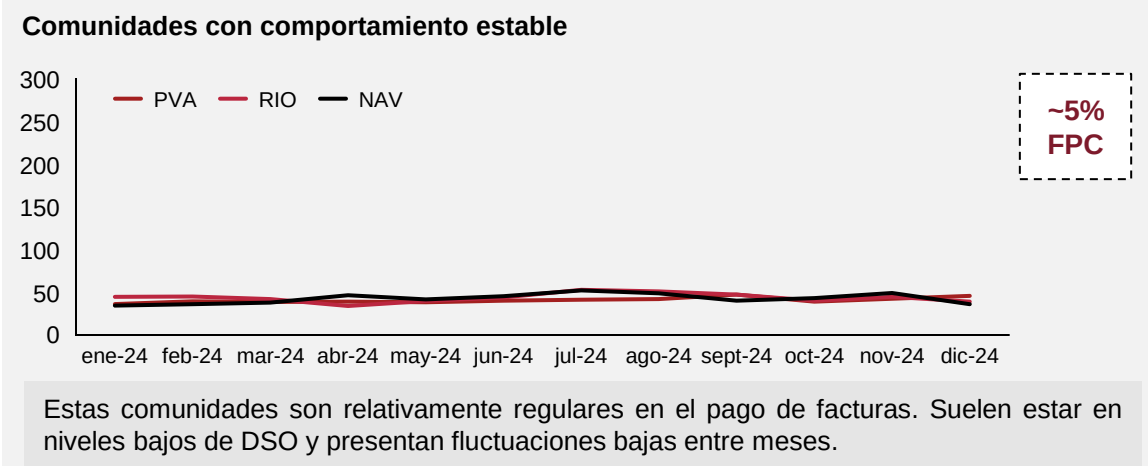
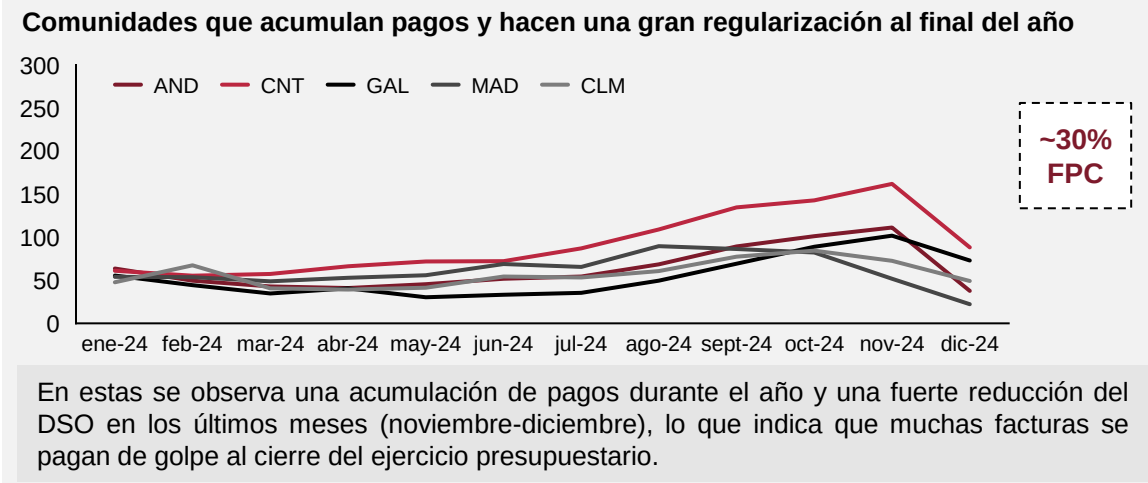
Evolución de la deuda comercial sanitaria y total de las CC.AA.¹
Miles de millones de €. 2020-2024².



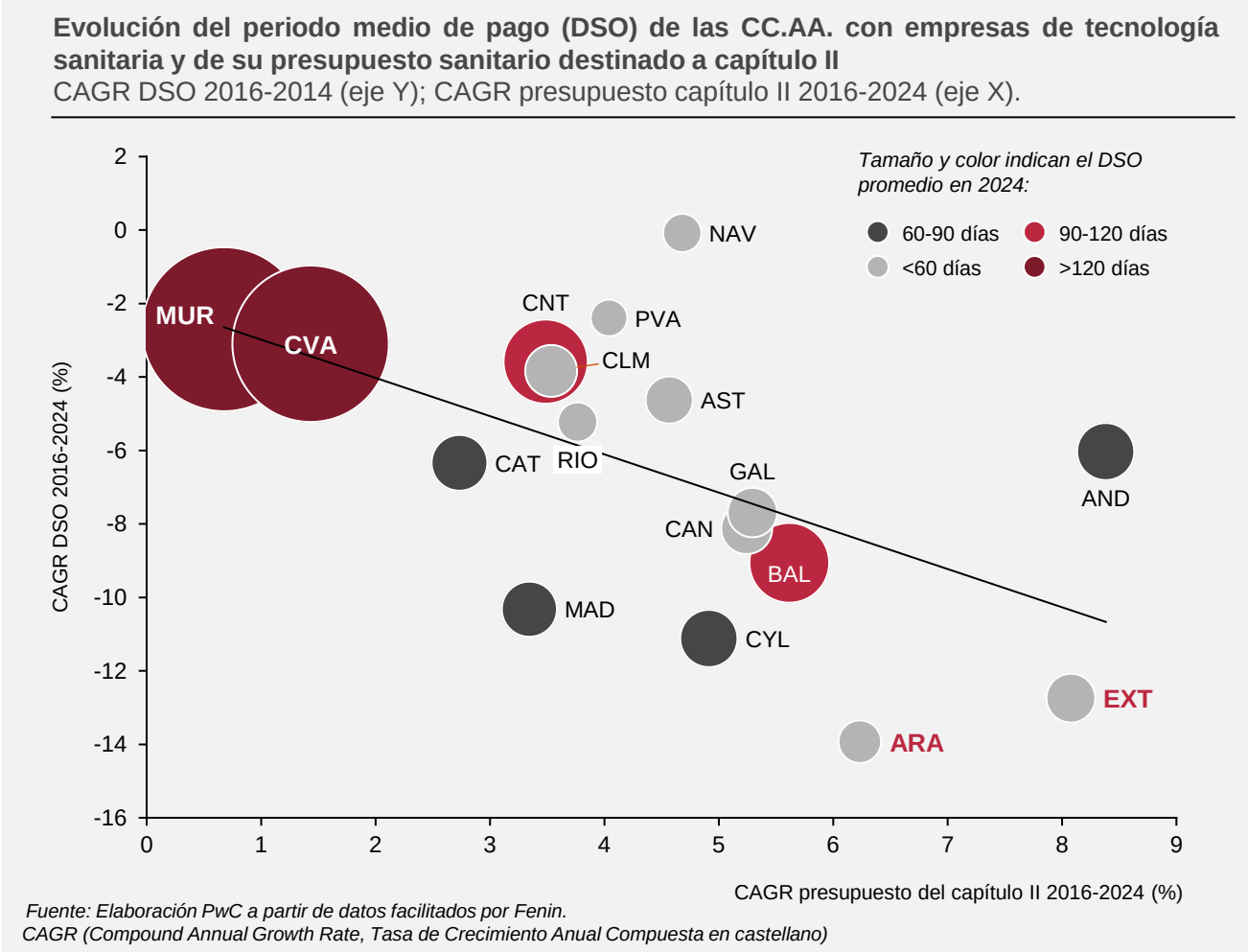
(1) De acuerdo con el Ministerio de Hacienda, País Vasco no remite todo el detalle en relación con la deuda comercial y no financiera. (2) Los datos de 2024 abarcan hasta el último dato disponible (diciembre).
Fuente: Ministerio de Hacienda.

La evolución del DSO a lo largo del año refleja diferencias entre las CC.AA., que a su vez evidencian distintos enfoques en la gestión de la deuda y del pago a proveedores

Evolución del periodo medio de pago (DSO) con empresas de tecnología sanitaria en varias CC.AA.
Días. Enero a diciembre de 2024.

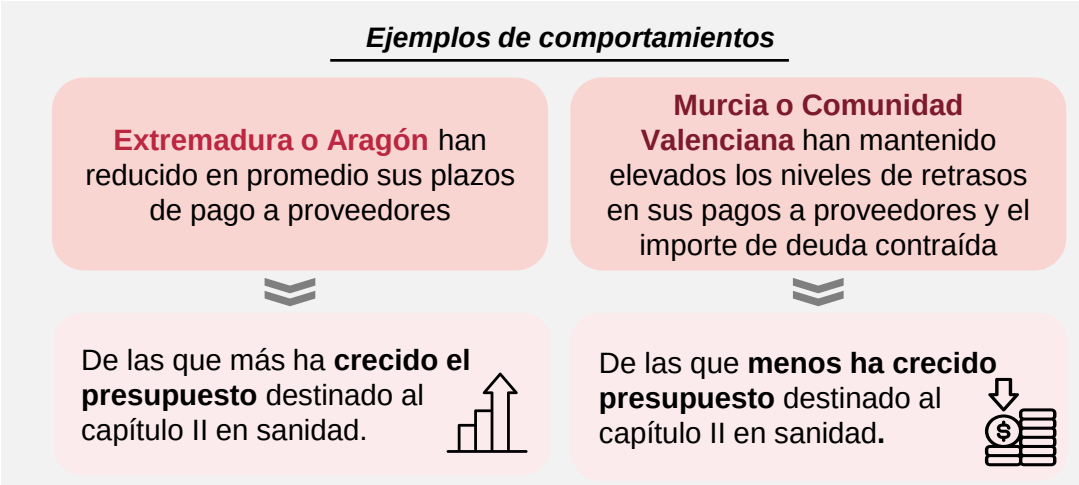


Las comunidades en las que más ha crecido el presupuesto destinado al capítulo II en los últimos años han registrado, también, mayores descensos o ajustes del periodo medio de pago (DSO)



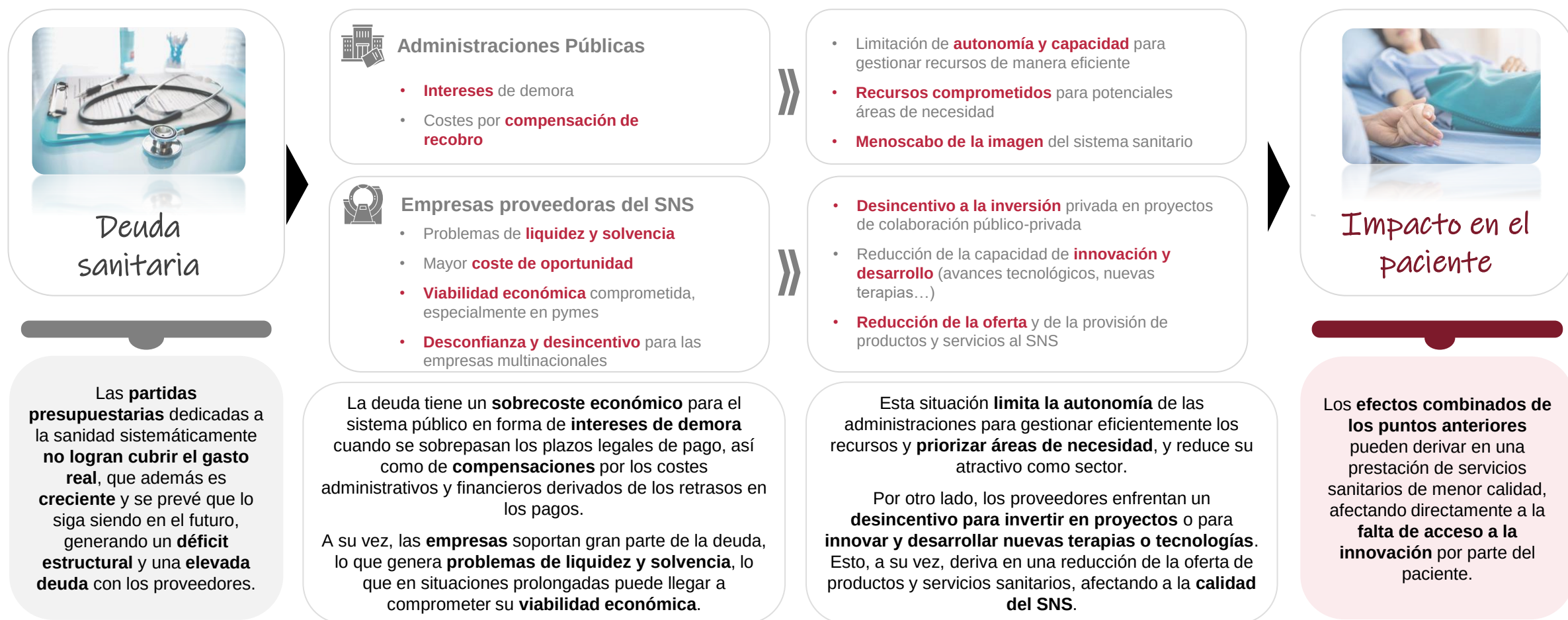
La evolución del periodo medio de pago a los proveedores (DSO) frente a la tasa de crecimiento de los presupuestos sanitarios de gasto en capítulo II sugiere una **relación inversa**.

Por lo general, en aquellas comunidades que han hecho **mayores esfuerzos** en incrementar la **dotación presupuestaria dedicada al capítulo II**, se han producido **mayores reducciones en el período medio de pago (DSO)**.



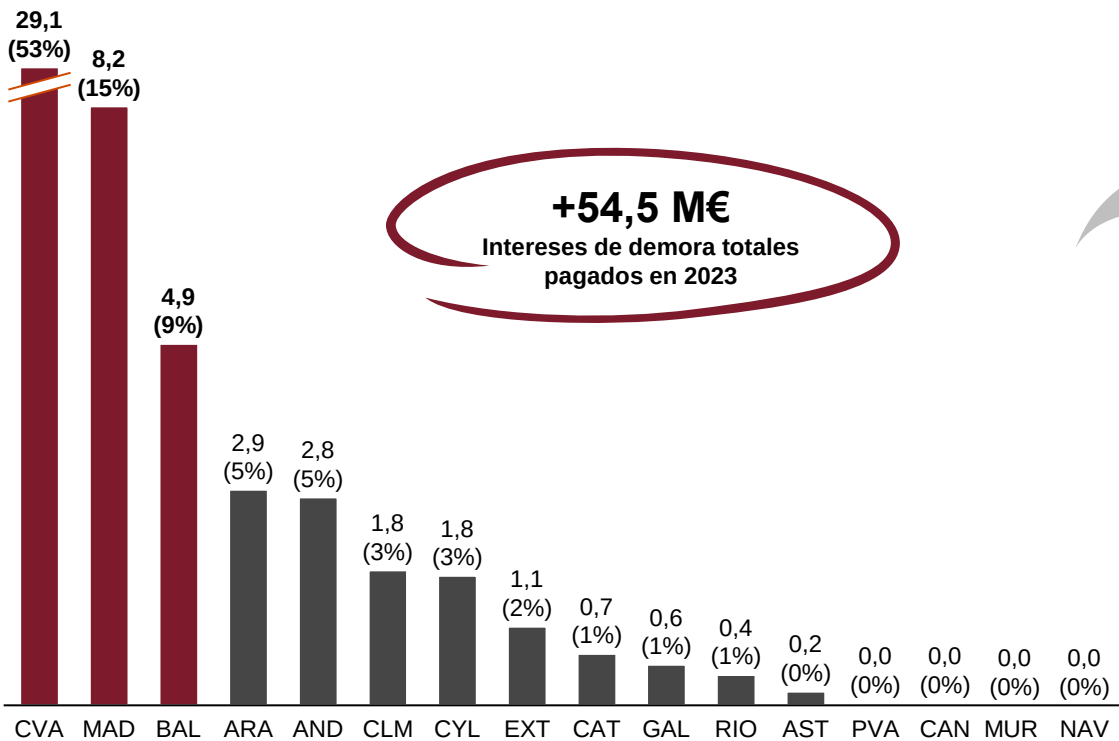
Si los presupuestos iniciales no logran dar cobertura a las necesidades reales de gasto, restringe la **capacidad de atender las necesidades corrientes de gasto** y perpetúa la existencia de deuda y de elevados plazos de pago.

El impacto de la deuda comercial sanitaria contraída por las CC.AA. trasciende el plano económico, con importantes repercusiones en la calidad, acceso a la prestación sanitaria y atención al paciente



En 2023, las CC.AA. han destinado 55 millones de € al pago de intereses de demora, un importe con el que se podrían haber financiado programas de prevención o haber adquirido tecnología avanzada

Intereses de demora pagados por las CC.AA. en el ámbito sanitario
Millones de €. 2023.



El importe destinado al pago de intereses de demora y costes de recobro son equivalentes, aproximadamente, a...

+ 206 M€

Pagados en concepto de intereses de demora entre 2018 y 2023 en la C. Valenciana

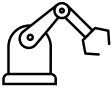
6,7 programas completos de cribado de **cáncer de cérvix** (uno cada año)¹



+ 37 M€

Pagados en concepto de intereses de demora entre 2018 y 2023 en la C. Madrid

3 equipos de cirugía robótica y su mantenimiento y **fungibles** durante seis años



+ 19 M€

Pagados en concepto de intereses de demora entre 2018 y 2023 en Islas Baleares

La adquisición de **más de 40 mamógrafos digitales avanzados**

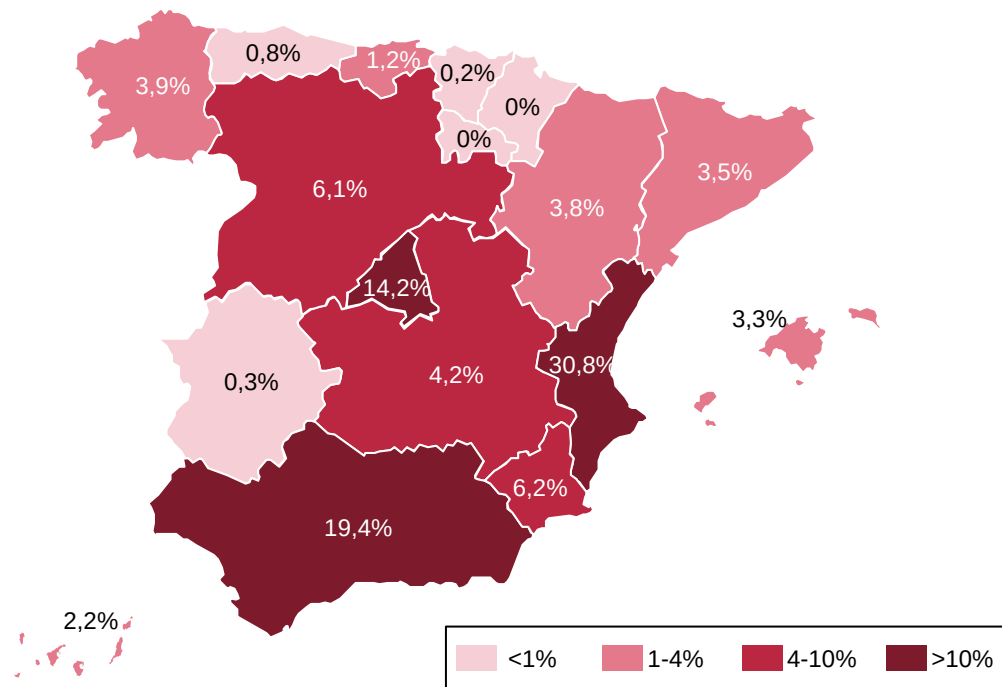


Nota: En el caso de la Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha se ha utilizado el concepto gastos financieros y en el caso de País Vasco otros gastos financieros, ya que no aportaban el detalle de intereses de demora. (1) Teniendo en cuenta un coste medio unitario de aproximadamente 15€ y el número de mujeres en edad objetivo entre 21 y 65 años.
Fuente: Elaboración PwC a partir de datos de las Cuentas Generales de cada una de las comunidades autónomas.

Por otro lado, los costes reclamados y pagados suponen solo una parte de los costes potencialmente reclamables teniendo en cuenta los niveles de deuda contraída y el retraso en los pagos



Distribución de los costes reclamables¹ a las CC.AA. por parte de proveedores de tecnología sanitaria. %. 2024.



Los costes financieros potencialmente reclamables por parte de los proveedores de tecnología sanitaria en 2024 son equivalentes a la adquisición aproximada de...

... **741** equipos de diagnóstico por imagen (IRM), que permiten el diagnóstico de alta precisión de enfermedades crónicas y complejas, como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer



... **22.239** respiradores/ventiladores mecánicos para el tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria y otras enfermedades pulmonares



... **111.194** espirómetros de alta gama (para hospitales y centros médicos) para el diagnóstico temprano de enfermedades crónicas (EPOC)



... **222.390** monitores de pacientes, esenciales para el seguimiento de constantes vitales en hospitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, etc.)



Además, desde la perspectiva del paciente, aproximadamente...

... **600.000** pacientes podrían beneficiarse de una resonancia magnética cardíaca para el diagnóstico de patologías vasculares

... **3,4 millones** de visitas de neumología con Espirometría podrían financiarse, para obtener un análisis de la función pulmonar y así prevenir posibles enfermedades respiratorias



... **88.950** marcapasos monocamerales podrían financiarse para pacientes que presentan arritmias auriculares permanentes o que tengan escasa reserva funcional

(1) Incluye intereses de demora y costes de cobro.
Fuente: Estimación PwC a partir de datos facilitados por Fenin.

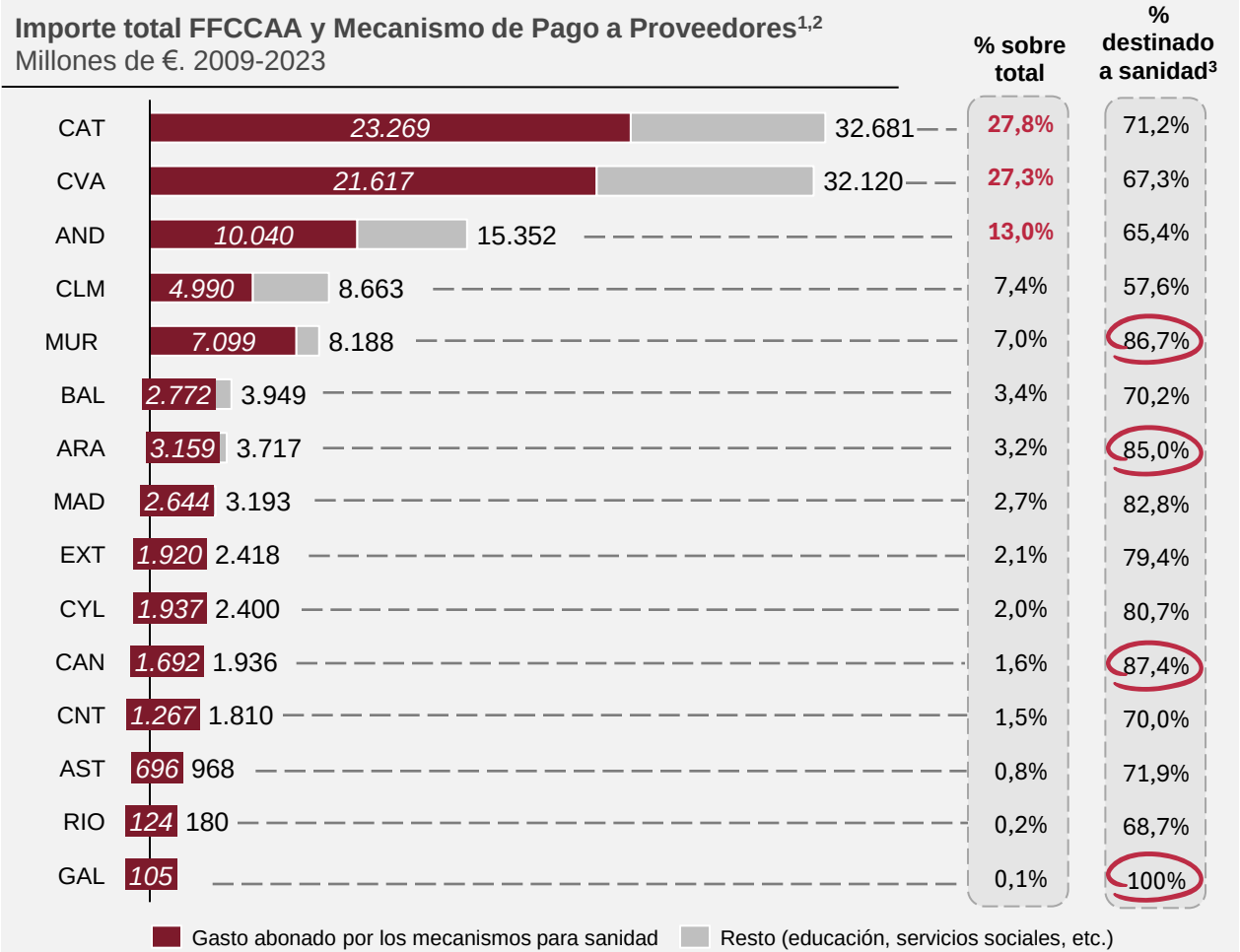
Los mecanismos de liquidez han tenido un impacto significativo, pero por sí solos no son suficientes para cubrir los niveles de endeudamiento

La puesta en marcha de los mecanismos extraordinarios de financiación **facilitó el acceso a liquidez a unos costes reducidos**, especialmente en el **período de crisis económica** en el que las comunidades enfrentaban mayores dificultades de acceso a los mercados financieros; ayudando a **reducir la carga financiera**.

El **uso de los mecanismos de financiación** ha sido **muy heterogéneo** entre las distintas comunidades, e incluso distinto dentro de cada comunidad a lo largo del tiempo. En la actualidad se distinguen cuatro grupos de CC.AA

<u>Utilización alta (+75%)</u>	<u>Utilización media (+50%)</u>	<u>Utilización baja (menos del 50%)</u>	<u>Utilización nula</u>
CNT, MUR, CVA, CAT, CLM	EXT, ARA, AND, BAL, RIO	CAN, GAL, AST, CYL	PVA, NAV, MAD

Según las **entrevistas** con diversos profesionales de los servicios de salud, los mecanismos extraordinarios de liquidez han sido útiles para gestionar el pago a proveedores, pero deben **considerarse como medidas puntuales** y deben **integrarse en estrategias más amplias** para un abordaje efectivo y sostenible de los desafíos financieros del SNS



(1) Los importes se refieren exclusivamente a aquellos abonados directamente a los proveedores. (2) Navarra y País Vasco nunca han acudido a este tipo de financiación. (3) El porcentaje destinado a sanidad se calcula en el periodo 2012-2023.
Fuente: Ministerio de Hacienda (2024). Informe sobre los mecanismos de financiación de CC.AA. 2012-2023 (último disponible)

Además de la utilización de estrategias combinadas, también es importante medidas estructurales que combinen digitalización, eficiencia y colaboración con proveedores



Además de los mecanismos extraordinarios de financiación, algunas comunidades autónomas han implementado alternativas complementarias; entre las que destaca el uso del contrato de gestión de pagos conformados, conocido como '**confirming**'.

Las experiencias destacan la **importancia de utilizar estrategias combinadas** de los diferentes instrumentos, junto con acciones y medidas de gestión de tesorería.



Además, entre otras **buenas prácticas para una mejor gestión del pago a proveedores**, las experiencias internacionales destacan la **digitalización, eficiencia y centralización de los pagos**; o la **colaboración entre administraciones y proveedores**.

Ejemplos de utilización de confirming para la gestión de la deuda

Extremadura (SES)

En 2015 y 2016, el SES llegó a destinar **10 y 12 millones de €** a cubrir los intereses de demora.

Para enfrentar esta situación, el SES implementó un **programa de gestión financiera combinando FLA, confirming y fondos propios de tesorería**.

Gracias a ello, se logró mejorar el pago a proveedores y reducir la deuda comercial sanitaria.

Castilla y León (SACYL)

En esta comunidad también se optó la **utilización de sucesivos acuerdos de confirming**, complementados con la adhesión a los mecanismos extraordinarios en determinados años (durante 2018 y 2020).

Gracias a estas estrategias, se han **reducido tanto los plazos de pago (de 190 días en 2016) como los gastos asociados a los intereses de demora**.

Ejemplos de buenas prácticas recogidas en el EU Payment Observatory

Digitalización, eficiencia y centralización de los pagos

Avanzar en la adopción e implementación de la **facturación electrónica**, **centralizar la gestión contable** o crear unidades especializadas en **contratación y gestión de pagos para agilizar y mejorar la eficiencia** de los procesos administrativos. Destaca la **impulsión de los sistemas de cobro automático**



Medidas de control y sanción

Establecer **observatorios** para reforzar el seguimiento de la deuda y flujos de caja, establecer **incentivos, imponer sanciones** cuando se incumplan sistemáticamente los plazos de pago o exigir que las administraciones elaboren **planes de pagos y de ajuste**



Colaboración entre administraciones y proveedores

Promover el **diálogo constante** entre administraciones públicas y proveedores, crear **mesas de trabajo conjuntas** o implementar **mecanismos en los portales de facturación electrónica** para que los proveedores puedan recibir actualizaciones sobre el estado de sus facturas



Principales conclusiones del estudio

C1

Los presupuestos sanitarios han sido consistentemente insuficientes para cubrir los gastos sanitarios



- Durante los últimos 15 años, al **comparar el presupuesto sanitario con el gasto real efectuado**, se evidencia una tendencia a **subestimar el presupuesto sanitario**, superando ampliamente los créditos inicialmente presupuestados.

C2

El envejecimiento actual y proyectado conllevará un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y en el gasto sanitario



- El **envejecimiento de la población** y el **aumento de enfermedades crónicas** son factores que están ejerciendo una importante **presión sobre el gasto sanitario público**. Las **personas mayores de 65 años** constituyen aproximadamente el **20% de la población española**, y se espera que este porcentaje continúe creciendo.

C3

El déficit presupuestario estructural provoca demoras en los pagos a proveedores, que afectan a la liquidez y solvencia de las empresas



- A finales de 2024, el PMP de las comunidades autónomas alcanzaba los 35 días, superando el límite de 30 días. **La deuda comercial sanitaria representaba el 70% del total**. La **Región de Murcia, las Islas Baleares y la Comunidad Valenciana** tienen los niveles más altos de los períodos medios de pago y de la proporción de deuda comercial sanitaria en relación con su PIB.
- La **irregularidad en los pagos anual** refleja diferencias interregionales, que evidencian **distintos enfoques en la gestión de la deuda** y del pago a proveedores.

C4

La acumulación de deuda comercial sanitaria genera un sobrecoste para el SNS y compromisos financieros futuros



- En 2023, las CC.AA. destinaron **55 millones de € al pago de intereses de demora**, un importe con el que se podrían haber financiado programas de prevención o haber adquirido tecnología avanzada.
- A finales de 2024, se estimaba que los proveedores de tecnología sanitaria enfrentaban una deuda vencida superior a 5.500 millones de €, con **más de 200 millones de € en costes reclamables**. Sin embargo, **solo se reclamó el 28%** de estos costes, lo que genera que las empresas asuman una parte relevante de estos importes.

C5

Muchas comunidades autónomas han utilizado distintos mecanismos e instrumentos para la gestión de la deuda comercial sanitaria

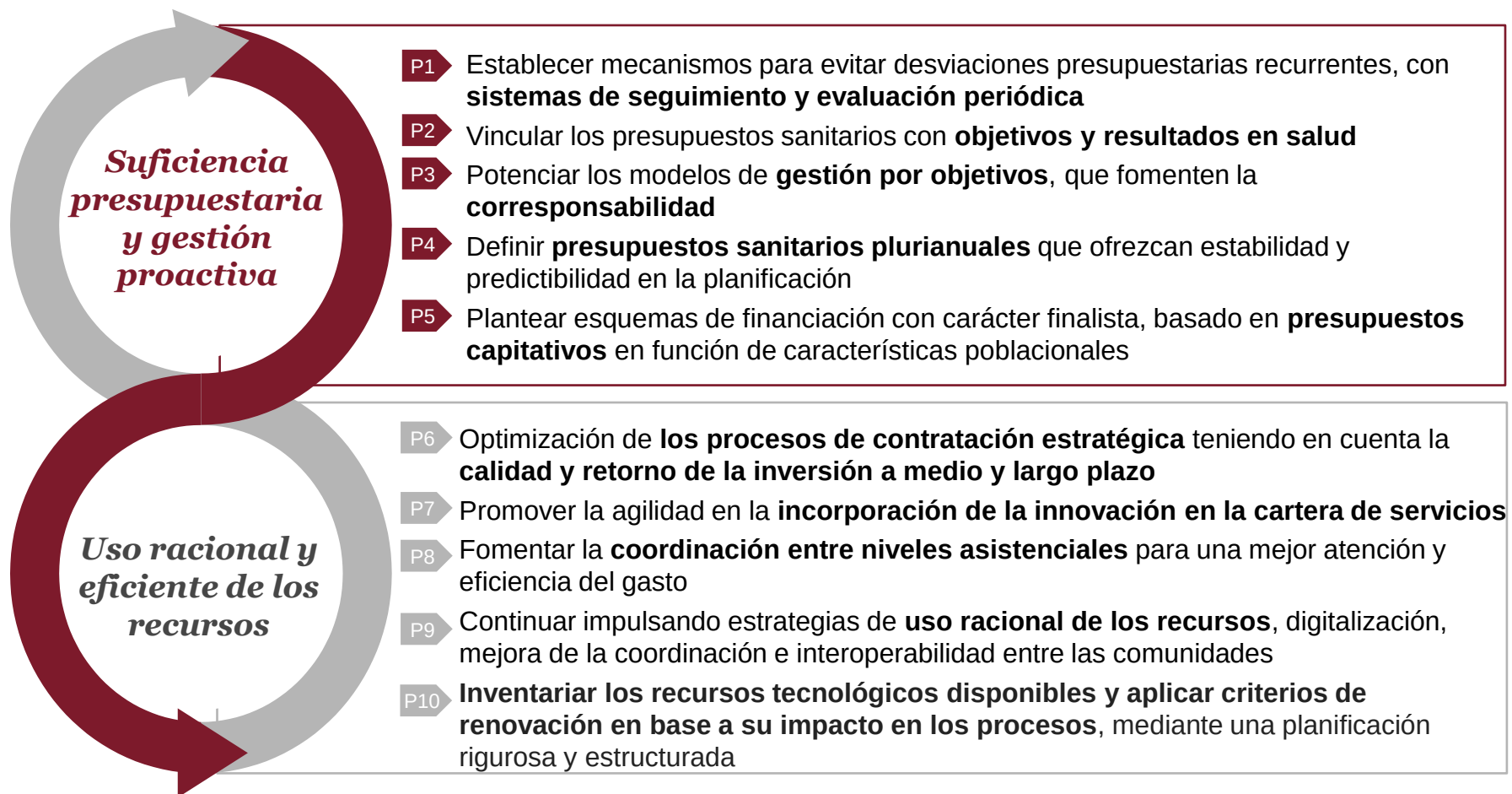


- Los **mecanismos extraordinarios de liquidez** (FLA, entre otros) han tenido un impacto significativo en el cumplimiento de pago a proveedores, como una **medida puntual que deben complementarse con estrategias** más amplias (por ejemplo, el *confirming*).
- Además, como buenas prácticas se destaca el **uso de estrategias combinadas de digitalización** (avance en la adopción de facturación electrónica), **eficiencia** (establecer observatorios para reforzar seguimiento de deuda), y **colaboración con proveedores** (promover el diálogo con las AA.PP)

Síntesis de propuestas de actuación y mejora del SNS

Además de las buenas prácticas para una mejor gestión de la deuda comercial sanitaria, para fortalecer la sostenibilidad financiera del SNS se requiere la gestión y distribución de los presupuestos de manera proactiva, asegurando un uso eficiente de los recursos disponibles

Áreas propuestas de actuación y mejora del SNS:



1

Introducción



Este estudio analiza la situación actual del sistema sanitario y propone alternativas para abordar la insuficiencia presupuestaria y asegurar su sostenibilidad

La **sostenibilidad del sistema sanitario** se enfrenta a desafíos cada vez más complejos. Aunque el **Sistema Nacional de Salud (SNS)** ha sido **históricamente un referente** por su cobertura universal, su calidad asistencial y su capacidad para responder a las necesidades de la población, comienza a mostrar **signos de tensión**.

Factores como el **envejecimiento progresivo de la población**, los **cambios en los estilos de vida**, así como las crecientes expectativas de los ciudadanos en términos de servicios sanitarios, están poniendo a prueba la capacidad financiera y operativa del sistema. A esto se suma la **incorporación de nuevas técnicas y tratamientos** que, si bien representan avances significativos para la mejor gestión de los recursos y mejora de la atención y resultados de los pacientes, también incrementan la presión sobre unos recursos ya de por sí limitados.

Estas tensiones se ven agravadas por la **insuficiencia estructural de las partidas presupuestarias destinadas a la sanidad**, que frecuentemente no logran cubrir el gasto real. Esto ha conducido a un modelo en el que las Comunidades Autónomas, encargadas de la gestión sanitaria, recurren a medidas como la **dilación de pagos a proveedores**, generando una deuda comercial pública sanitaria (en adelante deuda comercial sanitaria) que impone un coste adicional en forma de intereses de demora afectando a la sostenibilidad del sistema.

Por ello, el presente estudio tiene como **propósito** analizar en profundidad el **estado actual de la financiación sanitaria**, evidenciar el **impacto económico derivado de la demora en los pagos** y plantear **alternativas** que permitan **contrarrestar la insuficiencia presupuestaria**.

Además, buscamos **identificar casos de éxito y buenas prácticas** que no solo mejoren la gestión de la deuda comercial sanitaria, evitando que el gasto asociado a los intereses de demora siga comprometiendo los recursos destinados a la asistencia, sino que también optimicen la eficiencia del sistema, mejorando su gestión, evitando o minimizando la deuda.

A través de este trabajo, aspiramos a trazar un camino hacia un sistema sanitario **capaz de responder a las demandas del presente y preparado para afrontar los desafíos del futuro**. No se trata solo de preservar un modelo que ha demostrado ser valioso, sino de hacerlo evolucionar utilizando los nuevos recursos tecnológicos disponibles para que siga siendo uno de los pilares fundamentales de nuestra sociedad.

Objetivos del estudio

1

*Analizar la **situación actual del sistema sanitario** en España en términos de financiación y **cuantificar el impacto de la demora en pagos** por parte de las Administraciones Públicas*

2

*Plantear **soluciones y alternativas financieras** para contrarrestar la insuficiencia presupuestaria y mejorar la gestión de la deuda comercial sanitaria*

3

*Proponer **reformas económicas y estructurales** para mejorar la gestión y eficiencia del sistema sanitario y **asegurar su sostenibilidad***



2

La sanidad en España: características y financiación del sistema sanitario

2.1 Características del modelo sanitario

2.2 Análisis del gasto y financiación sanitaria



La sanidad pública constituye uno de los servicios públicos mejor valorados por la sociedad española, aunque la percepción ciudadana refleja posibilidades de mejora

El sistema sanitario en España constituye una de las señas de identidad de la sociedad española y uno de los principales elementos de cohesión social.

De acuerdo con el estudio de Opiniones y Actitudes Fiscales de los Españoles, en 2023 la **sanidad** fue el **servicio público que más justificó el pago de impuestos** (para el 51% de la población), quedando los demás servicios y prestaciones públicas a una considerable distancia. También se considera **el servicio más universal de la oferta pública** (para un 44% de los encuestados).

Sin embargo, la percepción de su relevancia contrasta con los desafíos estructurales y funcionales que enfrenta. A pesar de su valor social, **la sanidad constituye el servicio público** que, para un 40% de la población, **presenta un mayor margen de mejora**. Este porcentaje refleja un aumento significativo en comparación con la valoración del año anterior, lo que sugiere una creciente demanda ciudadana por una optimización de los recursos y mejora de la calidad de los servicios ofrecidos.

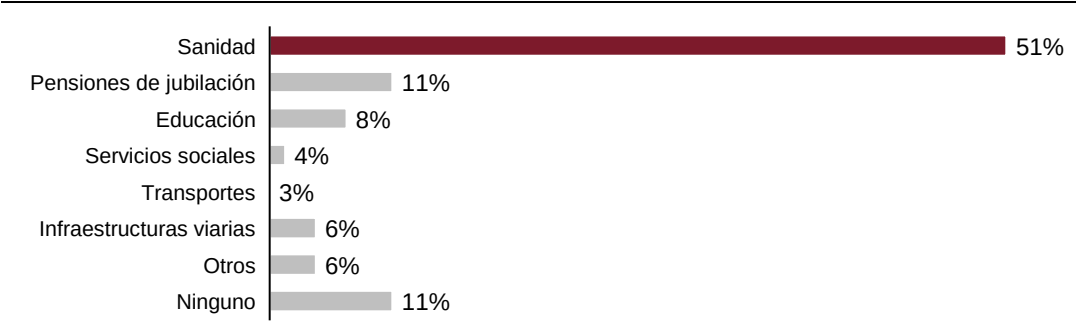
En una línea similar, los últimos datos del **Barómetro de la Sanidad** (2024) reflejan también que los servicios públicos de salud reciben en general una valoración positiva, aunque con diferencias **entre los distintos ámbitos y niveles asistenciales**.

La percepción de la población sitúa a los **servicios de urgencias del 061/112 y a la asistencia a pacientes ingresados en hospitales públicos**, con 7,48 y 7,22 puntos sobre 10, respectivamente, como los **servicios mejor valorados**, los hayan utilizado o no.

Por su parte, los **servicios de Atención Primaria**, aunque bien valorados, presentan un **margen significativo para la mejora** (con una puntuación de 6,34 puntos sobre 10).

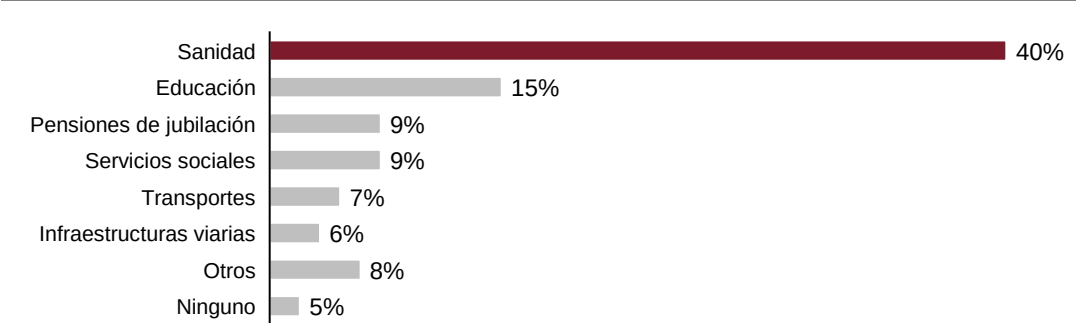
Estos resultados son el reflejo de la valoración y de la confianza que la ciudadanía deposita en la sanidad pública, aunque también evidencia áreas de mejora.

Percepción del servicio o prestación que más justifica el pago de los impuestos.
% de encuestados. 2023.



Fuente: IEF 2024. Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2023.

Percepción del servicio o prestación que tiene mayor margen de mejora
% de encuestados. 2023



Fuente: IEF 2024. Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2023.

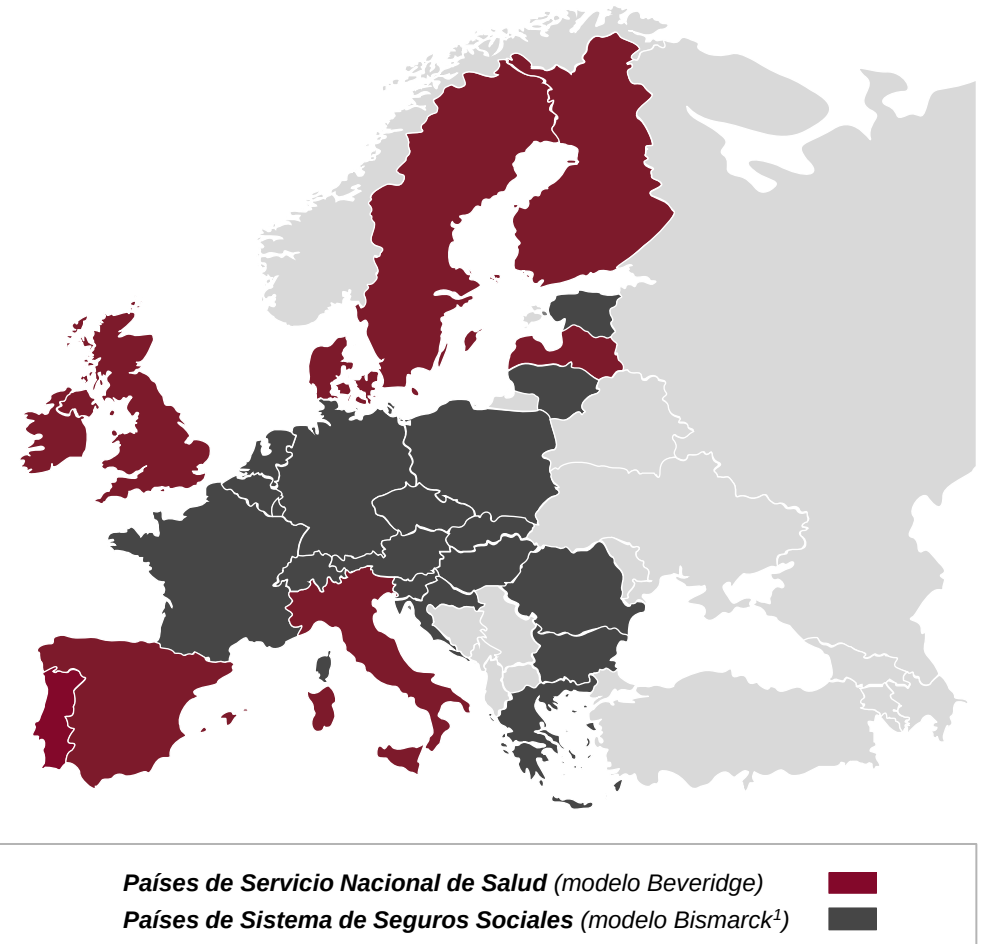
El sistema sanitario español sigue un esquema en el que la financiación procede de los presupuestos públicos y la atención se presta en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad

El sistema sanitario español sigue el esquema del **sistema Beveridge**, que se caracteriza por una **financiación a través de impuestos generales** y la **cobertura universal** de la protección sanitaria; en línea con los sistemas sanitarios de países como el Reino Unido, Portugal, los países escandinavos o Italia.

En España, el **Sistema Nacional de Salud (SNS)** aglutina todos los organismos y entidades públicas involucrados en la prestación de servicios sanitarios, bajo los siguientes **principios básicos**.

Principios básicos del SNS

- **Cobertura universal**, es decir, que toda la población residente en España tenga derecho a la atención sanitaria, con independencia de su situación económica o laboral.
- **Financiación pública**, fundamentalmente a través de impuestos generales.
- **Equidad**, entendida ésta como la garantía de que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
- **Amplia descentralización de la gestión de la prestación sanitaria**, que culminó definitivamente en el año 2002, momento a partir del cual todas las comunidades autónomas disponen de las competencias sanitarias previstas y de autonomía de gestión en la prestación sanitaria¹.



(1) Sistema de atención médica limitado, en el que las personas pagan una tarifa a un fondo que a su vez paga actividades de atención médica, que pueden ser proporcionadas por instituciones estatales, instituciones privadas u otras instituciones. Fuente: Análisis PwC a partir de Ministerio de Sanidad (2019). *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea*. (1) En Ceuta y Melilla, la prestación sanitaria está gestionada directamente por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), dependiente del Ministerio de Sanidad.

El sistema de financiación autonómico en España, junto con la pluralidad de los modelos de gestión adoptados por cada comunidad, influye directamente en la gestión de los recursos sanitarios

El sistema de financiación de las comunidades autónomas es un factor determinante y un rasgo característico del sistema sanitario. El modelo de financiación se estructura en **dos regímenes principales**, el régimen común y el régimen foral, cada uno con características específicas que influyen en la capacidad financiera de las comunidades autónomas¹.

El **régimen común**, en el que se incluyen la mayoría de las comunidades, se basa en un sistema de financiación que combina la cesión de tributos y la participación en diversos fondos estatales. La distribución de recursos se basa en la población ajustada, que pondera factores como la demografía y características geográficas.

Por su parte, **País Vasco y Navarra** cuentan con un **régimen fiscal especial** (régimen foral), conocido como Concierto Económico y Convenio Económico, respectivamente. Estas comunidades tienen la capacidad de recaudar y gestionar una parte significativa de sus impuestos, lo que les proporciona una mayor autonomía en la gestión de los recursos sanitarios.

Desde un punto de vista organizativo, el SNS se caracteriza por su **estructura descentralizada**, en la que la mayoría de las competencias se encuentran transferidas a las comunidades autónomas.

En este contexto descentralizado, y aunque predomina el **modelo de gestión pública directa “tradicional”**², algunas comunidades han optado por modelos alternativos. Por ejemplo, **Cataluña** ha desarrollado un modelo mixto en el que la gestión sanitaria no se limita exclusivamente a la administración pública directa, sino que incluye una notable participación de consorcios y entidades privadas concertadas.

Asimismo, en el ámbito de la **gestión indirecta**, en el pasado reciente comunidades como Andalucía, Madrid o la Comunidad Valenciana han explorado modelos innovadores como los hospitales gestionados bajo la figura de empresas públicas, fundaciones públicas, consorcios sanitarios o colaboración público-privada (PPP).

Otros rasgos característicos del modelo sanitario español

- **Organización geográfica variable**, en función de la configuración del mapa sanitario de cada comunidad autónoma (provincias, áreas sanitarias, zonas básicas de salud, etc.)
- **Alta capilaridad**, que garantiza la cercanía de un centro de atención primaria o de un centro hospitalario a los ciudadanos.
- **Cartera de servicios comunes definida a nivel central**, con la finalidad de promover la cohesión y equidad territorial.
- **Cartera de servicios complementaria** de las comunidades autónomas y las mutualidades de funcionarios, que pueden incorporar técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplados en la Cartera de servicios comunes. Esto da lugar a **diferencias territoriales en la financiación y alcance** de servicios de atención bucodental, la prestación ortoprotésica o la atención temprana, u otros³.
- **Asistencia sanitaria diferenciada estructuralmente en Atención Primaria y Atención Hospitalaria**, con un nivel de coordinación variable entre comunidades autónomas.
- **Copago en medicamentos sujetos a prescripción médica y dispensados en oficina de farmacia**, con la excepción de ciertos grupos poblacionales⁴.
- **Existencia de seguros privados de salud**, con un porcentaje de penetración del 25,9%, aunque variable por comunidad autónoma⁵.

Fuente: (1) Normativa en relación con el Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Régimen Foral, disponible en el Ministerio de Hacienda. (2) El modelo de gestión pública directa tradicional se basa en la administración y operación directa de los servicios sanitarios por parte de organismos públicos, de forma que los centros de salud, hospitales y demás infraestructuras son de titularidad y gestión pública (asistencial y no asistencial) y los profesionales sanitarios son empleados públicos. Por el contrario, en el modelo de gestión indirecta, aunque la titularidad es pública, la gestión se lleva a cabo por entidades privadas. (3) Consejo Económico y Social España (2024). *Informe del sistema sanitario: Situación actual y perspectivas para el futuro*. (4) RD Leg 1/2015 Art.102. (5) ICEA, Seguro de Salud, 2024; INE: Censo municipal.

En 2023, España destinó un 7,2% del PIB a la sanidad pública, sin embargo, esta cifra se situó 0,9 p.p. por debajo de la media de los países de su entorno

En 2023, el gasto sanitario público en España representó un **7,2% del Producto Interior Bruto (PIB)**; lo que supone casi un punto porcentual por debajo de la media de los países de su entorno (8,1%).

En los últimos 20 años, el gasto sanitario público en España, como porcentaje del PIB ha mostrado una **tendencia al alza**, alineándose en patrón con otros países de su entorno. Sin embargo, España se ha mantenido siempre por debajo de la media, con una diferencia que fluctúa en función de los ciclos económicos y eventos externos.

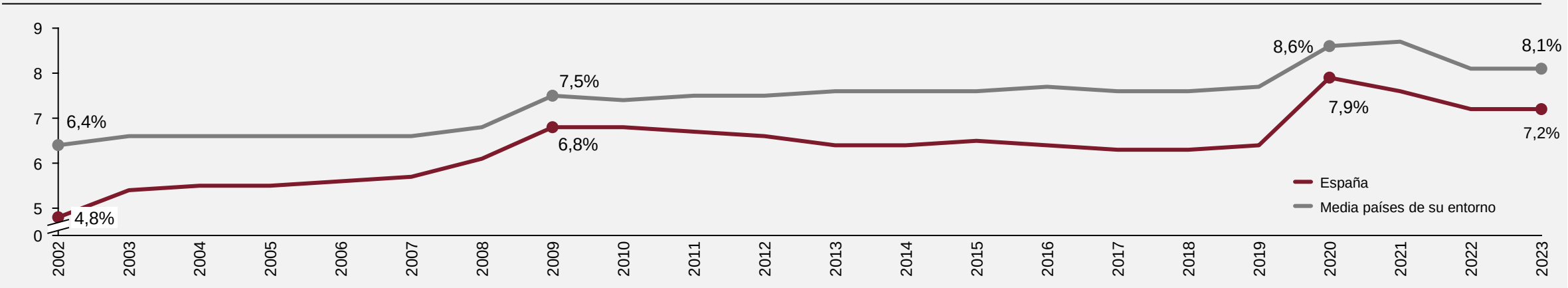
El año con la mayor diferencia fue 2002 (1,6 puntos porcentuales). A partir de ese momento, y gracias al auge económico que impulsó un aumento significativo del gasto público, España inició un **proceso de convergencia**, alcanzando la diferencia mínima con el resto de los países en 2009 (0,7 puntos porcentuales).

No obstante, este acercamiento se revirtió tras la crisis económica, con ajustes que redujeron el peso del gasto sanitario.

La tendencia cambió drásticamente en 2020, cuando la **pandemia del COVID-19** llevó a un incremento histórico del gasto sanitario público en España, alcanzando el **7,9% del PIB** y con un crecimiento mayor que el de los países de su entorno. Esto refleja el esfuerzo extraordinario del sistema sanitario español para hacer frente a las demandas de la pandemia. A partir de entonces, el gasto sanitario público como porcentaje del PIB disminuye 0,7 puntos porcentuales alcanzando la diferencia con la media europea de 0,9 puntos.

Evolución del gasto sanitario público como % PIB

España y media de países del entorno. 2002-2023.



Fuente: OECD. Health Data. El dato de Francia es el de 2022.

(1) Se han considerado como países del entorno: Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Polonia, Portugal, Suecia, Suiza y Reino Unido.

Nota: La OCDE y el Ministerio de Sanidad cuentan con diferentes metodologías para el cálculo del gasto sanitario, lo que hace que existan diferencias entre ambas fuentes
Fuente: OCDE.

Aunque destina una menor proporción de su PIB a la sanidad pública, España tiene una de las cifras de esperanza de vida más altas de los países de su entorno

El sistema sanitario español ha sido tradicionalmente reconocido a nivel internacional **por los buenos resultados alcanzados en términos de salud y esperanza de vida**, a pesar de tener un gasto público sanitario inferior a la de los países de su entorno.

Aunque en las últimas décadas se ha producido un incremento generalizado de manera sostenida en la mayoría de los países en la esperanza de vida al nacer, **España se ha situado tradicionalmente alrededor de los dos años por encima de la media**, ocupando los primeros puestos de los países más longevos.

A este aumento de la esperanza de vida le acompaña **unas mejores condiciones de salud y bienestar**, gracias a avances médicos, mejoras de condiciones de vida y la salud pública.

Además, es **referente internacional** por su universalidad y nivel de acceso en comparación con otros muchos países desarrollados.

Estos resultados se han conseguido a pesar de que nuestro país se ha situado tradicionalmente **entre los países de su entorno que menos esfuerzo de su PIB dedican a la sanidad**.

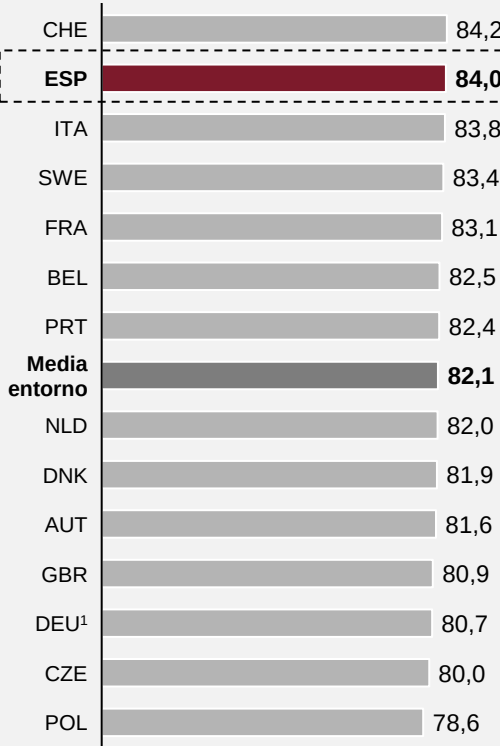
Según los últimos datos disponibles, en 2023 España **ocupó el cuarto lugar desde el final del ranking** entre los países analizados, solo por encima de Polonia, Italia y Portugal.

En el extremo opuesto, Alemania y Francia lideraron el ranking, con más del 10% de su PIB destinado al gasto sanitario público.

En los últimos años el sistema está muy tensionado por factores tales como el envejecimiento de la población o el aumento de enfermedades crónicas que requiere una **transformación y mejora de la gestión**.

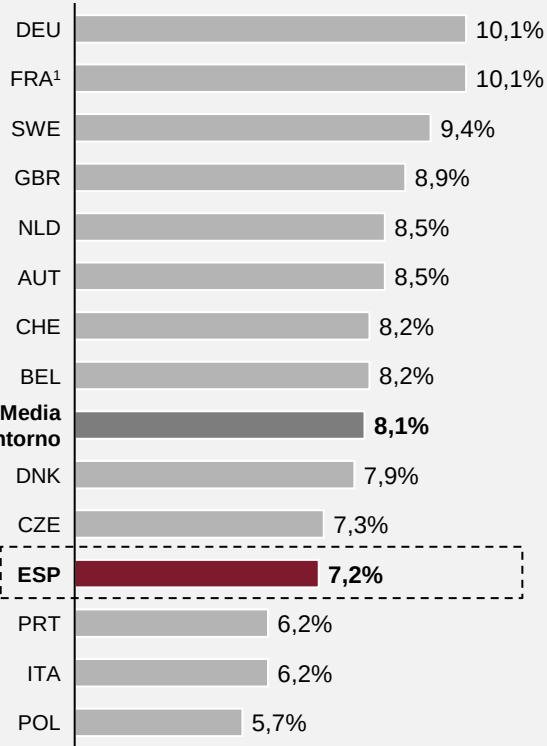
Esperanza de vida al nacer

Años de vida. 2023.



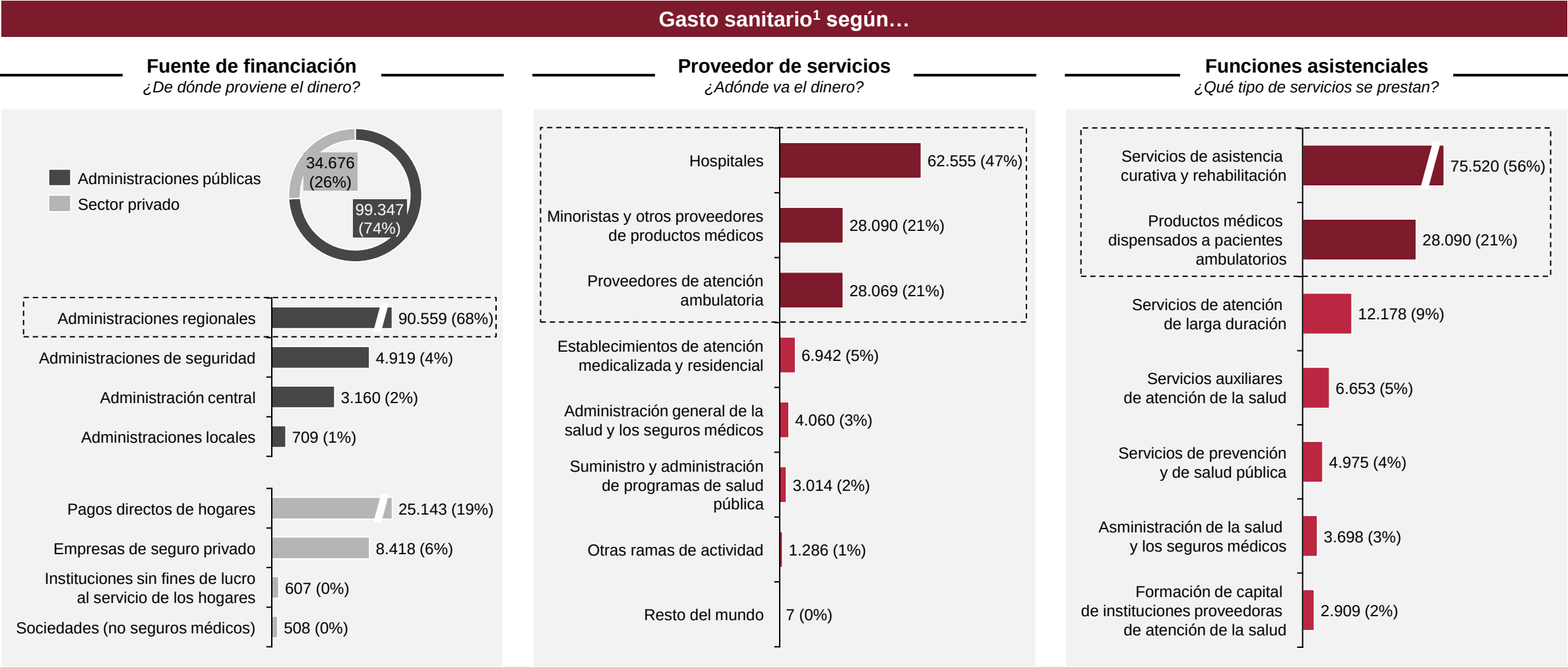
Gasto sanitario público sobre el PIB

% sobre PIB. 2023.



(1) Dato de 2022.
Fuente: OECD. Health Data.

El 74% del gasto sanitario español proviene de las administraciones públicas, concretamente de las administraciones regionales (68%), siendo los hospitales los principales proveedores (47%)



El gasto sanitario público por habitante ha crecido de manera constante desde 2014, alcanzando su máximo en 2022 con 1.800 € por habitante, con diferencias notables entre comunidades

En 2022, el gasto sanitario público en España alcanzó los **92.072 millones de €**, de los cuales el **91,5%** (84.206 millones de €) fue gestionado por las **comunidades autónomas**, en línea con el modelo de **gestión descentralizada** del país. El resto correspondió a la Administración central, las mutualidades de funcionarios, el sistema de Seguridad Social y las corporaciones locales.

Desde 2002, cuando las competencias sanitarias fueron transferidas a las comunidades autónomas, el gasto sanitario público per cápita ha mostrado un **crecimiento sostenido (3,8% anual)**; siguiendo una **evolución marcadamente procíclica**.

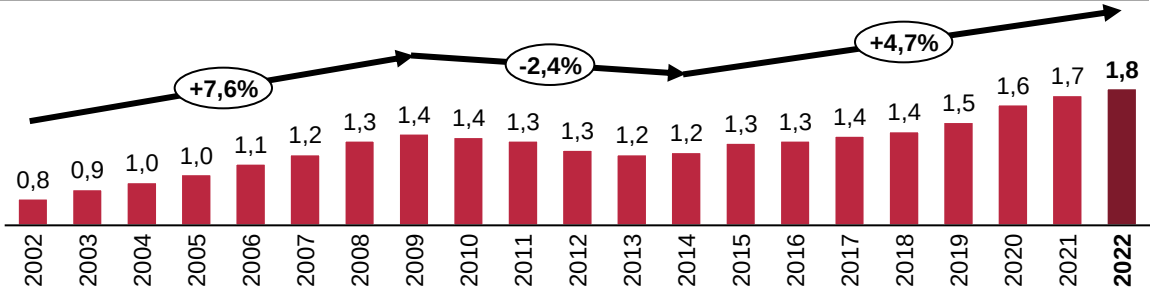
En este sentido, durante los años de expansión económica, el gasto sanitario público por habitante creció un 7,6% anual. Entre 2009 y 2014 se produjo un fuerte retroceso, como consecuencia de las **políticas de contención del gasto implementadas** durante la recesión económica, muy orientadas a la reducción del gasto en personal sanitario, a la optimización del gasto farmacéutico y a la reducción de inversiones¹.

A partir de 2014, el gasto sanitario per cápita retomó su senda de crecimiento, con un aumento del 4,7% anual, alcanzando en 2022 el máximo de la serie histórica (1,8 miles de € por habitante).

En 2022, País Vasco, la Región de Murcia y Navarra fueron las comunidades con un mayor gasto sanitario público por habitante, mientras que Andalucía, la Comunidad de Madrid y la Rioja fueron las que registraron un menor gasto.

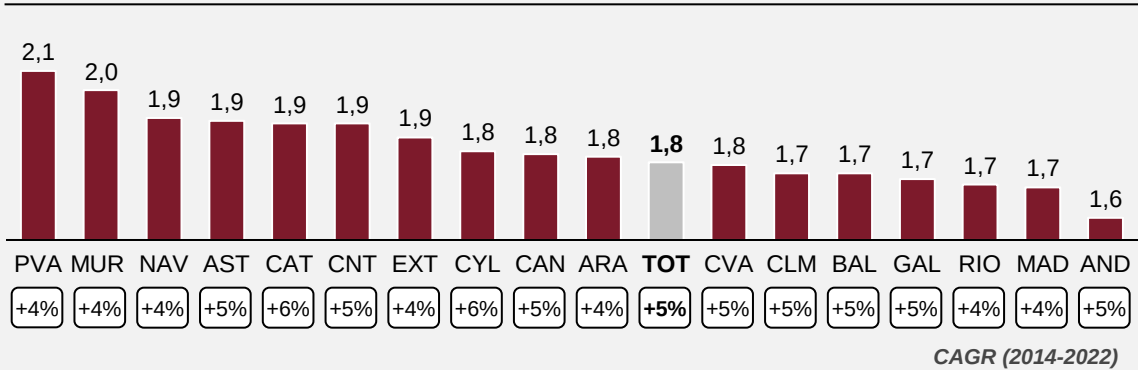
Estas **notables diferencias entre comunidades autónomas (en torno a 700 € por habitante entre la comunidad de mayor y menor gasto)**, están influidas por varios factores como la estructura demográfica, los recursos sanitarios y las diferencias en términos de gestión.

Evolución del gasto sanitario público per cápita ajustado de las CC.AA.
Miles de € corrientes por habitante ajustado. 2002-2022.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público e INE. Estadística Continua de Población. Población residente a 1 de enero.

Gasto sanitario público per cápita ajustado de las CC.AA.
Miles de € corrientes por habitante ajustado (2022) y CAGR (2014-2022).



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público e INE. Estadística Continua de Población. Población residente a 1 de enero. CAGR (Compound Annual Growth Rate, Tasa de Crecimiento Anual Compuesta en castellano)

Nota: Para el cálculo del gasto sanitario público per cápita se ha utilizado la población ajustada a partir de datos de AIREF y del Ministerio de Sanidad. Fuente: (1) Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo; Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril; o Real Decreto Ley 20/2012; entre otros ejemplos, así como en distintas medidas de control adoptadas por las comunidades autónomas.

El gasto destinado a consumos intermedios y conciertos se ha situado en 2022 en casi 30.000 millones de €, lo que supone aproximadamente un tercio del gasto total sanitario

De acuerdo con los datos ofrecidos por la Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP), y desde la perspectiva de su clasificación económica, el gasto en consumos intermedios y conciertos es la **segunda partida en importancia (29.739 millones de €)**, detrás de la retribución de personal.

El gasto en consumos intermedios se refiere a todos aquellos bienes y servicios necesarios para llevar a cabo las actividades sanitarias, incluyendo el **material y equipos sanitarios**. Además, se incluyen los impuestos relacionados con la producción (como el IBI) y la **carga por intereses de deuda, demoras y otros cargos**¹. Por su parte, el gasto en conciertos engloba los costes derivados de los acuerdos entre administraciones públicas y entidades privadas para la prestación de servicios sanitarios.

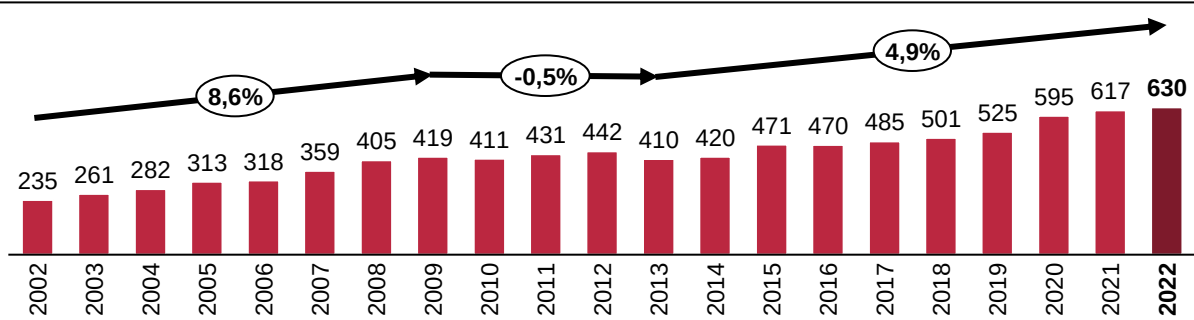
El gasto en consumos intermedios y conciertos se situó en 2022 en 630 € por habitante, y la evolución entre 2002 y 2022 muestra un crecimiento sostenido, aunque con ritmos y dinámicas diferentes respecto al crecimiento del gasto sanitario público total.

Esta evolución comparada sugiere que el gasto en consumos intermedios y conciertos ha crecido por encima del gasto sanitario total durante las etapas expansivas, y que ha sido más resiliente que el gasto total durante los períodos de ajuste.

El análisis territorial pone de manifiesto **importantes diferencias en el gasto per cápita en consumos intermedios y conciertos**, reflejando la diversidad en los modelos de gestión sanitaria y las prioridades presupuestarias.

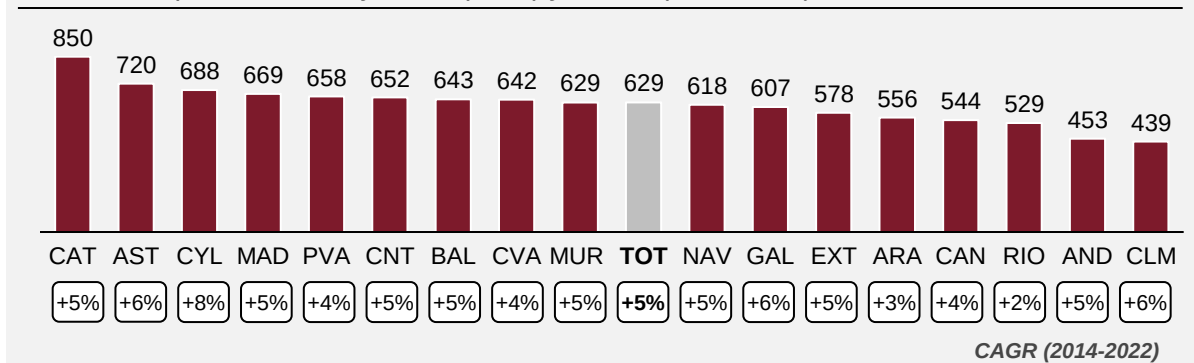
Cataluña es, con gran diferencia, la comunidad autónoma con mayor gasto en esta partida, previsiblemente influenciado por su modelo de gestión sanitaria, seguida de Asturias, Castilla y León, Madrid y País Vasco. Por el contrario, Castilla-La Mancha y Andalucía se encuentran en el extremo inferior del ranking. A pesar de este menor gasto, sus tasas de crecimiento anual son comparables a la media nacional, lo que evidencia una tendencia homogénea de crecimiento en este componente.

Gasto en consumos intermedios y conciertos per cápita ajustado de las CC.AA.
€ corrientes por habitante ajustado. 2002-2022



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público e INE. Estadística Continua de Población. Población residente a 1 de enero.

Gasto en consumos intermedios y conciertos per cápita ajustado de las CC.AA.
€ corrientes por habitante ajustado (2022) y CAGR (2014-2022).



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público e INE. Estadística Continua de Población. Población residente a 1 de enero.
CAGR (Compound Annual Growth Rate, Tasa de Crecimiento Anual Compuesta en castellano)

Nota: Para el cálculo del gasto sanitario público per cápita se ha utilizado la población ajustada a partir de datos de AIReF y del Ministerio de Sanidad.
Fuente: (1) Ministerio de Sanidad (2022). Metodología de la estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Por su parte, el gasto en productos sanitarios sin receta médica alcanzó, en diciembre de 2024, 7.086 millones de €, con Asturias como la comunidad con un mayor gasto per cápita

A cierre de 2024, el gasto de adquisición de productos sanitarios sin receta médica alcanzó los **7.086 millones de €**, lo que representa el **22,6%** del gasto total en productos farmacéuticos y sanitarios de las comunidades autónomas de España.

Esta partida de gasto ha mostrado un **crecimiento sostenido del 6,6% anual desde el año 2014**, alcanzando su punto más alto en 2020, impulsado en gran medida por las necesidades generadas durante la pandemia de la COVID-19.

Al analizar el gasto per cápita en productos sanitarios sin receta médica por comunidades autónomas, se observa una **distribución bastante homogénea**. En todas las comunidades, este gasto representa entre el **19% y el 30%** del gasto total en productos farmacéuticos y sanitarios. La **Comunidad Valenciana** se sitúa en el extremo inferior con un **19%**, mientras que el **País Vasco** lidera en el extremo superior con un **30%**.

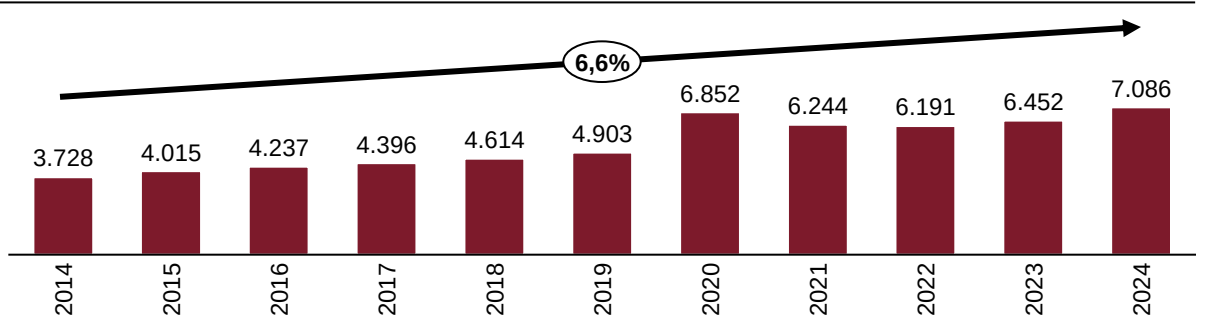
No obstante, en términos absolutos, algunas comunidades destacan por su elevado gasto per cápita en productos sanitarios sin receta médica.

En 2024, **Asturias, Cantabria y la Región de Murcia** fueron las comunidades con el gasto más alto en esta categoría, con cifras de **236, 205 y 194€ per cápita**, respectivamente.

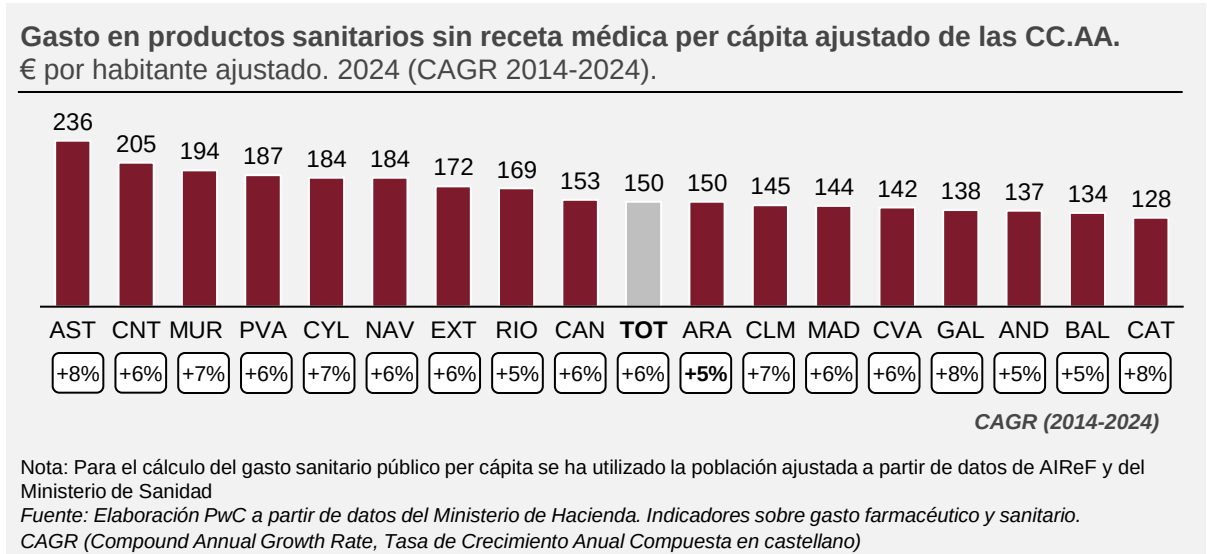
En contraste, Andalucía, las Islas Baleares y Cataluña se situaron en la parte inferior, con 137, 134 y 128 € per cápita, respectivamente.

No obstante, a pesar de ser algunas de las comunidades con niveles de gasto por habitante más bajos, **Cataluña o Galicia** destacan por situarse entre las comunidades autónomas en las que más han crecido esta partida de gasto, con tasas de crecimiento en torno al 7%.

Evolución del gasto en productos sanitarios sin receta médica
Millones de €. 2014-2024.



Fuente: Ministerio de Hacienda. Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario.



El presupuesto sanitario, una de las principales herramientas de gestión de las CC.AA., ha superado los 85.000 M€ en 2025, absorbiendo un 31% de sus presupuestos totales

El presupuesto es una de las principales **herramientas de gestión financiera** en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos. En las últimas décadas, España ha experimentado un aumento progresivo en los presupuestos sanitarios, reflejo de la creciente demanda de servicios de salud y de factores como el envejecimiento poblacional y los avances tecnológicos.

Entre 2007 y 2025, el presupuesto sanitario de las comunidades autónomas ha crecido a una **tasa anual media del 2,7%**, alcanzando los 85,2 miles de millones de € en 2025 (31% del presupuesto total).

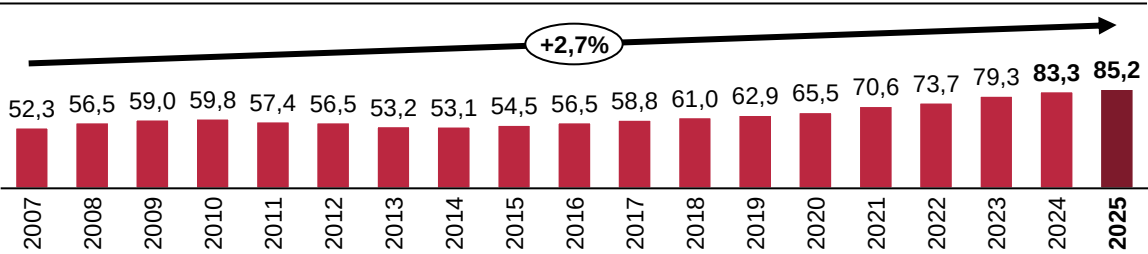
Las **fluctuaciones en el presupuesto sanitario** han estado estrechamente relacionadas con factores como la fase expansiva del ciclo económico, la crisis y posterior recuperación económica y más recientemente, al impacto de la pandemia.

A pesar del incremento en términos absolutos del presupuesto sanitario, su proporción respecto al presupuesto total se ha mantenido en torno al 31% durante el período analizado, reflejo de las tensiones financieras en otras áreas clave como educación e infraestructuras.

La descentralización de la gestión sanitaria en España ha dado lugar a **disparidades en la asignación de recursos a la sanidad entre regiones**. Estas diferencias se explican en parte por la diversidad en el tamaño y dispersión de las poblaciones, las características socioeconómicas y la capacidad recaudatoria de cada comunidad autónoma.

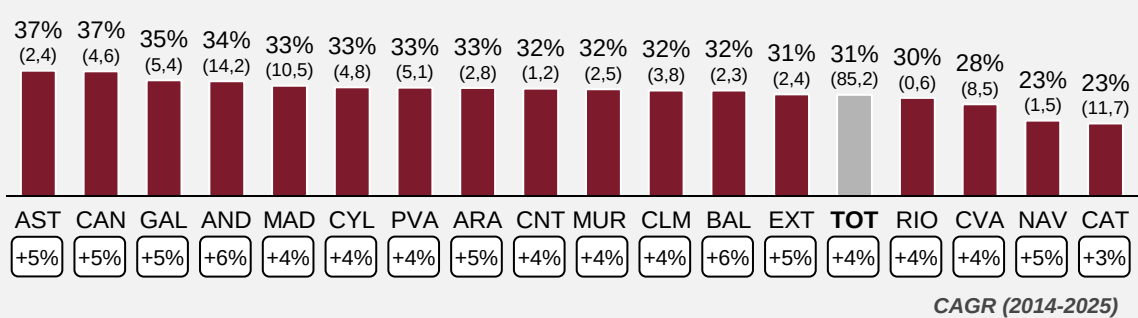
En 2025, las comunidades autónomas que destinaron un **mayor porcentaje de sus presupuestos totales a la sanidad** fueron el **Principado de Asturias, Islas Canarias y Galicia**, todas superando el total nacional. Este patrón refleja, en gran medida, la estructura demográfica y socioeconómica de estas regiones, caracterizadas por una mayor proporción de población envejecida y dispersa, lo que incrementa la demanda de servicios sanitarios y eleva los costes asociados a su prestación. Este alto porcentaje contrasta con otras regiones como **Navarra y Cataluña**, cuyo presupuesto destinado a sanidad es **inferior al 25%**.

Evolución de los presupuestos sanitarios iniciales de las CC.AA.
Miles de millones de € corrientes. 2007-2025.



Nota: En 2025, se ha cogido el dato de 2024 para aquellas comunidades cuyo presupuesto se prorroga: Aragón, Baleares, Castilla y León, Cataluña, R. de Murcia y Comunidad Valenciana.
Fuente: Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y Ministerio de Hacienda (2024).
Proyectos de presupuestos generales de las comunidades autónomas 2025.

% del presupuesto sanitario inicial sobre el presupuesto total de las CC.AA.
% sobre el presupuesto total (miles de millones de € corrientes). 2025.



Nota: En 2025, se ha cogido el dato de 2024 para aquellas comunidades cuyo presupuesto se prorroga: Aragón, Baleares, Castilla y León, Cataluña, R. de Murcia y Comunidad Valenciana.
Fuente: Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y Ministerio de Hacienda (2024).
Proyectos de presupuestos generales de las comunidades autónomas 2025.

Las remuneraciones al personal, los gastos y transferencias corrientes, y las inversiones en sanidad son los capítulos que más peso tienen sobre los presupuestos iniciales sanitarios en 2024

La clasificación económica del presupuesto **permite distinguir la naturaleza de los ingresos y gastos**. Así, por ejemplo, el Capítulo I corresponde a gastos de personal, mientras que el Capítulo II abarca a los gastos corrientes en bienes y servicios, como arrendamientos, material, suministros y otros.

La mayoría del presupuesto se destina a gastos de personal (45,6%) y gastos y transferencias corrientes (33,4% y 15,8%, respectivamente), mientras que las inversiones reales en infraestructuras o equipamientos sanitarios representan una parte mínima.

La remuneración del personal y los gastos corrientes han crecido de manera notable. En el caso de los gastos de personal, durante la crisis económica se implementaron medidas de contención del gasto del empleo público (congelaciones salariales, reducciones de plazas, etc.) que afectaron también al personal sanitario. A medida que estas restricciones finalizaron, el gasto se incrementó notablemente.

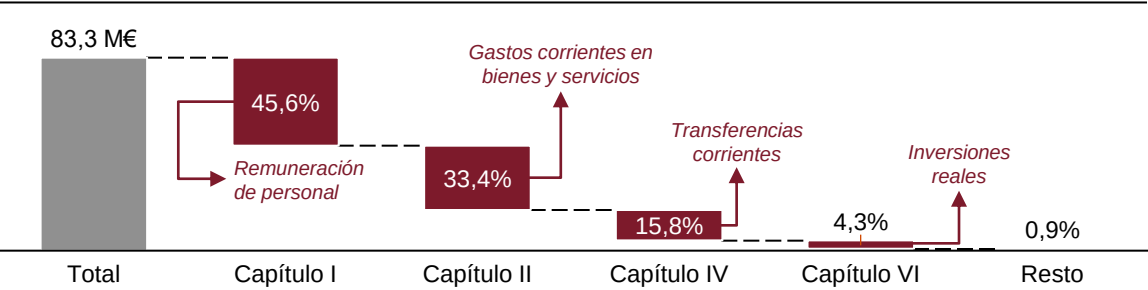
La pandemia de COVID-19 impulsó la contratación de personal sanitario para cubrir las demandas excepcionales. Aunque parte de estas contrataciones eran temporales, muchas comunidades las han mantenido en el tiempo, consolidando un aumento estructural en el Capítulo I.

Durante la pandemia, también se produjo un crecimiento significativo en el Capítulo II, debido a la necesidad urgente de adquirir materiales sanitarios o ampliar la capacidad hospitalaria. Tras este pico, el crecimiento del Capítulo II se estabilizó puntualmente, volviendo a una fase expansiva en los últimos tres años.

En el caso de las **transferencias corrientes (capítulo IV)** se ha seguido una evolución lineal y constante a lo largo del tiempo, en torno a un 99 en base al 2009, con inversiones y subvenciones para financiar proyectos en infraestructuras sanitarias.

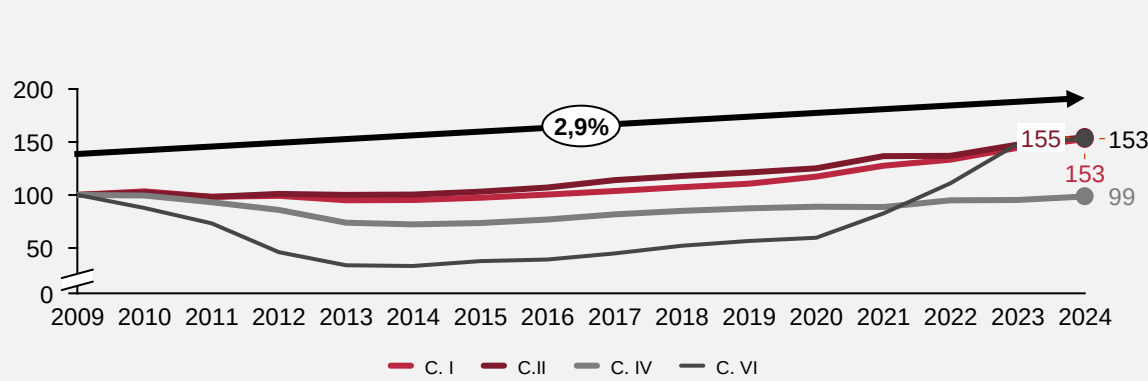
Por otro lado, **cabe destacar el crecimiento tras la pandemia del Capítulo VI** (un 148% entre 2020 y 2023), que refleja el papel clave que las inversiones han desempeñado en la recuperación económica tras la pandemia. Incluyendo la **adquisición de equipos de alta tecnología**, mayoritariamente a través del Plan INVEAT y la utilización de fondos europeos como REACT-EU.

Distribución del presupuesto inicial sanitario de las CC.AA.
% de cada capítulo presupuestario sobre el total. 2024.



Fuente: Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud.

Evolución del presupuesto sanitario inicial de las CC.AA. por capítulos
Base: 2009=100.



Fuente: Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud.

Por habitante, las diferencias interregionales en la presupuestación sanitaria son amplias, de 800€ por habitante entre la comunidad autónoma que más y menos recursos dedica

En términos per cápita, el presupuesto sanitario se ha incrementado más ligeramente que en términos absolutos. Entre 2007 y 2025, la previsión de gasto contenida en los presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas por habitante se incrementó, en promedio, un 2,5%, alcanzando, en 2025, **1.802 € por habitante** (un 2,2% más con respecto a 2024).

En perspectiva evolutiva, es especialmente destacable el **notable crecimiento del presupuesto sanitario que se produce desde 2014, con la recuperación económica**.

De este modo, entre 2014 y 2024, éste ha crecido a un **ritmo medio del 4,2% anual**, muy por encima que el crecimiento promedio de todo el periodo (2,5%).

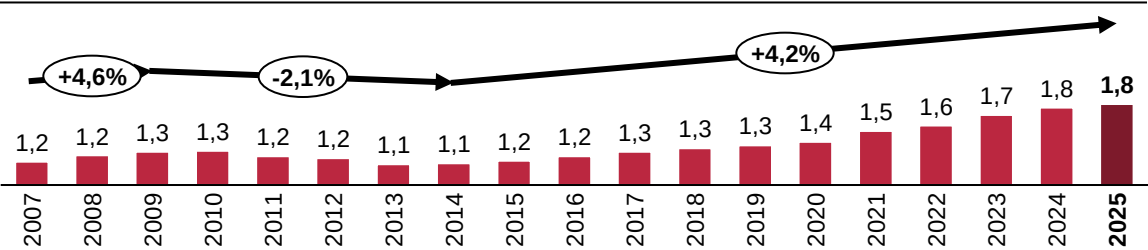
Por comunidades autónomas, el mayor presupuesto sanitario per cápita es el de Asturias (2.345 €) y el menor el de Cataluña (1.542 €).

Por lo tanto, y al igual que ocurría en términos de gasto, **las diferencias interterritoriales son muy amplias**. La ratio entre el presupuesto sanitario máximo y mínimo es de 1,52. Esto supone **una diferencia de, 802 € por habitante** entre la comunidad autónoma que más dedica y la que menos presupuesta en sanidad.

Desde 2014, la comunidad autónoma que ha experimentado un mayor incremento en su presupuesto sanitario, con un aumento aproximado del 6%, es Extremadura.

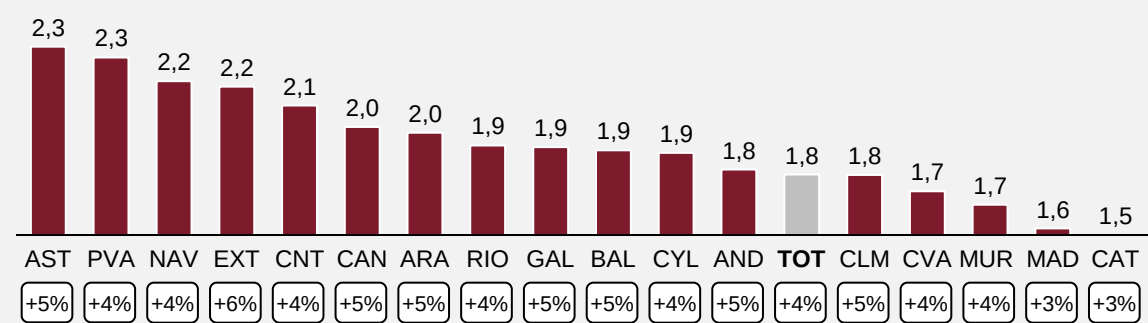
En contraste, la Comunidad de Madrid y Cataluña, con incrementos cercanos al 3%, se encuentran en una posición menos favorable.

Evolución de los presupuestos sanitarios iniciales per cápita de las CC.AA.
Miles de € corrientes por habitante. 2007-2024.



Nota: En 2025, se ha cogido el dato de 2024 para aquellas comunidades cuyo presupuesto se prorroga: Aragón, Baleares, Castilla y León, Cataluña, R. de Murcia y Comunidad Valenciana.
Fuente: Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y Ministerio de Hacienda (2024). Proyectos de presupuestos generales de las comunidades autónomas 2025.

Presupuestos sanitarios iniciales per cápita de las CC.AA.
Miles de € corrientes por habitante (2025) y CAGR (2014-2025).



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad 2024. Proyectos de presupuestos generales de las comunidades autónomas 2025. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud e INE. Estadística Continua de Población. Población residente a 1 de enero.
CAGR (Compound Annual Growth Rate, Tasa de Crecimiento Anual Compuesta en castellano)

Por lo que respecta al Capítulo II, hay poca variabilidad interregional en su peso relativo sobre el total de los presupuestos sanitarios, situándose en la mayoría de las comunidades en torno al 30%

A nivel autonómico, la mayoría de las comunidades destinan alrededor del 30% de su presupuesto sanitario público al Capítulo II, con la excepción de Cataluña, que destina casi el doble. Este elevado porcentaje puede estar directamente relacionado con su particular modelo sanitario, en el que gran parte de la atención sanitaria la prestan entidades concertadas bajo acuerdos con el sistema público. Esto podría implicar que el Capítulo II represente un mayor porcentaje en comparación con el resto de las comunidades, donde la provisión es mayoritariamente pública directa.

Le siguen Madrid y Baleares, donde el alto nivel de externalización en servicios y contratos sanitarios, la gestión sanitaria mixta con concesiones en algunos hospitales o la necesidad de cubrir servicios específicos en el caso de Baleares, dada su condición de región insular, también podrían estar influyendo en estos porcentajes.

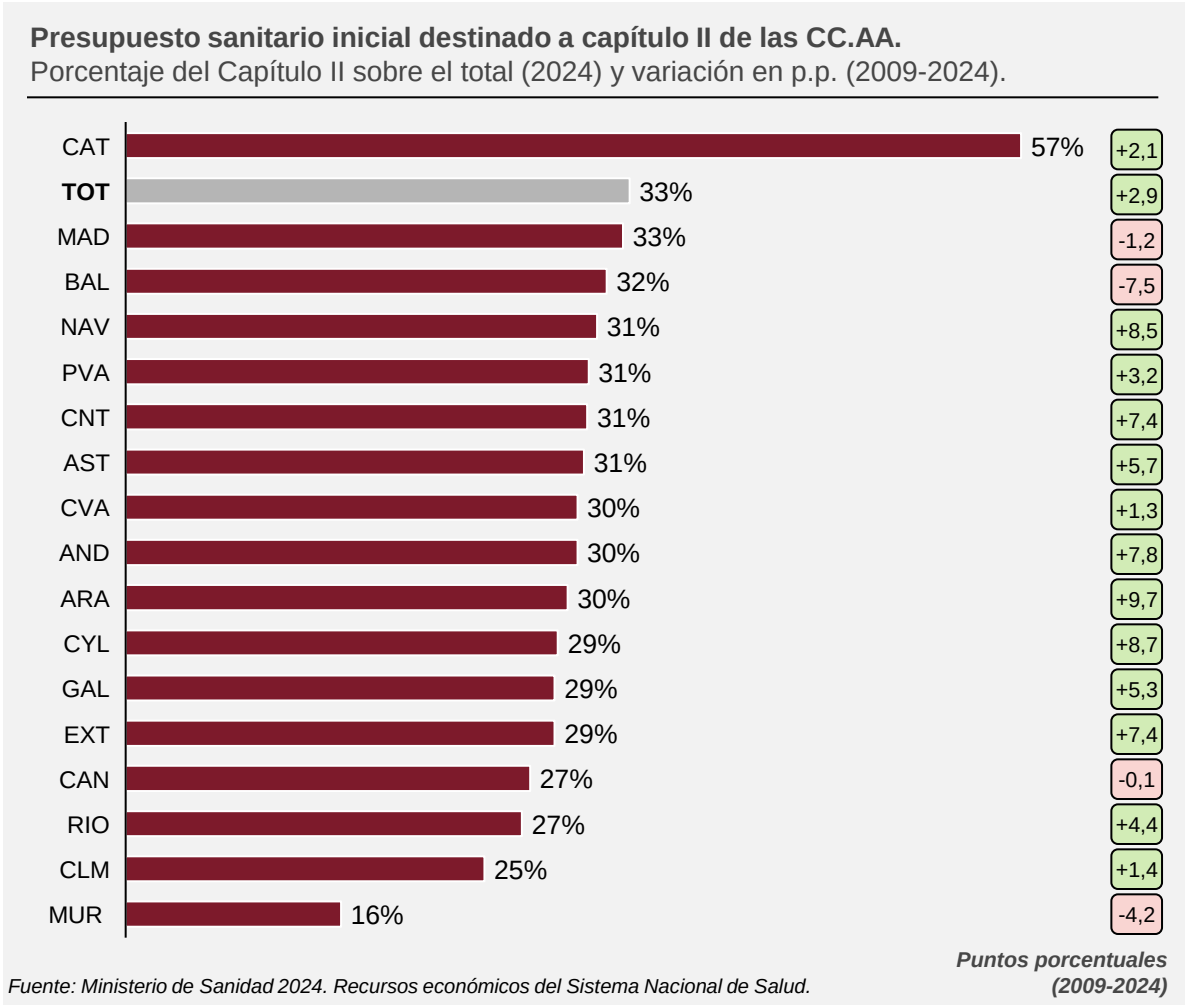
En el extremo opuesto, Castilla-La Mancha y especialmente Murcia, presentan porcentajes bajos.

La tendencia general seguida muestra que, salvo excepciones como Baleares, Murcia y Madrid, en la mayoría de las comunidades el peso del Capítulo II ha incrementado en importancia relativa entre 2009 y 2024.

Aragón, Castilla y León y Navarra son las comunidades en las que más se ha incrementado el peso relativo del Capítulo II en la presupuestación sanitaria, con un crecimiento de más de 8 puntos porcentuales.

Le siguen comunidades como Andalucía, Cantabria o Extremadura, con incrementos en el peso del Capítulo II superiores a 7 puntos porcentuales.

En el extremo opuesto, Baleares es la comunidad autónoma que más ha reducido el peso relativo del gasto en el Capítulo II, pasando de niveles anteriores muy superiores al promedio nacional a registrar una caída significativa de 7,5 puntos porcentuales.



A nivel nacional hay un 4% de los presupuestos iniciales destinados a las inversiones reales, incluyendo la inversión de equipos de alta tecnología sanitaria

Las adquisiciones de los equipos de alta tecnología cobran más importancia los últimos años, generando un aumento del peso del capítulo VI. En 2021, con el plan INVEAT comenzó un **plan de inversión en estos equipos en el Sistema Nacional de Salud, buscando reforzar las capacidades del sistema sanitario público en coordinación con las CCAA.**

Este plan de inversión ha sido dotado de 796 millones de € provenientes de fondos europeos, que se destina al avance significativo especialmente en los **equipos de alta tecnología que permitirá mayor capacidad para el diagnóstico de enfermedades.** En concreto, en el ámbito de aceleradores lineales, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, gammacámaras, equipos de hemodinámica, angiografía vascular y neurológica, tomografía por emisiones de positrones y equipos de braquiterapia digital.

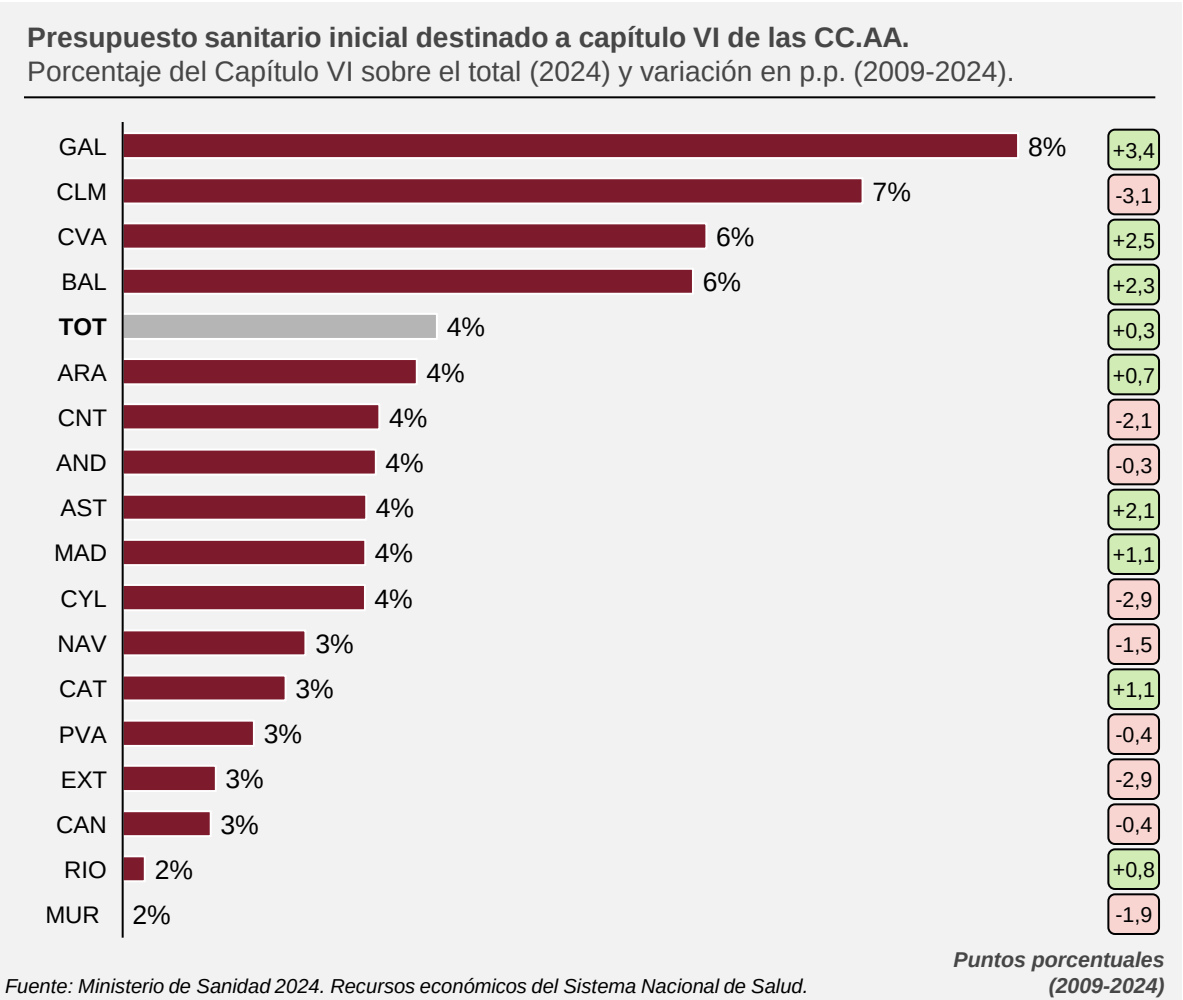
El objetivo principal de esta iniciativa fue **renovar los equipos** con más de 10 años de antigüedad, así como **ampliar la cobertura de algunas áreas deficitarias** según recomendaciones internacionales.

A nivel autonómico, la mayoría de las comunidades destinan alrededor del 4% de su presupuesto sanitario público al Capítulo VI. Galicia es la región que más destina a este capítulo, con la puesta en marcha de 76 equipos de alta tecnología en los hospitales públicos gallegos para el 2024.

En este orden, le sigue Castilla La Mancha con un 7% de inversiones reales y la Comunidad Valenciana y las Islas Baleares con un 6%.

Por otro lado, las regiones que más dotación destina al capítulo VI han tenido también **tendencia positiva desde el 2009**, con excepción de Castilla La Mancha que se ha reducido en 3 puntos porcentuales durante el periodo.

El caso de **Murcia es el que menos inversión real tiene en 2024 siguiendo una tendencia negativa de crecimiento** del período, con 1,9 puntos porcentuales menos desde el año 2009.



Al comparar el presupuesto sanitario con el gasto real efectuado, se evidencia una tendencia en España a subestimar el presupuesto sanitario, superando los créditos inicialmente presupuestados

Cuando se analiza la **suficiencia presupuestaria**¹, es decir, si las dotaciones presupuestarias iniciales han sido suficientes para cubrir la totalidad del gasto sanitario, se observa que **en todos los ejercicios desde 2007 el gasto total ha superado ampliamente a los créditos presupuestados**.

En los últimos años, además, **el diferencial entre el gasto total y la dotación presupuestaria inicial se ha incrementado de forma notable**, alcanzando en 2024 la tercera mayor diferencia del periodo analizado (-14%), tan solo superado por el año 2020 y 2021 (-18% y -15%, respectivamente).

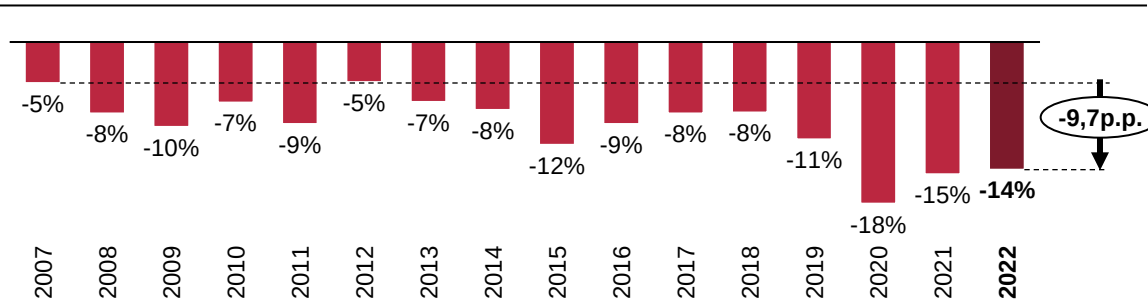
Existe, por lo tanto, una **insuficiencia estructural persistente en los créditos iniciales**, que no logran cubrir las obligaciones de cada ejercicio, a pesar de conocerse los gastos reales de años anteriores. Esta situación se traduce en la **generación de obligaciones pendientes de imputar a presupuesto** por falta de crédito y en tener que realizar modificaciones presupuestarias para financiar gastos en detrimento de otras áreas.

Las partidas presupuestarias que suelen estar más afectadas por esta situación son **partidas recurrentes como los gastos de personal y farmacia**, que frecuentemente requieren complementos a sus dotaciones iniciales¹. Todo ello genera un entorno de inestabilidad financiera que afecta a la planificación a largo plazo de los servicios sanitarios.

A nivel regional, se observan disparidades en el cumplimiento de los presupuestos iniciales. En 2022, la **Región de Murcia, Cataluña, la Comunidad de Madrid y las Islas Canarias** fueron las que **más se desviaron de sus presupuestos iniciales**, situándose por encima de la media española. Es importante destacar que estas comunidades también han mostrado un **mayor deterioro en su ajuste presupuestario respecto a 2007**.

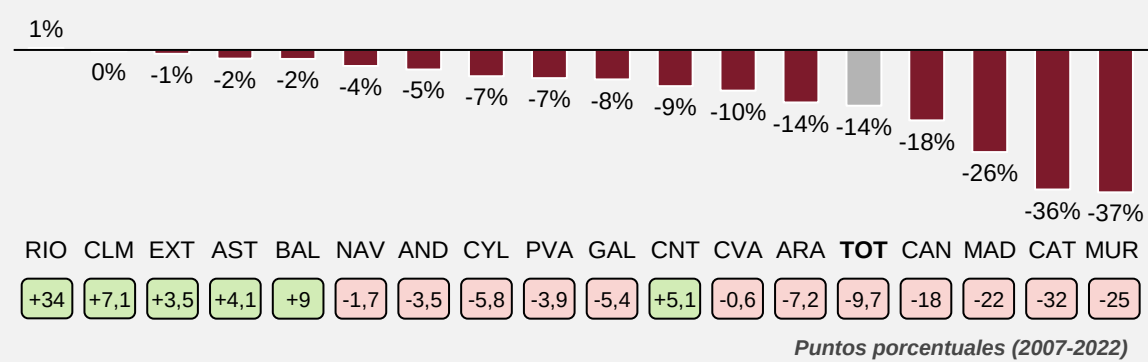
Cabe destacar también que varias comunidades como Castilla y León, Aragón, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia y Baleares **han prorrogado sus presupuestos para 2025**, lo que previsiblemente se traducirá en desajustes en los ejercicios venideros.

Diferencia entre los presupuestos sanitarios iniciales y el gasto total de las CC.AA. Porcentaje. 2007-2022.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

Diferencia entre los presupuestos sanitarios iniciales y el gasto total de las CC.AA. Porcentaje (2022) y variación en p.p. (2007-2022).



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

(1) Tribunal de cuentas (2021). Informe global del sector público autonómico ejercicio 2018.

Fuente: Tribunal de cuentas (2021). Informe global del sector público autonómico ejercicio 2018, Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

También se observan diferencias cuando se compara el gasto en consumo intermedio y conciertos de las comunidades autónomas respecto al presupuesto sanitario asignado al capítulo II

El desajuste presupuestario del sistema sanitario se refleja de manera más pronunciada en el capítulo II.

Desde 2009, el **gasto en conciertos y consumos intermedios ha superado** consistentemente el **presupuesto** asignado para **gastos en bienes y servicios corrientes** en este capítulo. En la mayoría de los años, este desajuste ha sido incluso **mayor que el observado en el presupuesto total**. En particular, el desajuste presupuestario de 2022 fue de **-12,2 puntos porcentuales respecto al de 2009**.

En particular, en los últimos años, esta diferencia ha **sido especialmente pronunciada, alcanzando en 2022 un desajuste presupuestario del -21%**, el segundo más alto registrado, tras el de 2020, que fue de -25%.

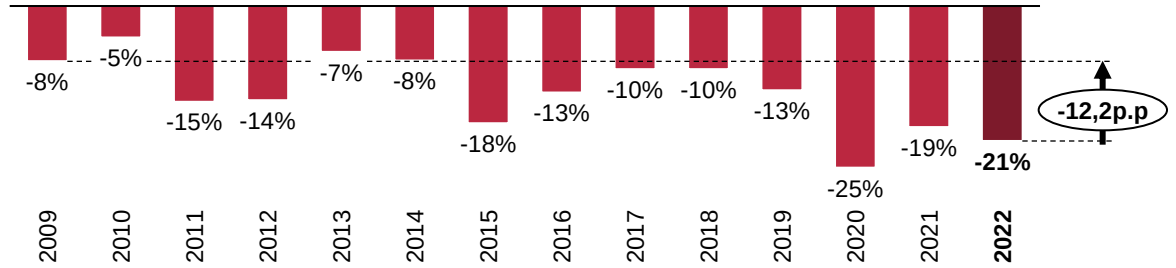
En el análisis del último año disponible, a nivel autonómico, en línea con lo observado a nivel global, todas las comunidades autónomas mostraban un mayor desajuste presupuestario en el capítulo II que en el presupuesto total.

En 2022, la **Región de Murcia** fue la comunidad autónoma que presentó el **mayor desajuste presupuestario en el capítulo II**, experimentando un deterioro significativo en comparación con 2009. La diferencia fue del **-121%**, lo que representa un **empeoramiento de 54 puntos porcentuales** respecto al ajuste de 2009. Este comportamiento se debe a un **aumento significativo en el gasto en productos farmacéuticos y material sanitario, en particular en productos prescritos mediante receta médica**¹.

Por su parte, la Comunidad de Madrid y Aragón le siguen (con un diferencial de -52% y -50%, respectivamente).

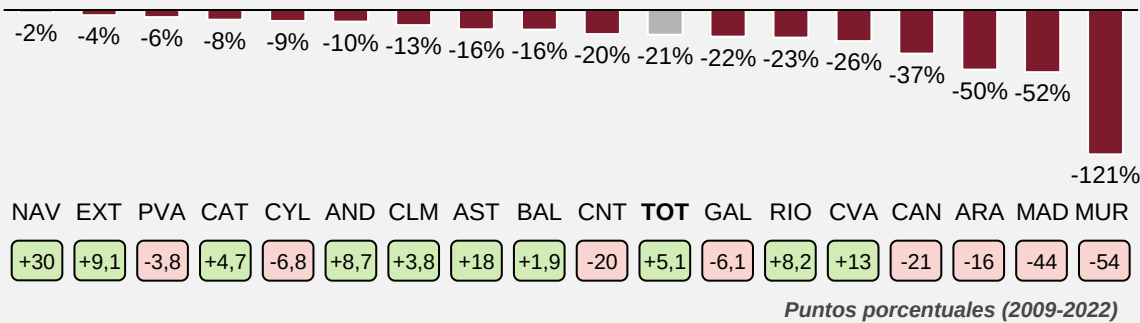
Por otro lado, Navarra se destaca como la región que ha logrado **ajustarse en mayor medida a su presupuesto**, con una diferencia de tan solo el **-2%**, aumentando en 30 puntos porcentuales su ajuste respecto a 2009.

Diferencia entre el capítulo II y el gasto de conciertos y consumos intermedios total de las CC.AA.
Porcentaje. 2009-2022.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

Diferencia entre el capítulo II y el gasto en consumos intermedios y conciertos de las CC.AA.
Porcentaje (2022) y variación en p.p. (2009-2022).

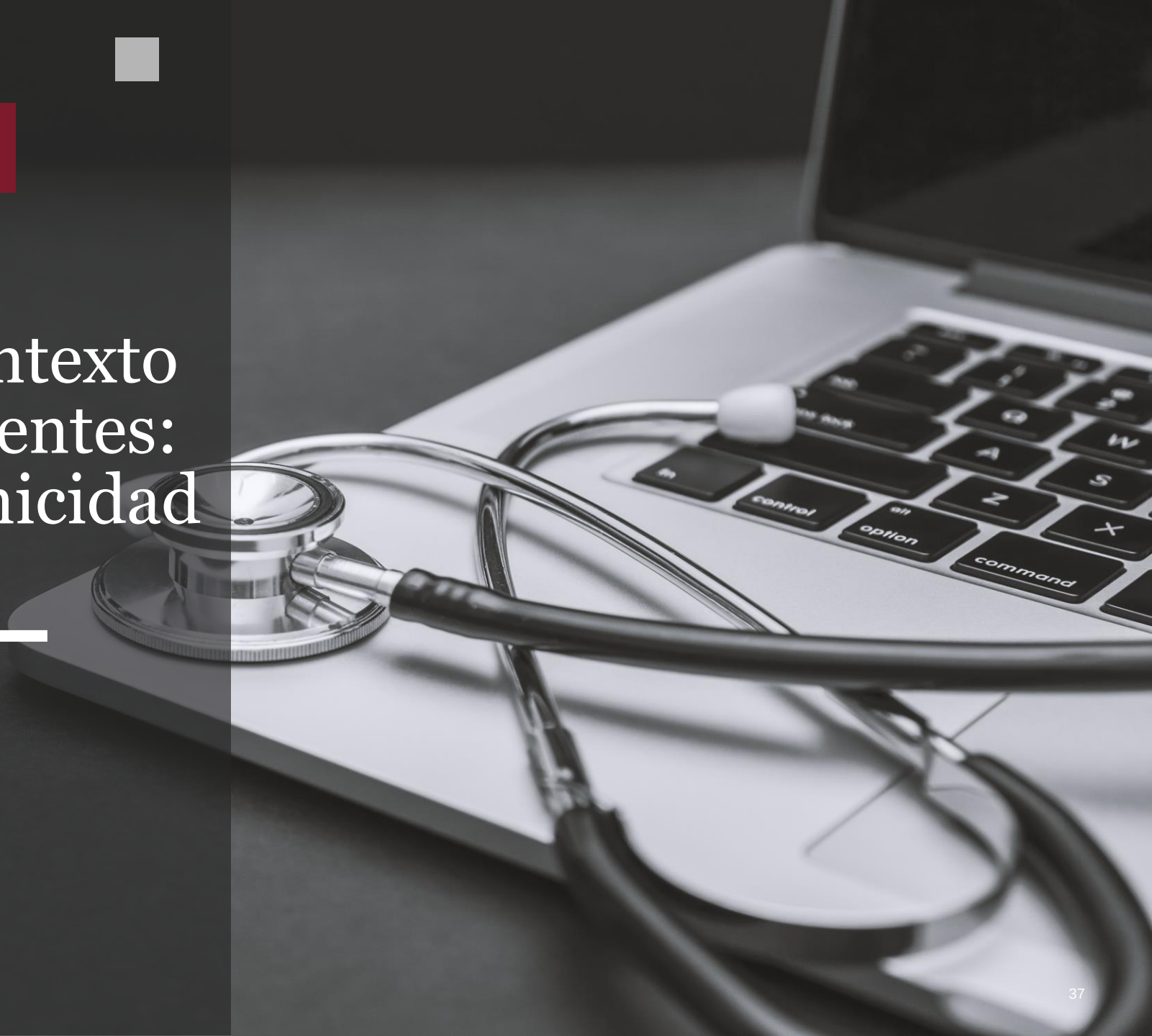


Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

(1) Opinión de Murcia (2022): Los murciananos consumen cada día más de 2,8 millones de € en medicamentos.
Fuente: Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud y Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público.

3

La sanidad en un contexto
de necesidades crecientes:
envejecimiento, cronicidad
y gasto sanitario



El crecimiento absoluto de la población española en los últimos años se ha ralentizado y muestra una tendencia hacia la desaceleración durante las próximas décadas

Hasta 2008, España experimentó un **rápido crecimiento demográfico** debido a la **disminución de la mortalidad** y la llegada masiva de **inmigrantes**.

Sin embargo, este crecimiento se detuvo durante la **gran recesión** (2008-2013), que impactó **negativamente las tasas de natalidad** y resultó en una **pérdida neta de población**.

A partir de 2014, la población comenzó a recuperarse, logrando para 2023 un aumento del 18,8% respecto al año 2000.

De cara al futuro, las proyecciones indican una tendencia hacia la desaceleración, **con bajos niveles de crecimiento poblacional esperados**, en comparación con los registrados en el pasado.

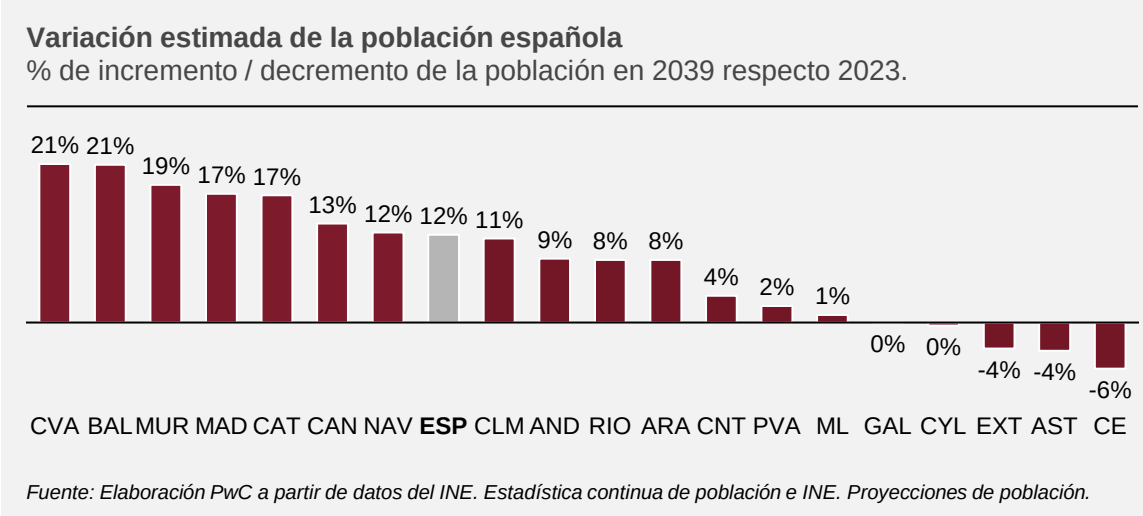
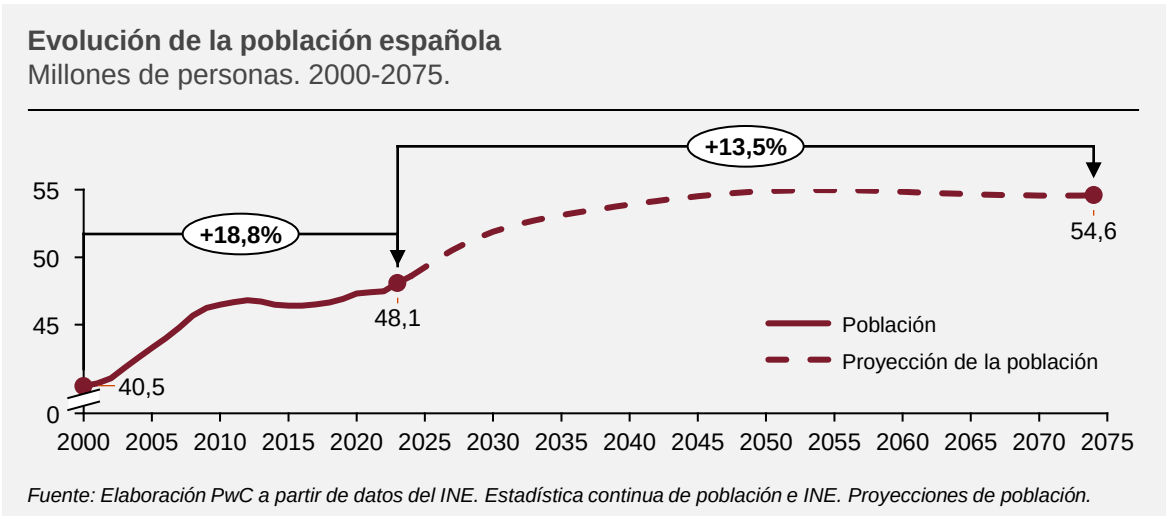
En este contexto, se estima que el aumento de la población entre 2023 y 2075 será del 13,5%, alcanzando los 54,6 millones de personas para el año 2075.

La evolución de la población prevista será, además, **heterogénea entre comunidades autónomas**.

Se estima que la **mayoría aumenten su población** para 2039 en comparación con 2023. Sin embargo, **Galicia, Castilla y León, Extremadura, Asturias y Ceuta** seguirán una tendencia contraria, y se prevé que continúen perdiendo población, lo cual refleja una dinámica de **envejecimiento y despoblación** ya consolidada en estas comunidades.

En el extremo opuesto, la **Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Murcia, Madrid o Cataluña** podrían registrar los mayores incrementos poblacionales, con crecimientos superiores al 15%.

Estas regiones destacan por su capacidad para atraer población, tanto a través de migraciones internas como internacionales. En este grupo se encuentran, además, las únicas regiones que enfrentan un saldo vegetativo positivo: Murcia, Madrid y Baleares.



La pirámide poblacional refleja una evolución hacia un perfil más envejecido, con los mayores de 65 años representando cerca del 20% de la población actual

En 2002, la estructura poblacional mostraba **características típicas de los países desarrollados**, con una base relativamente amplia en los grupos de edad joven-adulta y una creciente representación de los de mayor edad.

El grupo de 25 a 29 años destacaba en 2002 como uno de los más numerosos, representando el 8,7% de la población, lo que contrasta con su notable reducción en 2022, donde su participación ha descendido en 3,4 puntos porcentuales.

En 2022, la pirámide poblacional muestra una **clara transformación**. El grupo más numeroso es el de 45 a 49 años, con un 8,4% de la población, reflejo directo del fenómeno del baby boom en España, correspondiente a las generaciones nacidas entre 1958 y 1975. Esta dinámica, combinada con un descenso prolongado de la natalidad, ha provocado un **estrechamiento de la base de la pirámide**, con los grupos de 15 a 39 años muy por debajo del nivel de 2002.

Otro aspecto relevante es el cambio en la población potencialmente activa, lo que sugiere una **tendencia regresiva en la fuerza laboral futura**.

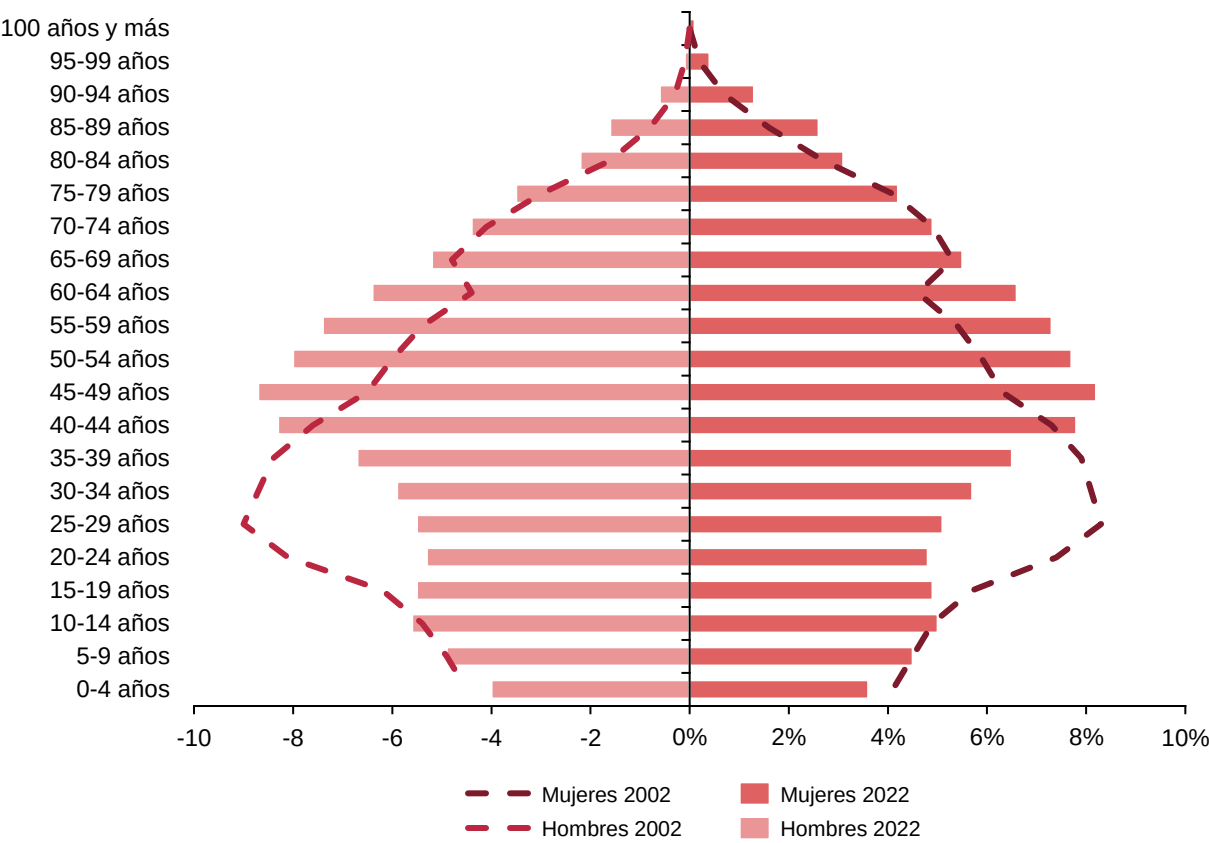
Los cambios observados entre 2002 y 2022 evidencian una transformación estructural que consolida el **envejecimiento como la principal característica demográfica**.

El crecimiento del grupo de mayores de 65 años ha sido especialmente acelerado en los últimos 20 años. En 2022, representan alrededor de un 20% de la población, frente a cifras notablemente inferiores en décadas anteriores. Muy significativo es también el aumento de la proporción de octogenarios (80 años o más), que ha pasado del 4% en 2002 al 6% actual.

Estos datos reflejan no solo una transformación demográfica, sino también la **consolidación de la vejez** como una etapa predominante de la vida, impulsado por:

- El **aumento de la esperanza de vida**, consecuencia de los **avances sanitarios y mejoras en la calidad de vida**.
- **Bajas tasas de natalidad**, que reducen el reemplazo generacional y amplifican el envejecimiento relativo de la población.

Variación de la pirámide de población de España
% de población por quinquenios. 2002 vs 2022.



Fuente: INE. Estadística del Padrón continuo.

Además, el proceso de envejecimiento, lejos de frenarse, continuará de forma intensa: se prevé que por cada persona de menos de 16 años habrá 2,4 personas de 65 años o más en 2050

En el año 2000, el índice de envejecimiento (esto es, el porcentaje de población mayor de 64 años sobre los menores de 16) se situaba en un 103,3%, lo que indica que ya existía un **ligero predominio de la población mayor de 64 años** sobre los más jóvenes.

Entre 2000 y 2020, esta proporción se incrementó en 34 puntos porcentuales, reflejando el **progresivo envejecimiento de la población española**. En la actualidad la población mayor de 64 años supera en un 37,3% a la de menos de 16 años.

Las proyecciones indican un incremento del envejecimiento de la población española de 111 puntos porcentuales en 2075 respecto a 2023. Esto significa que habrá más del doble de personas mayores de 64 años que menores de 16 años, lo cual indica un **desequilibrio generacional muy acentuado**.

El crecimiento proyectado es continuo hasta mediados de siglo, estabilizándose ligeramente después de 2050, aunque en niveles muy elevados.

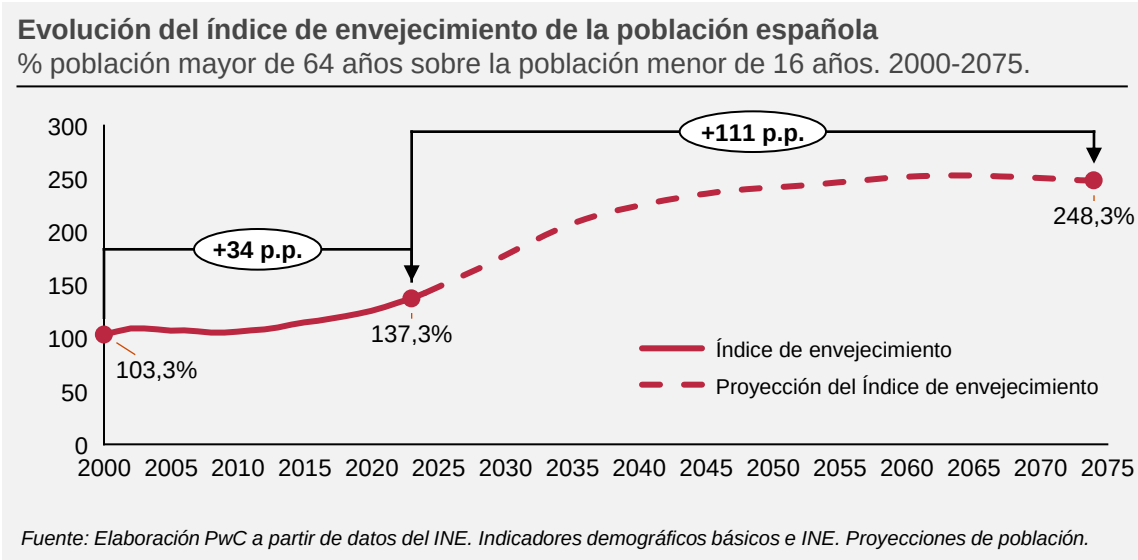
Por comunidades autónomas, si se mantienen las tendencias actuales se prevé un **aumento del índice de envejecimiento de más de 50 puntos porcentuales** en todas ellas.

No obstante, el **reto demográfico será desigual**, afectando muy intensamente a comunidades con contextos de baja natalidad, alta emigración juvenil o con un envejecimiento ya consolidado.

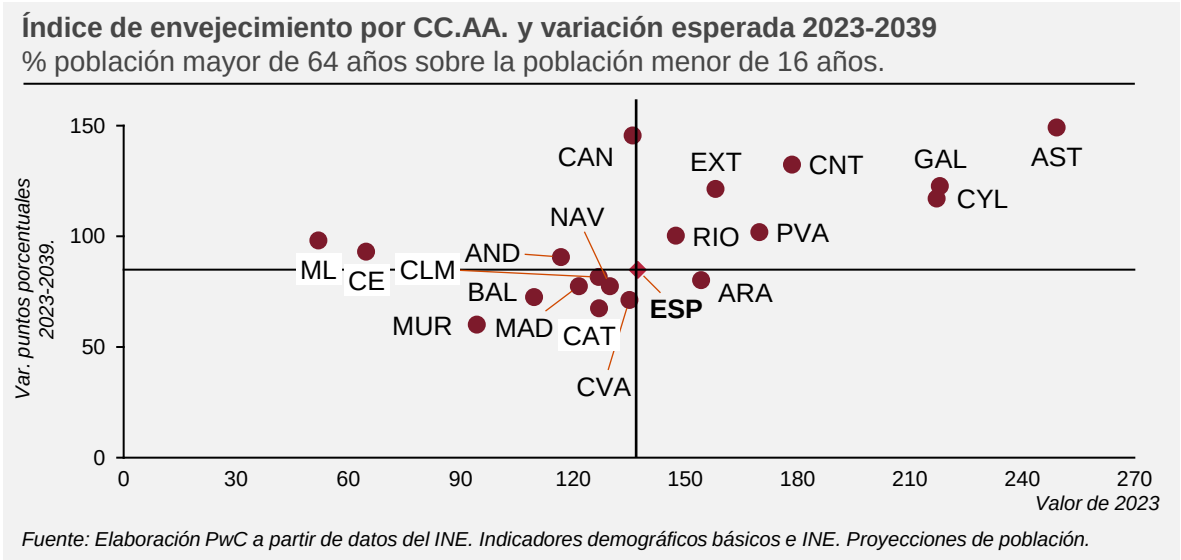
Asturias, que en la actualidad es la comunidad más envejecida, se prevé que continúe siéndolo también en 2039.

Una previsión similar se espera en Galicia, Castilla y León y Cantabria, que junto con la región asturiana liderarán el ranking de las comunidades más envejecidas de España.

Especialmente destacable es también el caso de Canarias, que, pese a que en la actualidad tiene un nivel de envejecimiento similar al conjunto nacional, **es la región en la que se espera un mayor desequilibrio generacional y un envejecimiento de su población**.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística



Como consecuencia, el envejecimiento de la población constituye uno de los principales determinantes del gasto público sanitario

El envejecimiento demográfico en España ejerce una **presión significativa sobre las finanzas y políticas públicas**.

La Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF) ha advertido que este fenómeno incrementará el **gasto en partidas como pensiones, sanidad y cuidados de larga duración**, lo que podría elevar la **deuda comercial sanitaria hasta el 186% del PIB en 2070 si no se implementan medidas correctivas**¹.

Específicamente, este fenómeno supone un especial desafío sobre el sistema sanitario, debido al **uso más intensivo de los servicios de salud** por parte de las personas mayores.

En este sentido, y a medida que este grupo de edad aumenta su peso en la pirámide poblacional, también lo hace su impacto en el gasto sanitario, lo que **supondrá un crecimiento acelerado del gasto y una importante presión en términos de la sostenibilidad del sistema a largo plazo**.

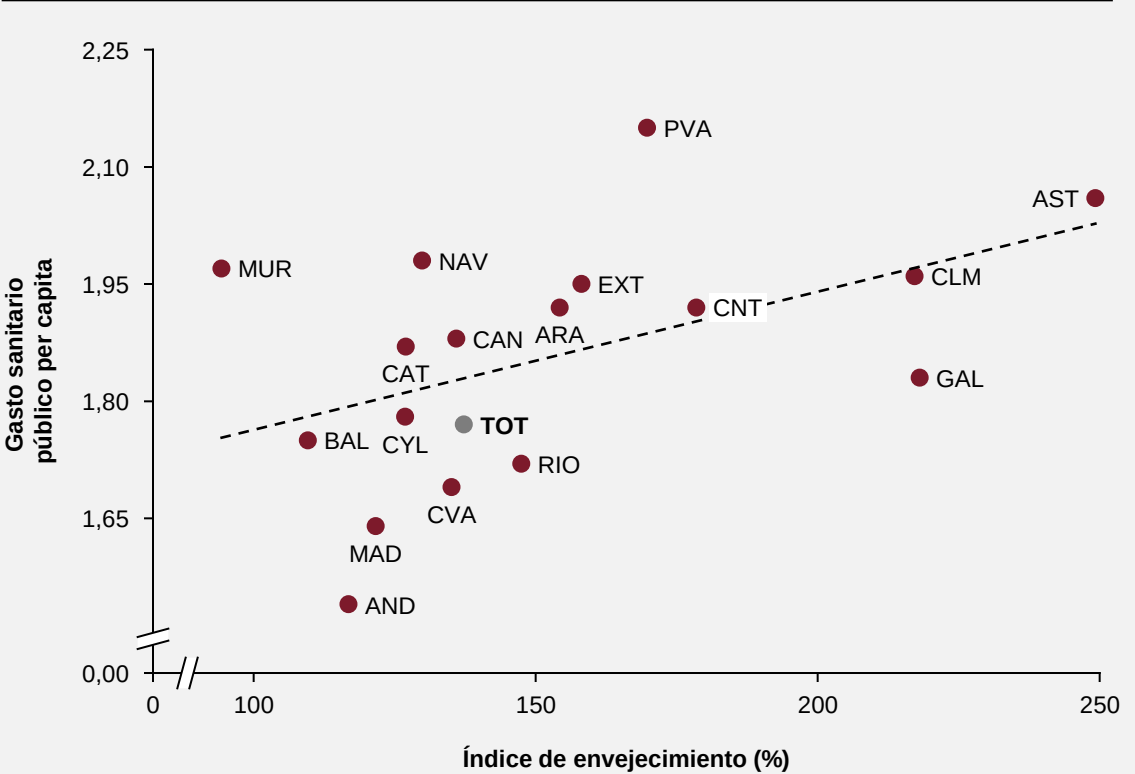
Aunque el envejecimiento de la población es un factor clave en el incremento del gasto sanitario, no es el único elemento que influye en las diferencias observadas entre las comunidades autónomas.

Aspectos socioeconómicos como el nivel de renta per cápita, las desigualdades sociales también influyen; así como la gestión y la capacidad de las comunidades autónomas para optimizar los recursos disponibles, implementar políticas de prevención eficaces y garantizar una atención de calidad.

De este modo se pueden lograr resultados más eficientes, contribuyendo a reducir la presión sobre el gasto sanitario.

Gasto público sanitario per cápita e índice de envejecimiento por CC.AA.

Miles de € por habitante y % población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años. 2023.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público e INE. Estadística continua de población.

(1) Opinión sobre la sostenibilidad de las Administraciones Públicas a largo plazo: la incidencia de la demografía. Opinión 1/23, de 24 de marzo de 2023.

El envejecimiento progresivo de la población y el cambio en los hábitos de vida están incrementando la incidencia de enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares o la diabetes

La Organización Mundial de la Salud define las **enfermedades crónicas** como aquellas que generalmente tienen una **duración prolongada** y resultan de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y comportamentales. Entre las principales enfermedades crónicas se encuentran las **enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes o el cáncer**.

En 2023, en España había **más de 21 millones de personas con alguna enfermedad crónica**, lo que representa el 45% de la población. Desde 2016, esta proporción ha aumentado en 9 puntos porcentuales.

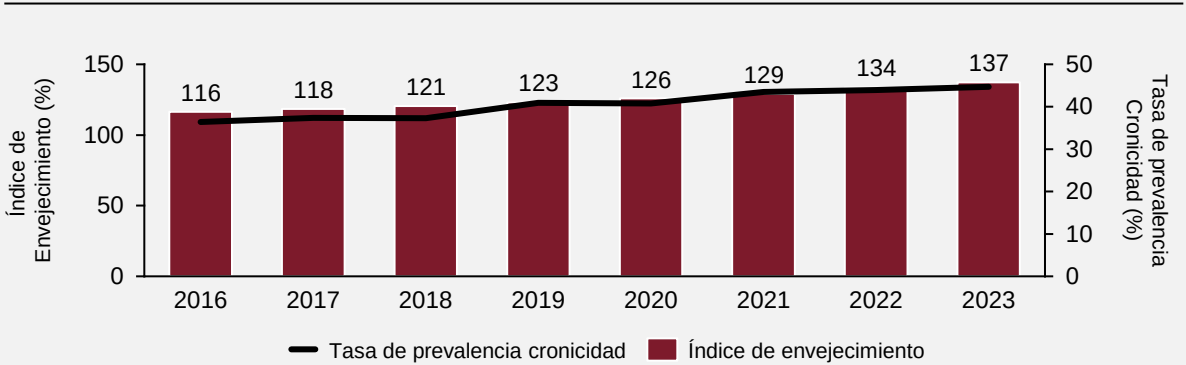
Las personas **mayores de 65 años** constituyen el grupo de edad más afectado por la **cronicidad**. Este segmento de la población, a menudo, presenta **pluripatología y comorbilidades**, lo que genera una mayor demanda de atención en los diversos ámbitos asistenciales y, en consecuencia, consume un mayor volumen de recursos sanitarios.

Aunque la incidencia de la cronicidad es en general elevada, también presenta **diferencias importantes entre comunidades autónomas**.

Las Islas Canarias, Asturias y la Comunidad Valenciana encabezan la lista, con tasas de prevalencia de enfermedades crónicas que superan el 50%. El resto de las comunidades presentan tasas de prevalencia que oscilan entre el 40% y el 50%, a excepción de Extremadura y Castilla-La Mancha, que registran tasas inferiores al 30%.

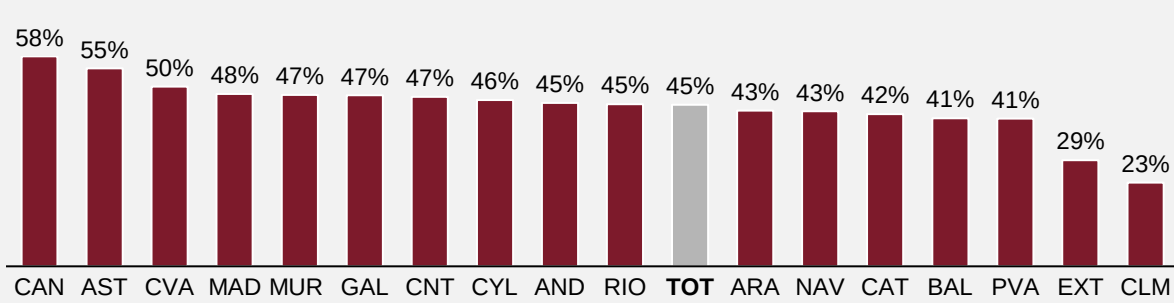
En 2012 se publicó la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud; y en la actualidad todos los servicios de salud cuentan con una Estrategia o Plan de Cronicidad, aunque con distintos alcances, enfoques, despliegues y abordajes.

Evolución de la tasa de prevalencia de la cronicidad y del índice de envejecimiento. 2016-2023



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos de la Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP) e INE. Estadística continua de población.

Tasa de prevalencia de enfermedades crónicas por CC.AA. % de personas con enfermedades crónicas¹. 2023.



(1) Se ha calculado como la ratio del número de personas con enfermedades crónicas sobre la población asignada por BDCAP. Fuente: Elaboración PwC a partir de datos de la Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP).

Las enfermedades crónicas suponen una fuerte presión en el uso de recursos sanitarios, tanto en términos de atención médica como de tratamientos farmacológicos

La cronicidad representa uno de los desafíos más relevantes y complejos para el sistema sanitario actual, con un impacto significativo tanto en el uso intensivo de recursos asistenciales y farmacológicos como en la capacidad de gestión y atención a los pacientes.

Según los últimos estudios disponibles, las enfermedades crónicas son responsables de aproximadamente el 80% de las consultas en atención primaria¹, lo que supone cerca de 193,5 millones de visitas en 2023. Este volumen de actividad ejerce una presión extraordinaria sobre el personal sanitario, que debe afrontar no solo el número elevado de consultas, sino también la complejidad de estas patologías.

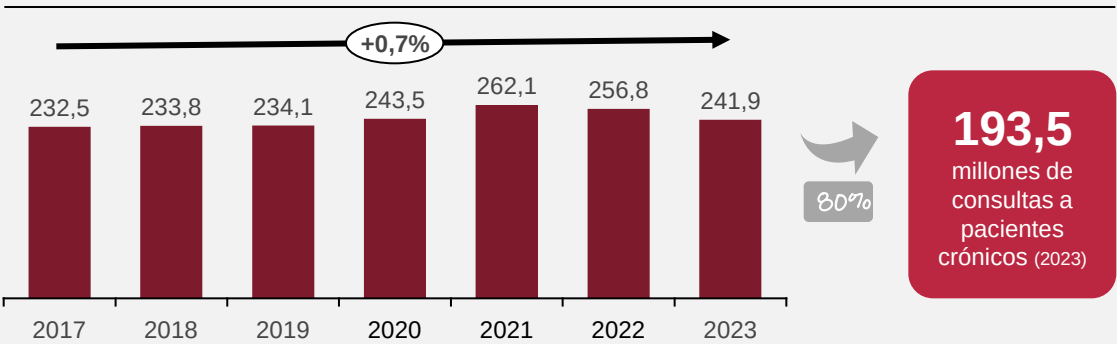
Se estima también que el 60% de los ingresos hospitalarios está relacionado con enfermedades crónicas², asociados a una elevada frecuentación de los servicios de urgencias y a estancias prolongadas que limitan la capacidad del sistema hospitalario para atender otras demandas asistenciales.

Esta situación es especialmente crítica en pacientes mayores con pluripatologías y comorbilidades, que requieren tiempos de atención más largos y cuidados personalizados.

Relacionado con todo lo anterior, el coste económico que suponen al sistema es muy elevado. Aunque no hay datos o estadísticas específicas, se estima que el 80% del gasto sanitario total en España se dedica a la atención de este tipo de enfermedades.

Este porcentaje refleja no solo los costes directos asociados a hospitalizaciones, consultas y tratamientos farmacológicos, sino también otros costes asociados al seguimiento continuo de estos pacientes o el uso de tecnología sanitaria avanzada, así como servicios de asistencia y atención domiciliaria.

Evolución de las consultas de carácter ordinario de Atención Primaria. Millones de consultas en Atención Primaria. 2017- 2023.



Impacto de la cronicidad en el SNS



(1) Ministerio de Sanidad (2012). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud. (2) Revista Española de Salud Pública (2019). vol.78 nº 4,

4

La deuda comercial sanitaria y su impacto en la calidad y acceso a la prestación sanitaria

4.1 Deuda comercial sanitaria de los servicios de salud

4.2 Impacto económico, en la calidad y en el acceso a la prestación sanitaria



El sector sanitario enfrenta un déficit presupuestario estructural que genera retrasos en pagos, deuda con proveedores y compromisos futuros, poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema

Una de las particularidades del sector sanitario respecto a otras áreas del sector público es que **el presupuesto resulta limitado como herramienta de control y gestión**. Esto se refleja en una insuficiencia estructural en los créditos iniciales, que no cubren por completo las necesidades del ejercicio, a pesar de disponer de datos sobre el gasto real de años anteriores. Además, es habitual que se incurra en gastos que superan las partidas presupuestarias asignadas.

Como consecuencia, el sistema sanitario arrastra un **déficit presupuestario estructural que añade complejidad en un entorno de creciente presión sobre los recursos públicos** y ante previsiones de aumento en la demanda y el gasto sanitario.

Esta situación obliga a realizar **ajustes presupuestarios** que frecuentemente afectan a otras áreas, sin lograr resolver el desajuste entre ingresos y gastos. En este contexto, se genera deuda que, al ser trasladada a ejercicios posteriores, agrava los problemas financieros del sistema.

Además, **el incremento de compromisos financieros** para años futuros compromete la sostenibilidad económica del sistema sanitario, al crear una carga acumulativa difícil de gestionar.

La **deuda comercial sanitaria** hace referencia, pues, al **conjunto de obligaciones contraídas** por la administración pública con un **amplio espectro de proveedores sanitarios**, por los productos adquiridos y/o los servicios prestados.

En este contexto, la **Federación española de empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin**, ha constituido un **Observatorio de la Deuda pública del sector de Tecnología Sanitaria**, como herramienta y **fuentes de información y colaboración** con las comunidades autónomas para medir la deuda y realizar un seguimiento mensual de la situación, facilitando un control periódico de la situación.

DEUDA COMERCIAL SANITARIA “VISIBLE” O RECONOCIDA

Obligaciones pendientes de pago adquiridas y reconocidas a proveedores de bienes y servicios (medicamentos, material médico, servicios generales, etc.)

Costes financieros asociados a los retrasos en los pagos a proveedores

Otros compromisos reconocidos formalmente

DEUDA COMERCIAL SANITARIA “NO VISIBLE”

Obligaciones no contabilizadas ni reconocidas formalmente

Acuerdos de gasto y compromisos con cargo a ejercicios presupuestarios futuros

Deuda implícita

Fuente: Elaboración PwC.

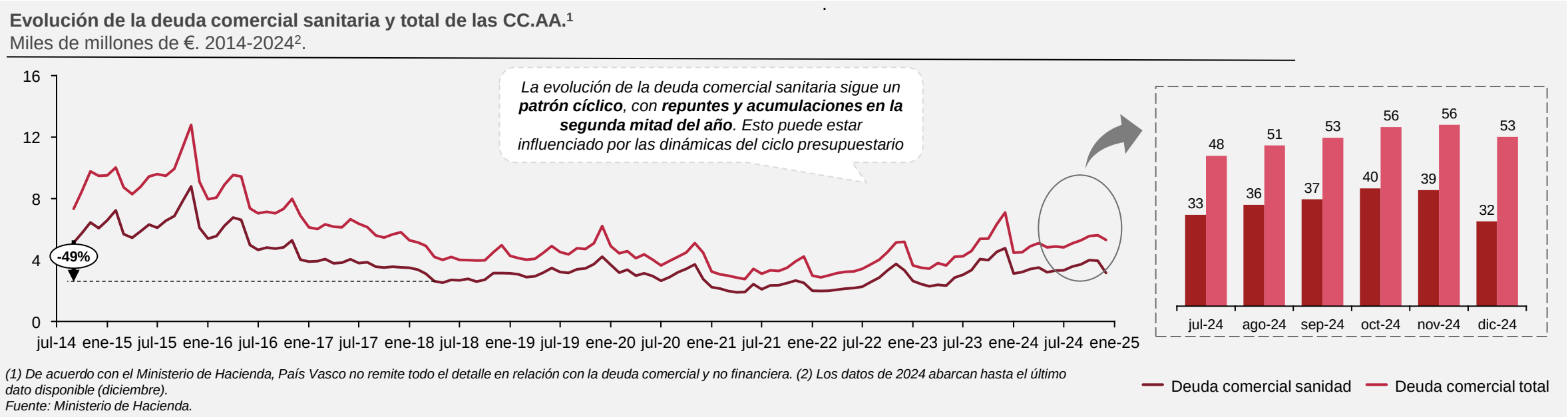
La deuda comercial sanitaria se situó a finales de 2024 en casi 3.153 M€, lo que supone el 59,5% del volumen total de deuda comercial contraída por las comunidades autónomas

A cierre de diciembre de 2024 la deuda comercial de las comunidades autónomas, definida como las operaciones pendientes de pago según lo previsto en el Real Decreto 635/2014, de 25 de julio, asciende a un **montante global de 5.301 millones de €, equivalente al 0,4% del PIB nacional**. Del total, **el 70,4% se corresponde con deuda comercial sanitaria** (3.153 millones de €), en línea con la media del periodo (59,5%).

En la última década el volumen de deuda comercial sanitaria se ha reducido a un ritmo del 4,6% medio anual, prácticamente a la misma tasa que lo ha hecho la deuda comercial total. **Entre 2014 y 2018 se produce una reducción sostenida en la deuda, coincidiendo con la implementación de políticas de consolidación fiscal y programas** como el Fondo de Liquidez Autonómica (FLA) y los mecanismos adicionales de financiación.

A partir de 2020, se producen fluctuaciones en ambas series que reflejan ciertos incrementos, aunque contenidos, debido a la crisis sanitaria; pero con una evolución por lo general a la baja. Por otro lado, **desde la segunda mitad de 2023, se produce un incremento acelerado de la deuda comercial, fundamentalmente debido al fuerte incremento de la deuda comercial sanitaria, que llega a representar en torno al 70% del total.**

La evolución de la deuda comercial sanitaria también sigue un cierto patrón cíclico, con repuntes en los últimos meses de cada año. Esto puede estar influenciado por las dinámicas del ciclo presupuestario, con facturas que no se pagaron en los meses anteriores. También puede ser el reflejo de retrasos en la ejecución presupuestaria y el aumento del gasto sanitario estacional en esos meses del año.



Murcia, Baleares y Comunidad Valenciana son las comunidades que acumulan un mayor volumen de deuda comercial sanitaria como porcentaje de su PIB

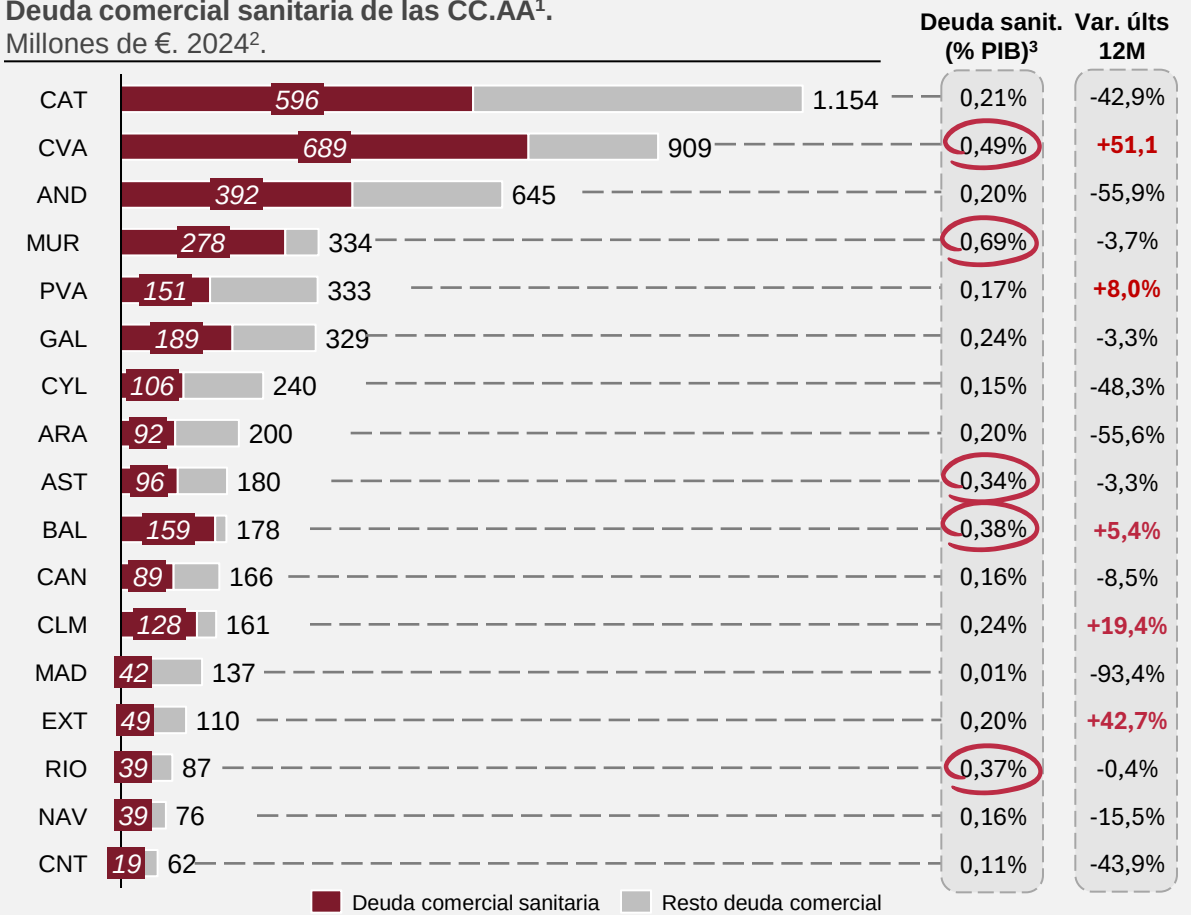
La deuda comercial sanitaria presenta **marcadas diferencias entre las comunidades** autónomas tanto en términos absolutos como relativos a sus economías. Destaca Murcia como la región con el mayor peso de la deuda comercial sanitaria sobre su PIB (0,69%), seguida por la Comunidad Valenciana (0,49%), Baleares (0,38%), La Rioja (0,37%) y Principado de Asturias (0,34%), lo que supone una presión significativa sobre sus finanzas públicas.

Por otro lado, en los últimos 12 meses se han producido incrementos destacados en la deuda comercial sanitaria de algunas regiones. Valencia sobresale con un aumento del 51%, probablemente relacionado con acumulación de pagos o gastos extraordinarios. Extremadura (+42,7%) y Castilla La Mancha (+19,4%) también experimenta fuertes incrementos interanuales, lo que pone de manifiesto importantes tensiones presupuestarias.

En el lado opuesto, cabe destacar el esfuerzo realizado por Madrid (-93,4%), Andalucía (-55,9%) o Aragón (-55,6%), que han reducido significativamente su deuda comercial sanitaria en el mismo período (diciembre de 2024 vs diciembre de 2023).

También son relevantes las **diferencias en los modelos de financiación entre las CC.AA.** En este sentido, las comunidades forales País Vasco y Navarra presentan niveles relativamente bajos de deuda comercial sanitaria y que son tradicionalmente los mejores perfiles de pago y ese ha sido su comportamiento habitual a lo largo de los años.

Deuda comercial sanitaria de las CC.AA¹.
Millones de €. 2024².



(1) De acuerdo con el Ministerio de Hacienda, País Vasco no remite todo el detalle en relación con la deuda comercial y no financiera.
(2) El dato de 2024 se corresponde con el último dato disponible (diciembre). (3) Dato de PIB de 2023
Fuente: Ministerio de Hacienda.

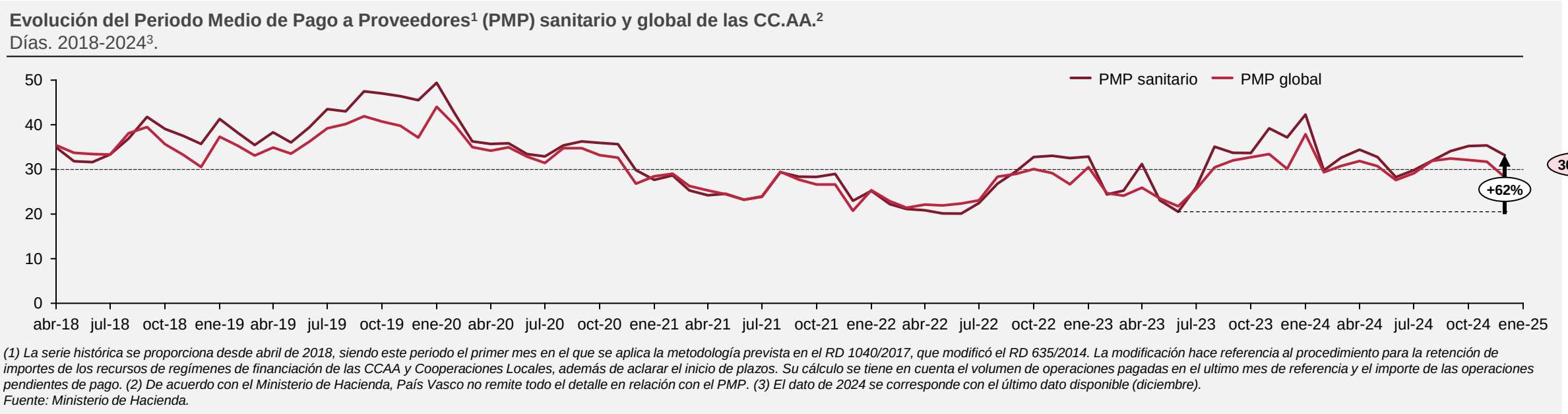
Por su parte, el período medio de pago (PMP) sanitario de las CC.AA. se situó a finales de 2024 en 33,17 días, ligeramente superior al PMP global y al límite legal de 30 días que establece la normativa

En diciembre de 2024, el **PMP de las comunidades autónomas a proveedores en sanidad**, definido como el número de días de retraso en el pago de la deuda comercial sanitaria de acuerdo con el RD 1040/2017, de 22 de diciembre, se situó en **33,17 días**. Este periodo es ligeramente superior al PMP global de las comunidades autónomas (28,29 días), y se sitúa en **3 días por encima del plazo máximo establecido** en la normativa sobre morosidad.

Durante los años de 2019 y 2020 el PMP del conjunto de las comunidades autónomas **superaba ampliamente el umbral de los 30 días** legales para el pago a proveedores, llegando a situarse en **casi 50 días a finales de 2019**. Entre las comunidades con mayores retrasos se encontraban Baleares, Cantabria (especialmente a principios y finales de 2019), Murcia, Castilla y León o Castilla-La Mancha, con **retrasos en algunos casos por encima de los 60 o 70 días**.

Entre 2020 y 2022 se produce una **reducción generalizada del PMP** de las comunidades autónomas. Durante este período, **el Gobierno de España incrementó las transferencias a las comunidades autónomas** para mitigar el impacto económico de la pandemia de COVID-19. Estos fondos adicionales ayudaron a las regiones mejorar su liquidez y cumplir con sus obligaciones financieras de manera más eficiente incluyendo **pagar en tiempo y forma a los proveedores**.

En 2023 y 2024 se produce de nuevo un **incremento del PMP sanitario**, por una combinación de factores como prórrogas presupuestarias en algunas regiones o fluctuaciones de la deuda comercial. Especialmente destacable es el incremento en el **retraso en los pagos** que se produce en comunidades como **Andalucía, Galicia o Cantabria**.



El PMP refleja asimetrías entre CC.AA., con las más endeudadas mostrando mayores retrasos en los pagos mientras otras, tradicionalmente más eficientes, enfrentando presiones recientes

A cierre de 2024 el PMP refleja importantes asimetrías entre comunidades autónomas, con una relación positiva entre las regiones con mayor volumen de endeudamiento en el ámbito sanitario y las que más se dilatan en el pago a sus proveedores.

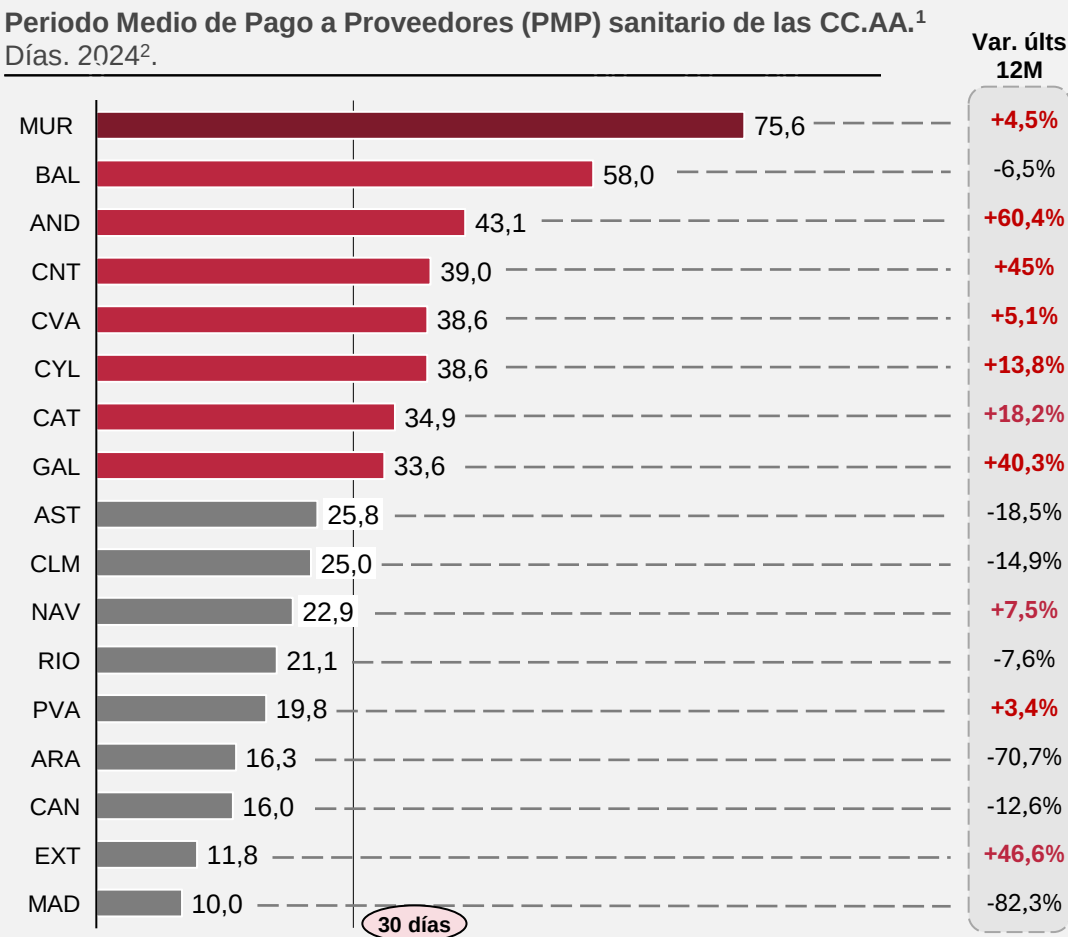
En diciembre de 2024, superaban el plazo máximo de 30 días previsto en la normativa de morosidad Murcia, Baleares, Cantabria, Comunidad Valenciana, Andalucía, Castilla y León, Cataluña y Castilla-La Mancha. Ninguna región superó el plazo máximo de 60 días previsto en la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (LOEPSF)⁽¹⁾.

Entre las comunidades con PMP sanitarios más elevados están Murcia y Baleares, que tradicionalmente han presentado PMP sanitarios elevados, relacionados con problemas estructurales, la falta de ingresos propios y el endeudamiento acumulado. Además, en Cantabria, Comunidad Valenciana, Murcia o Baleares es especialmente destacable el incremento que se produce durante el segundo semestre de 2024.

Por el contrario, La Comunidad de Madrid, Extremadura y Canarias son las regiones que a finales de 2024 presentaban un PMP sanitario más bajo. Además, los incrementos a lo largo de los últimos 12 meses en comunidades que tradicionalmente habían presentado menores retrasos en los pagos apuntan a presiones presupuestarias crecientes sobre las finanzas autonómicas.

De acuerdo con su patrón de comportamiento, también hay diferencias interregionales. Mientras que algunas comunidades presentan una tendencia más regular (Navarra, País Vasco), otras se caracterizan por concentrar sus pagos en momentos puntuales del año (Madrid, Galicia o Castilla y León).

Por otro lado, otras presentan comportamientos más dispares, alternando periodos de PMP muy elevados con otros de cierta estabilización, reflejando desafíos en su gestión financiera o alta sensibilidad a factores coyunturales (Murcia, Baleares o Aragón).



(1) De acuerdo con el Ministerio de Hacienda, País Vasco no remite todo el detalle en relación con la deuda comercial y no financiera. (2) El dato de 2024 se corresponde con el último dato disponible (diciembre).
Fuente: Ministerio de Hacienda.

(1) Momento a partir del cual y, tas mantenerse dicha situación durante los plazos previstos, el Ministerio de Hacienda comienza a aplicar los efectos y medidas contempladas en la normativa de referencia.
Fuente: Ministerio de hacienda.

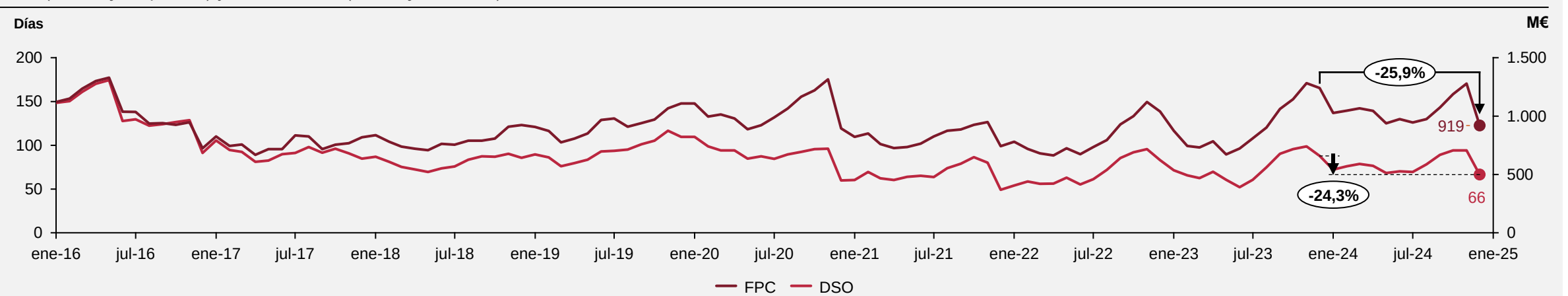
A finales de 2024, las CC.AA acumulaban facturas pendientes de pago a las compañías de tecnología sanitaria por un importe de más de 900 M€ y un periodo medio de pago de 66 días

En diciembre de 2024, las comunidades autónomas acumulaban **facturas pendientes de pago a los proveedores de tecnología sanitaria por un importe total de 919 millones de €**, un 25,9% inferior con respecto a diciembre de 2023. Además, el **periodo medio de pago de facturas a empresas del sector (DSO, por sus siglas en inglés) se situó en 66 días** (un 24,3% inferior a diciembre de 2023).

Los datos históricos reflejan de nuevo un **comportamiento estacional recurrente**, con aumentos del volumen pendiente de pago y retrasos acumulados que tienden a concentrarse en el segundo semestre del año, con importantes ajustes o regularizaciones en el cierre de año. Estas tendencias son un reflejo de las **dinámicas del ciclo presupuestario** y del incremento de la actividad y gasto en el cierre del año.

Los datos muestran también una **evolución marcada por ciclos de mejora y deterioro**. Si bien las facturas pendientes de cobro (FPC) y el periodo medio de pago (DSO) lograron reducirse gradualmente entre 2016 y 2018, en 2019 volvieron a incrementarse y a partir de 2020 se observan períodos con múltiples altibajos, siendo los meses de mayor tensión presupuestaria **septiembre, octubre y noviembre**, donde el tiempo medio de pago **supera los 90 días** y las facturas pendientes de cobro **superan los 1.000 millones de €**.

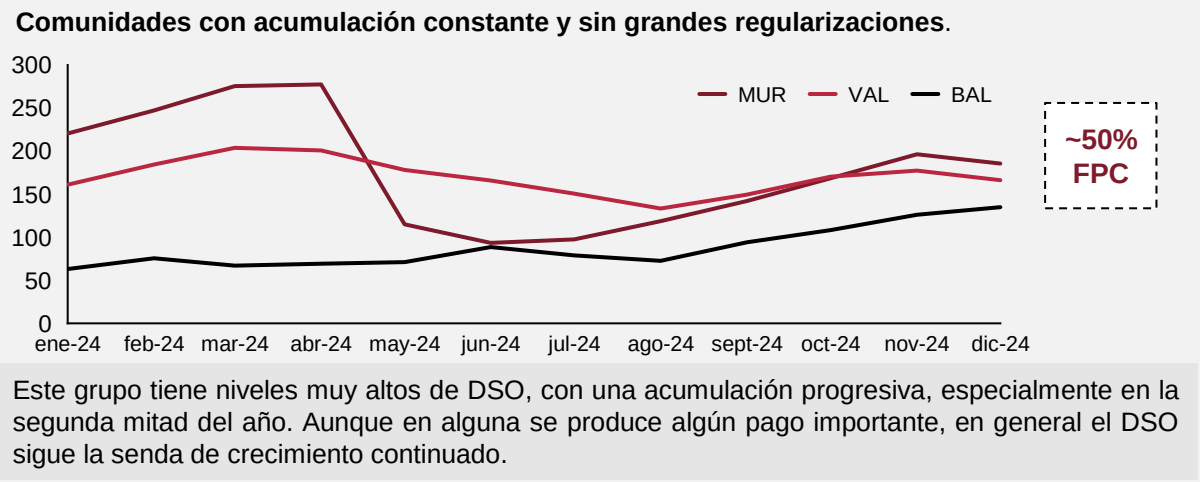
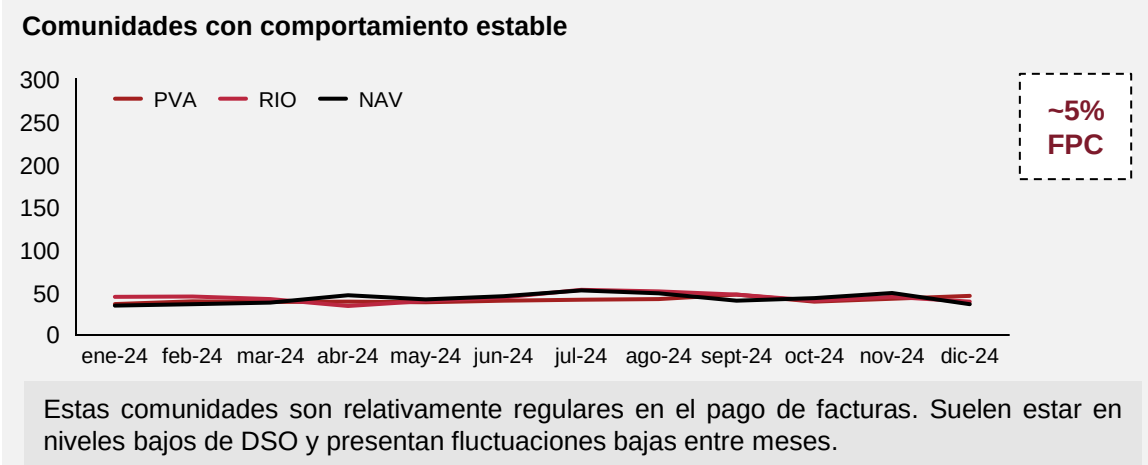
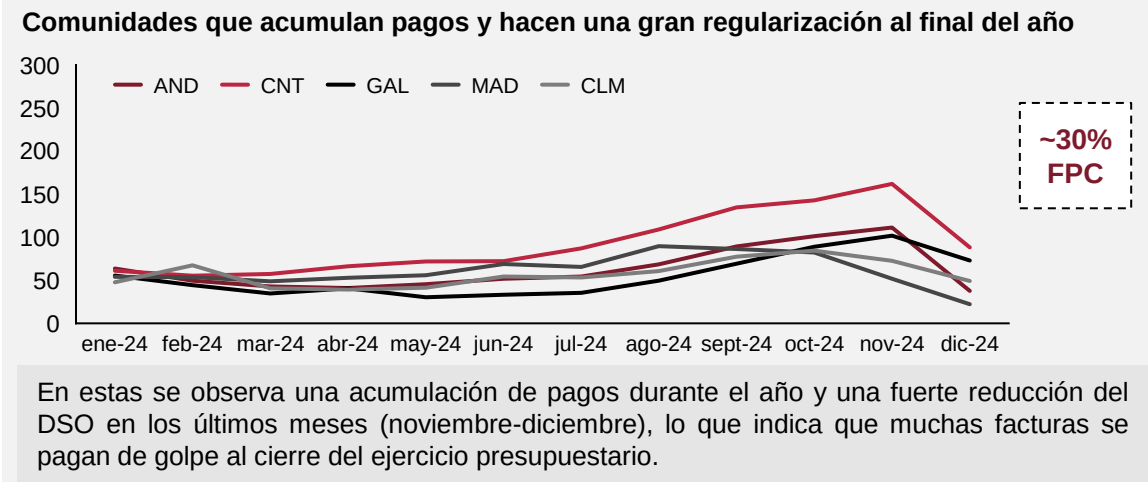
Evolución del importe de las facturas pendientes de cobro (FPC)¹ y del periodo medio de pago (DSO)² de las CC.AA.³ con empresas de tecnología sanitaria
Días (DSO, eje izquierdo) y millones de € (FPC, eje derecho). 2016-2024⁴.



(1) El cálculo de FPC es una proyección o estimación de las facturas pendientes de cobro en función de la variación de la deuda entre dos períodos (mes en curso y mes anterior). (2) El DSO calcula cuánto tiempo tarda una empresa en convertir sus ventas a crédito en efectivo, es decir, el periodo medio de cobro una vez suministrado el producto o servicio tomando en cuenta las ventas históricas mes a mes para determinar cuántos días de ventas pasadas son necesarios para cubrir el total de la deuda actual. En el Anexo se detallan las diferencias metodológicas con respecto al PMP calculado y publicado por el Ministerio de Hacienda. (3) Incluye Ceuta y Melilla. (4) El último dato disponible es de diciembre de 2024.
Fuente: Elaboración PwC a partir de datos facilitados por el Observatorio de Deuda de Fenin.

La evolución del DSO a lo largo del año refleja diferencias entre las CC.AA., que a su vez evidencian distintos enfoques en la gestión de la deuda y del pago a proveedores

Evolución del periodo medio de pago (DSO) con empresas de tecnología sanitaria en varias CC.AA.
Días. Enero a diciembre de 2024.



Algunas CC.AA. con periodos medios de pago (DSO) moderados o bajos han logrado reducir sus plazos de pago, mientras que otras han persistido en niveles elevados

Comunidad Valenciana, Murcia y Cantabria destacan como las regiones con periodos medios de pago a proveedores de tecnología sanitaria **tradicionalmente más altos, con un promedio superior a 120 días**. Sin embargo, en la actualidad Baleares supera en tiempos de pago más prolongados a Cantabria, acercándose a Murcia y la Comunidad Valenciana con 134 días de retraso en diciembre de 2024.

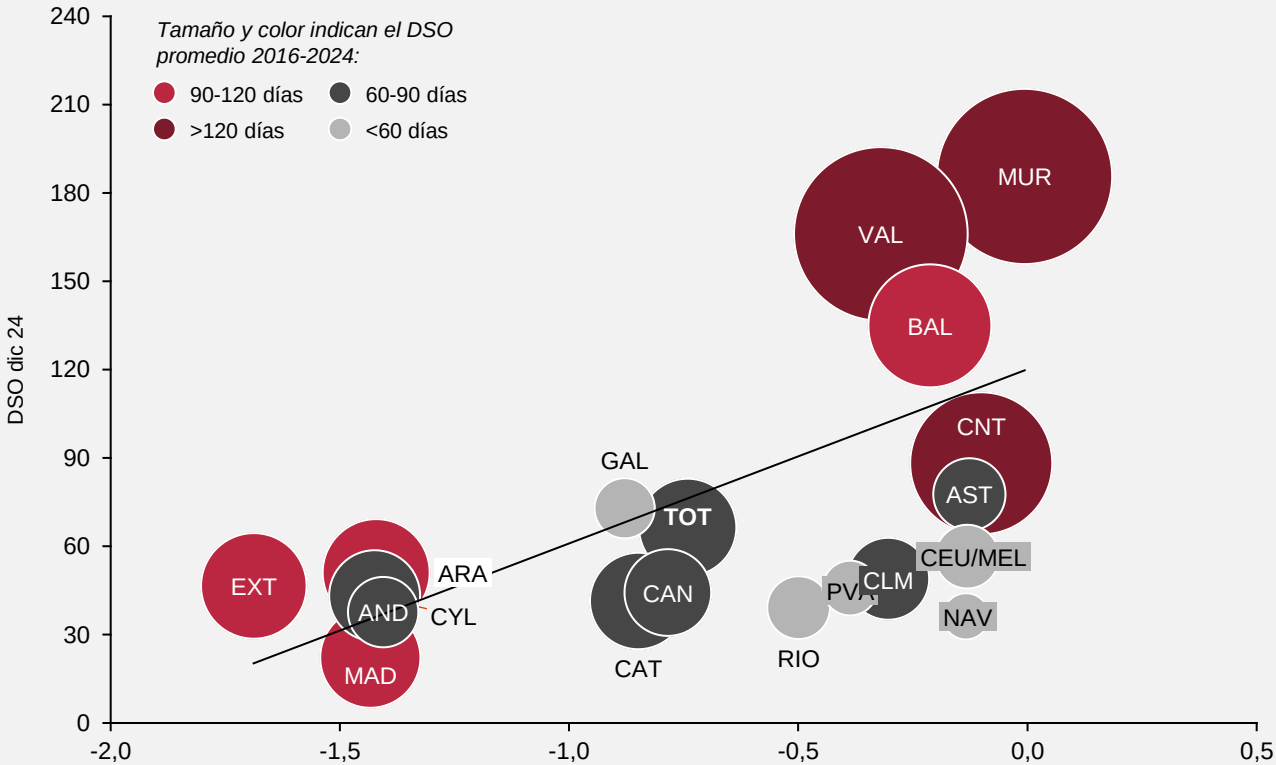
Comunidades con periodos medios de pago tradicionalmente moderados (entre 90-120 días), han tenido un comportamiento más asimétrico. Mientras que algunas lo han reducido de forma notable (Aragón, Extremadura, Madrid), en Baleares, se ha producido un incremento significativo en los últimos 12 meses.

Por otro lado, **comunidades como Cataluña y Castilla y León**, aunque tradicionalmente no tienen periodos medios de pago extremadamente altos, han mantenido valores moderados en el tiempo con una tendencia decreciente, reflejando **esfuerzos por reducir y controlar sus tiempos de pago**.

Por último, **Navarra, País Vasco o La Rioja son comunidades con periodos medios de pago reducidos** y por lo general muy estables en el tiempo.

En general, existe una **cierta correlación inversa** en algunas regiones entre el periodo medio de pago actual y el crecimiento en el tiempo: **las comunidades con un periodo medio de pago bajo han mejorado, mientras que aquellas con un periodo medio de pago alto tendieron a empeorar**.

Período medio de pago (DSO) de las CC.AA. con empresas de tecnología sanitaria
Días. 2024 (eje Y), tasa de variación media mensual 2016-2024 (eje X)



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos facilitados por Fenin
CAGR (Compound Annual Growth Rate, Tasa de Crecimiento Anual Compuesta en castellano)

Las comunidades en las que más ha crecido el presupuesto destinado al capítulo II en los últimos años han registrado, también, mayores descensos o ajustes del periodo medio de pago (DSO)

Cuando se compara la evolución que ha seguido el periodo medio de pago a los proveedores (DSO) con la tasa de crecimiento de los presupuestos sanitarios de gasto en capítulo II los datos sugieren una **relación inversa**.

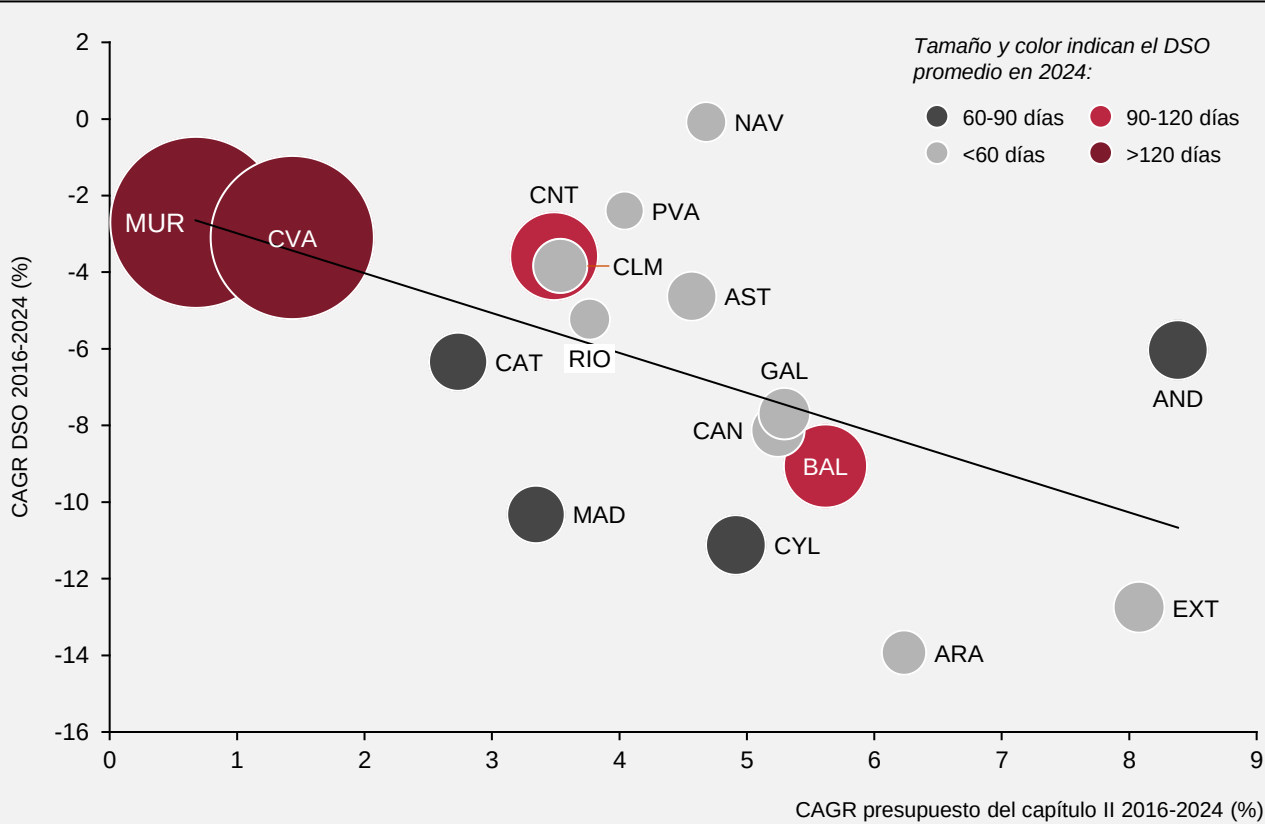
Por lo general, en aquellas comunidades que han hecho **mayores esfuerzos** en incrementar la **dotación presupuestaria dedicada al capítulo II** se han producido, también, **reducciones o ajustes en el periodo de pago a proveedores (DSO)**.

Este es el caso, por ejemplo, de comunidades autónomas como **Extremadura o Aragón**, que a lo largo de los años analizados han reducido, en promedio, sus plazos de pago a proveedores, y se sitúan también entre las comunidades autónomas en las que más ha crecido el presupuesto destinado al capítulo II en sanidad.

Por otro lado, otras comunidades como **Murcia o Comunidad Valenciana** han mantenido, a lo largo de los años estudiados, elevados niveles de retrasos en sus pagos a proveedores y un elevado importe de deuda contraída, siendo también las que han registrado un menor crecimiento en los créditos iniciales destinados al capítulo II.

En una situación donde los presupuestos iniciales no logran dar cobertura a las necesidades reales de gasto y en la que los créditos presupuestarios deben destinarse, en parte, a cubrir obligaciones pendientes de ejercicios anteriores, todo ello restringe la capacidad de atender las necesidades corrientes de gasto y perpetúa la existencia de deuda y de elevados plazos de pago. Adicionalmente, la limitada capacidad de crecimiento de los créditos iniciales destinados a consumos intermedios y conciertos agrava aún más esta situación.

Evolución del periodo medio de pago (DSO) de las CC.AA. con empresas de tecnología sanitaria y de su presupuesto sanitario destinado a capítulo II
CAGR DSO 2016-2024 (eje Y); CAGR presupuesto capítulo II 2016-2024 (eje X).



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos facilitados por Fenin.
CAGR (Compound Annual Growth Rate, Tasa de Crecimiento Anual Compuesta en castellano)

Asimismo, las comunidades con menores DSO suelen ser también aquellas que presentan menores desajustes o desviaciones entre presupuesto y gasto en consumos intermedios y conciertos

Los datos muestran una **cierta relación positiva entre el período medio de pago a proveedores de tecnología sanitaria (DSO) y la magnitud de las desviaciones o desajustes presupuestarios** en el capítulo II de gasto sanitario.

Esto refleja que, aunque con algunas excepciones, las comunidades autónomas con mayor desviación entre el presupuesto inicial y el gasto efectivo tienden a presentar tiempos medios de pago más elevados.

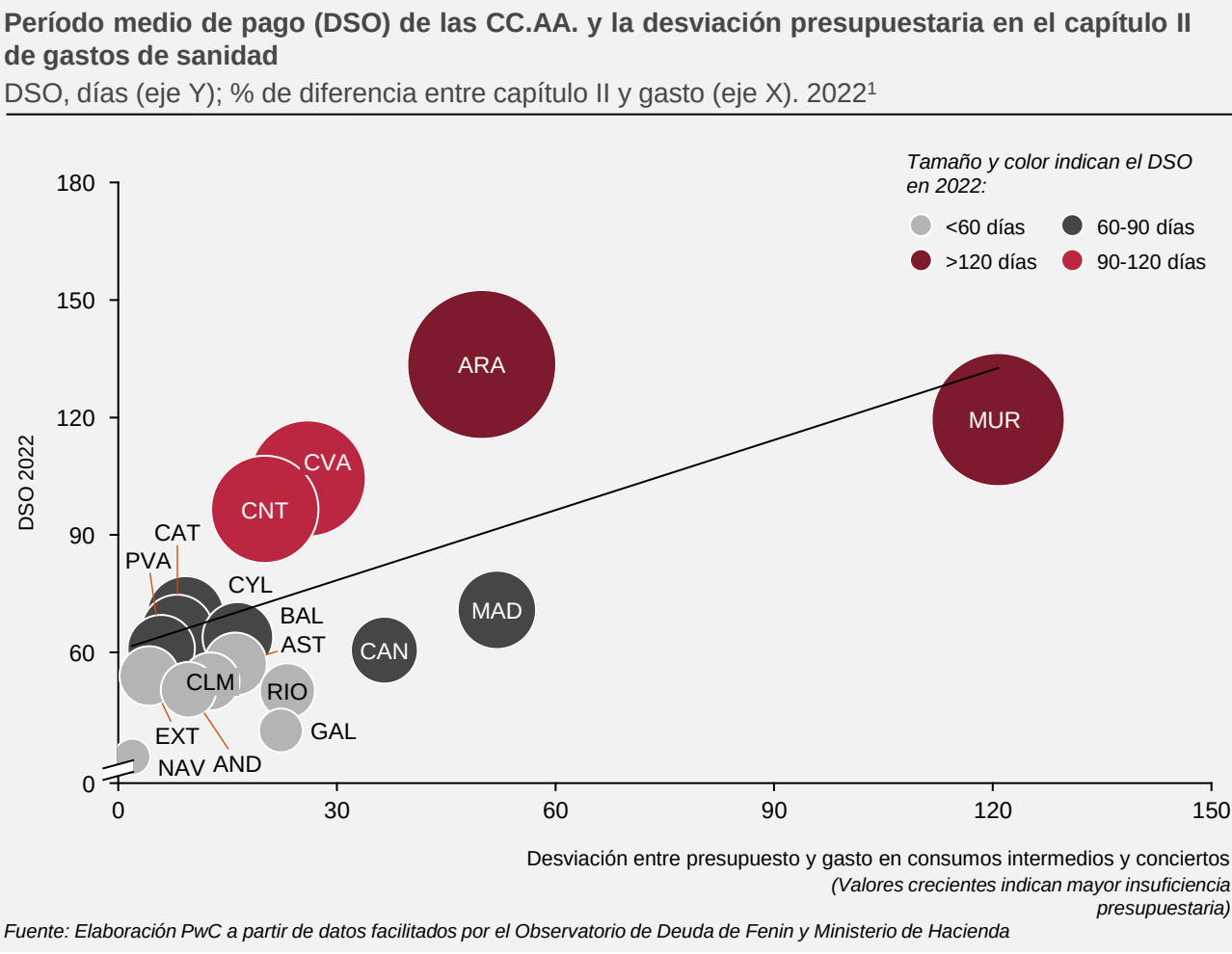
Los últimos datos disponibles del gasto sanitario son del año **2022**, lo que significa que la situación actual ha podido variar significativamente por comunidades autónomas, en concreto, en la mayoría de ellas se ha observado una mejoría.

En 2022, **Murcia** destacó como la comunidad con mayor insuficiencia de los créditos iniciales del presupuesto sanitario dedicados a consumos intermedios y conciertos, registrando también niveles en el retraso en el pago a sus proveedores notablemente altos.

Esta tendencia de Murcia se produce **de manera continuada** en el tiempo, siendo a lo largo de la última década la comunidad autónoma con mayores desajustes presupuestarios.

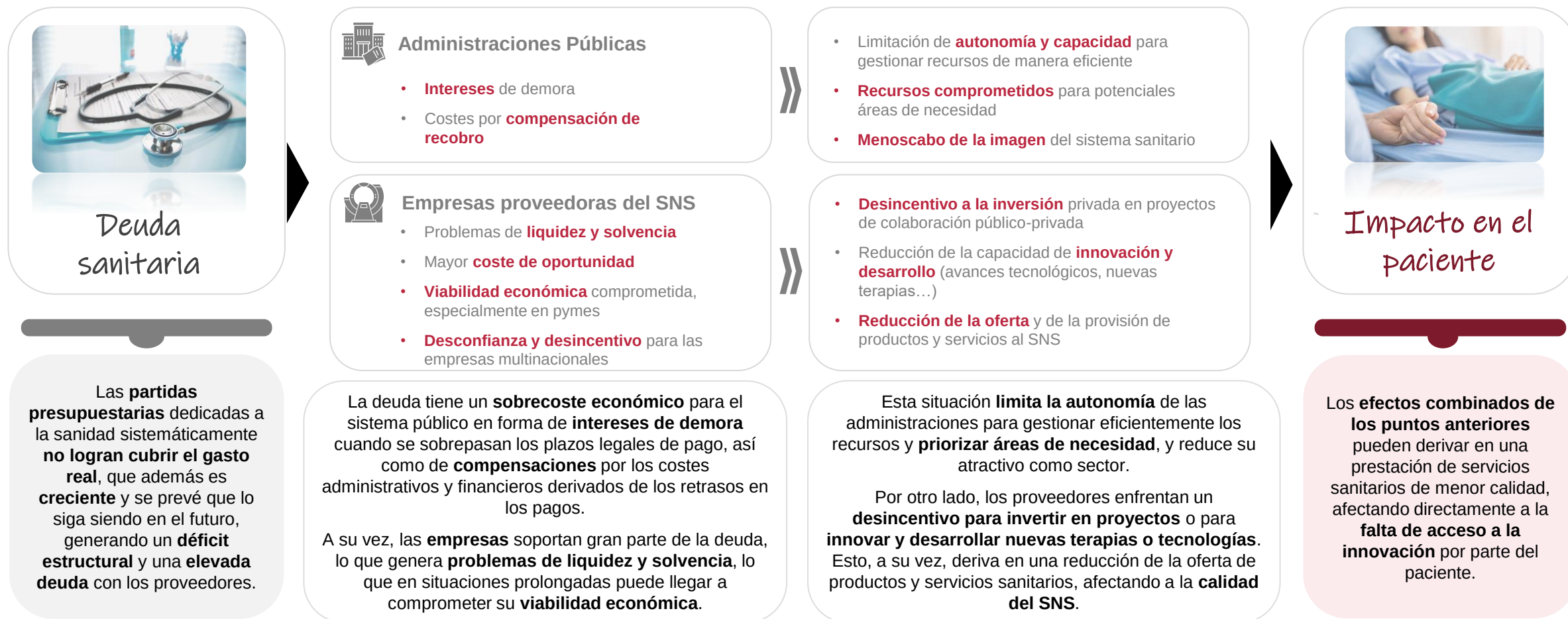
Esta situación pone de manifiesto no solo un problema persistente de **infraestimación del presupuesto sanitario**, sino también sus implicaciones en la **gestión presupuestaria** y en la **gestión de su deuda comercial pública**.

En el lado opuesto, las comunidades que han tenido menores desviaciones presupuestarias también han presentado, por lo general, DSO más bajos, con retrasos en los pagos que de media están en torno a los 60 días, o incluso por debajo.



(1) Último año disponible en la Estadística de Gasto Sanitario Público.

El impacto de la deuda comercial sanitaria contraída por las CC.AA. trasciende el plano económico, con importantes repercusiones en la calidad, acceso a la prestación sanitaria y atención al paciente



En enero de 2024 las comunidades autónomas alcanzaron 101 millones de € en intereses reclamables por sus proveedores, el máximo de ese año

De acuerdo con el artículo 198.4 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), las empresas proveedoras tienen el **derecho legal a reclamar intereses de demora** por los pagos retrasados. Estos intereses pueden solicitarse una vez transcurridos **30 días desde la aprobación de la factura** si el pago aún no se ha efectuado.

Asimismo, el artículo 216.4 de la **Ley 3/2004**, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas para combatir la morosidad en las operaciones comerciales, fija el **tipo de interés de demora** como la suma de un **diferencial de ocho puntos porcentuales** al tipo de interés oficial del Banco Central Europeo (BCE) vigente durante el semestre correspondiente. Esta medida supone una **penalización para las administraciones** deudoras, ya que les obliga a asumir un tipo de interés superior al habitual en el mercado.

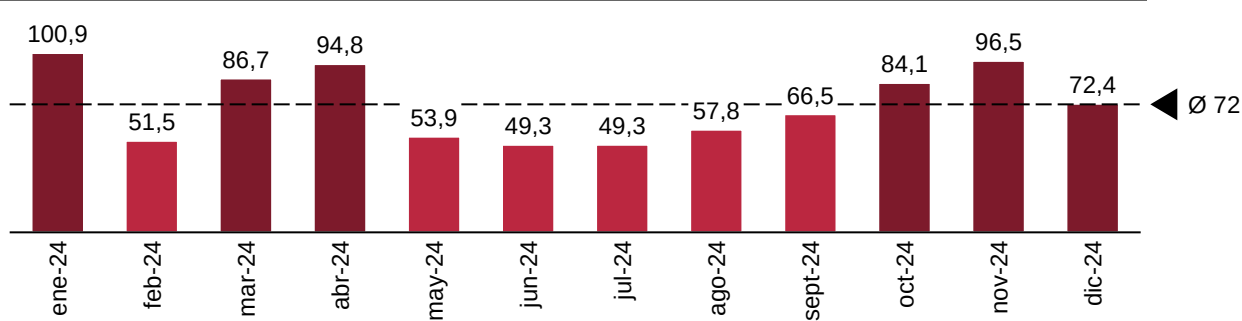
Además de los intereses de demora, la normativa reconoce el derecho de los acreedores a recibir una **compensación fija de 40 €** por los costes de cobro asociados a cada factura impagada.

A partir de la información publicada por el Ministerio de Hacienda de deuda comercial sanitaria y PMP se ha realizado una aproximación a los potenciales intereses reclamables de las comunidades autónomas.

De este modo, a partir de estos datos, los intereses reclamables estimados oscilarían entre 49,3 y mas de 100 millones de € en algunos meses concretos, con un promedio anual de 72 millones de €.

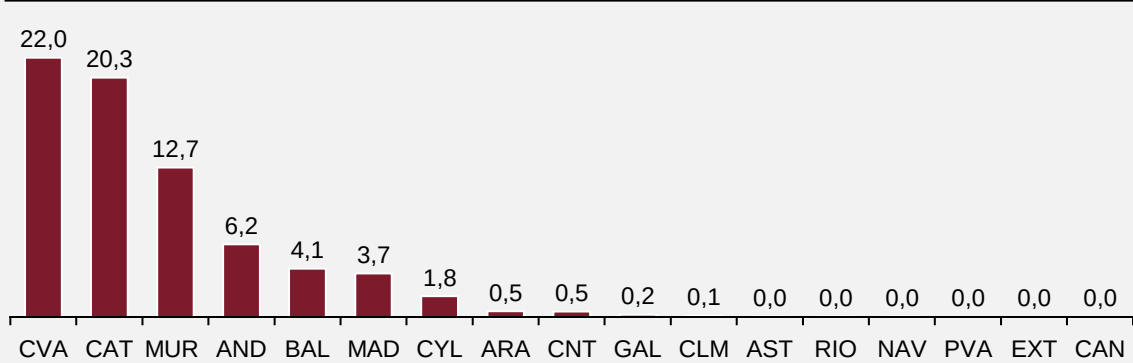
A nivel autonómico, **la Comunidad Valenciana, Cataluña y la Región de Murcia** fueron las comunidades con la mayor cuantía de intereses reclamables en 2024, registrando promedios de **22,0, 20,3 y 12,7 millones de €,** respectivamente.

Estimación de los intereses reclamables¹ de las CC.AA. en el ámbito sanitario
Millones de €. Enero – Diciembre 2024.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Hacienda.

Intereses reclamables¹ a lo largo del año en el ámbito sanitario
Millones de €. Promedio de los intereses reclamables de enero a diciembre de 2024.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Hacienda.

(1) La estimación se ha realizado mensualmente a partir de las cifras de deuda comercial sanitaria y del periodo medio de pago de las comunidades autónomas. Para el cálculo de los intereses de demora se ha tenido en cuenta el tipo de interés oficial del BCE vigente para el primer semestre de 2025 (3,15%). Las estimaciones no incluyen las compensaciones previstas por los costes de cobro, de 40 € por factura impagada.

Sin embargo, no todos los intereses reclamables son efectivamente solicitados por los proveedores, en 2023 las comunidades autónomas pagaron aproximadamente 54,5 M€ en intereses de demora

El monto total de los intereses de demora que podrían reclamarse a menudo supera los que efectivamente son solicitados. Esto se debe a que, en algunas ocasiones, los **proveedores deciden no reclamarlos**, ya sea por desconocimiento de sus derechos o por temor a posibles repercusiones en sus relaciones comerciales con la administración pública.

El pago de estos intereses representa un **desafío financiero** tanto para las administraciones como para los proveedores. Para las **comunidades autónomas**, estos intereses constituyen un **gasto adicional** que podría evitarse mediante una gestión más eficiente de los pagos. Por otro lado, para los proveedores, especialmente para las pequeñas y medianas empresas, los retrasos en los pagos pueden afectar considerablemente su **flujo de caja y su capacidad para operar de manera efectiva**.

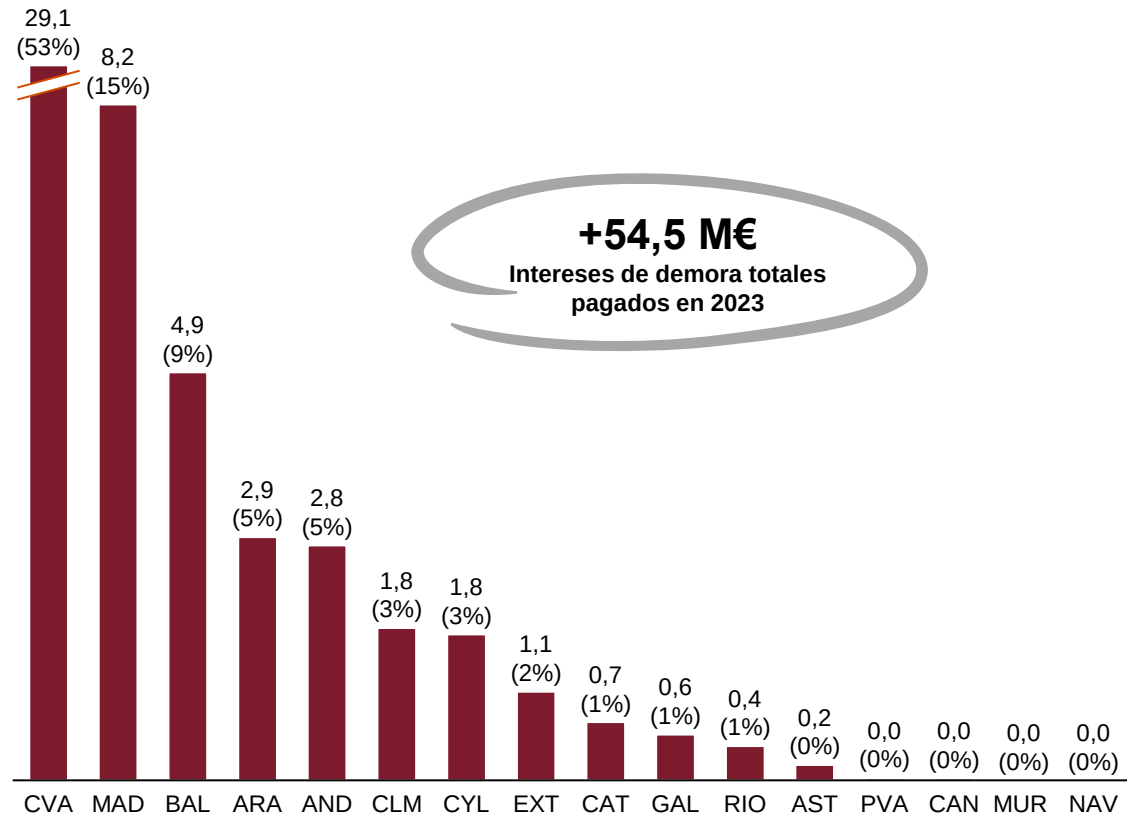
En 2023, las comunidades autónomas en España incurrieron en un **desembolso** significativo por **intereses de demora**, alcanzando aproximadamente **54,5 millones de €**.

A nivel autonómico, las cantidades pagadas varían notablemente entre comunidades, con la **mitad** de ellas abonando sumas **superiores a un millón de €**.

En este contexto, las comunidades con los pagos más elevados fueron la **Comunidad Valenciana** y la **Comunidad de Madrid**, que desembolsaron **29,1 millones de € en gastos financieros** en el sector sanitario y **8,2 millones de € en intereses de demora**, respectivamente.

Por otro lado, comunidades como **País Vasco, Canarias, Murcia y Navarra** no tuvieron que afrontar pagos significativos en este ámbito, con **cantidades inferiores a 30.000 €**.

Intereses de demora pagados por las CC.AA. en el ámbito sanitario
Millones de €. 2023.



Nota: En el caso de la Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha se ha utilizado el concepto gastos financieros y en el caso de País Vasco otros gastos financieros, ya que no aportaban el detalle de intereses de demora.
Fuente: Elaboración PwC a partir de datos de las Cuentas Generales de cada una de las comunidades autónomas.

La Comunidad Valenciana es la comunidad que incurre anualmente en mayores gastos financieros en el ámbito sanitario, que desde 2013 suponen más de 18 millones de € anuales...

La **Comunidad Valenciana** enfrenta significativos desafíos financieros, destacándose como una de las comunidades con mayores problemas de deuda debido a una **recurrente insuficiencia presupuestaria**.

Esta situación afecta particularmente a la Conselleria de Sanidad, impactando principalmente en las **compras sanitarias**.

La insuficiencia de los créditos presupuestarios iniciales para satisfacer las necesidades de estas áreas hace necesario recurrir a la aprobación de modificaciones presupuestarias, las cuales se financian a través de un **incremento en el endeudamiento**.

Desde 2013, la comunidad ha destinado entre **18 y 43 millones de € anuales** a **gastos financieros** en el ámbito sanitario, alcanzando los 29,1 millones de € en 2023.

Con la cantidad destinada al gasto financiero entre 2018 y 2023 (206 millones de €) se **podrían financiar 6,7 programas completos** de cribado de **cáncer de cérvix** (uno cada año)¹

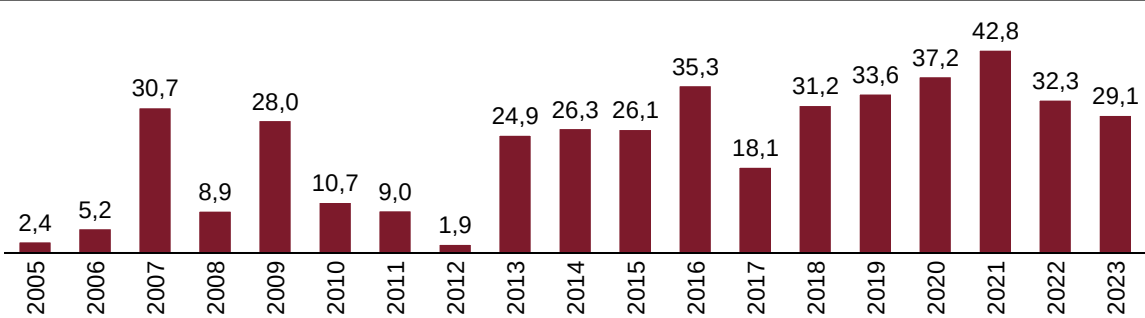
Además, de manera sistemática, se producen **obligaciones devengadas que no se imputan al presupuesto** del ejercicio en el que se originan los gastos.

Esta práctica se observa especialmente en el ámbito de las **compras sanitarias**, donde la generación de estas obligaciones requiere que se consigne el crédito presupuestario adecuado y suficiente en el ejercicio siguiente al que se efectúan. Dado el entorno de **ingresos limitados** en el que se encuentra la Comunidad Valenciana, esta situación **conlleva un incremento en el recurso al endeudamiento** para poder cubrir dichas obligaciones.

En el año 2023, la Comunidad Valenciana mantenía un saldo de **1.337 millones de €** en esta cuenta de obligaciones devengadas no imputadas. De este total, el **83%** (1.104 millones de €) correspondía a la **Conselleria de Sanidad**.

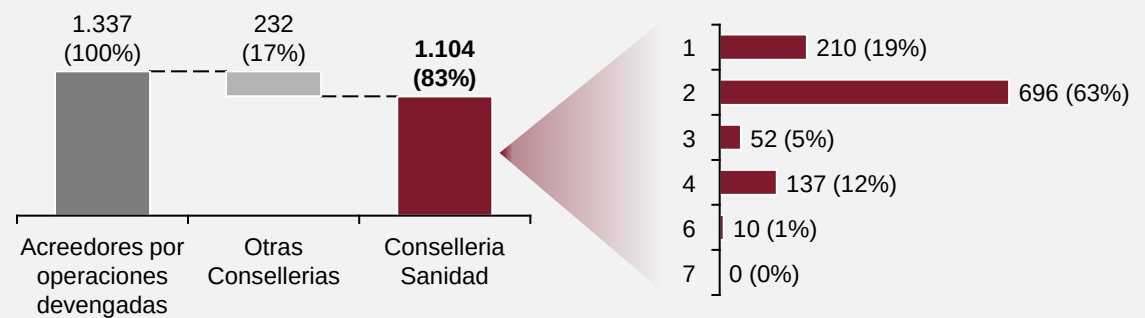
Se observa que dentro de la Conselleria estas obligaciones se encuentran **predominantemente en el capítulo 2**, que hace referencia a los **gastos corrientes en bienes y servicios (63%)**.

Gastos financieros pagados por la Comunidad Valenciana en el ámbito sanitario¹
Millones de €. 2005-2023.



(1) Sección 10. Sanidad Universal y Salud Pública.
Fuente: Elaboración PwC a partir de datos de las Cuentas Generales de la Generalitat Valenciana.

Acreedores por operaciones devengadas no imputadas al presupuesto de la Comunidad Valenciana por Conselleria y capítulo presupuestario
Millones de €. 2023.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos de la Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana (2023). Informe de fiscalización de la cuenta de la administración de la Generalitat.

(1) Teniendo en cuenta un coste medio unitario de aproximadamente 15€ y el número de mujeres en edad objetivo entre 21 y 65 años.
Fuente: Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana (2023). Informe de fiscalización de la cuenta de la administración de la Generalitat.

...seguida por la Comunidad de Madrid y las Islas Baleares, con 8,2 y 4,9 millones de €, respectivamente

Entre las comunidades autónomas con mayores importes de intereses de demora pagados a los proveedores sanitarios se encuentran también la **Comunidad de Madrid y las Islas Baleares**, con **8,2 millones de € y 4,9 millones de € pagados en 2023**, respectivamente.

En el caso de Madrid, los intereses de demora pagados entre los años 2018 y 2023 alcanza los 37 millones de €, un importe que supone un importante coste de oportunidad a la región, ya que equivale a la compra de **3 equipos de cirugía robótica y su mantenimiento y fungibles** durante seis años.

De acuerdo con las cuentas generales de los Entes del Sector Público con presupuesto de gastos limitativo del SERMAS, la mayor parte de los intereses de demora pagados provienen de **hospitales gestionados bajo concesión**, debido a la complejidad de las comprobaciones de liquidación por actividad y conceptos.

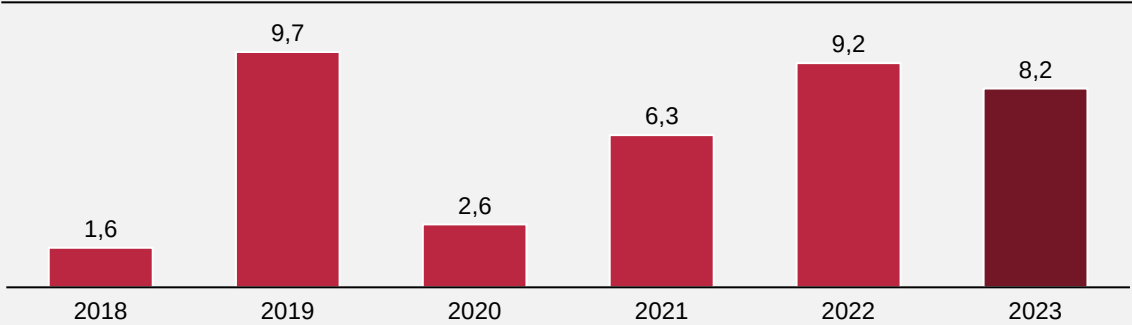
Asimismo, en 2023 contaba con **956,7 millones de € en obligaciones devengadas no imputadas a presupuesto**.

Por otro lado, a finales de 2024, las Islas Baleares se posicionaban como la cuarta comunidad autónoma con la **mayor deuda comercial sanitaria** en relación con su PIB y la segunda con el **periodo medio de pago más prolongado**, superando los 50 días.

Esta situación ha supuesto un **incremento del 155,3% en los intereses de demora pagados en 2023** en comparación con el año anterior, registrando la segunda cifra más alta de la última década con un total de **4,9 millones de €**.

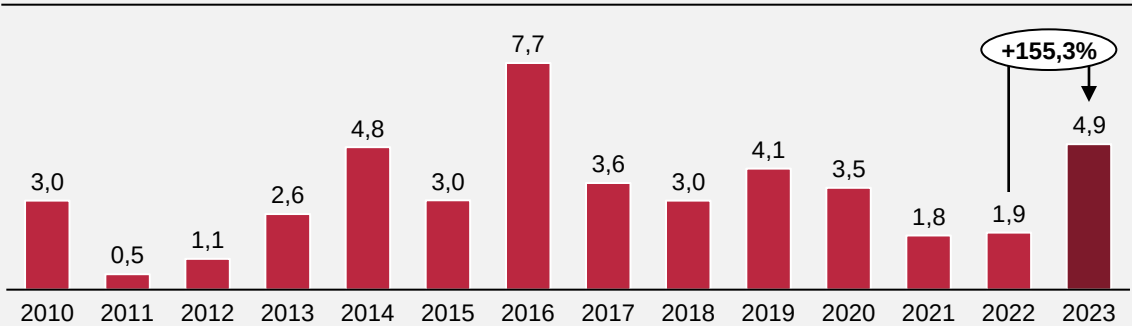
Entre 2018 y 2023, los pagos acumulados por este concepto ascendieron a **19 millones de €**, un importe cuyo **coste de oportunidad es especialmente relevante**: por ejemplo, habría permitido la adquisición de más de **40 mamógrafos digitales de última generación**.

Intereses de demora pagados por la comunidad de Madrid
Millones de €. 2018-2023.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos de las cuentas generales de los Entes del Sector Público con presupuesto de gastos limitativo (SERMAS)

Intereses de demora pagados por la comunidad de las Islas Baleares
Millones de €. 2010-2023.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos de les Comptes Generals de les Illes Balears.

En el caso de los proveedores de tecnología sanitaria, la deuda comercial sanitaria vencida se estima en 5.547 millones de €, lo que generaría 222,4 millones de € en costes reclamables

Entre los proveedores del Sistema Nacional de Salud, los **proveedores de tecnología sanitaria** se destacan como uno de los **grupos más afectados** por la situación financiera de las comunidades autónomas.

Para el año 2024, estos proveedores enfrentaban aproximadamente **2,9 millones facturas pendientes de pago** y una **deuda vencida que ascendía a 5.547 millones de €**.

Esta acumulación de deuda generó **costes reclamables¹** que totalizaron **222,4 millones de €** para las comunidades autónomas, lo que representaría un **0,24% del gasto sanitario de 2022**.

Las regiones que más contribuyeron a este monto de costes fueron la **Comunidad Valenciana, Andalucía y la Comunidad de Madrid**, representando el **30,8%, 19,2% y 14,2%** del total, respectivamente.

A pesar de la magnitud de los costes acumulados, los proveedores no reclaman la totalidad de los mismos.

En el caso específico de los proveedores de tecnología sanitaria, se estima que **solo el 28,3% de los costes reclamables son efectivamente solicitados**.

Una gran parte de la carga de la deuda recae sobre las empresas proveedoras, lo que puede generar **problemas de liquidez y solvencia**.

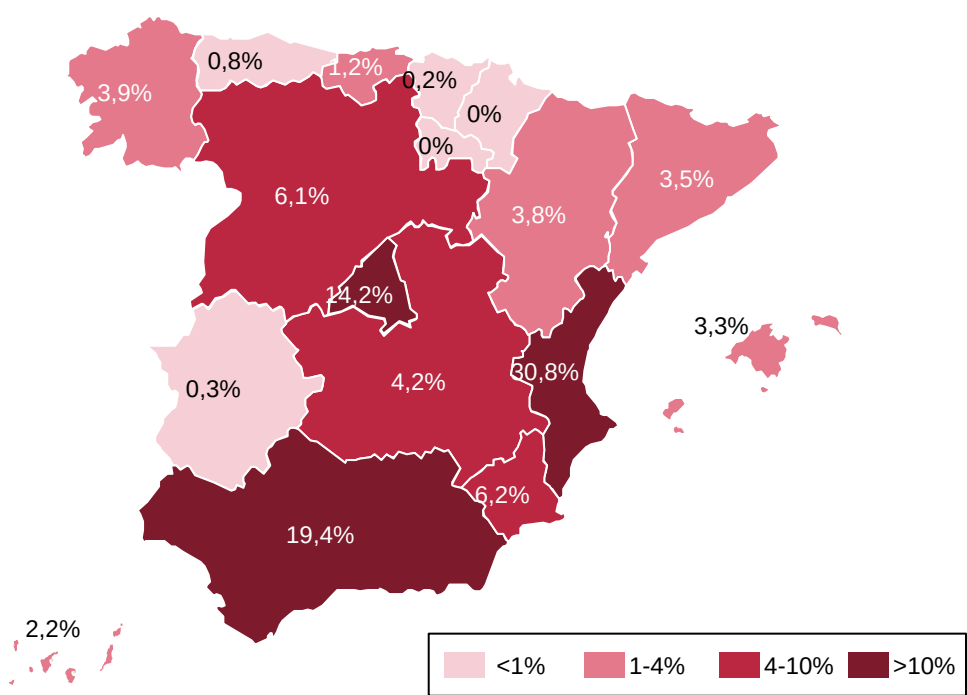
Esta situación, si se prolonga en el tiempo, puede llegar a **comprometer la viabilidad económica de las empresas afectadas**, especialmente las **pequeñas y medianas**, que suelen tener una **capacidad financiera más limitada** en comparación con las grandes corporaciones.

Esto es de especial relevancia, ya que en España en 2024 el **99,80% del tejido empresarial eran empresas pequeñas y medianas (pymes)**. Si bien esta situación no es tan extrema en el caso de las empresas de tecnología sanitaria², donde las pymes suponen el **29,4% del total de empresas**.

Asimismo, la falta de liquidez **limita su capacidad para invertir en innovación y mejora de servicios**, mientras que los problemas de solvencia pueden afectar su capacidad para cumplir con sus propias obligaciones financieras, lo que podría desencadenar una **cadena de impagos que afectaría a toda la cadena de suministro del sector sanitario**.



Distribución de los costes reclamables¹ a las CC.AA. por parte de proveedores de tecnología sanitaria. %. 2024.



Fuente: Estimación PwC a partir de datos facilitados por Fenin.

(1) Incluye intereses de demora y costes de cobro.

(2) Se ha considerado el sector de actividades profesionales, científicas y técnicas.

En un contexto de demanda creciente, además, este sobrecoste supone una ineficiencia para el sistema sanitario, ya que son recursos que se podrían dedicar a otras áreas de necesidad...

La acumulación de deuda con proveedores sanitarios genera una **ineficiencia** para el sistema sanitario, al no optimizar sus recursos disponibles. Cuando las comunidades autónomas enfrentan dificultades para enfrentar sus pagos, se pueden ver obligadas a destinar una parte de los recursos a cubrir estas obligaciones, **detrayendo recursos de otras áreas de necesidad**.

Por ejemplo, los 222,4 millones de € que supondría el pago de la deuda acumulada con proveedores de tecnología sanitaria en concepto de intereses de demora podría dedicarse a la **adquisición de equipos tecnología sanitaria**, a la implementación de **programas de prevención o detección precoz de enfermedades** o la **mejora de infraestructuras sanitarias**, que son esenciales para garantizar una atención de calidad a la población.

La morosidad también puede influir en la **relación entre el SNS y los proveedores sanitarios**, desalentando a nuevos proveedores, lo que **limita la competencia y la innovación**. Esto es especialmente relevante en un sector donde la tecnología avanza rápidamente y donde la incorporación de nuevas técnicas y tratamientos es especialmente relevante para mejorar los **resultados en salud**.

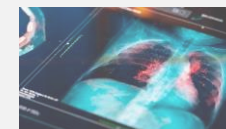
El persistente problema de la morosidad puede resultar en una **pérdida de atractivo del sector** para futuros inversores y empresas. Los proveedores tecnológicos, al percibir un riesgo financiero significativo debido a los pagos retrasados, podrían preferir dirigir sus inversiones y esfuerzos hacia otros mercados con mejores garantías de pago. Esto no solo afecta la **entrada de nuevas tecnologías e innovaciones**, sino que también puede derivar en un freno al desarrollo y modernización del SNS.

Los costes financieros potencialmente reclamables por parte de los proveedores de tecnología sanitaria en 2024 son equivalentes a la adquisición aproximada de¹...

... **741** equipos de diagnóstico por imagen (IRM), que permiten el diagnóstico de alta precisión de enfermedades crónicas y complejas (cardiovasculares, cánceres...)



... **22.239** respiradores/ventiladores mecánicos para el tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria y otras enfermedades pulmonares



... **111.194** espirómetros de alta gama (para hospitales y centros médicos) para el diagnóstico temprano de enfermedades crónicas (EPOC)



... **222.390** monitores de pacientes, esenciales para el seguimiento continuo de las constantes vitales en hospitales (frecuencia cardíaca, la presión arterial...)



Además, desde la perspectiva del paciente, aproximadamente...

... **600.000** pacientes podrían beneficiarse de una **resonancia magnética cardíaca** para el diagnóstico de patologías vasculares

... **3,4 millones** de **visitas de neumología con Espirometría** podrían financiarse, para obtener un análisis de la función pulmonar y así prevenir posibles enfermedades respiratorias



... **88.950** marcapasos monocamerales podrían financiarse para pacientes que presentan arritmias auriculares permanentes o que tengan escasa reserva funcional

(1) Equivalencia calculada sobre el promedio nacional de la estimación de los intereses de demora por CC.AA sobre precios aproximada de equipo sanitario en España.

Fuente: Izertis. (2024). *Innovación tecnológica en el sector salud: el impacto de las soluciones de apoyo*, Fenin. (2024). Nota de prensa. *La tecnología sanitaria innovadora, clave para responder a los retos actuales* y BIOEF. *I+D+i en salud*. Revista Española de Economía de la Salud. (2024). *El diagnóstico temprano de EPOC ahorraría más del 75% de los gastos de un paciente con obstrucción grave*.

...y contribuir a la renovación de la tecnología sanitaria para contrarrestar su obsolescencia y permitir una mayor calidad en el diagnóstico y el tratamiento

Las **tecnologías de diagnóstico, monitorización, tratamiento y soporte vital**, junto con los sistemas de información clínica para la gestión de procesos asistenciales, han demostrado ser efectivas en la **mejora de los procesos clínicos**. En particular, han contribuido a una **mayor calidad en el diagnóstico y el tratamiento**, incrementando la seguridad tanto de pacientes como de profesionales de la salud.

La prestación de cuidados de salud se debería beneficiar de los **sistemas más innovadores**, que permitan un diagnóstico más preciso, reduzcan la necesidad de dosis elevadas de radiación y el uso de medios de contraste, mejorando la trazabilidad y el análisis de datos, y facilitando el acceso a tratamientos y monitorización avanzados.

Diversas fuentes estudian los **ciclos de vida de la tecnología sanitaria** y su proceso de renovación. En el ámbito europeo, el modelo de referencia es el publicado por COCIR, que establece reglas generales sobre la evolución de la tecnología y la disponibilidad de innovaciones.

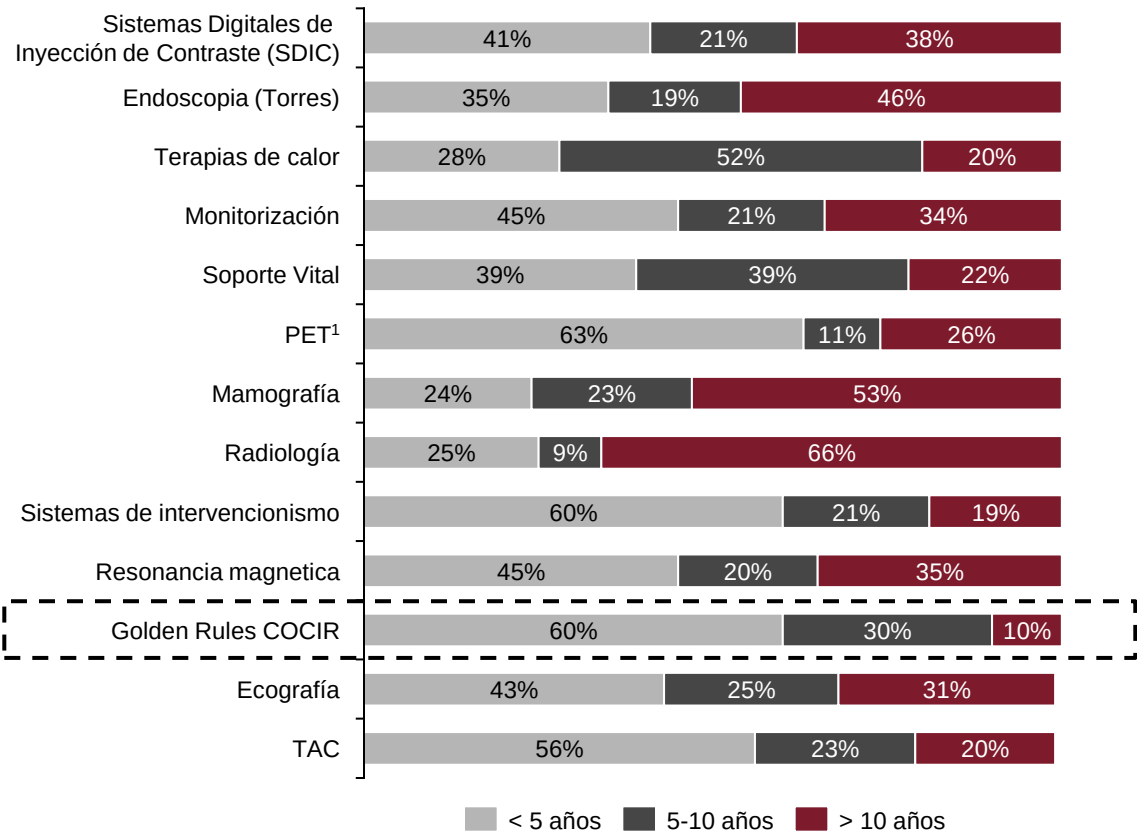
Fuente: Estimación PwC a partir del informe Fenin (2024). Perfil tecnológico Hospitalario.

Estas reglas son:

- **Al menos el 60% de los equipos instalados en un centro deben de tener menos de 5 años.** Estos equipos incorporan la tecnología más actual, lo que permite su actualización y adaptabilidad a otras tecnologías interconectadas.
- **Como máximo el 30% de los equipos deberán de tener entre 6 y 10 años.** Aunque estos equipos pueden conservar su funcionalidad original, su capacidad para adoptar innovaciones es limitada.
- **Se limitará a un máximo del 10% de la tecnología disponible con edad mayor de 10 años.** La tecnología médica con más de 10 años está desactualizada y es difícil de mantener por la propia evolución de los componentes electrónicos y el software. Su reemplazo es esencial ya que podría considerarse obsoleta o inadecuada para las prácticas asistenciales actuales.

A finales de 2023, solamente uno de los equipos analizados cumplía las reglas anteriores (Golden Rules COCIR).

Edad de los equipos instalados en los hospitales españoles
Porcentaje. 31/12/2023.



(1) Tomografía por Emisión de Positrones.
Fuente: Elaboración PwC a partir de datos de Fenin (2024). Perfil tecnológico Hospitalario.

La falta de inversión en tecnología y servicios impacta negativamente en la calidad del servicio prestado a los pacientes, poniendo en riesgo su salud y bienestar

Los **déficits estructurales** del sistema nacional de salud, refleja un **sistema financiero sanitario bajo presión**, lo que puede traducirse en la **falta de recursos** necesarios para invertir en tecnología y servicios de salud.

Esta situación no solo **limita la capacidad de modernizar el equipamiento médico**, sino que también restringe la posibilidad de adoptar **nuevos estándares tecnológicos** que podrían mejorar significativamente la calidad de la atención médica.

Como resultado directo de esta carencia de fondos, los pacientes pueden experimentar una **atención deficiente**, caracterizada por una escasez de equipos médicos modernos que son esenciales para **diagnósticos precisos y tratamientos eficaces**. Por ejemplo, la falta de máquinas de resonancia magnética o tomografía computarizada actualizadas puede **retrasar la detección temprana de enfermedades**, lo cual es vital para el éxito del tratamiento.

La **insuficiencia de recursos** puede también impactar en la **calidad de los servicios básicos**, como el mantenimiento de instalaciones o la contratación de personal adecuado, lo cual permitirá asegurar un entorno seguro y eficiente para los pacientes.

En última instancia, estas deficiencias no solo amenazan la calidad del servicio de salud, sino que también pueden tener **consecuencias a largo plazo en la salud pública**, como el aumento de las **enfermedades crónicas no tratadas adecuadamente** y la **disminución de la esperanza de vida saludable**.

Para mitigar estos efectos, se debe abordar el problema de la financiación inadecuada mediante **reformas estructurales que aseguren la sostenibilidad financiera del sistema sanitario**.



5

Soluciones y alternativas financieras para mejorar la gestión de la deuda comercial sanitaria

5.1 Mecanismos e instrumentos de apoyo a la liquidez

5.2 Soluciones y alternativas en el ámbito de la financiación estatal y autonómica



Ante los graves desequilibrios presupuestarios que enfrentaban las AA.PP, en 2012 se crearon mecanismos extraordinarios de financiación para mejorar la liquidez y reducir los plazos de pago

En el contexto de la crisis económica y financiera que afectó profundamente a España a partir de 2008, las administraciones públicas, especialmente las autonómicas y locales, enfrentaron **graves desequilibrios presupuestarios** derivados de una caída drástica de los ingresos tributarios, el incremento de los gastos sociales y el **aumento de los niveles de deuda y déficit**.

Esta situación generó tensiones financieras significativas, dificultando el cumplimiento de los compromisos de pago con proveedores y **acumulando deuda comercial**, especialmente en sectores como la sanidad. Además, la **falta de liquidez en las comunidades autónomas** llevó a un deterioro de la confianza de los mercados, incrementando el coste de financiación y agravando la presión sobre las arcas públicas.

La sostenibilidad financiera, entendida como la capacidad de asumir compromisos de gastos presentes y futuros, se vio, pues, fuertemente amenazada.

Ante esta situación, la Ley Orgánica 2/2012 introdujo la posibilidad de acogerse a **mecanismos extraordinarios de financiación** para resolver problemas inmediatos de liquidez y cumplir con las obligaciones pendientes de pago. Entre estos mecanismos se destacan la creación del **Mecanismo de Financiación para el Pago a Proveedores**, regulado por el Real Decreto-Ley 7/2012, y el **Fondo de Liquidez Autonómica (FLA)**, mediante el Real Decreto-Ley 21/2012.

Estos instrumentos no solo buscaban **reducir los plazos de pago a proveedores**, sino también facilitar el **acceso a liquidez en condiciones favorables** y permitir una mayor previsibilidad en la gestión financiera de las administraciones públicas.

Mecanismo extraordinario de financiación para el pago a proveedores

- El mecanismo extraordinario de pago a proveedores fue establecido mediante el **Acuerdo 6/2012** y el **Real Decreto-Ley 7/2012** para financiar a los proveedores de las comunidades autónomas.
- Los pagos a proveedores se realizaban a través del **ICO** y la financiación llegaba a las comunidades autónomas a través de **préstamos con entidades de crédito**. Los créditos podían ser de **hasta 10 años**, con dos de carencia en la devolución del principal.
- Este mecanismo se amplió a través de una segunda fase instrumentada mediante el **Real Decreto Ley 4/2013** y una tercera mediante el **Real Decreto Ley 8/2013**.

Fondo de Liquidez Autonómico (FLA)

- Se trata de un **sistema de apoyo a la liquidez**, que funciona como una **línea de crédito** a través de la que se presta dinero a las comunidades autónomas, evitando que éstas tengan que recurrir a los mercados para financiarse.
- Este sistema, de carácter voluntario, tenía como objetivo **atender los vencimientos de deuda** y proporcionar los recursos necesarios para **financiar el endeudamiento** permitido por la normativa de estabilidad presupuestaria, asegurando al mismo tiempo que la financiación se destinara prioritariamente al pago a proveedores.
- Este permite atender **vencimientos de valores y préstamos, financiación del déficit público, de liquidaciones negativas** del sistema de financiación y otras necesidades aprobadas por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos (CDGAE), sujeto a condicionalidad fiscal.

El Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas (FFCCAA) fue la novedad del año 2015 siendo el conjunto de medidas para garantizar la sostenibilidad financiera

En la actualidad, los mecanismos de financiación se rigen por el Real-Decreto Ley 17/2014 de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico. De esta forma, se crea el **Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas (FFCCAA)** estructurado en: Facilidad Financiera, Fondo de Liquidez Autonómico¹, Fondo Social y Financiación de los Pagos a los Proveedores de Comunidades Autónomas².

Además de querer garantizar la sostenibilidad financiera, otro de los objetivos del FFCCAA es **financiar los mecanismos de apoyo a la liquidez** y de ese modo mejorar la eficiencia en su gestión.

Las condiciones que debían cumplir en 2015 las comunidades autónomas son, entre otras, el cumplimiento de las **condiciones de prudencia financiera**, la **prohibición de realizar operaciones instrumentadas** en valores ni operaciones de crédito a largo plazo salvo previa autorización, los **recursos del sistema de financiación de cada región responderán de las obligaciones** contraídas con el Estado.

En el caso del **FLA**, su adhesión a partir de la creación del FFCCAA requiere la **aceptación previa del Ministerio de Hacienda**. Una vez aprobada, la comunidad autónoma debe **adoptar un Acuerdo en su Consejo de Gobierno** en el que se comprometa a cumplir el Real Decreto-ley 17/2014, los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, los de la **Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos (CDGAE)**, el programa aplicable y cualquier normativa que desarrolle este mecanismo de financiación.

A lo largo de todo el periodo del FFCCAA (2015 a 2023) se han solicitado fondos de financiación por medio del FLA y FF en distintas comunidades autónomas según el año. En el caso de Andalucía, solicita todos los años la Facilidad Financiera desde el 2018.

Facilidad Financiera (FF)

- Las CCAA que se pueden adherir deben cumplir los **objetivos de estabilidad presupuestaria, deuda pública y periodo medio de pago a proveedores** (si está por debajo del límite de treinta días), **en los términos establecidos en la Ley Orgánica 2/2012**. Además, se necesita la aceptación previa del Ministerio de Hacienda.
- Se solicita financiación para **atender vencimientos de deuda de la propia CCAA**, la **devolución de la anualidad** que deba satisfacerse para abonar las liquidaciones negativas, necesidades de financiación del déficit público y aquellas otras operaciones que acuerde la CDGAE.
- Los fondos se transfieren **directamente** a las CCAA adheridas, salvo aquellos destinados a **financiar desviaciones de déficit de años anteriores**, que se abonan directamente a los proveedores u otros acreedores, según lo dispuesto por el Ministerio de Hacienda.

Resto de mecanismos FFCCAA

- El **Fondo Social** puede ser solicitado por aquellas CCAA que tengan obligaciones pendientes de pago con entidades locales que fueran vencidas, liquidadas y exigibles a 31 de diciembre de 2014. solo tuvo vigencia en 2015.
- El **Fondo en liquidación para financiación de pagos a proveedores** de Comunidades Autónomas, al que se han transmitido los activos y pasivos del extinto Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores.
- El **Fondo de liquidez REACT-UE** proporciona a las CCAA la financiación y liquidez financiera para el rápido despliegue y ejecución de la Ayuda a la Recuperación para la cohesión y Territorios de Europa. Su adhesión comienza en 2021.

(1) Al que se transfirió el patrimonio del Fondo de Liquidez Autonómico creado por el Real Decreto Ley 21/2012. (2) Al que se transfirió el patrimonio del Fondo para la Financiación de los Pagos a los Proveedores.

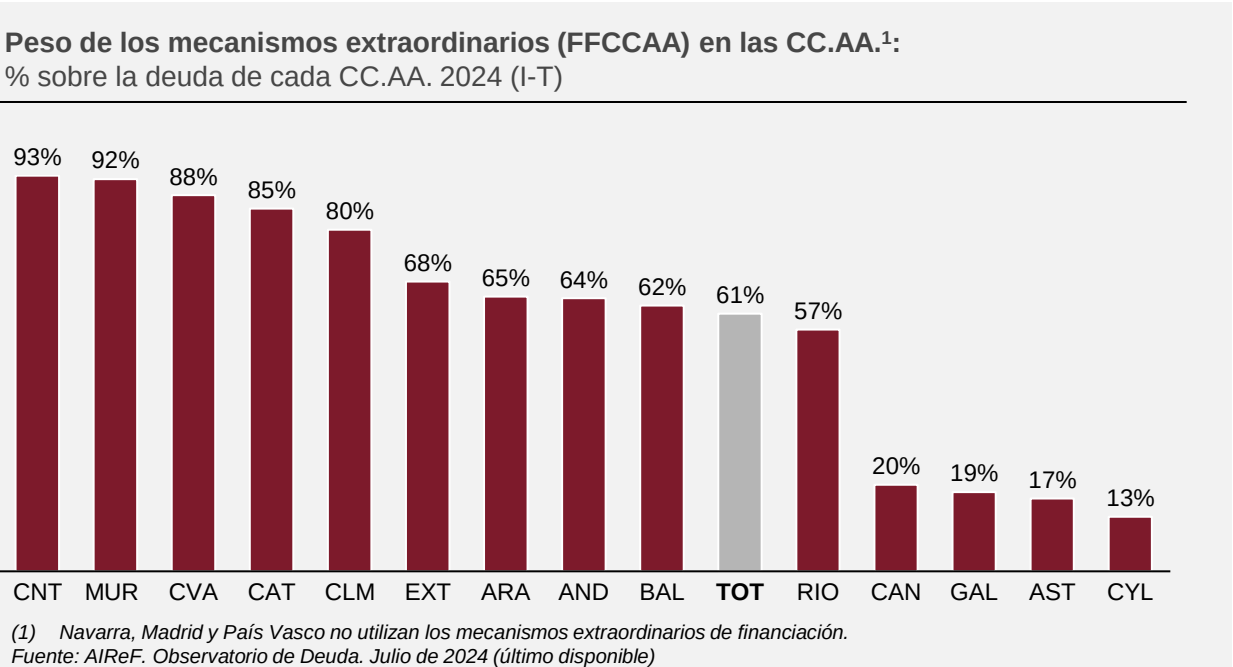
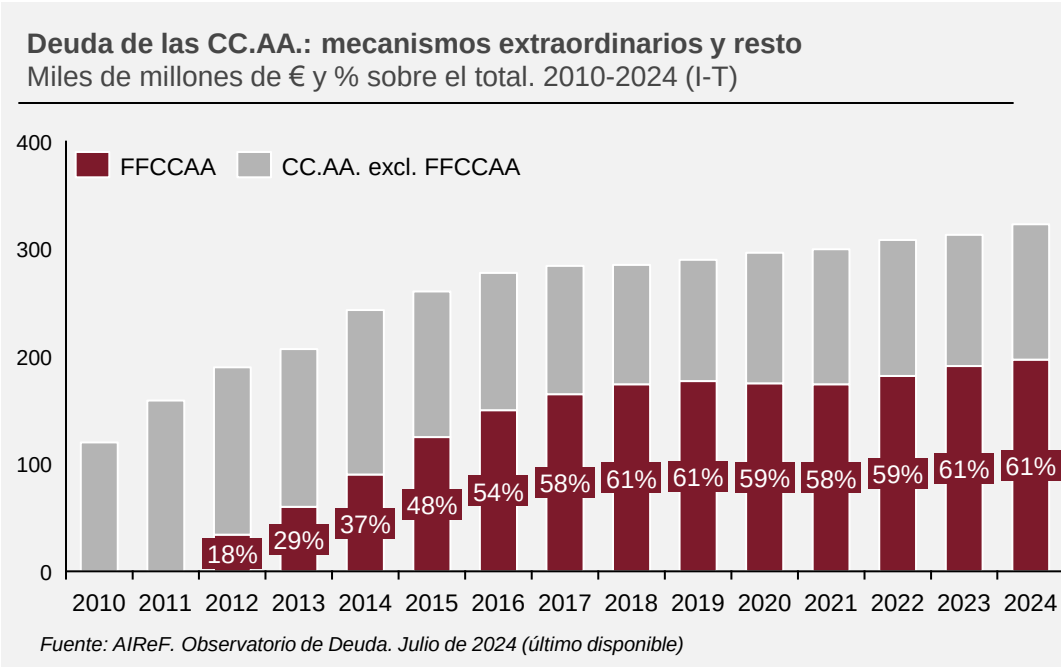
El peso de los mecanismos extraordinarios de financiación en las comunidades autónomas se ha ido estabilizando hasta alcanzar el 60% en los últimos ocho años

La puesta en marcha de los mecanismos extraordinarios de financiación **facilitó el acceso a liquidez a las administraciones territoriales a unos costes reducidos**. En un período de crisis económica que requería unas mayores necesidades de financiación y en un entorno de fuerte inestabilidad en los mercados financieros, **los mecanismos extraordinarios ayudaron a reducir la carga financiera de las comunidades autónomas más endeudadas**.

El peso de los mecanismos extraordinarios de financiación sobre el total de la deuda fue incrementando progresivamente durante los primeros años de implantación, hasta estabilizarse **en torno al 60%**.

En la actualidad, se pueden distinguir **cuatro grupos de comunidades autónomas** en la utilización de estos mecanismos extraordinarios:

- **Utilización intensiva** (por encima del 75%): Cantabria, Murcia, Comunidad Valenciana, Cataluña o Castilla-La Mancha.
- **Utilización alta** (más de un 50%): Extremadura, Aragón, Andalucía, Baleares y La Rioja.
- **Utilización media** (menos del 50%): Canarias, Galicia, Asturias y Castilla y León.
- **Utilización nula**: País Vasco, Navarra y Madrid.



Entre 2012 y 2023 las CC.AA. han dispuesto de un total de 117.681 millones de € a través de estos mecanismos para el pago a sus proveedores, destacando Cataluña y Comunidad Valenciana

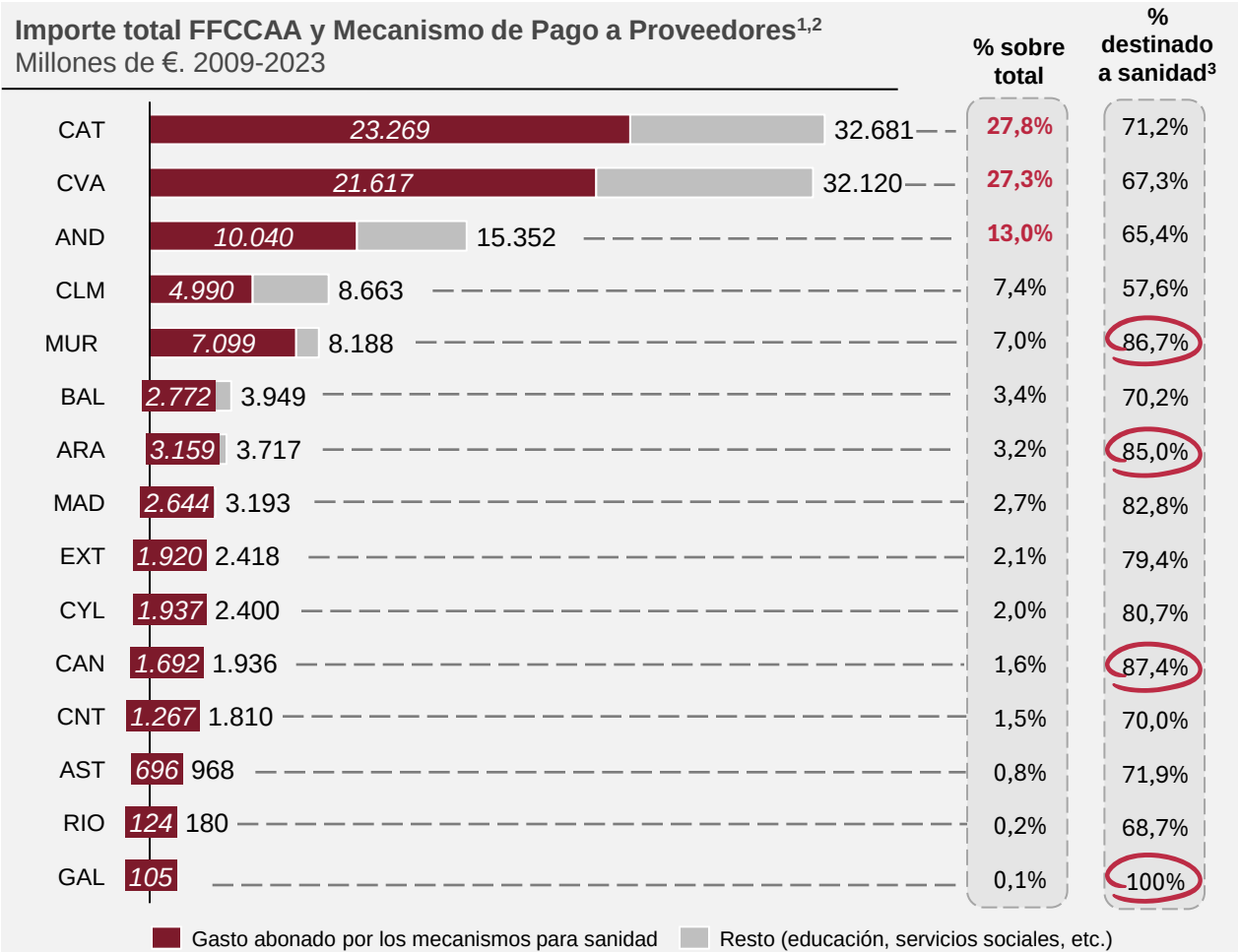
De los 117.680,81 millones de € de volumen total de pagos a proveedores tramitados a través de estos mecanismos de financiación, 87.461,66 millones corresponden al Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas (FFCCAA) y 30.219,15 millones al Mecanismo de Pago a proveedores.

El uso y recurso a estos mecanismos ha sido desigual entre comunidades. **Tres comunidades autónomas, Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía destacan sobre el resto; acumulando el 68,1% del valor total de estos fondos.**

Atendiendo a la **finalidad del gasto abonado** por el conjunto de los mecanismos entre 2012 y 2023, el 80,8% de las facturas abonadas se han destinado a “servicios fundamentales” (sanidad, educación y servicios sociales), entre los que **destaca el sector sanitario (70,8% del total).**

Aunque la sanidad es la principal finalidad del gasto abonado a través de estos mecanismos en todas las comunidades autónomas, **destaca su elevado peso en comunidades como Galicia, Canarias, Murcia o Baleares**, en las cuales el **porcentaje de pagos a los proveedores sanitarios supera el 85% del total.**

En el lado opuesto se sitúan **Castilla-La Mancha, Andalucía o La Rioja**. En estas comunidades autónomas el ámbito sanitario ha concentrado históricamente menos del 70% del total de los pagos a proveedores efectuados mediante estos mecanismos extraordinarios de financiación.



(1) Los importes se refieren exclusivamente a aquellos abonados directamente a los proveedores. (2) Navarra y País Vasco nunca han acudido a este tipo de financiación. (3) Este porcentaje hace referencia al periodo 2012-2023
Fuente: Ministerio de Hacienda (2024). Informe sobre los mecanismos de financiación de CC.AA. 2009-2023 (último disponible)

El uso de los mecanismos de financiación ha sido muy heterogéneo entre las distintas comunidades, e incluso muy distinto dentro de cada comunidad a lo largo del tiempo

Tras un **crecimiento muy rápido entre 2012 y 2015** del uso de los mecanismos de liquidez para atender los compromisos de pago con proveedores y otras entidades, tanto en el importe (+40,1%) como en el número de las comunidades adheridas (todas las del Régimen Común en 2015), se produce un descenso en su utilización, hasta alcanzar el **mínimo histórico en el año 2019**.

No obstante, el **peso relativo del pago a proveedores sanitarios durante estos años se incrementó de forma significativa**, pasando del 58% en 2013 a casi el 90% en 2018 (Aragón, Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha, Extremadura y Murcia). En 2019 se adherieron tan solo cinco comunidades al Fondo de Liquidez Autonómico.

Especialmente destacable fue también el año 2020, que debido a la situación excepcional derivada de la crisis de la COVID-19 motivó un fuerte crecimiento del pago a proveedores a través de estos mecanismos por parte de la práctica totalidad de las comunidades del Régimen Común.

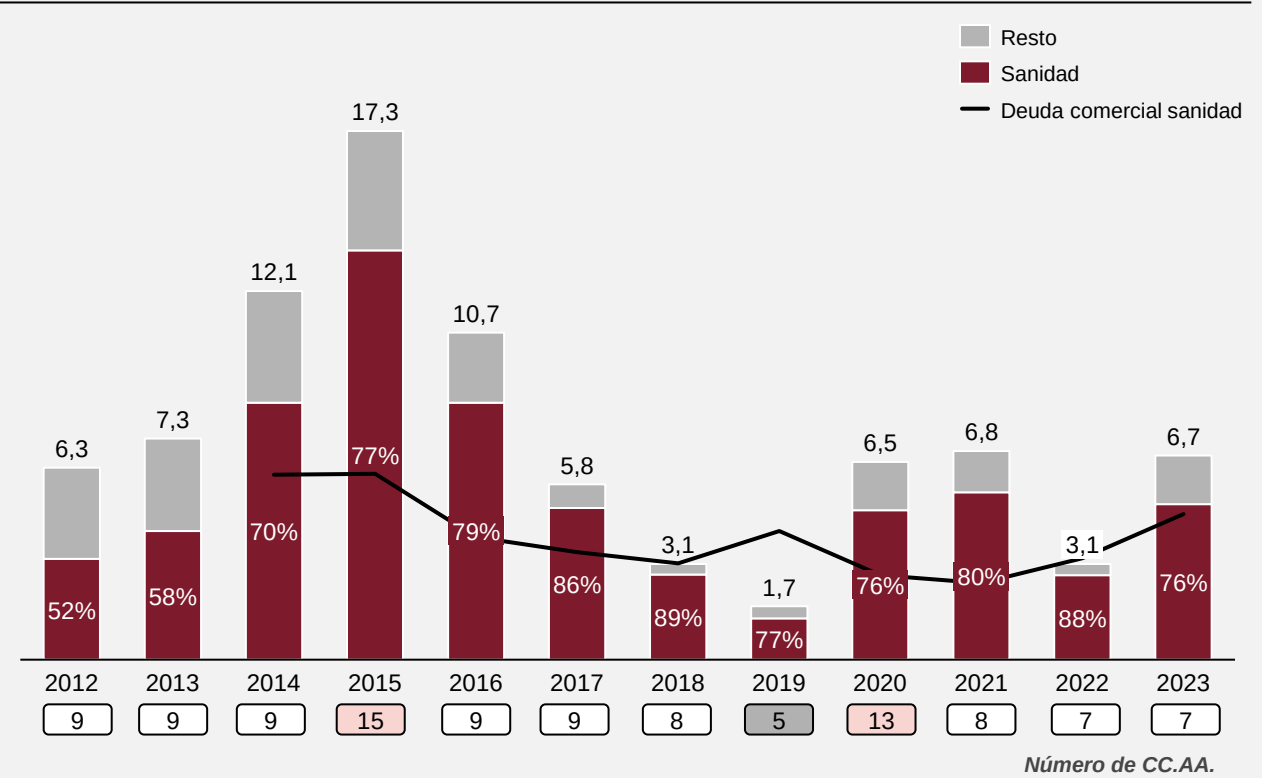
El recurso a estos mecanismos ha sido también **muy distinto dentro de cada comunidad a lo largo del tiempo**.

Por ejemplo, **Madrid o Canarias no contabilizan pagos a proveedores a través de estos mecanismos desde 2015**, mientras que Murcia, Extremadura, Castilla-La Mancha o Comunidad Valenciana han participado en todos los años de vigencia de estos mecanismos.

Además, hay comunidades que han reducido su participación relativa, como Andalucía o Baleares, mientras que otras, por el contrario, la han aumentado, como Murcia, Comunidad Valenciana o Aragón.

Según las **entrevistas** con diversos profesionales de los servicios de salud, los mecanismos extraordinarios de liquidez han sido útiles para gestionar el pago a proveedores, pero deben **considerarse como medidas puntuales** y deben **integrarse en estrategias más amplias** para un abordaje efectivo y sostenible de los desafíos financieros del SNS

Evolución de los pagos a proveedores tramitados a través de los mecanismos financieros¹.
Miles de millones de € corrientes. 2012-2023.



(1) Incluye de 2012 a 2014 el Fondo de Liquidez Autonómico y a partir de 2015 el Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas. Los importes hacen referencia a la financiación destinada al pago a proveedores.
Fuente: Ministerio de Hacienda (2024). Informe sobre los mecanismos de financiación de CC.AA. 2012-2023 (último disponible).

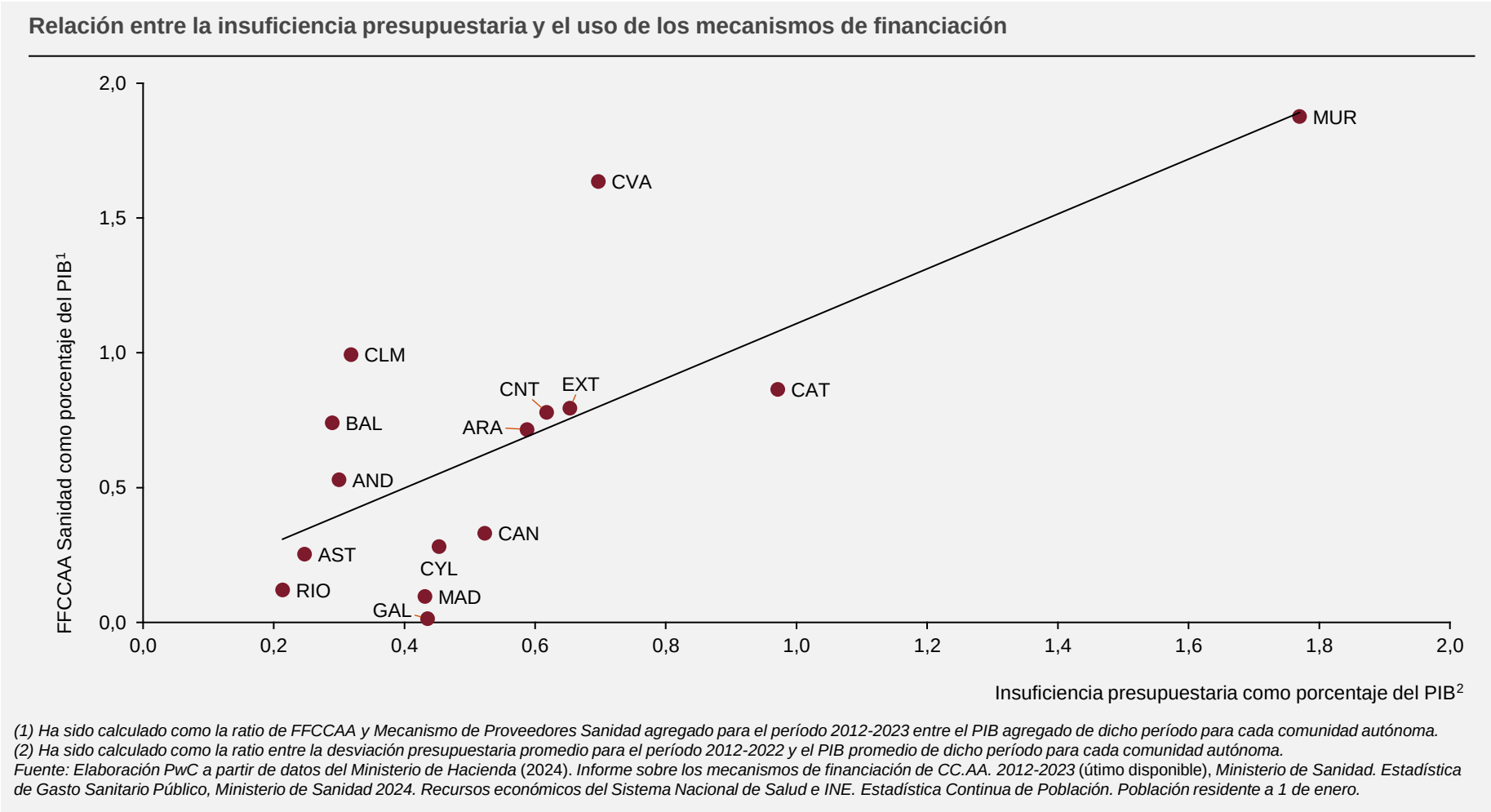
Aquellas comunidades que han sufrido de mayor insuficiencia presupuestaria son también aquellas que han utilizado en mayor medida los mecanismos de financiación disponibles

A raíz de la crisis económica de 2008, varias comunidades autónomas en España enfrentaron desafíos significativos en términos de insuficiencia presupuestaria. De ellas, la **Región de Murcia, Cataluña, la Comunidad Valenciana y Extremadura** fueron las que se destacaron por presentar los **mayores déficits en sus presupuestos**².

En respuesta a estas dificultades, estas comunidades se convirtieron en las **principales receptoras de apoyo financiero del gobierno central**, a través de una variedad de mecanismos diseñados para proporcionar liquidez y alivio fiscal¹.

Se observa una **correlación positiva** entre la magnitud de la **insuficiencia presupuestaria y el uso de estos mecanismos** de financiación.

La intención de estos apoyos era asegurar que las comunidades pudieran **continuar prestando servicios esenciales a sus ciudadanos**, mientras trabajaban para mejorar su situación financiera a largo plazo.



Aunque estos mecanismos han tenido un impacto significativo sobre el volumen de deuda y el periodo de pago a proveedores, por sí solos no son suficientes para cubrir los niveles de endeudamiento

La **Comunidad Valenciana, la Región de Murcia y Castilla-La Mancha** son las comunidades que han estado **más tiempo acogidas al Fondo de Liquidez Autonómico (FLA)** durante toda su vigencia, seguidas por Cataluña y Extremadura.

Sin embargo, la efectividad de esta medida en la reducción de la deuda comercial sanitaria a largo plazo ha sido diversa entre las distintas comunidades.

El caso de **Extremadura** es un ejemplo destacable de éxito, ya que **logró reducir su deuda comercial sanitaria en un 84,4% entre 2014 y 2023**, posicionándose como una de las comunidades con menor nivel de deuda en 2023.

De manera similar, **Castilla-La Mancha redujo su deuda a casi la mitad** de lo que era en 2014.

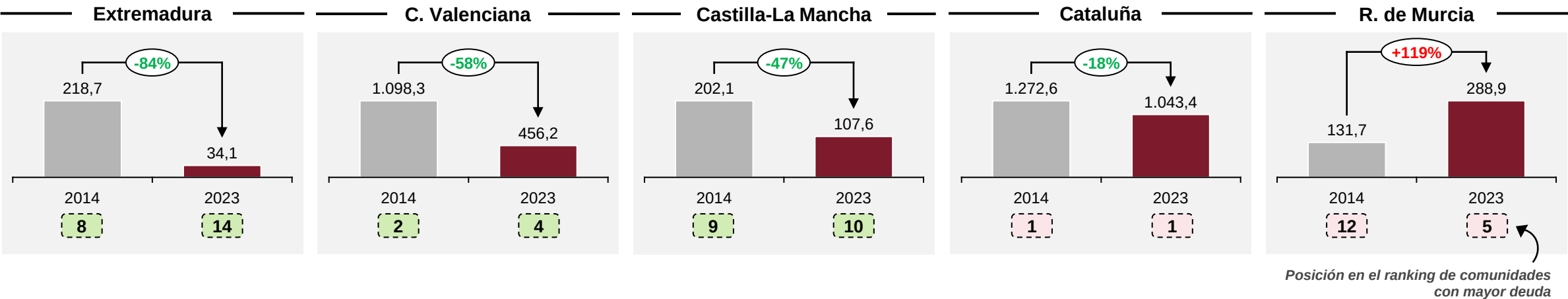
Por otro lado, la **Comunidad Valenciana**, aunque ha conseguido una **reducción muy significativa de su deuda del 58%**, sigue enfrentándose a niveles muy elevados, alcanzando casi los 500 millones de €.

Cataluña, pese a haber reducido su deuda en un 18% respecto a 2014, **sigue siendo la comunidad con el mayor volumen de deuda**.

En contraste, la **Región de Murcia** no ha logrado reducir su deuda a pesar de su participación continua en el FLA y de haber recibido financiación equivalente al 1,9% de su PIB. En 2023, **su deuda era un 119,5% mayor que en 2014**.

Estos casos ilustran que, aunque los mecanismos de financiación proporcionan una ayuda significativa, **no son suficientes por sí solos para resolver los problemas estructurales** que enfrentan algunas comunidades.

Deuda comercial sanitaria en millones de € (2014 vs. 2023)



Nota: Los datos de deuda son datos a cierre del año en cuestión.
Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Hacienda (2024). Informe sobre los mecanismos de financiación de CC.AA. 2012-2023 (último disponible), Ministerio de Hacienda. Informe mensual sobre plazos de pago a proveedores y deuda comercial de las CC.AA. e INE. Estadística Continua de Población. Población residente a 1 de enero.

Algunas CC.AA. han utilizado el confirming como una herramienta para agilizar los pagos a proveedores y garantizar su liquidez, dentro de una estrategia más amplia de planificación financiera

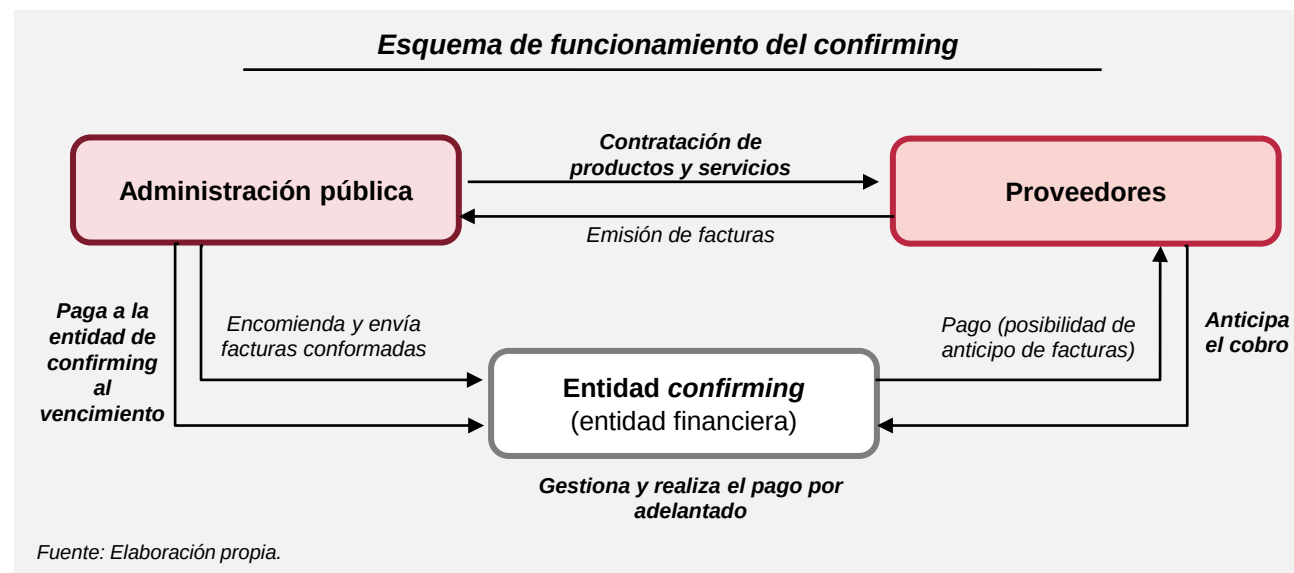
Además de los mecanismos extraordinarios de financiación para el pago a proveedores, algunas comunidades autónomas han implementado **alternativas complementarias** con el objetivo de mejorar la gestión de la deuda comercial sanitaria y reducir los tiempos de pago. Entre estas medidas, destaca el uso del **contrato de gestión de pagos conformados**, conocido como **'confirming'**, que transfiere la gestión y realización del pago a una entidad financiera.

En este esquema, la administración pública, tras aprobar las facturas, delega en la entidad financiera la notificación de las condiciones de pago a los proveedores. Estos tienen la opción de anticipar el cobro de sus facturas antes de la fecha de vencimiento, a cambio de un coste financiero. Si deciden optar por esta modalidad, reciben el importe acordado de forma inmediata, mientras que la entidad financiera recupera el importe completo directamente de la administración pública en la fecha de vencimiento original.

Este modelo permite a las administraciones públicas asegurar el cumplimiento de los plazos de pago. Para los proveedores, supone garantizar la seguridad y puntualidad en los cobros, especialmente relevante para pequeñas y medianas empresas que dependen de estos flujos de caja para mantener sus operaciones.

Los informes de auditoría destacan que el *confirming* puede ser un mecanismo eficaz para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad financiera, aunque advierten sobre la necesidad de **supervisar su implementación**, garantizar la **transparencia** en las condiciones establecidas y minimizar los **costes financieros**.

Asimismo, y fruto de las entrevistas y reuniones mantenidas con profesionales de los servicios de salud de varias comunidades autónomas, **su utilización debe enmarcarse siempre como parte de una estrategia más amplia de planificación y control financiero**.



Ventajas para las administraciones públicas

- Mejora la puntualidad en los pagos, contribuyendo al cumplimiento de la normativa sobre periodos medios de pago.
- Reduce la carga operativa en la gestión de pagos y facilita la planificación presupuestaria y la gestión de tesorería.



Ventajas para las empresas y proveedores

- Posibilidad de cobrar las facturas de forma anticipada, mejorando su flujo de caja.
- Facilita la gestión de cobros, al centralizar las operaciones a través de la entidad financiera.
- Reducción del riesgo de impago y de posibles retrasos.

Este es el caso de Extremadura y Castilla y León, que han utilizado contratos de confirming con el objetivo de agilizar el pago de sus obligaciones y evitar sobrecostes por reclamaciones

Ejemplos de utilización de confirming para la gestión de la deuda



Servicio Extremeño de Salud (SES)

- En el período posterior a la crisis económica, el SES enfrentaba significativos retrasos en el pago a proveedores, lo que generaba elevados costes por **intereses de demora**.
- Por ejemplo, en 2015, el SES destinó 10 millones de € a cubrir estos intereses, y en 2016 se sumaron reclamaciones adicionales por 12,7 millones de €.
- Para enfrentar esta situación, el SES implementó un **programa de gestión financiera** que **combinó diferentes herramientas** como los recursos del **Fondo de Liquidez Autonómico (FLA)**, el **confirming** y **fondos propios de tesorería**. Esta estrategia buscaba evitar la acumulación de intereses de demora, que representaban un coste significativo para el SES.
- El consejo de Sanidad y Políticas Sociales adjudicó en 2016 la operación de **confirming**. Desde entonces, el **SES ha recurrido a contratos de confirming** para agilizar el pago a proveedores y prevenir costes excesivos por reclamaciones en periodos de tensión de liquidez.
- En 2023, al firmar un nuevo contrato de *confirming*, el SES logró **ahorrar 113.000€¹**, dada la **diferencia entre el coste real** de las reclamaciones por intereses de demora en material sanitario y farmacia (3.319.000 €) **y el coste potencial sin el uso de confirming** (3.342.000€), aplicando el tipo de interés de demora a las facturas durante el periodo de reclamación.



Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL)

- El Servicio de Salud de Castilla y León, a través de la Gerencia Regional de Salud (GRS), responsable de la gestión, organización y coordinación de los servicios de salud, ha utilizado herramientas como el **confirming entre 2017 y 2021** para afrontar los **intereses de demora** ocasionados por el retraso en el pago a proveedores sanitarios.
- El objetivo de esta implementación fue reducir los plazos de pago mediante **acuerdos de colaboración con entidades de crédito**, lo que permitió gestionar el pago de facturas relacionadas con el suministro de bienes y la prestación de servicios. La GRS, al gestionar los pagos de esta manera, ha **incrementado su capacidad de negociación frente a los proveedores**.
- El servicio público de salud de la comunidad autónoma complementó este recurso con la adhesión a otros mecanismos de financiación, como el **Fondo de Liquidez Autonómico (FLA)**, durante los años **2018 y 2020**.
- Gracias a estos acuerdos, se han **reducido tanto los plazos de pago como los gastos asociados a los intereses de demora pendientes de imputación a presupuesto**.
- El **periodo medio de pago** a proveedores experimentó un cambio sustancial entre el 2016 y 2017 pasando de **182 a 63 días** para mantenerse en periodos mas nivelados a partir de ese año.

(1) Boletín Oficial del Estado (BOE) (2024). Resolución de 24 de septiembre de 2024, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el Informe de fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de Extremadura, ejercicio 2020.

Fuente: Asamblea de Extremadura (2016). Copia del contrato de confirming firmado por el SES. Auditoría pública nº 54. (2011). Morosidad, endeudamiento y transparencia en el Sector Público. Consejo de Cuentas de Castilla y León. (2017-2021). Fiscalización de la cuenta general de la comunidad autónoma, ejercicio 2017-2021.

Además, las experiencias de otros países europeos destacan la importancia de implementar medidas estructurales que combinen digitalización, eficiencia, incentivos y colaboración con los proveedores

En los Estados miembros para los que se dispone de datos, los **plazos promedio de pago de las administraciones públicas** (G2B, *Government to Business*) son elevados, e incluso **superan los términos legales establecidos por la Directiva Europea sobre Morosidad**. Además, los proveedores también señalan que el desempeño de los pagos G2B en la UE se ha deteriorado desde 2019.

En países como Portugal y Grecia, algunas administraciones tardan más de 200 días en liquidar sus facturas, y la Comisión Europea ha tomado medidas sancionadoras por incumplimiento de los plazos de pago¹, demostrando la gravedad del problema.

Para abordar esta problemática, la **Comisión Europea**, a través del *EU Payment Observatory* y basándose en la experiencia de varios países, plantea estrategias y **buenas prácticas que puedan servir de modelo** para las administraciones públicas en la UE.

Por ejemplo, **Francia** ha implementado medidas de centralización y eficiencia de la gestión de los pagos, mediante los "*Centres de gestion financière*", para consolidar el procesamiento de facturas y racionalizar la cadena de gasto. En 2023, también se estableció un grupo de trabajo con el sector de la construcción para abordar los problemas de pagos tardíos en colaboración con la industria, y se publicó una guía de buenas prácticas para mejorar los procesos de pago entre las autoridades y empresas del sector.

En **Italia**, por su parte, se introdujeron indicadores de desempeño para los retrasos en los pagos y la reducción de deudas comerciales, cuyo cumplimiento está vinculado a incentivos.

No obstante, la Comisión Europea subraya que, aunque reducir los tiempos de pago es un objetivo importante, las medidas deben enfocarse a **mejorar la eficiencia del sector público**.

Ejemplos de buenas prácticas recogidas en el EU Payment Observatory

Digitalización, eficiencia y centralización de los pagos



Avanzar en la adopción e implementación de la **facturación electrónica**, **centralizar la gestión contable** o crear unidades especializadas en **contratación y gestión de pagos para agilizar y mejorar la eficiencia** de los procesos administrativos. Destaca la **impulsión de los sistemas de cobro automático**

Medidas de control y sanción



Establecer **observatorios** para reforzar el seguimiento de la deuda y flujos de caja, establecer **incentivos, imponer sanciones** cuando se incumplan sistemáticamente los plazos de pago o exigir que las administraciones elaboren **planes de pagos y de ajuste**

Colaboración entre administraciones y proveedores



Promover el **diálogo constante** entre administraciones públicas y proveedores, crear **mesas de trabajo conjuntas** o implementar **mecanismos en los portales de facturación electrónica** para que los proveedores puedan recibir actualizaciones sobre el estado de sus facturas

(1)Ciertas administraciones públicas portuguesas y regiones autónomas fueron remitidas por la Comisión Europea al Tribunal de Justicia de la Unión Europea en 2023 debido a incumplimientos recurrentes de la Directiva sobre Morosidad.
Fuente: EU Payment Observatory.

6



Hacia una gestión más eficiente: claves y soluciones para mejorar la sostenibilidad

6.1 Acciones para una gestión y distribución presupuestaria proactiva

6.2 Acciones para un uso eficiente de los recursos



Para fortalecer la sostenibilidad financiera del SNS, se plantea una gestión y distribución de los presupuestos proactiva, que asegure un uso eficiente de los recursos disponibles

Como se ha expuesto, la deuda comercial sanitaria se ha consolidado como **uno de los desafíos estructurales más significativos del SNS**, afectando directamente a su capacidad para proporcionar una atención equitativa, eficiente y de calidad a la población.

Este fenómeno refleja no solo factores coyunturales, sino también **cuestiones profundas y multifactoriales**, que requieren una **respuesta integral y a largo plazo**. Es necesario, por tanto, no solo implementar medidas para gestionar y contener la deuda, sino también adoptar una visión más amplia que aborde las causas subyacentes.

La infrafinanciación crónica y los retos para atender el gasto sanitario, especialmente en un contexto de necesidades crecientes, subrayan la urgencia de abordar medidas amplias que no solo aborden los problemas de financiación, sino también la **distribución de recursos y la mejora en la gestión**. Se trata de establecer, entre todos, un **modelo que garantice la viabilidad y la sostenibilidad del SNS** para las generaciones futuras.

A partir de entrevistas y reuniones con profesionales de distintos servicios de salud de las comunidades autónomas, así como de recomendaciones de estudios y análisis realizados por los principales agentes e instituciones del sector, hemos identificado **dos grandes áreas de actuación** para mejorar el sistema:

- **Suficiencia presupuestaria y gestión proactiva**, con esquemas que permitan para garantizar la suficiencia, estabilidad y equidad en la asignación y distribución de los recursos, transformando los presupuestos en herramientas de gestión que vinculen los recursos a objetivos y resultados en salud y favorezcan la corresponsabilidad.
- **Uso eficiente de los recursos**, con mejoras y propuestas orientadas a optimizar los recursos disponibles y maximizar el valor generado.

Áreas propuestas de actuación y mejora del SNS:

Suficiencia presupuestaria y gestión proactiva



- P1 Establecer mecanismos para evitar desviaciones presupuestarias recurrentes, con **sistemas de seguimiento y evaluación periódica**
- P2 Vincular los presupuestos sanitarios con **objetivos y resultados en salud**
- P3 Potenciar los modelos de **gestión por objetivos**, que fomenten la **corresponsabilidad**
- P4 Definir **presupuestos sanitarios plurianuales** que ofrezcan estabilidad y predictibilidad en la planificación
- P5 Plantear esquemas de financiación con carácter finalista, basado en **presupuestos capitativos** en función de características poblacionales

Uso racional y eficiente de los recursos



- P6 Optimización de **los procesos de contratación estratégica** considerando la **calidad y retorno de la inversión a medio y largo plazo**
- P7 Promover la agilidad en la **incorporación de la innovación en la cartera de servicios**
- P8 Fomentar la **coordinación entre niveles asistenciales** para una mejor atención y eficiencia del gasto
- P9 Continuar impulsando estrategias de **uso racional de los recursos**, digitalización, mejora de la coordinación e interoperabilidad entre las comunidades.
- P10 **Inventariar los recursos tecnológicos disponibles y aplicar criterios de renovación** en base a su impacto en los procesos, mediante una planificación rigurosa y estructurada

Los presupuestos sanitarios son insuficientes y poco realistas y útiles para la gestión, por lo que son necesarias medidas correctivas que aseguren su efectividad teniendo en cuenta las necesidades reales

La sanidad constituye una partida prioritaria para las administraciones autonómicas, concentrando **un tercio de su presupuesto**, siendo además una de las que afecta al ciudadano de forma más directa.

Por su parte, el gasto sanitario público en España crece, de media, un 5% anual, en un contexto, además de necesidades y demanda creciente.

Sin embargo, el sistema sanitario español enfrenta un **déficit, estimado en más de 10 mil millones de €** en 2022, que surge de un **desajuste** constante entre el **presupuesto asignado y el gasto real**.

En algunas comunidades autónomas, la situación es aún más crítica. No solo el gasto supera los créditos inicialmente presupuestados, sino que incluso **los presupuestos de apertura de cada año son inferiores al gasto del año anterior**. Son, por lo tanto, presupuestos poco creíbles, que no reflejan adecuadamente los niveles reales de gasto, lo que agrava la falta de previsibilidad y genera que se conviertan en **herramientas poco útiles para la gestión**.

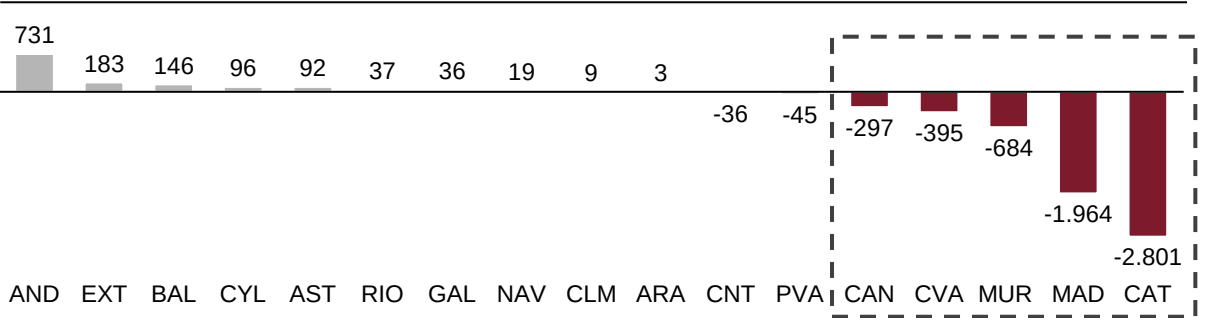
Esta situación conlleva también a que a lo largo del año se lleven a cabo **ajustes que modifiquen el presupuesto inicial**, para hacer frente a las obligaciones en las que se incurren. Sin embargo, estas modificaciones no suelen ser suficientes para cubrir las necesidades reales. Si, además, las comunidades deben destinar una parte importante de sus recursos al pago de la deuda, se agrava y amplifica el problema.

Por lo tanto, es urgente adoptar medidas correctivas que aseguren que los presupuestos sean efectivos y puedan cubrir un aumento del gasto conforme a las necesidades reales.

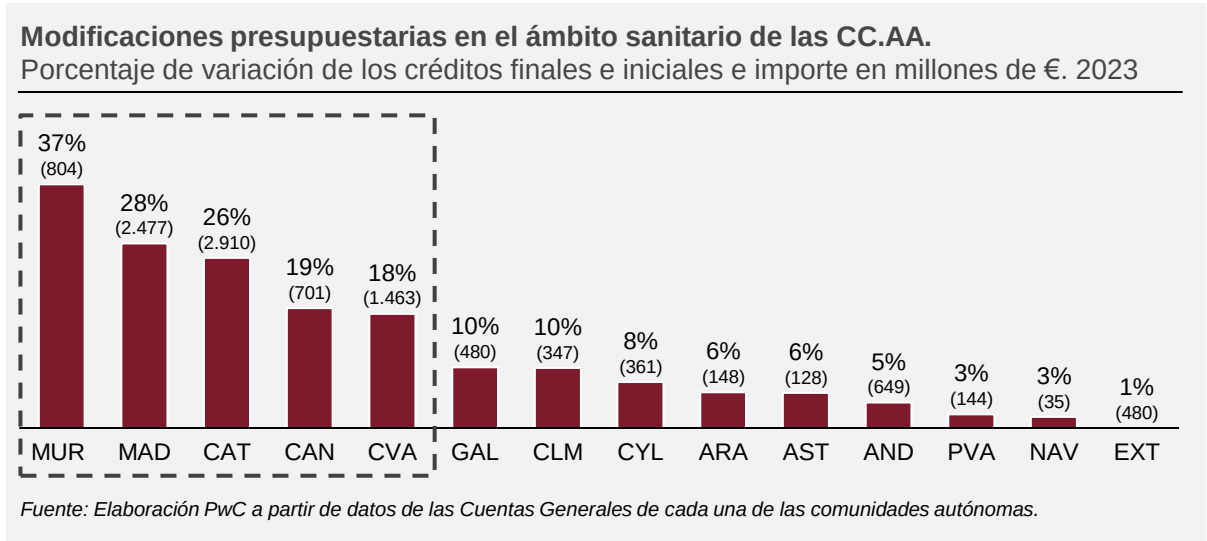
Para lograrlo, se sugieren las siguientes **propuestas**:

- P1** Mecanismos para evitar desviaciones presupuestarias recurrentes
- P2** Presupuestos sanitarios vinculados con objetivos y resultados en salud
- P3** Modelos de gestión por objetivos, que fomenten la corresponsabilidad
- P4** Presupuestos sanitarios plurianuales
- P5** Financiación con carácter finalista, basado en presupuestos capitativos

Diferencia entre el presupuesto sanitario de 2023 y el gasto sanitario de 2022
Millones de €.



Fuente: Elaboración PwC a partir de datos del Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público y Ministerio de Sanidad 2024. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud.



Algunas medidas incluyen controles para evitar desviaciones, presupuestos ligados a objetivos de salud, gestión corresponsable, presupuestos plurianuales y financiación con carácter finalista

P1

Mecanismos para evitar desviaciones presupuestarias recurrentes

- Es recomendable que la elaboración de los presupuestos autonómicos **considere el gasto sanitario incurrido en años anteriores**, por ello, se propone la adopción de un **enfoque realista respecto a las necesidades sanitarias** de la población.
- Asimismo, la instauración de **sistemas de seguimiento y evaluación periódica** permitirían a las autoridades identificar rápidamente cualquier desajuste entre las previsiones y la realidad financiera, posibilitando la **implementación oportuna de medidas correctivas**.

P2

Presupuestos sanitarios vinculados con objetivos y resultados en salud

- Para optimizar la asignación de recursos del Sistema Nacional de Salud (SNS), se recomienda **vincular los presupuestos sanitarios a objetivos** y resultados en salud.
- Esto implica establecer una cartera de servicios a nivel nacional y definir objetivos sanitarios claros, para **evaluar su cumplimiento y condicionar parte de la financiación** a las comunidades autónomas a estos.
- Este enfoque promueve la **transparencia, la rendición de cuentas y la innovación**.

P3

Modelos de gestión por objetivos, que fomenten la corresponsabilidad

- Se propone la implementación de modelos de gestión por objetivos en el sistema sanitario con el fin de fomentar la **corresponsabilidad y la mejora continua**.
- Esto implica dotar de **mayor autonomía y capacidad de gestión** a los diferentes centros y unidades.
- Para asegurar la **alineación de los objetivos**, se plantea establecer **sistemas de incentivos** basados en indicadores claros, que faciliten el seguimiento del desempeño a través de un esquema de retribución variable.

P4

Presupuestos sanitarios plurianuales

- La ausencia de **estabilidad presupuestaria** dificulta la creación de un entorno adecuado para la planificación a largo plazo, así como la continuidad de las estrategias y acciones emprendidas.
- Esta falta de previsibilidad puede conducir a decisiones a corto plazo que pueden resultar poco efectivas o incluso contraproducentes cuando se evalúan desde una perspectiva a largo plazo.
- En este sentido, se propone la implementación de **presupuestos con estabilidad plurianual** que aporte **estabilidad y predictibilidad**.

P5

Financiación con carácter finalista, basado en presupuestos capitativos

- Se recomienda la implementación de un modelo de financiación con carácter finalista basado en **presupuestos capitativos** para garantizar una **asignación de recursos equitativa** entre comunidades autónomas y sostenible a largo plazo.
- Este enfoque centra su atención en distribuir fondos a las comunidades autónomas considerando las **características particulares de sus poblaciones**, utilizando indicadores como los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (**GRD**)¹ y los Grupos de Morbilidad Ajustada (**GMA**)².

(1) Los GRD son un sistema de clasificación que agrupa a los pacientes en categorías clínicas homogéneas basadas en su diagnóstico principal, procedimientos realizados, edad, sexo y complicaciones o comorbilidades.

(2) Los GMA son un sistema que agrupa a los pacientes según su morbilidad o carga de enfermedad crónica, ajustado por el riesgo de cada paciente.

Las acciones pueden ir más allá de la gestión y distribución presupuestaria; es relevante alinearlas con el gasto real para garantizar su eficiencia

Para asegurar la mejora de sostenibilidad del sistema sanitario, se sugiere no solamente que se garantice una financiación adecuada, sino también **alinearla de manera estrecha con el gasto real**.

Los sistemas de salud, incluido el Sistema Nacional de Salud (SNS), poseen un considerable **potencial para incrementar su eficiencia**.

Esto se podría lograr mediante la **adaptación de su estructura** para responder de manera efectiva a las demandas, mejorar la productividad, reducir el uso ineficaz de recursos cuyo coste supera su valor añadido, y optimizar la relación coste-efectividad de los servicios prestados.

Una **organización y gestión más eficientes de los servicios**, donde se promueva la identificación de los profesionales con el sistema, junto con una gestión clínica más exhaustiva y un control más riguroso de la variabilidad, respaldados por criterios de calidad coherentes, sin duda redundarán en una atención más efectiva para los ciudadanos.

Enfatizar la responsabilidad de los agentes que generan el gasto y fomentar la cooperación entre ellos fomentará la obtención de mejores resultados.

Además, es esencial garantizar la disponibilidad de **información transparente y útil** tanto para la gestión interna como para el control por parte de los ciudadanos, aprovechando la oportunidad para mejorar la eficiencia en todo el sistema.

Para abordar el problema de financiación del SNS y asegurar que el gasto se realice de manera eficiente, se propone implementar un plan que incluya las **siguientes medidas**:

- P6 Optimización de los procesos de contratación estratégica considerando la calidad y retorno de la inversión a medio y largo plazo
- P7 Promover la agilidad en la incorporación de la innovación en la cartera de servicios sanitarios
- P8 Coordinación entre niveles asistenciales
- P9 Estrategias de uso racional de los recursos digitalización, mejora de la coordinación e interoperabilidad entre las comunidades
- P10 Inventariar los recursos tecnológicos disponibles y aplicar criterios de renovación en base a su impacto en los procesos

Retos del SNS en el ámbito de eficiencia de recursos



Mayor eficiencia administrativa

- Disponibilidad de **pliegos y procedimientos de contratación armonizados** que mejoren la eficiencia y optimización de recursos. Esto evita una duplicidad de esfuerzos administrativos y un consumo excesivo de recursos limitados.
- Necesidad de potenciar un modelo de **eficiencia administrativa y de aproximación estratégica de las compras sanitarias** (con visión a medio y largo plazo) que permita mayor coordinación en los procesos logísticos autonómicos para optimizar los recursos, reducir el impacto ambiental y mejorar la eficiencia administrativa.



Optimización de procesos internos

- La gestión de compras en el sector público requiere un **equilibrio entre el control interno y la agilidad** en los procedimientos.
- La **optimización** de estos procesos permite garantizar la adquisición oportuna de suministros esenciales, facilitar pagos puntuales a proveedores y reducir la carga operativa del personal administrativo.
- Una mayor **agilización y digitalización** pueden mejorar la eficiencia sin comprometer la transparencia ni el cumplimiento normativo.

Algunas cuestiones están relacionadas con la contratación estratégica y por valor, la innovación de cartera de servicios, la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y el uso racional de recursos

P6

Optimización de los procesos de contratación estratégica considerando la calidad y retorno de la inversión a medio y largo plazo

- Avanzar hacia una **contratación más estratégica**, orientada a la **generación de valor y a la mejora continua de la calidad asistencial**. Para ello, resulta clave optimizar las estrategias de adquisición, facilitando modelos que promuevan la coordinación y colaboración entre distintos niveles del sistema, así como la obtención de sinergias en la compra de productos y tecnologías.
- La estandarización de procesos contribuiría a reducir la carga administrativa, a la vez que permitiría establecer **marcos comunes que impulsen prácticas más ágiles, coherentes y transparentes**. Este enfoque posibilita decisiones de compra basadas no solo en criterios económicos, sino también en la **evaluación integral del impacto clínico, la innovación tecnológica y el beneficio para los pacientes**.

P7

Promover la agilidad en la incorporación de la innovación en la cartera de servicios sanitarios

- Impulsar una mayor agilidad en la incorporación de innovaciones supone una **oportunidad para fortalecer el sistema**, mejorar la calidad asistencial y la adopción de avances tecnológicos y científicos.
- Es importante también garantizar la **equidad en su acceso**, asegurando que todos los pacientes, con independencia de su lugar de residencia, puedan beneficiarse de estas incorporaciones.
- En línea con el **propósito último del sistema sanitario**, centrado en la mejora de la calidad de vida de las personas, la **incorporación planificada y ágil de la innovación** debe facilitar diagnósticos más precisos, terapias más efectivas y una atención más personalizada, maximizando el **valor en salud**.

P8

Coordinación entre niveles asistenciales

- Para lograr un flujo de trabajo más eficiente en el sistema sanitario es fundamental **fomentar una comunicación y colaboración efectivas** entre distintos niveles y áreas.
- Se propone la implementación de **sistemas de información integrados** que permitan el intercambio de datos en tiempo real entre hospitales, clínicas y atención primaria, facilitando así una coordinación más ágil y precisa.
- Además, la formación conjunta de profesionales de la salud es esencial para promover un **entendimiento común de los procedimientos y objetivos**, lo que fortalecerá la cohesión del equipo sanitario.

P9

Fomento de uso racional de los recursos, digitalización, mejora de la coordinación e interoperabilidad

- Además, la **digitalización** se presenta como una vía clave para **mejorar la gestión operativa**, la calidad asistencial y la interoperabilidad entre comunidades.
- La **integración de sistemas de información** y el **desarrollo de servicios digitales** optimizarían la administración y seguimiento de recursos (con un registro único y digitalizado), y la contribución a una **mayor accesibilidad del sistema de los pacientes**.

P10

Inventariar los recursos tecnológicos disponibles y aplicar criterios de renovación en base a su impacto en los procesos

- **Adopción de sistemas integrados** en equipos de alta tecnología para facilitar su gestión, inventario y planificación; con el fin de llevar una **renovación gradual, evitando la obsolescencia** y permitiendo evaluar el retorno de la inversión a medio y largo plazo.
- Diseño de un **plan de actualización tecnológica** del equipamiento que permita conocer a tiempo, evaluar y, en su caso, adquirir las nuevas funcionalidades que proveen al equipo inventariable de mayor eficiencia y prestaciones.
- Asegurar un proceso de **mantenimiento adecuado y cualificado y preventivo**.
- Evaluar el **impacto de las nuevas tecnologías** en la eficiencia de los procesos asistenciales y abordar su implementación, considerando el ciclo de vida de los equipos y sus repercusiones en otros ámbitos de la sanidad

7

Conclusiones



Principales conclusiones del estudio

C1

Los presupuestos sanitarios han sido consistentemente insuficientes para cubrir los gastos sanitarios



- Durante los últimos 15 años, al **comparar el presupuesto sanitario con el gasto real efectuado**, se evidencia una tendencia a **subestimar el presupuesto sanitario**, superando ampliamente los créditos inicialmente presupuestados.

C2

El envejecimiento actual y proyectado conllevará un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y en el gasto sanitario



- El **envejecimiento de la población** y el **aumento de enfermedades crónicas** son factores que están ejerciendo una importante **presión sobre el gasto sanitario público**. Las **personas mayores de 65 años** constituyen aproximadamente el **20% de la población española**, y se espera que este porcentaje continúe creciendo.

C3

El déficit presupuestario estructural provoca demoras en los pagos a proveedores, que afectan a la liquidez y solvencia de las empresas



- A finales de 2024, el PMP de las comunidades autónomas alcanzaba los 35 días, superando el límite de 30 días. **La deuda comercial sanitaria representaba el 70% del total**. La **Región de Murcia, las Islas Baleares y la Comunidad Valenciana** tienen los niveles más altos de los períodos medios de pago y de la proporción de deuda comercial sanitaria en relación con su PIB.
- La **irregularidad en los pagos anual** refleja diferencias interregionales, que evidencian **distintos enfoques en la gestión de la deuda** y del pago a proveedores.

C4

La acumulación de deuda comercial sanitaria genera un sobrecoste para el SNS y compromisos financieros futuros



- En 2023, las CC.AA. destinaron **55 millones de € al pago de intereses de demora**, un importe con el que se podrían haber financiado programas de prevención o haber adquirido tecnología avanzada.
- A finales de 2024, se estimaba que los proveedores de tecnología sanitaria enfrentaban una deuda vencida superior a 5.500 millones de €, con **más de 200 millones de € en costes reclamables**. Sin embargo, **solo se reclamó el 28%** de estos costes, lo que genera que las empresas asuman una parte relevante de estos importes.

C5

Muchas comunidades autónomas han utilizado distintos mecanismos e instrumentos para la gestión de la deuda comercial sanitaria

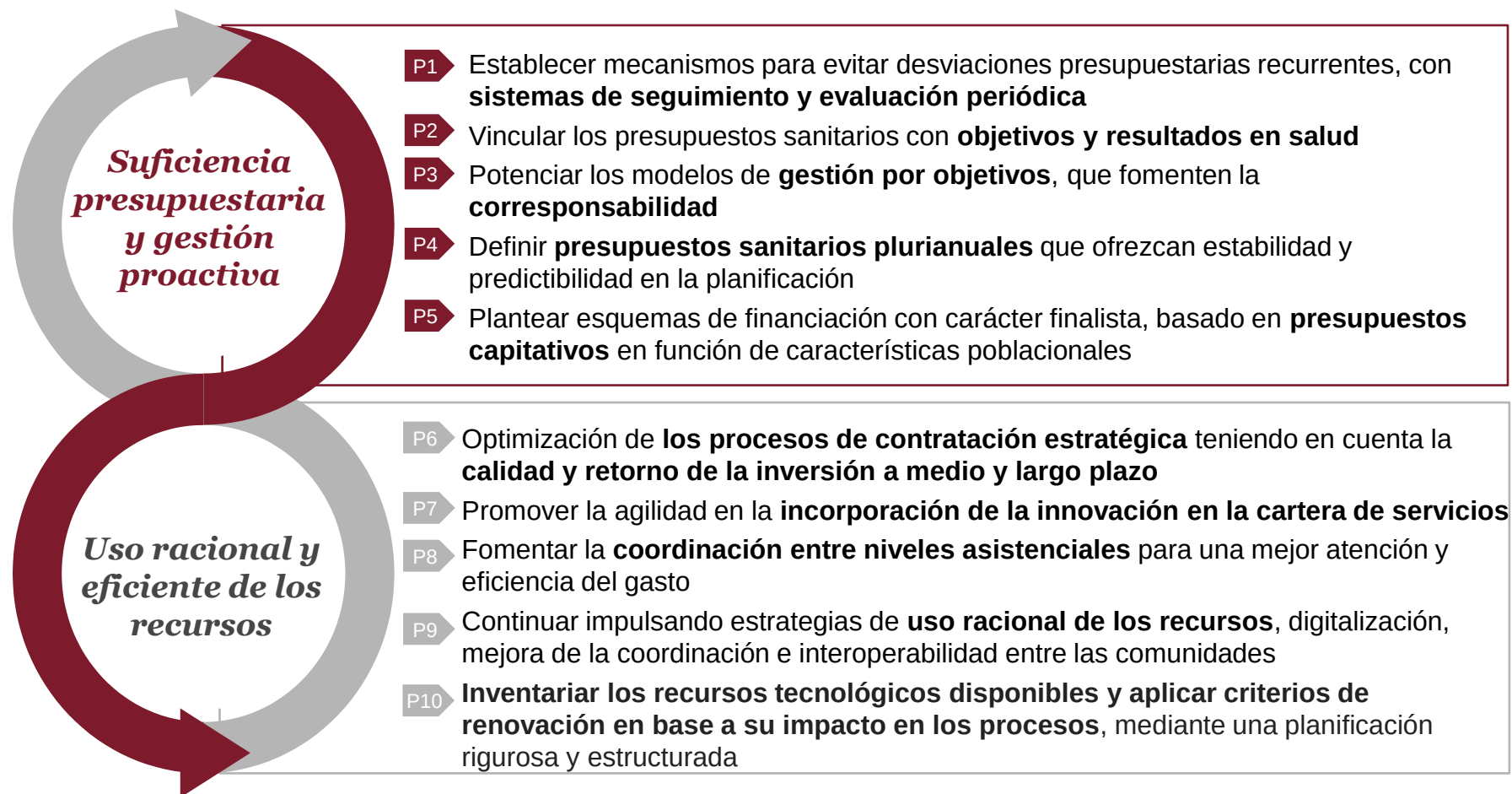


- Los **mecanismos extraordinarios de liquidez** (FLA, entre otros) han tenido un impacto significativo en el cumplimiento de pago a proveedores, como una **medida puntual que deben complementarse con estrategias** más amplias (por ejemplo, el *confirming*).
- Además, como buenas prácticas se destaca el **uso de estrategias combinadas de digitalización** (avance en la adopción de facturación electrónica), **eficiencia** (establecer observatorios para reforzar seguimiento de deuda), y **colaboración con proveedores** (promover el diálogo con las AA.PP)

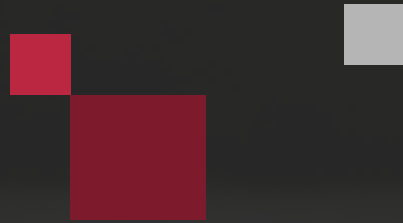
Síntesis de propuestas de actuación y mejora del SNS

Además de las buenas prácticas para una mejor gestión de la deuda comercial sanitaria, para fortalecer la sostenibilidad financiera del SNS se requiere la gestión y distribución de los presupuestos de manera proactiva, asegurando un uso eficiente de los recursos disponibles

Áreas propuestas de actuación y mejora del SNS:



Referencias



Referencias (1/3)

- AIReF (2023). *Opinión sobre la sostenibilidad de las Administraciones Públicas a largo plazo: la incidencia de la demografía*
- AIReF (2019). *Evaluación del gasto en medicamentos dispensados a través de receta médica*
- AIReF. *Observatorio de deuda*
- Auditoría pública nº 54. (2011). *Morosidad, endeudamiento y transparencia en el Sector Público*
- Asamblea de Extremadura (2016). *Copia del contrato de confirming firmado por el SES con Caixabank*
- Banco de España
- Bizkaia nagusi intelligence center (2024). *Cómo afecta la enfermedad crónica en el envejecimiento*
- BIOEF. *I+D+i en salud*
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2024). *Resolución de 24 de septiembre de 2024, aprobada por la Comisión Mixta para las Relaciones con el Tribunal de Cuentas, en relación con el Informe de fiscalización de la Cuenta General de la Comunidad Autónoma de Extremadura, ejercicio 2020*
- Cámara de cuentas de la Comunidad de Madrid. (2023). *Informe fiscalización Comunidad Madrid 2022*
- Conde-Ruiz y Gonzalez (2021). *El proceso de envejecimiento en España*
- Consejo Económico y Social España (2024). *Informe del sistema sanitario: Situación actual y perspectivas para el futuro*
- Consejo de Cuentas de Castilla y León. (2017-2021). *Fiscalización de la cuenta general de la comunidad autónoma, ejercicio 2017-2021*
- Cuentas generales de las comunidades autónomas
- De la Fuente, Ángel (2017). *Los mecanismos adicionales de financiación: cantidades desembolsadas, subvenciones a los intereses y efectos sobre la financiación efectiva de las CCAA*
- Escuela Nacional de Sanidad, instituto de Salud Carlos III (2024). *Informe SESPAS. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa*
- European Commission (2024). *G2B late payments report*
- European Commission. *EU Payment Observatory*
- Expansión (2016). *Caixabank gestionará el confirming para pagar los proveedores del SES*
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la sanidad pública (2023). *Presupuestos sanitarios de las CCAA para 2024*
- Fenin. (2024). Nota de prensa. *La tecnología sanitaria innovadora, clave para responder a los retos actuales*
- Fenin (2024). *Perfil Tecnológico Hospitalario, propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias*
- Fenin Tecnología Sanitaria (2023). *Perfil Tecnológico Hospitalario, propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias*
- Fenin. *Observatorio de deuda*
- Funcas (2021). *Recuperación al compás de las vacunas. Cuadernos de Información Económica, N.º 281*
- Gobierno de España. (2023). *Conoce el Plan INVEAT de inversión en equipos de alta tecnología en el Sistema Nacional de Salud*
- ICEA (2024). *Seguro de Salud*

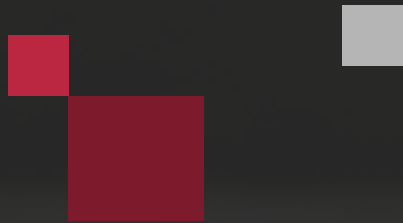
Referencias (2/3)

- IEF (2024). Opiniones y actitudes fiscales de los españoles en 2023
- Instituto Geográfico Nacional (2021). Dinámica demográfica
- INE. Estadística Continua de Población. Población residente a 1 de enero
- INE. Estadística del Padrón continuo
- INE. Indicadores demográficos básicos
- INE. Proyecciones de población
- Intrum (2024). *European Payment Report*
- InfoResidencias. (2022). *Sueldos en las residencias de ancianos según el Convenio Colectivo*
- Izertis. (2024). *Innovación tecnológica en el sector salud: el impacto de las soluciones de apoyo*
- La Moncloa. (2019). *El Fondo de Financiación de las CCAA para el cuarto trimestre de 2019 asciende a 4.317,5 millones*
- Ley 3/2004, de 29 de diciembre, *por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales*
- Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, *de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera*
- Ley Orgánica 9/2013, de 20 de diciembre, *de control de la deuda comercial en el sector público*
- Ley 9/2017, de 8 de noviembre, *de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014*
- Ministerio de Hacienda (2025). *Proyectos de Presupuestos generales de las CC.AA.*
- Ministerio de Hacienda (2024). *Informe sobre los mecanismos de financiación de CC.AA. 2012-2023*
- Ministerio de Hacienda (2024). *Proyectos de presupuestos generales de las comunidades autónomas 2025*
- Ministerio de Hacienda. *Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario*
- Ministerio de Hacienda. *Informe mensual sobre plazos de pago a proveedores y deuda comercial de las CC.AA*
- Ministerio de Hacienda y Función pública (2015). *Programa para la aplicación del comportamiento fondo de liquidez autonómico del fondo de financiación a CCAA para el ejercicio 2015*
- Ministerio de Sanidad (2024). *Sistema de cuentas de salud 2022: Principales resultados*
- Ministerio de Sanidad. Nota de prensa (2022). *9 de cada 10 medicamentos para el tratamiento contra el cáncer se financian en el sistema sanitario público*
- Ministerio de Sanidad (2022). *Metodología de la estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)*
- Ministerio de Sanidad (2021). *Plan INVEAT. Inversión en Equipos de Alta Tecnología Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud*
- Ministerio de Sanidad (2019). *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea*
- Ministerio de Sanidad. *Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP)*
- Ministerio de Sanidad. *Estadística de Gasto Sanitario Público*

Referencias (3/3)

- Ministerio de Sanidad. *El Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad. *Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud*
- Ministerio de Sanidad. *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*.
- Picó, J. y Romero, A. (2011). *Morosidad, endeudamiento y transparencia en el Sector Público. Reflexiones críticas y propuestas*.
- Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (2024). *La cronicidad en las políticas públicas sanitarias Recomendaciones para definir un marco común de abordaje al paciente crónico complejo*
- PolizaMedica. (2024). *Robot da Vinci: ¿Qué es? ¿Cómo funciona?*
- Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, *por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público*
- Real Decreto-ley 7/2012, de 9 de marzo, *por el que se crea el Fondo para la financiación de los pagos a proveedores*
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, *de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*
- Real Decreto-ley 8/2013, de 28 de junio, *de medidas urgentes contra la morosidad de las administraciones públicas y de apoyo a entidades locales con problemas financieros*
- Real Decreto-ley 17/2014, de 26 de diciembre, *de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico*
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, *por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*
- Revista Española de Economía de la Salud. (2024). *El diagnóstico temprano de EPOC ahorraría más del 75% de los gastos de un paciente con obstrucción grave*
- Revista Española de Salud Pública (2019). *vol.78 nº 4*
- Sevilla, F. (2005). *Financiación sanitaria y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*
- Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana (2023). *Informe de fiscalización de la cuenta de la administración de la Generalitat*
- Sociedad Española de Directivos de la Salud (2020). *Soluciones para la gestión de la cronicidad*
- Tribunal de cuentas (2021). *Informe global del sector público autonómico ejercicio 2018*
- Observatorio de atención al paciente (2021). *Observatorio Atención al Paciente 2021 | Abordaje de la cronicidad en España*
- OCDE. *Health Data*
- Opinión de Murcia (2022). *Los murcianos consumen cada día más de 2,8 millones de € en medicamentos*
- Organización Mundial de la Salud
- WPS Review International on Sustainable Housing and Urban Renewal (2020). *Estrategias residenciales para abordar el envejecimiento de la población en España*
- Xunta de Galicia (2023). *La Xunta culmina la puesta en marcha de 76 nuevos equipos de alta tecnología sanitaria en los hospitales públicos gallegos*

Anexo

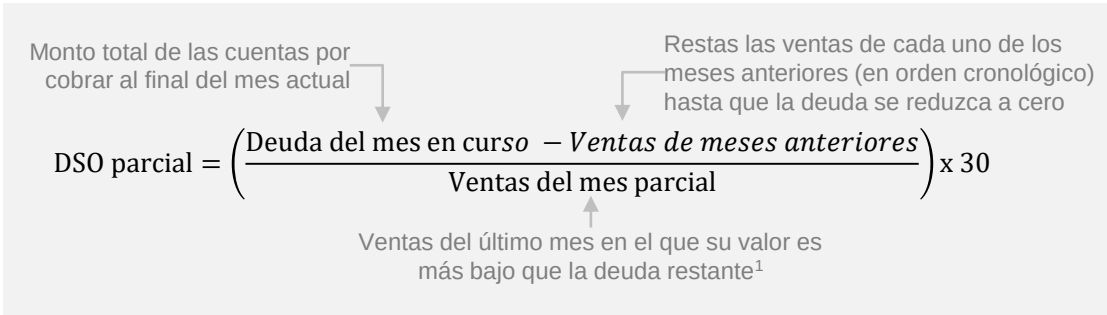


Diferencias metodológicas en el cálculo del DSO del Observatorio de deuda de Fenin y el PMP del Ministerio de Hacienda

Days Sales Outstanding (DSO)

Fenin, a partir de una muestra de 15 empresas del sector de tecnologías sanitarias, calcula el **tiempo que tarda una empresa en convertir sus ventas a crédito en efectivo (DSO)**.

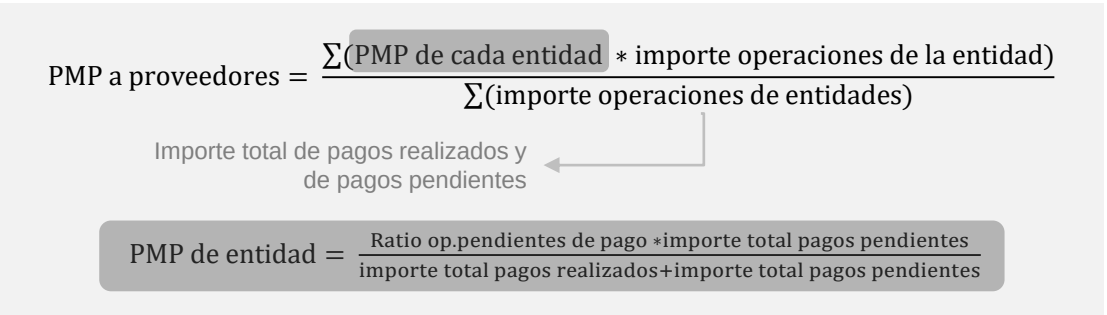
Este es el **periodo medio de cobro una vez suministrado el producto** o servicio tomando en cuenta las ventas históricas mes a mes para determinar cuántos días de ventas pasadas son necesarios para cubrir el total de la deuda actual (cuentas por cobrar).



Periodo Medio de Pago (PMP)

La metodología del **PMP** a proveedores de las Administraciones públicas, llevado a cabo por el **Ministerio de Hacienda**, se desarrolló por el Real Decreto 635/2014, de 25 de julio y se modificó años más tarde, en el Real Decreto 1040/2017.

Se determina como la **medición del retraso en el pago de la deuda comercial**, considerando tanto el volumen de las operaciones pagadas en el último mes de referencia como el importe de las operaciones pendientes de pago.



Diferencias entre los métodos de cálculo

Mecanismo de cálculo	Reducción de 30 días	Facturas seleccionadas para el cálculo	Quién realiza el cálculo	Facturas de proveedores
- PMP incluye las obligaciones pendientes de pago y las pagadas - DSO solo incluye facturas pendientes de pago	- En PMP se restan 30 días al tiempo transcurrido entre la fecha de entrega de factura y la de pago - DSO no se restan 30 días ni se ponderan facturas	- PMP usa facturas que se hayan registrado en el registro contable de facturas - DSO se utilizan todas las facturas	- El cálculo del PMP lo realizan cada Comunidad Autónoma y luego se acumulan - DSO se realiza de forma global de todas las empresas	- PMP del MINHAP incluye las facturas de proveedores de ámbito sanitario total - DSO solo las facturas de empresas del sector de Tecnología Sanitaria

(1) Ejemplo: Si tres meses antes del mes actual las ventas fueron 6.000 y la deuda restante calculada (saldo restante) es 5.000, el valor que se escoge son las ventas de ese mes
Fuente: Observatorio de deuda Fenin e Ministerio de hacienda (2024). Informe mensual sobre plazos de pago a proveedores y deuda comercial de las CCAA.



Este documento está basado en datos públicos, así como en datos facilitados por Fenin y se distribuye únicamente con propósito informativo. No pretende ser exhaustivo en cuanto al análisis realizado y no conlleva recomendaciones. La información se presume confiable, pero no se garantiza que sea completa. PricewaterhouseCoopers Asesores de Negocios, S.L., sus socios, empleados o colaboradores no aceptan ni asumen obligación, responsabilidad o deber de diligencia alguna respecto de las consecuencias de la actuación u omisión por su parte o de terceros, en base a la información contenida en este documento o respecto de cualquier decisión fundada en la misma.

© 2025 PricewaterhouseCoopers, S.L. Todos los derechos reservados. "PwC" se refiere a PricewaterhouseCoopers, S.L, firma miembro de PricewaterhouseCoopers International Limited; cada una de las cuales es una entidad legal separada e independiente.