



Mapa de retos, necesidades y soluciones

de INNOVACIÓN y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

INNOVA Red Salud Summit 2026

Actualización del Mapa de Innovación y Transformación Digital para el SNS



Octubre de 2026
ISBN: 978-84-09-92997-9

CONTENIDOS

I.	Introducción
II.	Resumen ejecutivo actualizado
III.	Comité Asesor
IV.	Retos, necesidades y soluciones actualizados 2026
V.	Proyectos e iniciativas destacadas
VI.	Voces de los Directivos y Directivas de la Salud: aprendizajes clave
VII.	Tecnologías prioritarias
VIII.	Continuación del Proyecto INNOVA Red Salud



Introducción

La innovación ha dejado de ser una opción para convertirse en la palanca imprescindible de la transformación de nuestro sistema sanitario. En un contexto marcado por el envejecimiento de la población, la cronicidad, la presión asistencial y la escasez de profesionales, innovar no es una moda ni un ejercicio de escaparate tecnológico: es la vía por la que el Sistema Nacional de Salud puede avanzar hacia la calidad y la excelencia asistencial que nuestros pacientes merecen y que nuestros profesionales necesitan para desarrollar su labor en las mejores condiciones posibles.

En este proceso, el papel de los Directivos y Directivas de la Salud resulta determinante. Son ellos y ellas quienes, día a día, deciden qué proyectos escalar y cuáles descartar, quienes rediseñan procesos y circuitos asistenciales, quienes lideran el cambio cultural imprescindible para que la tecnología se traduzca en mejores resultados de salud, y quienes asumen la responsabilidad de gobernar la innovación con criterios de seguridad, eficiencia y sostenibilidad. La innovación realmente útil no depende únicamente de la tecnología disponible, sino de la capacidad de liderazgo de Directivos y Directivas de la Salud para integrarla, gestionarla y ponerla al servicio del paciente y del profesional.

Consciente de esta realidad, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) mantiene, desde hace tres años, un compromiso firme y continuado con la innovación y la transformación digital del Sistema Sanitario a través de un proyecto de gran valor: INNOVA Red Salud. Lo que en 2024 nació como un primer mapa diagnóstico se ha consolidado hoy como una comunidad activa que conecta a Directivos y Directivas de la Salud, startups, financiadores y ecosistemas de innovación de toda España, y que se ha visto reforzada este año con la celebración del INNOVA Red Salud Summit 2026 en las Jornadas Nacionales de la Sociedad celebradas en Toledo.

El presente Mapa, elaborado a partir de más de 26 entrevistas a Directivos y Directivas de la Salud de toda España y de los contenidos del Summit de Toledo, nos ofrece un diagnóstico maduro y honesto de dónde nos encontramos. Sus conclusiones más relevantes así lo confirman. En primer lugar, **el gobierno del dato se consolida como la principal barrera y, a la vez, como la principal oportunidad**: ya no hablamos de falta de datos, sino de su calidad, interoperabilidad y capacidad de generar decisiones; un Sistema que no explota el 97% del dato que capta tiene ante sí un enorme margen de mejora. En segundo lugar, se confirma que **la innovación no consiste solo en implantar tecnología, sino en rediseñar procesos y transformar la organización**: la tecnología es la palanca, pero el cambio real ocurre cuando se modifica la forma de trabajar. En tercer lugar, **la Inteligencia Artificial ha pasado de la promesa a la implantación real, lo que sitúa a la gobernanza, la responsabilidad y la formación de los Directivos y Directivas de la Salud como los retos ineludibles de esta nueva etapa**. Y, junto a ello, los resultados ya tangibles en reducción de listas de

espera, en integración asistencial y en monitorización remota demuestran que la innovación, cuando se gestiona bien, genera un impacto real y medible en la vida de los pacientes.

Leído en su conjunto, este Mapa pone de manifiesto que el Sistema Sanitario español ha superado ya la fase de la experimentación tecnológica y se adentra en una etapa de madurez, en la que el verdadero valor no está en adoptar la innovación, sino en gobernarla, escalarla y sostenerla en el tiempo. Ese es, precisamente, el reto que SEDISA quiere seguir acompañando desde INNOVA Red Salud.

Quiero expresar mi agradecimiento más sincero a Dinamiza, compañero de viaje imprescindible en estos tres años de trabajo conjunto; al Comité Asesor de INNOVA Red Salud, por su visión, su rigor y su generosidad al compartir su experiencia; y, de manera muy especial, a los más de 26 Directivos y Directivas de la Salud que, con su testimonio, su tiempo y su compromiso, han hecho posible esta actualización del Mapa. Su conocimiento es el verdadero valor de este documento.

Les invito a la lectura de las páginas que siguen, convencido de que en ellas encontrarán no solo un diagnóstico riguroso, sino también una **hoja de ruta útil para seguir avanzando, entre todos, hacia un Sistema Sanitario más innovador, más eficiente y, sobre todo, más humano.**

D. José Soto Bonel
Presidente de SEDISA

II

Resumen Ejecutivo Actualizado 2026

El *Mapa de retos, necesidades y soluciones de INNOVACIÓN y TRANSFORMACIÓN DIGITAL 2026* ha sido elaborado a través de más de 26 entrevistas personalizadas con Directivos de la Salud de hospitales y servicios de salud de toda España, celebradas entre 2025 y 2026, junto con los contenidos de las mesas de trabajo del INNOVA Red Salud Summit (Toledo, mayo 2026). Este documento actualiza, amplía y enriquece el mapa inaugural publicado en octubre de 2024.

Diagnóstico: qué ha cambiado desde 2024

El sistema sanitario español ha avanzado significativamente en su proceso de transformación digital, aunque de forma desigual. Los grandes cambios respecto a 2024 son:

- La IA ha pasado de tendencia a realidad implantada, con proyectos en marcha en diagnóstico por imagen, scribe digital, gestión de pacientes crónicos, codificación clínica y automatización de procesos administrativos.
- La monitorización remota es ya una práctica consolidada en múltiples centros, especialmente en cardiología, diabetes y patología crónica.
- El gobierno del dato se reconoce como la condición previa imprescindible para cualquier avance en IA. Sin dato limpio, interoperable y fiable, no hay transformación real.
- La integración entre atención primaria y hospitalaria avanza a través de interconsultas electrónicas, teledermatología y teleoftalmología, con resultados medibles en reducción de listas de espera.
- La gestión del cambio cultural sigue siendo el principal cuello de botella, por encima de la tecnología y la financiación.
- Han emergido nuevos retos: gobernanza de la IA (Reglamento Europeo de IA), responsabilidad legal ante errores algorítmicos, formación de directivos en IA, y sostenibilidad financiera post-piloto.

Principales demandas y retos actualizados 2026

(Por orden de relevancia, de mayor a menor)

1	Gobierno del dato y calidad del dato La explotación de la IA depende directamente de la calidad, interoperabilidad y disponibilidad del dato clínico. Sigue siendo la barrera número 1. Sin dato limpio y estructurado no hay IA útil.
2	Reingeniería de procesos y transformación organizativa La innovación no es implantar tecnología, es cambiar la forma de trabajar. La transformación digital debe ir acompañada de rediseño de procesos y cambio cultural.
3	Implantación de Inteligencia Artificial con gobernanza La IA ya está presente en muchos centros, pero sin un marco de gobernanza claro: quién decide qué se puede hacer, quién asume responsabilidades y cómo se evalúa el impacto.
4	Reducción de listas de espera mediante innovación Prioridad absoluta para los directivos de gestión. La tele dermatología, tele oftalmología e interconsulta electrónica están demostrando resultados reales y medibles.
5	Integración asistencial primaria-hospitalaria-sociosanitaria La digitalización sin integración es 'cosmética'. Se necesitan soluciones que rompan los silos y garanticen continuidad asistencial real.
6	Incremento de la demanda y escasez de profesionales El envejecimiento de la población, la cronicidad y la falta de profesionales siguen siendo los conductores estructurales de la demanda. La IA puede liberar tiempo clínico para lo que no pueden hacer las máquinas.
7	Monitorización remota y hospitalización a domicilio Proyectos ya consolidados en múltiples centros: cardiopatías, diabetes, paroplejía, insuficiencia cardíaca. Los resultados en accesibilidad, adherencia y seguridad son positivos.
8	Formación en IA para directivos y profesionales El re-skilling y up-skilling son urgentes. Los profesionales ya usan IA de forma no regulada. La formación estructurada y el liderazgo en adopción son imprescindibles.
9	Mejor servicio al paciente y medición del valor Portal del paciente, herramientas de comunicación, PROMs y PREMs. La medición de la experiencia del paciente sigue siendo una asignatura pendiente, aunque cada vez más centros la incorporan.
10	Gestión del cambio y liderazgo directivo La resistencia de los profesionales al cambio no se resuelve con imposición, sino con participación. Los directivos deben ser impulsores del cambio, no solo gestores del mismo.
11	Financiación sostenible e innovación post-piloto Los fondos europeos (Next Generation, FEDER) financian pilotos, pero no garantizan sostenibilidad. El reto es escalar lo que funciona sin depender de financiación finalista.
12	Ciberseguridad y regulación de la IA La mayor digitalización aumenta la superficie de ataque. El Reglamento Europeo de IA exige nuevos marcos de gobernanza. La responsabilidad legal ante errores algorítmicos es un territorio aún por definir.



Comité Asesor

D. José Soto Bonel.

Presidente de SEDISA.

D. César Pascual.

Consejero de Salud del Gobierno de Cantabria.

D. Julio Mayol.

Jefe de Sección de Cirugía del Hospital San Carlos de Madrid.

D. Francisco Dolz.

Responsable del Grupo de Trabajo de Innovación y Nuevas Tecnologías.

Dña. Carmen Martínez de Pancorbo.

Directora Gerente del Hospital Universitario 12 de Octubre.

D. Bernardo Valdivieso.

Secretario Autonómico de Planificación, Información y Transformación Digital, Conselleria de Sanidad, Comunidad Valenciana.

D. Lluís Blanch.

ITEMAS. Instituto de Salud Carlos III.

D. Rodolfo Antuña.

Dinamiza.

IV

Retos, necesidades y soluciones 2026

A lo largo de 2025 y 2026, el equipo de INNOVA Red Salud ha entrevistado a más de 26 Directivos y Directivas de la Salud de centros de toda España, celebrando mesas de trabajo con responsables de TIC, dirección médica, dirección de gestión y responsables autonómicos de salud digital. Las conclusiones que siguen recogen el estado actual de la transformación digital en el Sistema Nacional de Salud, enriquecido con los proyectos concretos que ya están en marcha.

Centros y organizaciones participantes en 2025-2026

■ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander)	■ GAI Talavera de la Reina
■ Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)	■ GAI Albacete
■ Hospital Universitario La Princesa (Madrid)	■ GAI Alcázar de San Juan
■ Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés)	■ GAI Guadalajara
■ Hospital Clínic de Barcelona	■ GAI Hellín
■ Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)	■ Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)
■ Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)	■ Orden Hospitalaria San Juan de Dios (España)
■ Hospital Universitario Son Espases (Palma)	■ Barcelona Health Hub
■ Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)	■ Hospital General de Castellón
■ Hospital Nacional de Paraplégicos (Toledo)	■ Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)
■ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	■ Servicio Cántabro de Salud
■ Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid)	■ Mesas de trabajo INNOVA Red Summit Toledo 2026
■ Gerencia Área Sanitaria Pontevedra-Salnés	■ Participantes del Speed Meeting Nacional

Junto a los 15 centros participantes en el mapa de 2024, se ha incorporado en esta edición un número significativamente mayor de gerencias de tamaño mediano, así como responsables autonómicos de salud digital, lo que enriquece la perspectiva con la visión de la gobernanza territorial y la escalabilidad de soluciones.

1. Gobierno del dato y calidad del dato

Si en 2024 el reto era 'gestionar el dato', en 2026 la conversación ha madurado: el problema no es el volumen de datos, sino su calidad, coherencia e interoperabilidad. Múltiples directivos señalan que sus organizaciones tienen millones de datos, pero no pueden explotarlos porque no están normalizados, no son comparables entre sistemas, o no están bien estructurados. La fragmentación de historias clínicas en un mismo territorio es citada como la principal barrera para implantar IA con resultados fiables.

"Tenemos datos a barrer en el sistema público, pero esos datos no siempre se convierten en información. Necesitamos una primera fase de normalización de los datos, de manera que podamos decir que los datos son únicos y comparables."

— D. Ángel Facio – Xerente da Área Sanitaria de Santiago de Compostela-Barbanza

La creación de 'áreas del dato' o 'centros de control' se identifica como una prioridad para integrar información asistencial, de gestión y de facturación en una única plataforma de toma de decisiones. En Cantabria, el 'Orquestador de flujos de trabajo', financiado con fondos Next Generation, busca precisamente integrar los flujos de trabajo entre niveles asistenciales, reducir la variabilidad y aumentar el tiempo clínico disponible. Iniciativas similares están en marcha en Santiago, Son Espases y otros centros.

- Prioridad urgente: normalización y estandarización del dato clínico como pre requisito para la IA
- Las historias clínicas fragmentadas (distintos sistemas en un mismo territorio) son el cuello de botella más citado
- Los 'command centers' y 'áreas del dato' emergen como la solución organizativa más demandada
- El 97% de los datos captados no se usan para tomar decisiones (mencionado en mesa de IA de Toledo 2026)

2. Transformación organizativa y reingeniería de procesos

La innovación tecnológica sin rediseño de procesos no transforma. Este es el mensaje más repetido en las entrevistas de 2026. Varios directivos advierten de que implantar tecnología sobre procesos deficientes o no estandarizados multiplica los problemas en lugar de resolverlos. La estandarización de procesos se cita como un requisito previo fundamental para cualquier proyecto de IA.

"La principal barrera para que los proyectos de IA sean exitosos es, en muchas ocasiones, la falta de estandarización de procesos."

— Documento de trabajo – Implantación de IA en centros sanitarios

El liderazgo tecnológico en el sistema sanitario no puede ser solo tecnológico: debe ser también organizativo y cultural. Las mesas de Toledo 2026 confirmaron que la tecnología es la palanca, pero

el cambio real ocurre cuando se modifica la forma de trabajar, se rediseñan los circuitos asistenciales y se implican a los profesionales desde el inicio.

- 'Innovar no es implantar tecnología, es cambiar los procesos' – Bernardo Valdivieso (Mesa Toledo 2026)
- La estandarización de procesos es el pre requisito para implantaciones de IA exitosas
- El rediseño de procesos debe incluir a los profesionales como partícipes, no como receptores del cambio
- Los proyectos que combinan tecnología con cambio organizativo tienen mayor tasa de éxito y escalabilidad

3. Inteligencia Artificial: de la promesa a la gobernanza

La Inteligencia Artificial ha pasado en dos años de ser una expectativa a una realidad en implantación, pero surge una nueva urgencia: la gobernanza. Los centros que ya han implantado IA en procesos clínicos o administrativos se enfrentan a preguntas críticas sobre quién autoriza qué, quién asume responsabilidades, cómo se evalúa el impacto real y qué dice la regulación europea.

El Reglamento Europeo de IA (AI Act) obliga a clasificar los usos en función de su nivel de riesgo. Los directivos señalan que hay un amplio margen para implantar IA en procesos operativos de bajo riesgo (gestión logística, automatización administrativa, codificación clínica) antes de abordar los casos de uso más regulados (diagnóstico, prescripción). Sant Joan de Déu describe este enfoque como 'empezar por la zona verde'.

"El problema no lo tenemos en las soluciones tecnológicas, sino en cómo las gobernamos. Hemos implementado una política de qué se puede y qué no se puede, con qué herramientas, un roadmap de por dónde comenzar. Y comenzamos en las tareas operativas, no en la zona roja que marca el Reglamento de IA."

— Dña. Yolima Cossio – Directora de Estrategia Digital y Datos, Hospital Sant Joan de Déu

Usos de IA más extendidos en 2026:

- Diagnóstico por imagen: radiografía de tórax, retinografías, resonancias (con IA como segunda lectura o cribado)
- Scribe digital / documentación clínica automatizada (piloto en Clínic Barcelona, >5.000 registros)
- Codificación automática de episodios clínicos
- IA conversacional para seguimiento de pacientes crónicos (cardiología, Severo Ochoa)
- Predicción de riesgo clínico: insuficiencia cardíaca, infección postquirúrgica, diálisis
- Automatización de procesos administrativos: citaciones, documentación, alertas logísticas
- Microsoft Copilot implantado como herramienta corporativa en algunos centros (Clínic Barcelona)

4. Reducción de listas de espera: resultados reales

La reducción de listas de espera es la prioridad número uno para los directores de gestión. El dato que aparece con más fuerza en las entrevistas de 2026 es que ya existen proyectos con resultados demostrables, especialmente en especialidades con alta demanda y posibilidad de triaje digital.

Proyectos con impacto medido en reducción de esperas:

- Tele dermatología (Hospital La Princesa / Ramón y Cajal): más del 50% de peticiones resueltas sin visita presencial. Tiempo de respuesta del dermatólogo: menos de 72 horas. El proyecto es ya referencia en la Comunidad de Madrid y se está extendiendo a otros hospitales.
- Tele oftalmología (Alcázar de San Juan, replicado en Talavera y en hospitales sin oftalmólogo): sistema de triaje con IA que libera al 40% de los pacientes directamente como altas. Lista de espera en oftalmología: reducida a 0 en algunos centros.
- Interconsulta electrónica entre primaria y especializada (Albacete, Guadalajara): respuesta en menos de 72 horas, evita derivaciones innecesarias y mejora la resolución en primaria antes de que el paciente se mueva.
- IA para radiología simple (Pontevedra): informes automáticos de radiografía de tórax, columna y sistema musculoesquelético. Libera tiempo del radiólogo para casos complejos.

"Con la tele dermatología, más de la mitad de las peticiones de cita están llegando con imagen, lo que permite al dermatólogo ver el caso y hacer la recomendación sin que el paciente venga. Nuestra espera media está en torno a 32 días y el dermatólogo responde en menos de 72 horas."

— D. Ignacio Martínez Jover – Director Gerente Hospital Universitario del Henares

5. Integración asistencial: romper los silos

'La digitalización sin integración es cosmética': esta frase, pronunciada en la Mesa 2 de Toledo 2026, resume uno de los mensajes más contundentes del año. Los sistemas sanitarios siguen funcionando en silos: primaria, hospitalaria, sociosanitaria y salud mental operan con escasa coordinación, y la digitalización de cada nivel por separado no resuelve el problema, sino que lo tecnifica.

Los proyectos con mayor impacto son precisamente los que conectan niveles asistenciales: la interconsulta electrónica, las retinografías hechas en primaria e informadas por el hospital, los point-of-care descentralizados que llevan la prueba al paciente en lugar de mover al paciente al hospital. El modelo de área sanitaria única (primaria + hospitalaria bajo la misma gerencia), más desarrollado en Galicia y algunas CCAA, facilita este tipo de proyectos.

- La enfermera de práctica avanzada como figura de integración: seguimiento postalta, coordinación con primaria, monitorización domiciliaria
- Interconsulta: elimina la derivación innecesaria, acelera la respuesta y no mueve al paciente sin necesidad
- Retinografía con IA en centros de salud: la imagen se hace en primaria, la IA descarta lo no patológico y solo lo positivo llega al oftalmólogo hospitalario

- *Point of care* descentralizado (Galicia): análisis en el centro de salud con control centralizado en el laboratorio. Menos desplazamientos, más equidad

6. Monitorización remota y hospitalización a domicilio

La monitorización remota de pacientes crónicos es en 2026 una de las innovaciones más consolidadas. Lo que en 2024 era un piloto es ahora una práctica extendida en cardiología, diabetes y patología crónica. Los resultados en términos de accesibilidad, adherencia, seguridad clínica y satisfacción del paciente son positivos y están siendo publicados.

"Cuando haces un seguimiento a distancia del paciente, tienes información diaria, no cada seis meses. Puedes actuar de forma proactiva, le evitas desplazamientos y el paciente se siente muy bien atendido. Eso está cambiando el modelo."

— D. Alberto Sansón – Gerente GAI Albacete

Modelos en funcionamiento:

- Monitorización de dispositivos cardíacos intracardíacos (Albacete): todos los pacientes de cualquier marca, respuesta en menos de 72 horas, reducción del 89% de revisiones analíticas por el equipo preventivo gracias a IA
- Monitorización remota de diabéticos insulín dependientes (regional Albacete/Castilla-La Mancha): seguimiento diario, menos hospitalizaciones, mejor adherencia
- IA conversacional para insuficiencia cardíaca (Severo Ochoa): más de un año en seguimiento real, validación clínica en marcha
- Teleasistencia para lesionados medulares (Hospital de Paraplégicos, Toledo): seguimiento post alta, apoyo a profesionales de primaria
- Hospitalización domiciliaria con monitorización en tiempo real (Alcázar de San Juan, La Princesa, otros)

7. Formación en IA: urgencia y realidad

Los profesionales sanitarios ya usan IA en su práctica clínica diaria de forma no regulada (ChatGPT, herramientas externas), con los riesgos de privacidad y calidad que eso conlleva. La respuesta de algunos centros ha sido proactiva: en lugar de prohibir, ordenar y formar.

"Más de un 60% de los médicos de familia en Cataluña utilizan el ChatGPT en su práctica clínica diaria de manera particular. El gran elemento que tenemos que resolver es cómo introducimos estos elementos de transformación en la práctica clínica diaria, de manera segura, transparente y aprobada por el paciente."

— Dr. Josep María Campistol – Director General Hospital Clínic de Barcelona

Iniciativas de formación en IA:

- Clínic Barcelona: curso de IA con empresa americana EIA, más de 2.000 profesionales formados. Segunda edición abierta. Hackathon anual con 27 retos activos en implantación. Master de IA en Salud con Universidad de Barcelona (inicio curso 2026-27).
- Orden San Juan de Dios: programa de formación con Universidad de Stanford para directivos, combinando casos prácticos con IA colectiva. Foco en toma de decisiones y automatización.
- SESCAM: liderazgo autonómico para formar e implantar IA con gobernanza centralizada a través de la Agencia de Transformación Digital.
- Múltiples centros: comités de IA, grupos de trabajo con hematología, oncología y otras sociedades científicas como punto de entrada bottom-up.

8. Gestión del cambio y cultura organizativa

La gestión del cambio sigue siendo el reto más difícil y el menos tecnológico. Los directivos coinciden en que la resistencia de los profesionales no es irracional: es producto de años de modelos arraigados, de fatiga acumulada, y de cambios impuestos sin participación. El éxito de los proyectos de innovación está directamente relacionado con el nivel de implicación de los profesionales desde el inicio.

"Solo se puede cambiar con la colaboración de los profesionales. Lo peor no es que ellos se resistan al cambio. Ellos van a resistir fundamentalmente a que les cambiemos. Solo podemos cambiarlos por su colaboración."

— D. César Pascual – Consejero de Salud del Gobierno de Cantabria

- La participación activa del profesional es condición necesaria para el éxito de cualquier proyecto de transformación
- Los proyectos bottom-up (nacidos desde los clínicos) tienen mayor tasa de adopción que los impuestos top-down
- Las 'coaliciones guía' de profesionales convencidos son el mejor vector de difusión interna
- La cultura de evaluación y mejora continua ('lo que no se mide no se puede mejorar') es la base de la transformación sostenible

9. Financiación: oportunidades y limitaciones

Los fondos europeos (Next Generation EU, FEDER, programas Horizon) son la principal fuente de financiación para proyectos de innovación en el sistema público. Sin embargo, presentan una limitación estructural: tienen inicio y fin, están orientados a suministros o proyectos acotados, y no garantizan la sostenibilidad de lo que funciona. Los directivos señalan la necesidad de nuevos modelos de colaboración público-privada y de contratación pública innovadora.

"Al final siempre mueres en la orilla del río porque no tienes dinero. Te vas a un fondo europeo. Los fondos tienen que ser suministros. Yo ya estoy mirando si hay algo que sea como compra pública innovadora para que nos quedemos con alguna propiedad intelectual."

— D. Juan José Vera Guirao – Jefe de Servicio de Informática. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Rutas de acceso a financiación identificadas:

- Contrato menor (menos de 15.000 €): vía más ágil, adjudicación directa en 1-4 semanas, ideal para pilotos iniciales
- Procedimiento simplificado abreviado (hasta 60.000 €): 1-3 meses, sin mesa de contratación
- Procedimiento simplificado (hasta 143.000 €): 3-5 meses
- Fondos Next Generation / FEDER: financiación sólida para proyectos tecnológicos, pero con restricciones de alcance y temporalidad
- Compra Pública Innovadora: camino aún poco explorado, pero con potencial para co-creación y retención de propiedad intelectual
- Fundaciones hospitalarias y donaciones: vía complementaria en algunos centros, especialmente para equipamiento

10. Gobernanza autonómica: centralización vs. agilidad

Un debate que ha emergido con fuerza en 2026 es el de la centralización de la gobernanza digital a nivel autonómico. Algunas CCAA han apostado por una concentración de decisiones en organismos centrales (como la Agencia de Transformación Digital de Castilla-La Mancha), con ventajas en coherencia y escalabilidad, pero con el riesgo de ralentizar la innovación local y generar frustración en los equipos hospitalarios.

"Todo está muy centralizado, lo que hace que dependamos siempre de la Consellería. Eso tiene sus ventajas: por primera vez hay un organismo que se preocupa de esto. Pero el inconveniente es que los demás no podemos entrar en proyectos sin su visto bueno, con lo cual tenemos muy poca maniobra."

— D. Luis García – Ex Director Médico, Castellón

- La gobernanza centralizada aporta coherencia, interoperabilidad y capacidad de escala
- Pero puede frenar la innovación local si no existen mecanismos ágiles de pilotaje y validación en los hospitales
- El modelo ideal combina estrategia central con autonomía operativa en los centros
- La Agencia de Transformación Digital de CLM es el caso más avanzado en España, aunque con dificultades estructurales iniciales

V

Proyectos e iniciativas destacadas 2025-2026

A continuación, se recogen los proyectos más significativos identificados en las entrevistas de esta edición. Todos ellos han superado la fase de piloto o están en proceso de escalado, y aportan aprendizajes replicables para otros centros.

Teledermatología — Hospital La Princesa (Madrid) y extensión a Comunidad de Madrid

Sistema de teleconsulta basado en imagen que permite al médico de atención primaria enviar una foto de la lesión cutánea al dermatólogo hospitalario. El especialista responde en menos de 72 horas con una recomendación: alta directa, tratamiento farmacológico o cita presencial. Resultado: más del 50% de peticiones resueltas sin visita. Ahora es el modelo de referencia en la CM y se está extendiendo a todos los hospitales de la región.

Teleoftalmología — Alcázar de San Juan (CLM) y hospitales sin oftalmólogo

Sistema de exploración automatizada con IA. El paciente pasa por una máquina, una enfermera recoge los datos y el informe llega al oftalmólogo del hospital de referencia. El 40% de los casos son altas directas. El 60% restante se cita ya con el diagnóstico orientado. La lista de espera en oftalmología en algunos centros ha llegado a cero. El modelo se está replicando en Talavera, Toboso y otros hospitales de la región, incluyendo centros sin oftalmólogo propio.

Orquestador de flujos de trabajo — Cantabria / Marqués de Valdecilla

Proyecto regional financiado con fondos Next Generation, adjudicado a Agil, en fase de implantación. Integra flujos entre primaria y hospitalaria, estandariza procesos de alta prevalencia (depresión, diabetes, insuficiencia cardíaca crónica) y permite incorporar IA de forma progresiva. El objetivo: 'aumentar la disponibilidad de tiempo clínico', reduciendo la variabilidad no justificada.

Monitorización remota de dispositivos cardíacos intracardíacos — Albacete

Sistema de seguimiento en tiempo real de pacientes con dispositivos cardíacos implantados (cualquier marca). Un call center de enfermería gestiona las alertas. Resultados tras 18 meses: reducción del 89% de revisiones presenciales, mayor proactividad, satisfacción del paciente. Modelo replicable en cardiología, con extensión a diabetes a nivel regional.

Hackathon e implantación de IA — Hospital Clínic de Barcelona

Dos ediciones de hackathon (2024 y 2026) con un total de 27 retos activos. La segunda edición contó con 250 participantes en 48 horas. Retos en marcha: informe de urgencias simplificado para pacientes (con IA generativa), detección de accesos no autorizados a historia clínica, optimización de diálisis, mejora de imagen radiológica. Además: programa de formación en IA con 2.000 profesionales, piloto de scribe digital con 10 médicos y 5 enfermeras, y lanzamiento de un máster de IA en Salud con la Universidad de Barcelona.

Programa Learning by Doing — Hospital Sant Joan de Déu

Modelo innovador de gobernanza de IA: el hospital identifica 11 retos operativos y los hace accesibles a consultoras externas que trabajan en ellos durante 100 horas máximo. El hospital financia la mitad; la consultora aporta la otra mitad como inversión en conocimiento y visibilidad. El resultado se presenta en un evento final. El conocimiento queda en el hospital. El objetivo: escalar la IA de forma sostenible, sin depender de grandes contratos externos.

Sistema Kanban con RFID para logística — GAI Talavera de la Reina

Sistema de doble cajetín con radiofrecuencia para gestión automatizada de stock en planta de hospitalización y quirófano. Al agotarse el primer cajetín, se genera automáticamente el pedido al almacén central sin intervención del personal asistencial. Resultados: recuperación de más de 5.500 horas asistenciales anuales, ahorro de más de 133.000 euros en costes de personal logístico (7 almacenes). El modelo se está extendiendo a más almacenes y a farmacia.

Área del dato e identificación del trayecto del paciente — CHUS Santiago

Creación de un área del dato que integra información asistencial, de gestión y de facturación en una única plataforma. Con técnicas de IA, el sistema identifica pacientes que han roto su trayecto asistencial (no acuden a citas, tienen incidencias no detectadas) para que el equipo pueda ser proactivo. Prevista para el primer semestre de 2026.

IA en laboratorio y retinografía — Área Sanitaria Pontevedra-Salnés

Primera área de Galicia en implantar retinografías con IA en centros de salud: la imagen se hace en primaria por enfermería, la IA descarta lo no patológico y solo los casos positivos llegan a oftalmología hospitalaria. En desarrollo: algoritmos de laboratorio que interpretan resultados analíticos y orientan el diagnóstico y las pruebas complementarias necesarias. *Point of care* descentralizado con control centralizado en laboratorio.

VI

Voces de los Directivos y Directivas de la Salud: aprendizajes clave

En este apartado se recogen algunas de las reflexiones más significativas de los Directivos y Directivas participantes, que ilustran el estado actual de la transformación digital en el Sistema Sanitario español.

"La innovación realmente útil no es implantar tecnología, sino cambiar las formas de trabajo y evaluar el impacto. Decir más veces que NO que SÍ. Y asegurar que aquello que tiene impacto es escalable".

— D. Bernardo Valdivieso – Mesa IA Toledo 2026

"Lo que no se define no se puede medir. Y lo que no se mide no se puede mejorar. La calidad no es medir de forma puntual, es transformar acompañando a los procesos".

— Dña. Montserrat Hernández – Directora General de Cuidados y Calidad, SESCOAM

"Tenemos un gran problema con la gobernanza de la innovación. No hay un modelo homogéneo. Las unidades de apoyo a la innovación no son iguales en ningún hospital de alta complejidad de Madrid. Si no hay un modelo claro, no podemos pretender que los gestores entiendan lo que es la innovación".

— D. Marcos Hernández – Director Médico, Hospital La Princesa

"Una herramienta que aumente la disponibilidad de tiempo clínico es la gran ventaja. Lo que hace es automatizar, ordenar, homogenizar tal cantidad de procesos que aumenta el tiempo del profesional para hacer aquello en lo que no puede ser sustituido por un algoritmo".

— Dña. María Dolores Acón – Directora del Observatorio de Salud Pública de Cantabria

"Nosotros partimos de problemas, no de soluciones tecnológicas. Ese es un error muy frecuente: tengo un juguete muy chulo, ¿en qué problema lo encajo? Hay que ir al revés".

— Dña. Yolima Cossio – H. Sant Joan de Déu

"La digitalización sin integración no transforma. Estamos seguros de que solo tecnificamos la fragmentación. Tenemos que preguntarnos no qué tecnología implantamos, sino qué problema resolvemos al paciente y al profesional".

— Dña. Elena Martín – Gerente GAI Guadalajara

"Hay que empezar con asentar unas bases para crecer hacia arriba, no al contrario. La fascinación por la tecnología no debe hacernos olvidar que necesitamos primero el dato limpio, el proceso estandarizado y la cultura preparada".

— D. Alberto Sansón – GAI Albacete

VII

Tecnologías prioritarias 2026

Los Directivos y Directivas de la Salud participantes destacan las siguientes tecnologías como prioritarias para dar respuesta a los retos del sistema. En 2026, la lista ha evolucionado respecto a 2024: la IA generativa y predictiva se consolida en el primer puesto, y emergen con fuerza los scribes digitales, la monitorización remota avanzada y las herramientas de automatización de flujos.

IA generativa y predictiva	Aplicada a diagnóstico por imagen, documentación clínica automatizada (scribe), predicción de riesgo, codificación clínica, gestión de agendas y explotación del data lake. Pasó de tendencia a realidad en implantación.
Monitorización remota (IoMT)	El Internet of Medical Things ya está funcionando en cardiología, diabetes, paraplejía y otras patologías crónicas. La continuidad asistencial y la proactividad en el seguimiento son los grandes beneficios.
Herramientas de automatización de flujos	Orquestadores de flujos de trabajo, command centers y sistemas de gestión integral en tiempo real. Permiten integrar procesos entre niveles asistenciales y reducir la variabilidad.
Ciberseguridad	Con mayor digitalización, mayor superficie de ataque. La protección de datos y la resiliencia de los sistemas son condición imprescindible para cualquier proyecto de innovación.
Telemedicina avanzada	Ha evolucionado de la consulta remota básica a la teleconsulta especializada, la teledermatología, la teleoftalmología y la interconsulta electrónica entre niveles, con resultados probados en reducción de esperas.
Scribe digital / IA conversacional	La documentación clínica automatizada libera tiempo médico, reduce el burnout administrativo y mejora la calidad del dato. En piloto en varios centros de referencia.
Health Robótica	Robótica médica en cirugía mínimamente invasiva, rehabilitación neurológica, dispensación de medicación y logística hospitalaria. En expansión en centros especializados.
Analítica avanzada de laboratorio	Algoritmos que interpretan resultados analíticos, orientan diagnósticos y generan alertas clínicas. En implantación con partners como Roche en varios centros.
Medicina personalizada y terapias avanzadas	CAR-T, edición genética, medicina de precisión. Centros de alta complejidad como Salamanca lideran esta área, con colaboración en red y nodos regionales.
Realidad virtual y aumentada	Para formación de profesionales, planificación quirúrgica 3D y rehabilitación de pacientes. En crecimiento en centros especializados como el Hospital de Paraplégicos de Toledo.

VIII

Continuación del Proyecto INNOVA Red Salud

El INNOVA Red Salud Summit 2026 y el presente mapa actualizado son el resultado de tres años de trabajo continuado entre SEDISA y Dinamiza para crear el canal de encuentro entre el mundo de la innovación y las organizaciones sanitarias. Lo que empezó como un mapa diagnóstico en 2024 es hoy una comunidad activa de directivos, startups, financiadores y ecosistemas de innovación.

Proyección 2026-2027

- Mantener y actualizar el Mapa de Innovación con nuevas entrevistas, ampliando la muestra a más centros y CCAA.
- Consolidar el Speed Meeting como formato de conexión directa entre directivos e innovadores, ampliando el número de startups participantes y la diversidad de servicios de salud representados.
- Desarrollar proyectos piloto derivados del Foro, con seguimiento de resultados publicados en ediciones futuras del Mapa.
- Crear la Red de Directivos de la Salud por la InnovACCIÓN: directivos y emprendedores que facilitan el encuentro entre las partes para que la innovación realmente llegue a los pacientes.
- Consolidar el Observatorio de Tendencias y Necesidades No Cubiertas, basado en las entrevistas anuales, como referencia para startups, inversores y responsables de política sanitaria.
- Explorar modelos de colaboración internacional, especialmente hacia mercados emergentes en APAC y América Latina, donde el modelo español de innovación sanitaria es altamente transferible.

El reto de 2027 es claro: escalar lo que funciona, eliminar lo que no aporta valor, y garantizar que la innovación llega a los pacientes y a los profesionales de todo el sistema, con independencia del territorio y del tamaño del centro.

