



**Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española
FASE 2 – Informe sobre el análisis de la situación actual de la Atención Primaria en España
RFS REFORM/SC2021/058**

AARC - Consortium

Febrero de 2023

El proyecto está financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico y ejecutado por NTT Data, en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG Reform)



Financiado por
la Unión Europea



AARC

NTT DATA



Abreviaturas

AB	Advisory Board
AEC	Asociación Enfermería Comunitaria
AEF-APySC	Asociación Española Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria
AEPAP	Asociación Española Pediatría de Atención Primaria
AEPCP	Asociación Española Psicología Clínica y Psicopatología
AGP	Alianza General de Pacientes
AP	Atención Primaria
BOE	Boletín Oficial del Estado
CC.AA.	Comunidades autónomas
EAP	Equipo de Atención Primaria
EAPN	European Anti Poverty Network
FAECAP	Federación de Asociaciones Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
FAME	Federación de Asociaciones Matronas de España
FEP	Foro Español de Pacientes
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
MIR	Médico Interno Residente
NA	No aplica
NS/NC	No sabe / No contesta
OMS	Organización Mundial de la Salud
OWG	Organizational Working Group, Comité Operativo
POP	Plataforma Organizaciones Pacientes
RSWG	Regional Stakeholders Working Groups, Grupos Técnicos Regionales
SC	Steering Committee, Comité Directivo
SCETSS	Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario
SEDAP	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
SEMERGEN	Sociedad Española Médicos Atención Primaria
SEMFC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SEMG	Sociedad Española Médicos Generales y de Familia
SEPEAP	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TSI	Tarjetas Sanitarias Individuales

Grupos de trabajo participantes

En este Informe han participado diferentes grupos de trabajo, tanto a nivel de redacción y revisión, como a nivel de contribución en el trabajo de campo. Los miembros y función de cada grupo de trabajo que ha participado en el informe están explicados a continuación. Todas las comunidades autónomas (CC.AA.) están representadas, a nivel técnico, por los Grupos Técnicos Regionales (RSWG, por sus siglas en inglés). Agradecemos su interés y contribución en esta iniciativa.

Los miembros y función de cada grupo de trabajo son los siguientes (se incluyen los nombres y cargos de aquellos participantes que han autorizado la publicación de sus datos):

- **Comité Operativo (OWG):** encargado de llevar a cabo el seguimiento operativo y estratégico del proyecto, así como la revisión y validación de los entregables.

Tabla 1. Miembros del Comité Operativo (OWG)

Organización	Nombre y apellidos	Posición
Comisión Europea	María Isabel Farfán Camacho	Policy Officer
Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Calidad Asistencial	Yolanda Agra Varela	Subdirectora General
	Rocío Fernández González	Jefa de Área
	Julio Heras-Mosteiro	Técnico Superior
	Paloma Calleja Toledano	Técnico Superior
	Lourdes Álvarez Callejo	Técnico Superior
NTT Data	Anna Forment García	Jefe de Equipo/ Experto Senior 1
	Liliana Eduarda Ramalho	Experto Senior 2
	Almudena Nake Polo	Jefe de proyecto (PM)
	Jordi Gol Montserrat	Experto junior 1
	Covadonga Casas Rodríguez	Experto junior 2
	Arana Uzcudun Torres	Experto junior 3

- **Advisory Board (AB):** encargado de asesorar al equipo de NTT Data en las actividades necesarias. Está compuesto por 4 expertos internacionales en Atención Primaria:

Tabla 2. Miembros del Advisory Board

Nombre y apellidos	Cargo	Posición en el proyecto
Toni Dedeu	Asesor Senior en el centro europeo para la Atención Primaria de la OMS	Experto Senior 3
Luis Pisco	Presidente de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Tagus Valley	Experto Senior 4
Nigel Edwards	Chief Executive, Nuffield Trust	Experto Senior 5
Jordi Varela	Profesor de Gestión Clínica (ESADE) y Consultor especializado en gestión clínica	Experto Senior 6

- **Grupos Técnicos Regionales (RSWG):** encargados de proporcionar su opinión, conocimiento, e información complementaria del estado de la situación en su comunidad autónoma, así como de validar y proponer aspectos que, en su opinión, deben incluirse en el cuestionario *online* de representantes con competencias en AP. Algunos RSWG designaron a profesionales de su equipo para que participaran en las entrevistas (Tabla 4).



Tabla 3. Miembros del RSWG

CC.AA.	Nombre y apellidos	Cargo
Andalucía		
Aragón	Javier Marzo Arana	Responsable de Atención Primaria
Asturias (Principado de)		
Islas Baleares	Patricia Lorente Montalvo	Médico de familia. Técnica de la Oficina de Calidad y Seguridad del paciente del Servicio de Salud de las Islas Baleares.
Canarias		
Cantabria	Teresa Ugarte Miota	Directora Gerente de AP del Servicio Cántabro de Salud
Castilla y León	María Ángeles Guzmán Fernández	Jefa de Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial
Castilla-La Mancha	Jesús López Díaz	Asesor de la Dirección Asistencial del SESCAM
	Francisco Vicente Herranz Catalán	Subdirector Médico de G.A.I Alcázar de San Juan
	M. Ángeles Martín Octavio	Directora General de Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
Cataluña		
Comunidad Valenciana		
Extremadura		
Galicia	Francisco Jesús Represas Carrera	Jefe del Servicio de Planificación Sanitaria. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
Madrid (Comunidad de)	Cristina Jiménez Domínguez	Técnico de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria
Murcia (Región de)	José Manuel Pérez Fernández	Técnico D.G. Asistencia Sanitaria
Navarra (Comunidad Foral de)	Óscar Lecea Juárez	Jefe de Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial
País Vasco	Susana Martín Benavides	Subdirectora para la Coordinación de la Atención Primaria
La Rioja		
INGESA (Ceuta y Melilla)		



Tabla 4. Miembros designados por los RSWG para la participación en las entrevistas semiestructuradas

CC.AA.	Nombre y apellidos	Cargo
Andalucía		
Asturias (Principado de)		
Castilla y León	Yolanda Manchón Diez	Técnico del Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial
Castilla-La Mancha	José Antonio Ballesteros	Director General de Asistencia Sanitaria y Médico de familia
Madrid (Comunidad de)	Jesús Vázquez Castro	Director General de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento
País Vasco		
Ceuta		
Melilla		

- **Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes:** al igual que los RSWG, encargados de proporcionar su opinión, conocimiento, e información complementaria del estado de la situación (Tabla 5).

Tabla 5. Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Sociedad Profesional/ Asociación de Pacientes	Nombre de la Sociedad Profesional o Asociación de Pacientes	Nombre y apellidos
Asociación de Pacientes	Alianza General de Pacientes (AGP)	José Luis Baquero Úbeda
Sociedad Profesional	Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)	José Ramón Martínez-Riera
Sociedad Profesional	Asociación Española Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC)	Montserrat Ingles Novell y Fernando Ramos Gómez
Sociedad Profesional	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP)	
Sociedad Profesional	Asociación Española Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCCP)	Carmen Carrió Rodríguez
Sociedad Profesional	Federación de Asociaciones Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)	Sagrario Celada Pérez
Sociedad Profesional	Federación de Asociaciones Matronas de España (FAME)	Daniel Morillas Guijarro
Asociación de Pacientes	Foro Español de Pacientes (FEP)	Andoni Lorenzo Garamendia
Asociación de Pacientes	Plataforma Organizaciones Pacientes (POP)	Carina Escobar Manero
Sociedad Profesional	Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario (SCETSS)	
Sociedad Profesional	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)	Cristina Ibarrola Guillén
Sociedad Profesional	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)	Javier Pellegrini Belinchón y M ^a del Carmen Sánchez Jiménez
Sociedad Profesional	Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC)	
Sociedad Profesional	Sociedad Española Médicos Atención Primaria (SEMERGEN)	Rafael Manuel Micó Pérez
Sociedad Profesional	Sociedad Española Médicos Generales y de Familia (SEMG)	Francisco José Sáez Martínez



Índice

1. Presentación.....	1
2. Introducción y objetivos	3
3. Metodología.....	6
3.1. Revisión documental y de datos	7
3.1.1. <i>Estrategia de búsqueda bibliográfica</i>	7
3.1.2. <i>Recopilación y síntesis de datos</i>	10
3.2. Entrevistas semiestructuradas con los miembros del RSWG.....	12
3.2.1. <i>Diseño del guion de las entrevistas</i>	12
3.2.2. <i>Lectura de la información sintetizada en la búsqueda bibliográfica</i>	13
3.2.3. <i>Realización de las entrevistas</i>	13
3.2.4. <i>Redacción de las minutas y análisis de resultados</i>	13
3.3. Encuesta <i>online</i> I a responsables con competencias en AP	14
3.3.1. <i>Diseño de la encuesta online I</i>	14
3.3.2. <i>Población y tamaño muestral</i>	15
3.3.3. <i>Respuestas recibidas</i>	17
3.4. Encuesta <i>online</i> II a Sociedades Profesionales y Asociac de Pacientes ...	19
3.4.1. <i>Diseño de la encuesta online II</i>	19
3.4.2. <i>Respuestas recibidas</i>	20
4. Resultados.....	22
4.1. Contexto socioeconómico.....	22
4.1.1. <i>Población</i>	22
4.1.2. <i>Economía</i>	23
4.1.3. <i>Nivel educativo</i>	23
4.1.4. <i>Estado de salud</i>	24
4.2. Planificación	26
4.2.1. <i>Síntesis y aspectos clave</i>	26
4.2.2. <i>Resultados generales</i>	26
4.2.3. <i>Fortalezas y aspectos de mejora</i>	56
4.2.4. <i>Retos en un plazo de 2 a 5 años</i>	58
4.3. Gestión y organización	63
4.3.1. <i>Síntesis y aspectos clave</i>	63
4.3.2. <i>Resultados generales</i>	64



4.3.3.	<i>Fortalezas y aspectos de mejora</i>	81
4.3.4.	<i>Retos en un plazo de 2 a 5 años</i>	84
4.4.	Recursos Humanos	89
4.4.1.	<i>Síntesis y aspectos clave</i>	89
4.4.2.	<i>Resultados generales</i>	89
4.4.3.	<i>Retos en un plazo de 2 a 5 años</i>	124
4.5.	Financiación	128
4.5.1.	<i>Síntesis y aspectos clave</i>	128
4.5.2.	<i>Resultados generales</i>	129
4.6.	Infraestructura y equipamiento.....	148
4.6.1.	<i>Síntesis y aspectos clave</i>	148
4.6.2.	<i>Resultados generales</i>	149

Índice de figuras

Figura 1. Fases, tareas y entregables del proyecto.....	4
Figura 2. Áreas de análisis del proyecto	5
Figura 3. Resumen metodológico de la Fase 2	6
Figura 4. Fuentes de datos y documentos generados durante la etapa de revisión documental y de datos.....	7
Figura 5. Fases de la etapa de revisión documental y de datos.....	7
Figura 6. Fases de la metodología para la preparación de las entrevistas semiestructuradas	12
Figura 7. Fases de la metodología para la elaboración de la encuesta online I.....	14
Figura 8. Fases de la metodología para la elaboración de la encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	19
Figura 9. Acciones relacionadas con Recursos Humanos del Plan de Acción Primaria y Comunitaria 2022-2023.....	91

Índice de gráficos

Gráfico 1. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Áreas de Salud, por CC.AA.	30
Gráfico 2. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Áreas de Salud, por perfil profesional.	30
Gráfico 3. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional por CC.AA. para delimitar las Áreas de Salud, por zona (rural/urbana/mixta)	31
Gráfico 4. Criterios para delimitar las Áreas de Salud identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional	32
Gráfico 5. Criterios para delimitar las Áreas de Salud identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta).	32
Gráfico 6. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Zonas Básicas de Salud, por CC.AA.	34
Gráfico 7. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Zonas Básicas de Salud, por perfil profesional.....	35
Gráfico 8. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Zonas Básicas de Salud, por zona (rural/urbana/mixta)	35

Gráfico 9. Criterios para delimitar las zonas Básicas de Salud identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional	36
Gráfico 10. Criterios para delimitar las Zonas Básicas de Salud identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta). 37	
Gráfico 11. Criterios para delimitar las Áreas de Salud y zonas Básicas de Salud identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por agrupación profesional.....	37
Gráfico 12. Criterios para delimitar las Áreas de Salud y zonas Básicas de Salud identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por zona (rural/urbana/mixta)	38
Gráfico 13. Existencia de diferentes criterios de planificación para las Áreas de Salud o las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por CC.AA.	40
Gráfico 14. Existencia de diferentes criterios de planificación para las Áreas de Salud o las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por perfil profesional.....	41
Gráfico 15. Existencia de diferentes criterios de planificación para las áreas de salud o las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por zona (rural/urbana/mixta)	41
Gráfico 16. Criterios identificados por los encuestados para delimitar las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por perfil profesional	42
Gráfico 17. Criterios identificados por los encuestados para delimitar las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por zona (rural/urbana/mixta)	43
Gráfico 18. Consideración de emplear criterios de planificación distintos para delimitar Áreas de Salud o Zonas Básicas de Salud en las que existen zonas/puestos de difícil cobertura, por agrupación profesional.....	43
Gráfico 19. Consideración a emplear criterios de planificación distintos para delimitar Áreas de Salud o Zonas Básicas de Salud en las que existen zonas/puestos de difícil cobertura en porcentaje, por zonas.....	44
Gráfico 20. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la modificación de la legislación y regulación regional para cambiar los criterios, por CC.AA.	45
Gráfico 21. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la modificación de la legislación y regulación regional para cambiar los criterios, por perfil profesional	46
Gráfico 22. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la modificación de la legislación y regulación regional para cambiar los criterios, por zona (rural/urbana/mixta).....	46



Gráfico 23. Modificaciones en la legislación y regulación regional identificadas por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional 47

Gráfico 24. Modificaciones en la legislación y regulación regional identificadas por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta). 48

Gráfico 25. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la existencia de algún criterio que se esté aplicando y que no esté recogido en la legislación y regulación vigente, por CC.AA. 49

Gráfico 26. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la existencia de algún criterio que se esté aplicando y que no esté recogido en la legislación y regulación vigente, por perfil profesional..... 49

Gráfico 27. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la existencia de algún criterio que se esté aplicando y que no esté recogido en la legislación y regulación vigente, por zona (rural/urbana/mixta) 50

Gráfico 28. Criterios aplicados y no recogidos en la legislación y regulación vigente identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional..... 51

Gráfico 29. Criterios aplicados y no recogidos en la legislación y regulación vigente identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta) 51

Gráfico 30. - Adecuación de los criterios de establecimiento de la ordenación sanitaria recogidos en la legislación y regulación vigente, tanto nacional como regional, para responder a las necesidades actuales de la población, por CC.AA. 53

Gráfico 31. Adecuación de los criterios de establecimiento de la ordenación sanitaria recogidos en la legislación y regulación vigente, tanto nacional como regional, para responder a las necesidades actuales de la población, por perfil profesional. 54

Gráfico 32. Adecuación de los criterios de establecimiento de la ordenación sanitaria recogidos en la legislación y regulación vigente, tanto nacional como regional, para responder a las necesidades actuales de la población, por zona (rural/urbana/mixta) 54

Gráfico 33. Adecuación de los criterios regionales para la delimitación de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, por agrupación profesional..... 55

Gráfico 34. Adecuación de los criterios regionales para la delimitación de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, por zona (rural/urbana/mixta) 55

Gráfico 35. Áreas de mejora identificadas en relación con los criterios vigentes indicadas por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional..... 57

Gráfico 36. Áreas de mejora identificadas en relación con los criterios vigentes indicadas por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta) 58

Gráfico 37. Retos en Planificación identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional..... 60

Gráfico 38. Retos en Planificación identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta)	60
Gráfico 39. Retos en planificación para los próximos 2 a 5 años identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por agrupación profesional	61
Gráfico 40. Retos en planificación para los próximos 2 a 5 años identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por zona (rural/urbana/mixta)	61
Gráfico 41. Adecuación del tipo de gestión de la Atención Primaria de la CC.AA. a las necesidades de la población, por CC.AA.	66
Gráfico 42. Adecuación del tipo de gestión de la Atención Primaria de la CC.AA. a las necesidades de la población, por perfil profesional.	66
Gráfico 43. Adecuación del modelo de gestión de la AP de la CC.AA. a las necesidades de la población, por CC.AA.	72
Gráfico 44. Adecuación del modelo de gestión de la AP de la CC.AA. a las necesidades de la población, por perfil profesional.	72
Gráfico 45. Adecuación del modelo de gestión de la AP de la CC.AA. a las necesidades de la población, por zona (rural/urbana/mixta)	73
Gráfico 46. Adecuación del modelo de gestión (gestión única de AP o gestión compartida con Atención Hospitalaria) para dar respuesta a las necesidades, por perfil profesional	73
Gráfico 47. Existencia de diferencia organizativa de la AP en las zonas/puestos de difícil cobertura, por CC.AA.	75
Gráfico 48. Existencia de diferencia organizativa de la Atención Primaria en las zonas/puestos de difícil cobertura, por zona (rural/urbana/mixta)	75
Gráfico 49. Diferencias organizativas en las zonas/puestos de difícil cobertura por los encuestados, por perfil profesional	77
Gráfico 50. Diferencias organizativas en las zonas/puestos de difícil cobertura por los encuestados, por zona (rural/urbana/mixta)	78
Gráfico 51. Consideración de existencia de diferencias organizativas de la AP en las zonas/puestos de difícil cobertura, por agrupación profesional	78
Gráfico 52. Consideración de existencia de diferencias organizativas de la AP en las zonas/puestos de difícil cobertura, por zonas (mixta/rural/urbana)	79
Gráfico 53. Áreas de mejora en Gestión y Organización identificadas por los encuestados, por perfil profesional	83
Gráfico 54. Áreas de mejora en Gestión y Organización identificadas por los encuestados, por zona (rural/urbana/mixta)	84
Gráfico 55. Retos en Gestión y Organización de los centros de AP en los próximos 2 a 5 años, por perfil profesional	86
Gráfico 56. Retos en Gestión y Organización de los centros de AP en los próximos 2 a 5 años, por zona (mixta/rural/urbana)	87



Gráfico 57. Retos en Gestión y Organización de los centros de AP en los próximos 2 a 5 años identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por agrupación profesional.....	88
Gráfico 58. Retos en Gestión y Organización de los centros de AP en los próximos 2 a 5 años identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por zonas (mixta/rural/urbana)	88
Gráfico 59. Existencia de obstáculos en la contratación, captación y retención de profesionales de AP, por CC.AA.....	94
Gráfico 60. Existencia de obstáculos en la contratación, captación y retención de profesionales de AP, por perfiles profesionales	95
Gráfico 61. Opinión de los profesionales de AP sobre la existencia de obstáculos en la contratación, captación y retención, por zonas (rural/urbana/mixta)	95
Gráfico 62. Obstáculos en la contratación, captación y retención de profesionales de AP, por perfil profesional.....	97
Gráfico 63. Obstáculos en la contratación, captación y retención de profesionales de AP considerados por los profesionales, por zona (rural/urbana/mixta).....	97
Gráfico 64. Opinión de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre si creen que son suficientes las medidas que se están llevando a cabo para paliar la escasez de recursos humanos en AP, por CC.AA.	98
Gráfico 65. Opinión de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre si creen que son suficientes las medidas que se están llevando a cabo para paliar la escasez de recursos humanos en AP, por perfil profesional	99
Gráfico 66. Opinión de los profesionales con competencias de gestión en AP dos sobre si creen que son suficientes las medidas que se están llevando a cabo para paliar la escasez de recursos humanos en AP, por zona (rural/urbana/mixta)	99
Gráfico 67. Los instrumentos en relación con la contratación del personal sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por CC.AA. .	103
Gráfico 68. Los instrumentos en relación con la contratación del personal sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.....	104
Gráfico 69. Los instrumentos en relación con la contratación del personal sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)	104
Gráfico 70. Los instrumentos en relación con la contratación del personal no sanitario en Atención Primaria son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por CC.AA.	105
Gráfico 71. Los instrumentos en relación con la contratación del personal no sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.....	106



Gráfico 72. Los instrumentos en relación con la contratación del personal no sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)	107
Gráfico 73. La composición de los equipos es adecuada en todos los centros de salud de cada Área de Salud, grado de acuerdo por CC.AA.	110
Gráfico 74. La composición de los equipos es adecuada en todos los centros de salud de cada Área de Salud en la CC.AA., grado de acuerdo por perfil profesional	111
Gráfico 75. La composición de los equipos es adecuada en todos los centros de salud de cada Área de Salud en la CC.AA., grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)	111
Gráfico 76. Adecuación de la composición de los equipos de AP en los centros de salud, por agrupación profesional	112
Gráfico 77. Adecuación de la composición de los equipos de AP en los centros de salud, por zonas (mixta/rural/urbana).....	112
Gráfico 78. El número y perfiles de profesionales sanitarios y no sanitarios es suficiente para llevar a cabo las actividades contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por CC.AA.	113
Gráfico 79. El número y perfiles de profesionales sanitarios y no sanitarios es suficiente para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.	114
Gráfico 80. El número y perfiles de profesionales sanitarios y no sanitarios es suficiente para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta) .	114
Gráfico 81. Suficiencia del número y perfil de profesionales sanitarios y no sanitarios para llevar a cabo las actividades contempladas en la Cartera Común de Servicios, por agrupación profesional.....	115
Gráfico 82. Suficiencia del número y perfil de profesionales sanitarios y no sanitarios para llevar a cabo las actividades contempladas en la Cartera Común de Servicios, por zonas (mixta/rural/urbana)	115
Gráfico 83. Perfiles que faltan para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP según la opinión de los encuestados	116
Gráfico 84. Perfiles que faltan para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP, por zona (rural/urbana/mixta) según la opinión de los encuestados	119
Gráfico 85. Perfiles que faltan en los centros de AP identificados por los encuestados, por agrupación profesional.....	120
Gráfico 86. Perfiles que faltan en los centros de AP identificados por los encuestados, por zona (mixta/rural/urbana).....	120
Gráfico 87. Perfiles de los que hay suficientes recursos en los centros de AP, por agrupación profesional.....	122

Gráfico 88. Retos a los que se enfrenta el problema de contratación, captación y retención de los colectivos profesionales encuestados, por agrupación profesional	127
Gráfico 89. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo, por CC.AA.....	131
Gráfico 90. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo por perfil profesional.....	132
Gráfico 91. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).	132
Gráfico 92. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo, por agrupación profesional.....	133
Gráfico 93. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo, por zona (rural/urbana/mixta)	133
Gráfico 94. Claridad y explicitud de los criterios que se utilizan para determinar el presupuesto destinado a AP, grado de acuerdo por CC.AA.....	137
Gráfico 95. Claridad y explicitud de los criterios que se utilizan para determinar el presupuesto destinado a AP, grado de acuerdo por perfil profesional.	138
Gráfico 96. Claridad y explicitud de los criterios que se utilizan para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria, grado de acuerdo por tipo de zona (rural/urbana/mixta)	138
Gráfico 97. Adecuación a las necesidades actuales de la población de los criterios utilizados para determinar el presupuesto destinado a AP, grado de acuerdo por CC.AA.	139
Gráfico 98. Adecuación a las necesidades actuales de la población de los criterios utilizados para determinar el presupuesto destinado a AP, grado de acuerdo por perfil profesional.....	140
Gráfico 99. Adecuación a las necesidades actuales de la población de los criterios utilizados para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria, grado de acuerdo por zona (rural/mixta/urbana).	140
Gráfico 100. Claridad de los objetivos presupuestarios presentes y futuros, grado de acuerdo por CC.AA.....	142
Gráfico 101. Claridad de los objetivos presupuestarios presentes y futuros de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.....	143
Gráfico 102. Claridad de los objetivos presupuestarios presentes y futuros de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).	143

Gráfico 103. - Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por CC.AA.	144
Gráfico 104. Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por perfil profesional	145
Gráfico 105. Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por zona (rural/urbana/mixta).....	145
Gráfico 106. Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por agrupación profesional.....	146
Gráfico 107. Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por zona (rural/urbana/mixta).....	147
Gráfico 108. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo por CC.AA.....	152
Gráfico 109. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.....	153
Gráfico 110. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)	153
Gráfico 111. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo, por agrupación profesional.....	154
Gráfico 112. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo, por zonas (mixta/rural/urbana)	154
Gráfico 113. Suficiencia de la infraestructura interna de los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por CC.AA.....	157
Gráfico 114. Suficiencia de la infraestructura interna de los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.....	158
Gráfico 115. Suficiencia de la infraestructura interna de los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).	158
Gráfico 116. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por CC.AA.....	169
Gráfico 117. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.....	170
Gráfico 118. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).	170
Gráfico 119. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por agrupación profesional.....	171
Gráfico 120. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por zona (mixta/rural/urbana)	171



Gráfico 121. Suficiencia del equipamiento tecnológico disponible en los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por CC.AA.172

Gráfico 122. Suficiencia del equipamiento tecnológico disponible en los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.173

Gráfico 123. Suficiencia del equipamiento tecnológico disponible en los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por zona (urbana/rural/mixta).....173

Gráfico 124. Coherencia entre la dotación en equipamiento y las prestaciones de la cartera de servicios de Atención Primaria, grado de acuerdo por agrupación profesional174

Gráfico 125. Coherencia entre la dotación en equipamiento y las prestaciones de la cartera de servicios de Atención Primaria, grado de acuerdo por zona (mixta/rural/urbana)174

Gráfico 126. Existencia de suficiente capacitación y formación para utilizar el equipamiento actual, grado de acuerdo por agrupación profesional175

Gráfico 127. Existencia de suficiente capacitación y formación para utilizar el equipamiento actual, por zonas (mixta/rural/urbana)175

Gráfico 128. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y AH para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por CC.AA.180

Gráfico 129. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y AH para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por perfil profesional.181

Gráfico 130. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y AH para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas. Grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).....181

Gráfico 131. Suficiencia en la integración de las historias clínicas de AP y de Atención Hospitalaria, grado de acuerdo por agrupación profesional182

Gráfico 132. Suficiencia en la integración de las historias clínicas de AP y de Atención Hospitalaria, grado de acuerdo por zona (mixta/rural/urbana).....182

Gráfico 133. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por CC.AA.....183

Gráfico 134. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por perfil profesional.....183

Gráfico 135. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)184

Gráfico 136. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por agrupación profesional.....	184
Gráfico 137. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por zonas (mixta/rural/urbana)	185
Gráfico 138. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por CC.AA.....	187
Gráfico 139. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por perfil profesional.....	188
Gráfico 140. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)	188
Gráfico 141. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por agrupación profesional.....	189
Gráfico 142. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por zona (mixta/rural/urbana)	189
Gráfico 143. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por CC.AA.....	194
Gráfico 144. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por perfil profesional.....	195
Gráfico 145. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por zona (mixta/rural/urbana)	195
Gráfico 146. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por agrupación profesional.....	196
Gráfico 147. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por zona (mixta/rural/urbana)	196

Índice de tablas

Tabla 1. Miembros del Comité Operativo (OWG).....	4
Tabla 2. Miembros del Advisory Board	4
Tabla 3. Miembros del RSWG	5
Tabla 4. Miembros designados por los RSWG para la participación en las entrevistas semiestructuradas	6
Tabla 5. Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	6
Tabla 6. Objetivo de búsqueda bibliográfica y tipología de fuentes de información para cada área de análisis.....	8
Tabla 7. Objetivo de búsqueda bibliográfica y tipología de fuentes de información para el análisis del contexto socioeconómico y estado de salud.....	8
Tabla 8. Contenidos y fuentes incluidos en la base de datos.....	10
Tabla 9. Estructura de las fichas resumen de las CC.AA.	11
Tabla 10. Estructura del guion de las entrevistas semiestructuradas.....	13
Tabla 11. Estructura de la encuesta online I	15
Tabla 12. Datos para el muestreo.....	16
Tabla 13. Respuestas objetivo y obtenidas a la encuesta online I por comunidad autónoma.....	17
Tabla 14. Respuestas obtenidas (número y porcentaje sobre el total) a la encuesta online I por comunidad autónoma y perfil profesional	18
Tabla 15. Respuestas obtenidas (número y porcentaje) a la encuesta online I por comunidad autónoma y tipo de zona	18
Tabla 16. Estructura de la encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes	20
Tabla 17. Distribución de las respuestas de las Sociedades Profesionales a la encuesta online II por agrupación profesional.....	21
Tabla 18. Distribución de las respuestas de las Sociedades Profesionales a la encuesta online por zonas	21
Tabla 19. Distribución de población por CC.AA. y grupo de edad.....	22
Tabla 20. Datos económicos por CC.AA.....	23
Tabla 21. Nivel educativo por CC.AA.....	24
Tabla 22. Indicadores de estado de salud por CC.AA.....	25
Tabla 23. Estructura territorial por CC.AA.....	27
Tabla 24. Legislación y criterios en la delimitación de las Áreas de Salud por CC.AA.	28

Tabla 25. Criterios en la delimitación de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud por CC.AA.	33
Tabla 26. Criterios en la definición de las Zonas Básicas de Salud que cubren las zonas/puestos de difícil cobertura: especificadas por CC.AA.....	38
Tabla 27. CC.AA. que están trabajando en la modificación de su mapa sanitario .	44
Tabla 28. Puntos fuertes y aspectos de mejora de los criterios recogidos en la legislación y regulación vigente para responder a las necesidades de la población por CC.AA.	56
Tabla 29. Retos en Planificación	58
Tabla 30. Modelos de gestión de las CC.AA.....	65
Tabla 31. Modelos de gestión y coordinación entre niveles de atención sanitaria (en el caso de CC.AA. con modelos de gestión única) y proveedores de servicios sociales (todas las CC.AA.)	80
Tabla 32. Puntos fuertes y aspectos de mejora de los modelos de gestión - provisión de la atención sanitaria	81
Tabla 33. Puntos fuertes y aspectos de mejora de los modelos de gestión organizativa	82
Tabla 34. Retos en Gestión y Organización	84
Tabla 35. Planes y medidas para contratación, captación y retención que se realizan desde las CC.AA.	91
Tabla 36. Políticas aplicadas en las CC.AA. para las zonas/puestos de difícil cobertura	100
Tabla 37. Instrumentos para la contratación	101
Tabla 38. Número y ratios de los Profesionales de los Equipos de AP en 2020 ...	108
Tabla 39. Otro personal sanitario de AP por CCAA (nº de profesionales por modalidad), 2020	109
Tabla 40. Porcentaje de encuestados que opinan que falta alguno de los siguientes perfiles profesionales para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP, respuestas por CC.AA.	117
Tabla 41. Otros profesionales que los profesionales con competencias de gestión en AP consideran que faltan para responder a las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP	118
Tabla 42. Perfiles que se consideran suficientes para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP, según los profesionales encuestados.....	121
Tabla 43. Nivel asistencial del que dependen los equipos de apoyo en cada CC.AA.	122
Tabla 44. Criterios para determinar las necesidades de profesionales en las CC.AA.	123



Tabla 45. Retos en RRHH	124
Tabla 46. Retos a los que se enfrenta la contratación y retención de Médicos de Familia	125
Tabla 47. Retos a los que se enfrenta la contratación y retención de Pediatras ...	125
Tabla 48. Retos a los que se enfrenta la contratación y retención de Enfermería.	126
Tabla 49. Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Sector de gasto comunidades autónomas, 2020	129
Tabla 50. Distribución del gasto en función del nivel asistencial, 2020	130
Tabla 51. Clasificación de CC.AA. en función de su presentación de presupuestos de Atención Primaria	134
Tabla 52. Criterios empleados para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria.	136
Tabla 53. Objetivos presupuestarios futuros de Atención Primaria en cada comunidad autónoma.....	141
Tabla 54. Regulación autonómica respecto a los requisitos y autorización de los centros de salud de Atención Primaria.....	150
Tabla 55. Centros de Atención Primaria y consultorios locales por CC.AA., 2020	151
Tabla 56. Plan de mantenimiento y periodicidad de actualización por CC.AA.....	155
Tabla 57. Establecimiento de las necesidades de equipamiento por comunidad autónoma	159
Tabla 58. Criterios utilizados por cada comunidad autónoma para la renovación del equipamiento.	161
Tabla 59. Plan de renovación del equipamiento de Atención Primaria. Periodicidad de actualización por CC.AA.	163
Tabla 60. Disposición de Plan de mantenimiento e inventario según CC.AA.	164
Tabla 61. Detalle sobre los planes de mantenimiento e inventario de equipamiento por CC.AA.	165
Tabla 62. Estado del equipamiento tecnológico en los centros de Atención Primaria por CC.AA.	168
Tabla 63. Clasificación y observaciones por CCAA respecto a su sistema de información de atención primaria.	176
Tabla 64. Características del portal del paciente por comunidad autónoma.....	185
Tabla 65. Previsión de necesidad de recursos en términos de infraestructura y equipamiento para los próximos años en Atención Primaria por CCAA	190

1. Presentación

Este documento presenta el informe de resultados del entregable (D2) de la Fase 2 “Análisis de la Situación Actual de la Atención Primaria en España” del proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española”, financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico y ejecutado por NTT Data, en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG Reform).

El informe se centra en las 5 áreas de análisis del proyecto: Planificación, Gestión y Organización, Recursos Humanos, Financiación, Infraestructura y Equipamiento e incluye un análisis del contexto socioeconómico de las comunidades autónomas. El trabajo realizado se ha basado en las siguientes fuentes de información:

- (1) revisión documental y de datos
- (2) realización de entrevistas semiestructuradas con los miembros del RSWG
- (3) realización de una encuesta *online* (I) a profesionales con competencias de gestión en AP
- (4) realización de una encuesta *online* (II) a profesionales de las principales Sociedades Profesionales con competencias en Atención Primaria, así como a miembros de las Asociaciones de Pacientes más representativas.

El análisis de la situación actual de la Atención Primaria en España ha puesto de manifiesto los puntos fuertes del sistema sanitario público (la equidad en el acceso, la transparencia o la promoción de la salud); pero también que es necesario llevar a cabo cambios para responder a las necesidades actuales de la población española. El envejecimiento y la dispersión de la población, el aumento de enfermedades crónicas y de la salud mental, la escasez de profesionales o la brecha tecnológica son retos a los que se enfrentan las comunidades autónomas y que han evolucionado desde que, en 1986, la Ley General de Sanidad regulara las acciones que permitieron hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española. A nivel de criterios de delimitación territorial, las comunidades autónomas consideran que deben ser más dinámicos, y se debe dar más peso a los determinantes sociales de salud, a las desigualdades y tener en cuenta las zonas/puestos de difícil cobertura.

La descentralización sanitaria, culminada en el año 2002, ha permitido e impulsado, dentro de un marco general común, el desarrollo de nuevos modelos de organización y gestión de Centros y Servicios Sanitarios en las comunidades autónomas. Independientemente del modelo de gestión, las comunidades autónomas están de acuerdo en que el posicionamiento de la Atención Primaria se ha visto relegado y tiene menor visibilidad respecto a la Atención Hospitalaria, y esto se ve reflejado en los presupuestos. Si bien es cierto que la Atención Hospitalaria requiere mayor gasto e inversión, la mayoría de las comunidades autónomas consideran que habría que aumentar el presupuesto destinado a Atención Primaria. Prácticamente todas las comunidades autónomas declaran en las entrevistas que tienen objetivos fijados para el incremento (o como mínimo mantenimiento) de las partidas destinadas a la

Atención Primaria. En la mayoría de los casos, se considera una acción necesaria para situar la Atención Primaria en el centro de la asistencia sanitaria.

En relación con la coordinación con los proveedores de atención social, las comunidades autónomas han señalado que hay que seguir trabajando en mejorar la coordinación y seguir desarrollando planes e iniciativas que se han visto impulsadas con la pandemia causada por la COVID-19.

Existe un problema estructural a nivel de Recursos Humanos que necesita ser corregido para responder a los retos emergentes en salud. El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) el 15 de diciembre de 2021, incluye como objetivo nº2 “Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad”. Este objetivo tiene 11 acciones relacionadas directamente con Recursos Humanos. Las comunidades autónomas consideran que es necesario dotar a la Atención Primaria de un mayor número de profesionales, y para ello han desarrollado planes e iniciativas centradas en mejorar las condiciones de los contratos e incentivar a los profesionales. En los próximos años se prevén un número elevado de jubilaciones y se considera necesario además ampliar el número de plazas de Medicina Familiar y Comunitaria en las Universidades, así como fomentar el rol de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

Es de especial importancia la cobertura de plazas en zonas/puestos rurales o de difícil cobertura. De acuerdo con las entrevistas realizadas, las áreas rurales o de difícil acceso son poco atractivas para las nuevas incorporaciones y algunas comunidades autónomas están llevando a cabo políticas específicas en Recursos Humanos para estas zonas, como garantizar la incorporación de jóvenes profesionales en zonas/puestos rurales en procesos de selección de contratos fijos; flexibilizar horarios para facilitar la conciliación o proporcionar mayores incentivos económicos.

Por último, en relación con la Infraestructura y Equipamiento, las comunidades autónomas consideran que la infraestructura interna de los centros disponible sí permite llevar a cabo las prestaciones contempladas con la actual Cartera Común de Servicios de Atención Primaria. No obstante, la mayoría de los territorios considera que son necesarias adaptaciones para hacer frente a diversos retos presentes y futuros, algunos ya previstos en las nuevas carteras de servicios a implantar.

2. Introducción y objetivos

Este informe se enmarca en la Fase 2 del proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española”, financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico y ejecutado por NTT Data, en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG Reform).

El objetivo principal del proyecto es desarrollar una serie de Recomendaciones sobre criterios, modelos de gobernanza y requisitos que promuevan la equidad en el acceso a servicios de alta calidad en Atención Primaria (AP). El resultado esperado es proporcionar herramientas que permitan al Sistema Nacional de Salud adaptar los servicios de AP a las necesidades concretas de las diferentes realidades, como zonas urbanas, zonas con puestos de difícil cobertura, atención a pacientes crónicos, etc.

El proyecto consta de 7 fases y este informe es el Informe de resultados del entregable (D2) de la Fase 2 “Análisis de la Situación Actual de la AP en España”. La Figura 1 presenta un resumen con la descripción de las fases, tareas y entregables del proyecto.

Figura 1. Fases, tareas y entregables del proyecto

Fases, actividades, técnicas*, entregables y stakeholders involucrados		Expertos de área	RSWG	AB	SP-AP	Otros stakeholders	D7. Informe final
Fases	Fase 1: Reunión de lanzamiento e Informe de Inicio	Fase 2: Análisis de la situación actual			Fase 3: Informe de Estudios de Caso en reformas de AP		
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> T 1.1 Realización de una reunión inicial (KoM) con el comité operativo (OWG) T 1.2: Organizar una reunión para presentar el Proyecto al Comité Directivo (SC) T 1.3: Proporcionar un mapa de los stakeholders T 1.4: Organizar a los expertos de área, RSWG, Sociedades profesionales y asociaciones de pacientes para reunir comentarios y recopilar datos e información. T 1.5: Realizar el Informe de Inicio 	<ul style="list-style-type: none"> T 2.1: Revisar los criterios de las regiones para delimitar las áreas de salud T 2.2: Analizar los modelos de gestión regionales y otros aspectos clave de la Atención Primaria y proponer un marco que refleje los principales elementos comunes y diferencias entre ellas T 2.3: Analizar los actuales requerimientos operacionales de los centros de Atención Primaria. T 2.4: Sintetizar la evidencia y obtener información complementaria de otros grupos de interés T 2.5: Preparar y presentar el informe detallando los resultados de las tareas previas 			<ul style="list-style-type: none"> T 3.1: Seleccionar las áreas temáticas para reunir información de los Estudios de Caso T 3.2: Seleccionar los Estudios de Caso para cada área temática T 3.3: Organizar sesiones de trabajo para presentar los Estudios de Caso T 3.4: Informe sobre las lecciones de los Estudios de Caso 		
Entreg.	D1. Informe de Inicio	D2. Informe Análisis de la Situación Actual de la Atención Primaria en las Comunidades Autónomas			D3. Informe de Estudios de Caso de reformas de atención primaria		
Stakeholders involucrados	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar conocimiento técnico y estratégico 	<ul style="list-style-type: none"> Sesiones de trabajo (n= max.3 si se considera apropiado) (T2.4) Entrevistas semiestructuradas (n=18, T2.1, 2.2, 2.3) Proporcionar conocimiento técnico y estratégico Cuestionario online a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes (T2.2, 2.3) Cuestionario online a profesionales con competencias en AP (n=1) (T2.2, 2.3) 			<ul style="list-style-type: none"> Participar en las sesiones de trabajo de los Estudios de Caso. Participar en las sesiones de trabajo de los Estudios de Caso. Entrevistas a expertos internacionales (n=aprox. 5-10) (T3.2) Sesiones de trabajo (n= max 5) en las que expertos internacionales presentarán los Estudios de Caso (T3.3) 		
Fases	Fase 4: Recomendaciones	Fase 5: Action plan			Fase 6: Estrategia de comunicación		Fase 7: Informe final
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> T 4.1: Desarrollar las recomendaciones T 4.2: Análisis de deficiencias T 4.3: Apoyar un proceso de creación de consenso para adoptar las recomendaciones T 4.4: Redactar un informe con las recomendaciones adoptadas 	<ul style="list-style-type: none"> T 5.1: Definir un plan de acción para implementar las recomendaciones, que incluya las responsabilidades para las autoridades regionales y nacionales T 5.2: Definir mecanismos de M&E para la implementación del Plan de Acción T 5.3: Validar el Plan de Acción T 5.4: Desarrollar una guía con listas de control para facilitar la implementación de las recomendaciones y del Plan de Acción T 5.5: Presentar la guía y las listas de control T 5.6: Redactar el informe de resultados 			<ul style="list-style-type: none"> T 6.1: Desarrollar un Plan de Comunicación T 6.2: Diseñar el material de comunicación para compartir los resultados del Proyecto T 6.3: Organizar la conferencia final del Proyecto para mostrar los resultados del Proyecto 		
Entreg.	D4. Informe de las recomendaciones para adaptar la atención primaria a las necesidades actuales de la población Española	D5. Informe del Plan de Acción			D6. Estrategia de comunicación		
Stakeholders involucrados	<ul style="list-style-type: none"> Propuesta inicial de las recomendaciones Sesiones de trabajo para definir las recomendaciones (n=max 5 for T4.1) (n=1 for T4.3) Participar en consultas 	<ul style="list-style-type: none"> Propuesta inicial del Plan de Acción Sesiones de trabajo para definir el Plan de Acción (n=max 5 for T5.1) (n=1 for T5.3) Participar en consultas 			<ul style="list-style-type: none"> Conferencia de los resultados del Proyecto (T.6.3) Conferencia de los resultados del Proyecto (T.6.3) Conferencia de los resultados del Proyecto (T.6.3) Proporcionar conocimiento técnico y estratégico Conferencia de los resultados del Proyecto (T.6.3) Conferencia de los resultados del Proyecto (T.6.3). Se invitara a expertos de estados miembros de la UE que estén implementando reformas estructurales en AP. 		

*En esta figura únicamente se incluyen las técnicas que requieren la participación de los stakeholders

Los objetivos de la Fase 2 son los siguientes:

- Proporcionar al Ministerio de Sanidad un análisis exhaustivo de la organización actual de la AP en todas las comunidades autónomas, incluyendo los puntos fuertes y aspectos de mejora de los distintos modelos.
- Realizar un análisis de los criterios utilizados por las comunidades autónomas para delimitar los límites geográficos de la prestación de servicios, de los modelos de gestión regional de la AP y de la infraestructura y equipamiento.
- Evaluar en qué medida los criterios incluidos en la Ley General de Sanidad de 1986 y el RD 137/1984 y RD 1575/1993 influyen en los establecidos por las comunidades autónomas y afectan a la capacidad del Sistema Sanitario para garantizar el acceso a los servicios sanitarios.
- Evaluar las diferencias y los retos en la organización de la AP en las zonas urbanas y rurales y para poblaciones específicas, como por ejemplo las personas mayores.

El proyecto se centra en 5 áreas de análisis: Planificación, Gestión y Organización, Recursos Humanos, Financiación, Infraestructura y Equipamiento. La Figura 2 muestra las áreas de análisis y los aspectos principales que incluyen cada una de ellas.

Figura 2. Áreas de análisis del proyecto

Planificación	Gestión y Organización	Recursos Humanos	Financiación	Infraestructura y Equipamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para delimitar áreas de salud • Políticas y regulación nacional y regional • Diferencias entre zonas urbanas y rurales • Retos 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de gestión. • Diferencias entre zonas rurales y urbanas • Modelos de coordinación entre niveles de atención • Modelos de coordinación entre sanidad y proveedores de asistencia social • Retos 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de recursos humanos. • Modelos de cooperación entre profesionales • Composición de los equipos de Atención Primaria • Ratios de personal • Retos 	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto sanitario regional para Atención Primaria • Necesidades de financiación • Retos 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de equipamiento médico • Tecnologías TIC • Calidad de las infraestructuras (salas de consultas...) • Planes de mantenimiento, renovación o construcción de centros de Atención Primaria • Retos

3. Metodología

La metodología que se ha empleado para abordar la Fase 2 se ha desarrollado en 4 etapas:

- 1) revisión documental y de datos;
- 2) realización de entrevistas semiestructuradas con los miembros del RSWG;
- 3) realización de una encuesta *online* (I) a profesionales con competencias de gestión en AP;
- 4) realización de una encuesta *online* (II) a profesionales de las principales Sociedades Profesionales con competencias en AP, así como a miembros de las Asociaciones de Pacientes más representativas.

El análisis realizado se ha llevado a cabo siguiendo las 5 áreas de análisis mencionadas anteriormente.

La Figura 3 muestra las etapas de la metodología, un breve descriptivo del contenido de cada etapa y las áreas de análisis del proyecto.

Figura 3. Resumen metodológico de la Fase 2



3.1. Revisión documental y de datos

El objetivo de la revisión documental y de datos es obtener información cuantitativa y cualitativa relacionada con las 5 áreas de análisis, para conocer la situación actual de la Atención Primaria en España.

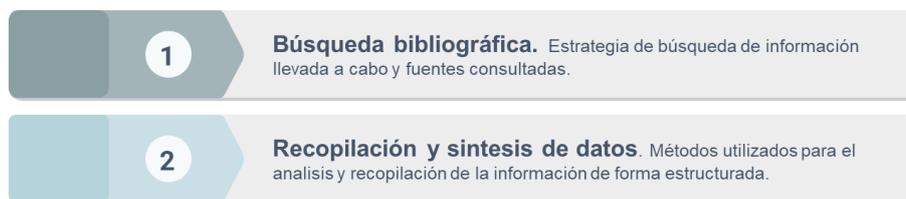
En la Figura 4 se expone, a modo resumen, la tipología de fuentes de datos analizadas y de documentos generados en esta etapa.

Figura 4. Fuentes de datos y documentos generados durante la etapa de revisión documental y de datos



La revisión documental y de bases de datos se ha llevado a cabo en 2 fases:

Figura 5. Fases de la etapa de revisión documental y de datos



3.1.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se ha realizado de forma paralela mediante dos vías:

- 1) Búsqueda de información en fuentes primarias (fuentes de datos públicas; legislación y normativa sanitaria regional y nacional; ordenación sanitaria; planes estratégicos y de salud; otras fuentes).
- 2) Información proporcionada por los miembros del RSWG en las entrevistas semiestructuradas.

1) Búsqueda de información en fuentes primarias.

Se ha llevado a cabo una búsqueda de información en fuentes primarias para cada una de las 5 áreas de análisis del proyecto y para cada CC.AA. La Tabla 6 muestra un resumen, por área de análisis, del objetivo de la búsqueda bibliográfica y de la principal tipología de fuentes de información utilizadas.

Tabla 6. Objetivo de búsqueda bibliográfica y tipología de fuentes de información para cada área de análisis

Área de análisis	Objetivo de búsqueda bibliográfica	Principal tipología de fuentes de información bibliográficas utilizadas
1. Planificación	Criterios utilizados para delimitar las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, población y recursos	<ul style="list-style-type: none"> · Legislación y normativa de ordenación sanitaria · Distribución de la población asignada a AP · Recursos estructurales
2. Gestión y Organización	Modelos de gestión	<ul style="list-style-type: none"> · Artículos de modelos de Gestión en las CC.AA. · Legislación y normativa de ordenación sanitaria
3. Recursos Humanos	Composición de los equipos y ratios de personal	<ul style="list-style-type: none"> · Datos del Sistema de Información de AP (SIAP)
4. Financiación	Gasto y presupuesto	<ul style="list-style-type: none"> · Estadística del gasto público · Presupuesto de las CC.AA.
5. Infraestructura y Equipamiento	Recursos materiales y tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> · Regulación de requisitos técnicos · Memorias anuales de las Gerencias · Plan de inversiones

Además, se ha realizado una búsqueda bibliográfica del contexto socioeconómico y estado de salud de cada una de las CC.AA. La Tabla 7 muestra un resumen, para cada aspecto del contexto socioeconómico analizado, del objetivo de la búsqueda bibliográfica y de la principal tipología de fuentes de información utilizada.

Tabla 7. Objetivo de búsqueda bibliográfica y tipología de fuentes de información para el análisis del contexto socioeconómico y estado de salud

Aspecto	Objetivo de búsqueda bibliográfica	Principal tipología de fuentes de información bibliográfica utilizada
1. Población	Distribución de la población	<ul style="list-style-type: none"> · Número de habitantes y distribución por edad
2. Economía	PIB, paro y riesgo de pobreza	<ul style="list-style-type: none"> · Contabilidad regional · Indicador de pobreza y de exclusión social
3. Nivel educativo	Analfabetismo y nivel de estudios completados	<ul style="list-style-type: none"> · Distribución de la población por nivel de formación alcanzado
4. Estado de salud	Principales datos sobre mortalidad, esperanza de vida, hábitos y estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> · Indicadores de salud

Se expone a continuación un descriptivo de las principales fuentes de datos empleadas. El detalle de las fuentes analizadas y los datos que se han tenido en cuenta se encuentra en el Anexo I.

- **Bases de datos e informes del Ministerio de Sanidad y de organismos oficiales:**
 - Instituto Nacional de Estadística (INE)¹. El INE es el responsable de la actividad estadística pública y tiene la labor de realizar operaciones estadísticas de gran envergadura (censos demográficos y económicos, cuentas nacionales, estadísticas demográficas y sociales, indicadores económicos y sociales, formación del Censo Electoral...).

¹ [INE](#). Instituto Nacional de Estadística (INE)



- Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud². Aplicación web que permite la visualización una lista de indicadores seleccionados de entre los miles de datos disponibles en las fuentes rutinarias que constituyen el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud y de fuentes de datos gestionadas por otros organismos oficiales. Son los indicadores que se consideran más relevantes para entender la salud de los ciudadanos, el funcionamiento del sistema sanitario público y los factores que influyen en la salud. La lista está compuesta por 247 Indicadores clasificados en diversos campos (dominios y subdominios).
- Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)³. Proporciona información sobre la dotación de personal, de actividad y el número de centros físicos y/o funcionales del Sistema Nacional de Salud que tienen como finalidad la Atención Primaria. Como variables de estudio utiliza el personal, la actividad y los centros de Atención Primaria. La periodicidad de la recogida y de la difusión de los datos es anual. Su elaboración es responsabilidad del Ministerio de Sanidad en colaboración con las Consejerías/Departamentos con competencia en la materia de las comunidades autónomas.
- Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS⁴. Contiene información básica de los centros de Atención Primaria de los que dispone el Sistema Nacional de Salud y, por consiguiente, de los Servicios de Salud de cada comunidad autónoma.
- Estadística de Gasto Sanitario Público⁵. Operación estadística, incluida en el Plan Estadístico Nacional con la denominación de Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público cuya unidad responsable de su producción es la Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación del Ministerio de Sanidad. Se elabora en colaboración con las CC.AA. y otros organismos implicados en la gestión del gasto sanitario público.
- Planes Marco y Estrategias (Planes Regionales de AP, Planes Regionales de Salud, Plan de Acción de Atención Primaria...). Documentos que recogen las políticas, en materia de Atención Primaria, que rigen la sanidad a nivel nacional y de las distintas CC.AA. así como la organización y gestión de los servicios, el marco de actuación, objetivos, planes y estrategias diseñadas para alcanzarlos.
- **Legislación y normativa de ordenación sanitaria:**
 - Normativa nacional y regional. Leyes, Decretos y Órdenes publicados en el Boletín Oficial del Estado (BOE) o en el Boletín Oficial de las CC.AA. relacionados con ordenación sanitaria.
- **Páginas web de las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. e INGESA**

² [Ministerio de Sanidad](#) (2022). Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

³ [Ministerio de Sanidad](#) (2022). Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

⁴ [Ministerio de Sanidad](#) (2022). Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS

⁵ [Ministerio de Sanidad](#) (2021). Estadística de Gasto Sanitario Público. Principales Resultados de 2020

2) Información proporcionada por los miembros del RSWG en las entrevistas semiestructuradas.

- **Legislación y normativa de ordenación sanitaria.**
 - Durante las entrevistas semiestructuradas realizadas a los RSWG, cuya metodología se explica en el apartado 3.2, se ha contrastado con los RSWG las fuentes consultadas para el análisis de la legislación, normativa y ordenación sanitaria en sus comunidades autónomas.
- **Otra documentación relevante.**
 - Algunos miembros de los RSWG han aportado información considerada de interés para completar los aspectos abordados durante las entrevistas.

3.1.2. Recopilación y síntesis de datos

La información y datos obtenidos de la búsqueda bibliográfica se han extraído en 2 tipos de documentos y herramientas para su posterior análisis:

- 1) Base de datos en Excel, estructurada y organizada para el análisis cuantitativo de los mismos.
- 2) Fichas resumen en Word para cada comunidad autónoma y ciudad autónoma.

1) Base de datos estructurada y organizada para el análisis cuantitativo de los mismos

Se ha construido una base de datos en Excel (Anexo I) en la que se ha incluido la información recopilada durante la etapa de análisis bibliográfico, relacionada con el análisis cuantitativo. La Tabla 8 muestra un listado de las tablas que contiene la base de datos y las fuentes.

Tabla 8. Contenidos y fuentes incluidos en la base de datos

Aspecto	Tabla de la base de datos	Fuente
Población por edad	Población residente en España por franjas de edad, 2020	INE (2020)
PIB	PIB por comunidad autónoma, 2020	INE (2020)
	PIB per cápita por comunidad autónoma, 2020	INE (2020)
Tasa de paro	Tasa de paro de España por comunidad autónoma, 2016-2020	INE (2020)
Tasa AROPE	Tasa AROPE por comunidad autónoma, 2020	EAPN (2020)
Nivel educativo	Población de 16 y más años por nivel de formación alcanzado, sexo y comunidad autónoma, 2020	INE (2020)
Valoración del estado de salud	Porcentaje de la población con valoración positiva de su estado de salud por comunidad autónoma, 2020	Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (2020)
Esperanza de vida, mortalidad, hábitos y estilo de vida	- Esperanza de vida al nacer por comunidad autónoma, 2019 - Tasa de mortalidad por habitante y comunidad autónoma, 2020 - Porcentaje de personas que consumen alcohol en una cantidad de riesgo para la salud por comunidad autónoma, 2020 - Porcentaje de población fumadora mayor de 16 años por comunidad autónoma, 2020 - Porcentaje de personas con índice de masa corporal ≥ 30 kg/m ² por comunidad autónoma, 2020	Indicadores de salud (2020)

Aspecto	Tabla de la base de datos	Fuente
Población asignada a AP	Población asignada a Atención Primaria de cada comunidad autónoma por franjas de edad (número de personas), 2015 - 2020	Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Consulta Interactiva del SNS. Fecha de acceso enero de 2022
Catálogo de Centros de AP	Datos generales del Catálogo de Atención Primaria por comunidad autónoma, 2020	Catálogo de Centros de Atención Primaria
Equipos de AP	Número y porcentaje de los profesionales de los equipos de Atención Primaria por comunidad autónoma, 2015-2020	Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Consulta Interactiva del SNS. Fecha de acceso enero de 2022
Personal Sanitario	Otro personal sanitario que presta servicios en AP por comunidad autónoma (número de profesionales por modalidad), 2020	Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Consulta Interactiva del SNS. Fecha de acceso enero de 2022
Consultas	Número de consultas anuales de Medicina y Enfermería por comunidad autónoma, 2015 - 2020	Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Consulta Interactiva del SNS. Fecha de acceso enero de 2022
Gasto	Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante, 2020	Estadística del Gasto Sanitario Público. (2020)

2) Fichas resumen de cada comunidad autónoma

Con el fin de estructurar la información recopilada, se ha elaborado una ficha para cada comunidad autónoma y ciudad autónoma. Estas fichas se definieron como un documento resumen con la información más relevante de cada CC.AA. en el marco de las 5 áreas de análisis del proyecto. El objetivo de estas fichas era doble:

- Punto de consulta con la información sintetizada.
- Base para hacer las entrevistas semiestructuradas con los miembros del RSWG.

A continuación, en la Tabla 9, se detalla la estructura de las fichas y una breve descripción de los apartados abordados:

Tabla 9. Estructura de las fichas resumen de las CC.AA.

Aspecto / Área	Descripción
Contexto socioeconómico y estado de salud	Población; economía; nivel educativo; estado de salud.
Planificación	Legislación de la ordenación sanitaria de la comunidad autónoma; criterios de planificación; población asignada; recursos estructurales.
Gestión y organización	Modelo de gestión; ordenación sanitaria
Recursos Humanos	Ratios en los equipos de Atención Primaria; actividad ordinaria
Financiación	Gasto sanitario público; composición del gasto sanitario; presupuesto destinado a Atención Primaria
Equipamiento e Infraestructura	Regulación; recursos materiales y tecnológicos

El Anexo II contiene las fichas elaboradas para cada comunidad autónoma.

3.2. Entrevistas semiestructuradas con los miembros del RSWG

Las entrevistas son una de las herramientas para la recolección de datos más utilizadas para la realización de una investigación y análisis cualitativo. Esta herramienta de investigación permite la obtención de datos e información mediante la interacción oral con el grupo de interés, en este caso los miembros del RSWG.

El objetivo principal de estas entrevistas semiestructuradas fue obtener información complementaria a la revisión documental, ampliando así el conocimiento a la vez que se contaba con la opinión de los RSWG respecto al estado de situación. Además, se pidió a los entrevistados que validaran y propusieran aspectos que, en su opinión, deberían incluirse en el cuestionario *online* a profesionales con competencias de gestión en AP.

En la Figura 6 se muestran las fases de la metodología llevada a cabo:

Figura 6. Fases de la metodología para la preparación de las entrevistas semiestructuradas



3.2.1. Diseño del guion de las entrevistas

El guion para la realización de las entrevistas se estructuró siguiendo las 5 áreas de análisis y fue revisado y validado por el OWG. El guion contenía mayoritariamente preguntas abiertas. Las preguntas abiertas presentan la ventaja de capturar más riqueza en las respuestas. La Tabla 10 muestra la estructura y tipología del contenido del guion de las entrevistas. El Anexo III contiene el guion detallado.

Tabla 10. Estructura del guion de las entrevistas semiestructuradas

Aspecto / Área	Aspectos abordados en el guion de entrevistas
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para delimitar Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud • Legislación y regulación • Retos en planificación
Gestión y Organización	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de gestión • Diferencias para las zonas/puestos de difícil cobertura • Modelos de coordinación entre niveles de atención sanitaria y proveedores de servicios sociales • Retos
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Política de Recursos Humanos • Instrumentos para la contratación • Composición de los equipos de Atención Primaria • Ratios de personal • Retos
Financiación	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto
Infraestructura y equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de equipamiento • Tecnologías TIC • Calidad de las infraestructuras físicas • Necesidades a futuro y retos
Cuestionario <i>online</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestiones relacionadas con la encuesta <i>online</i> I a profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria en su comunidad autónoma
Glosario	<ul style="list-style-type: none"> • Glosario de definiciones

3.2.2. Lectura de la información sintetizada en la búsqueda bibliográfica

Previo a la realización de la entrevista con cada CC.AA., se procedió a leer y consultar la ficha resumen de la CC.AA. con el objetivo de identificar la información complementaria que pudiera necesitar el equipo de trabajo, o información que pudiera requerir validación o confirmación por parte del profesional entrevistado.

3.2.3. Realización de las entrevistas

Se envió un correo electrónico a cada uno de los miembros del RSWG de las comunidades autónomas, exponiendo el objetivo de la entrevista y preguntando la disponibilidad para la realización de esta. Además, se adjuntó el guion para que los entrevistados pudieran prepararse y recoger la información solicitada con antelación.

Se realizó una entrevista para cada CC.AA. por videoconferencia, utilizando la herramienta de *Microsoft Teams*®.

3.2.4. Redacción de las minutas y análisis de resultados

Posteriormente a la realización de cada entrevista, se redactaron las minutas de esta. Las minutas se enviaron a los profesionales entrevistados para su validación. Se han realizado entrevistas con todas las comunidades y ciudades autónomas y todas las minutas han sido validadas por los entrevistados.

Para el análisis cualitativo de resultados de las entrevistas, se ha construido una tabla Excel la cual contenía, en columnas las cuestiones planteadas y en filas las CC.AA. Las celdas contenían las respuestas proporcionadas por cada CC.AA. a las preguntas planteadas. La visión conjunta de todas las respuestas de las CC.AA. por aspecto ha permitido extraer y analizar la información en su conjunto.

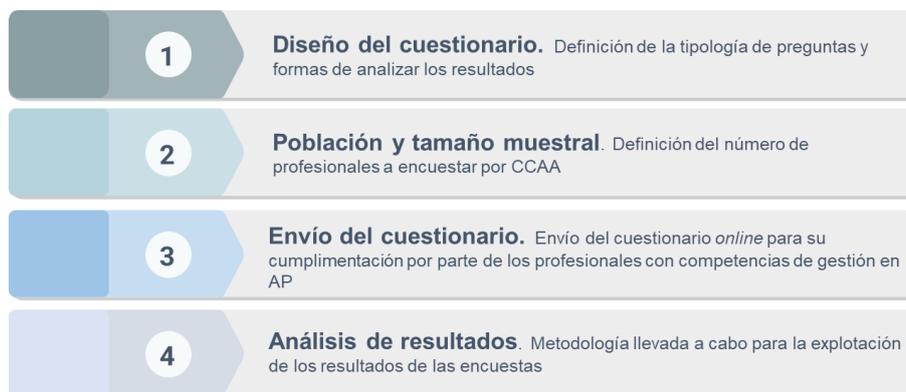
3.3. Encuesta *online* I a responsables con competencias en AP

Tras la realización de las entrevistas semiestructuradas con los RSWG se procedió a enviar una encuesta *online* (encuesta *online* I) a profesionales con competencias de gestión en AP de las comunidades autónomas.

El objetivo de la encuesta *online* I fue complementar la información obtenida en las entrevistas para profundizar en aspectos sobre la práctica, la organización y los recursos actuales, así como conocer los retos y oportunidades a los que se enfrenta la AP. Las preguntas de la encuesta *online* I se organizaron siguiendo el marco de análisis basado en las 5 áreas de análisis del proyecto. Las respuestas obtenidas se analizaron de forma agregada, sin identificar ni relacionar las respuestas a participantes individuales.

En la Figura 7 se muestran las fases de la metodología llevada a cabo:

Figura 7. Fases de la metodología para la elaboración de la encuesta *online* I



3.3.1. Diseño de la encuesta *online* I

La encuesta *online* I desarrollada constaba de una parte objetiva donde se abordaron cuestiones generales sobre las 5 áreas de análisis por comunidad autónoma, y una parte subjetiva donde se profundizó sobre la percepción general de los encuestados en las 5 áreas.

La encuesta *online* I se elaboró en formato web utilizando la herramienta *Microsoft Forms*®. Se eligió esta herramienta por su interfaz amigable, así como por las facilidades de transcripción y análisis. Se planteó en dos secciones: una primera sección general, con preguntas sobre el perfil profesional de los participantes y una segunda sección, más específica, destinada a conocer la percepción de los participantes sobre el estado de la AP en las áreas de análisis.

La encuesta *online* I constaba tanto de preguntas abiertas como de preguntas cerradas:

- Preguntas abiertas (se dejó responder libremente al encuestado). Se han considerado especialmente relevantes ya que presentan la ventaja de obtener más riqueza en las respuestas.
- Preguntas cerradas (el encuestado estaba obligado a elegir entre una serie de respuestas ya incluidas). Se realizaron 3 subtipos de preguntas cerradas:
 - Respuesta 'Sí/No'
 - Grado de acuerdo y desacuerdo con una afirmación
 - Elección múltiple dentro de una lista de opciones

La Tabla 11 muestra la estructura y tipología de contenido de la encuesta *online* I:

Tabla 11. Estructura de la encuesta *online* I

Aspecto	Aspectos abordados en la encuesta <i>online</i> I
Perfil del encuestado	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad autónoma • Gerencia • Departamento • Categoría profesional • Área urbana / rural / mixta⁶
Aspectos de la encuesta <i>online</i> I para cada área de análisis	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación (conocimiento de los criterios; valoración de la adecuación de estos; puntos fuertes y áreas de mejora; retos). • Gestión y Organización (adecuación del modelo de gestión; ventajas y áreas de mejora del modelo de gestión; diferencias organizativas en zonas/puestos de difícil cobertura; retos). • Recursos Humanos (obstáculos para la contratación, captación y retención de profesionales; necesidad de medidas adicionales; adecuación de los instrumentos de contratación y de la composición de los equipos de AP; perfiles profesionales necesarios; retos). • Financiación (valoración de la asignación de los presupuestos y de los criterios que se utilizan para determinar el presupuesto; prioridades de financiación). • Infraestructura y equipamiento (estado de la infraestructura y del equipamiento; valoración de necesidades en infraestructura y equipamiento; valoración de las herramientas digitales disponibles; recursos necesarios en los próximos años).

El Anexo IV contiene el cuestionario desarrollado.

3.3.2. Población y tamaño muestral

La encuesta *online* I estuvo dirigida a diferentes perfiles profesionales dependientes de las Direcciones de Atención Primaria (o atención integrada) de cada comunidad autónoma. Debido a la organización de las diferentes comunidades autónomas en materia sanitaria, el número de encuestas *online* por región estuvo vinculado al número de Gerencias existentes. En el momento del estudio, existían un total de 169 Gerencias entre las 17 CC.AA. e INGESA.

Dado que la encuesta *online* I incluyó una parte subjetiva o de opinión/percepción, fue necesario replicar la encuesta dentro de los propios Órganos de gestión para evitar el posible sesgo asociado a una única respuesta por comunidad autónoma. Por ello se identificaron, en base a la jerarquía del Órgano de Gestión, los principales cargos a los que dirigir dicha encuesta *online* I para lograr una visión más completa.

⁶ Se entiende por zona mixta aquella que comparte parte rural y parte urbana

Asumiendo que, en términos generales, se pueden encontrar 5 Direcciones u Órganos cualificados el ámbito de la Gerencia de AP para proporcionar una respuesta [(1) Dirección Gerencia; (2) Dirección de Salud/ Dirección Médica AP; (3) Dirección de Cuidados de Enfermería/Dirección de enfermería en AP; (4) Dirección de Gestión Económica; (5) Dirección de Desarrollo Profesional/RRHH)], en el total de comunidades autónomas y Gerencias de AP hubo una población objetivo total = 168 Gerencias x 5 órganos = 840.

En la Tabla 12 se detalla el número de Gerencias para cada comunidad autónoma, así como la población objetivo (5 por gerencia) y sus porcentajes sobre el total.

Tabla 12. Datos para el muestreo

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	N Gerencias	Población objetivo	% de encuesta online sobre total
		(5 x Gerencia)	
Andalucía	34	170	19,6%
Aragón	8	40	4,8 %
Asturias (Principado de)	8	40	4,8%
Islas Baleares	3	15	1,8%
Canarias	7	35	4,2%
Cantabria	1	5	0,6%
Castilla-La Mancha	14	70	8,3%
Castilla y León	11	55	6,5%
Cataluña	9	45	5,4%
Ceuta	1	5	0,6%
Comunidad Valenciana	24	120	14,3%
Extremadura	8	40	4,8%
Galicia	7	35	4,2%
La Rioja	1	5	0,6%
Madrid (Comunidad de)	7	35	4,2%
Melilla	1	5	0,6%
Murcia (Región de)	9	45	5,4%
Navarra (Comunidad Foral de)	3	15	1,8%
País Vasco	13	65	7,7%
TOTAL	169	845	100%

Debido a la dificultad de conseguir la respuesta de toda la población objetivo y al riesgo de sesgos por haber preguntas subjetivas, la muestra se ajustó en base a un nivel estadístico de confianza. Para ello, se empleó la siguiente fórmula para adecuar el tamaño muestral mínimo:

Fórmula 1. Fórmula para determinar la muestra necesaria para establecer el nivel estadístico de confianza

$$N \text{ muestral} = \frac{Z^2 * \frac{\sigma(1 - \sigma)}{e^2}}{1 + \left(\frac{Z^2 * \sigma(1 - \sigma)}{e^2 N}\right)}$$

N: total de profesionales objetivo de la encuesta *online* |

σ : desviación estándar aceptada (asumiendo un 0.05)

Z: valor para el grado de confianza definido (en este caso Z=1.96, para 95%)

e: margen de error asumido

Asumiendo un margen de error del 3 % y un intervalo de confianza del 95%, el tamaño muestral mínimo establecido fue:

$$N \text{ muestral} = 473$$

Lo que implica un mínimo de 2,8 encuestas *online* por Gerencia. Redondeando estas cifras, el número mínimo de respuestas deseado por Gerencia es de 3, resultando en un total de 507 respuestas a la encuesta *online* I, reduciendo el margen de error al 2.8%.

3.3.3. Respuestas recibidas

Se contactó con los miembros de los Grupos Técnicos Regionales vía correo electrónico para que distribuyeran el enlace del cuestionario a las gerencias y perfiles solicitados, indicando en dicho correo electrónico cuántas respuestas por perfil se esperaban obtener de su comunidad autónoma.

Se estableció un plazo de respuesta inicial de 15 días. Tras la primera semana se decidió extender una semana adicional para conseguir mayor participación. Se obtuvieron 372 respuestas, lo que supone un margen de error obtenido a nivel nacional del 3,8%. La Tabla 13 muestra las respuestas objetivo y obtenidas:

Tabla 13. Respuestas objetivo y obtenidas a la encuesta *online* I por comunidad autónoma

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Nº Gerencias	Población objetivo (5 x Gerencia)	Respuestas objetivo (3 x Gerencia) (error global objetivo: 2,8%)	Respuestas obtenidas (error global obtenido: 3,8%)
Andalucía	34	170	102	75
Aragón	8	40	24	18
Asturias (Principado de)	8	40	24	23
Islas Baleares	3	15	9	12
Canarias	7	35	21	27
Cantabria	1	5	3	5
Castilla-La Mancha	14	70	42	75
Castilla y León	11	55	33	27
Cataluña	9	45	27	0
Ceuta y Melilla	2	10	6	5
Comunidad Valenciana	24	120	72	14
Extremadura	8	40	24	28
Galicia	7	35	21	25
La Rioja	1	5	3	3
Madrid (Comunidad de)	7	35	21	1
Murcia (Región de)	9	45	27	20
Navarra (Comunidad Foral de)	3	15	9	8
País Vasco	13	65	39	0
TOTAL	169	845	507	372

Se analizaron posteriormente las respuestas en tres bloques principales:

1. Por comunidad autónoma.
2. Por perfil profesional. Los perfiles profesionales contemplados son: Dirección de Enfermería, Gerencia, Dirección Médica, Dirección de RRHH / Dirección de Gestión Económica.
3. Por zona: rural, urbana o mixta.

Las 372 respuestas obtenidas, en función del perfil profesional, se distribuyen de la siguiente manera:

- Dirección de Enfermería: 90 respuestas (24,2%)
- Gerencia: 87 respuestas (23,4%)

- Dirección Médica: 121 respuestas (32,5%)
- Dirección de RRHH / Dirección de Gestión Económica: 73 respuestas (19,6%)
- NS/NC: 1 respuesta (0,3%)

Estos valores, desagregados por CC.AA., son los siguientes:

Tabla 14. Respuestas obtenidas (número y porcentaje sobre el total) a la encuesta online I por comunidad autónoma y perfil profesional

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Dirección de Enfermería	Gerencia	Dirección Médica	Dirección de RRHH / Dirección de Gestión Económica	NS/NC
Andalucía	25 (6,7%)	21 (5,6%)	19 (5,1%)	15 (4,0%)	0,3%
Aragón	5 (1,3%)	2 (0,5%)	9 (2,4%)	2 (0,5%)	0,0%
Asturias (Principado de)	6 (1,6%)	5 (1,3%)	7 (1,9%)	5 (1,3%)	0,0%
Islas Baleares	2 (0,5%)	4 (1,1%)	3 (0,8%)	3 (0,8%)	0 (0,0%)
Canarias	5 (1,3%)	6 (1,6%)	9 (2,4%)	7 (1,9%)	0 (0,0%)
Cantabria	1 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	2 (0,5%)	0 (0,0%)
Castilla-La Mancha	18 (4,8%)	23 (6,2%)	25 (6,7%)	9 (2,4%)	0 (0,0%)
Castilla y León	8 (2,2%)	5 (1,3%)	6 (1,6%)	8 (2,2%)	0 (0,0%)
Cataluña	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ceuta y Melilla	1 (0,3%)	1 (0,3%)	2 (0,3%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)
Comunidad Valenciana	4 (1,1%)	2 (0,5%)	8 (2,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Extremadura	5 (1,3%)	4 (1,1%)	14 (3,8%)	5 (1,3%)	0 (0,0%)
Galicia	5 (1,3%)	5 (1,3%)	8 (2,2%)	7 (1,9%)	0 (0,0%)
La Rioja	1 (0,3%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Madrid (Comunidad de)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Murcia (Región de)	3 (0,8%)	5 (1,3%)	6 (1,6%)	6 (1,6%)	0 (0,0%)
Navarra (Comunidad Foral de)	1 (0,3%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)	3 (0,8%)	0 (0,0%)
País Vasco	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
TOTAL (100%)	90 (24,2%)	87 (23,4%)	121 (32,5%)	73 (19,6%)	1 (0,3%)

En función del tipo de zona, la distribución es la siguiente:

- Zona rural: 32 respuestas (8,6%)
- Zona urbana: 19 respuestas (5,1%)
- Zona mixta: 321 respuestas (86,3%)

Tabla 15. Respuestas obtenidas (número y porcentaje) a la encuesta online I por comunidad autónoma y tipo de zona

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Zona rural	Zona urbana	Zona mixta
Andalucía	15 (4,0%)	5 (1,3%)	61 (16,4%)
Aragón	2 (0,5%)	0 (0,0%)	16 (4,3%)
Asturias (Principado de)	8 (2,2%)	0 (0,0%)	15 (4,0%)
Islas Baleares	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (3,2%)
Canarias	1 (0,3%)	2 (0,5%)	24 (6,5%)
Cantabria	0 (0,0%)	1 (0,3%)	4 (1,1%)
Castilla-La Mancha	6 (1,6%)	1 (0,3%)	68 (18,3%)
Castilla y León	0 (0,0%)	1 (0,3%)	26 (7,0%)
Cataluña	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ceuta y Melilla	0 (0,0%)	5 (1,3%)	0 (0,0%)

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Zona rural	Zona urbana	Zona mixta
Comunidad Valenciana	0 (0,0%)	1 (0,3%)	13 (3,5%)
Extremadura	0 (0,0%)	1 (0,3%)	27 (7,3%)
Galicia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	25 (6,7%)
La Rioja	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (0,8%)
Madrid (Comunidad de)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Murcia (Región de)	0 (0,0%)	2 (0,5%)	18 (4,8%)
Navarra (Comunidad Foral de)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (2,2%)
País Vasco	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
TOTAL	8,6%	5,1%	86,3%

En el Anexo V se encuentran recogidas las respuestas analizadas de las preguntas cerradas de la encuesta *online* I.

3.4. Encuesta *online* II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

El objetivo de este cuestionario *online* fue conocer la percepción de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes sobre la situación actual de la Atención Primaria. Las respuestas obtenidas se analizaron de forma agregada, sin identificar ni relacionar las respuestas a participantes individuales.

Las fases de la metodología se muestran a continuación en la Figura 8:

Figura 8. Fases de la metodología para la elaboración de la encuesta *online* II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes



3.4.1. Diseño de la encuesta *online* II

La encuesta *online* II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes se diseñó en base a las 5 áreas de análisis del proyecto. Se elaboró en formato *online* utilizando la herramienta *Microsoft Forms*®.

Se establecieron dos secciones para la encuesta *online* II: en la primera sección se preguntó la Sociedad Profesional o Asociación de Pacientes a la que pertenecía el encuestado, su CC.AA. y la zona (rural/urbana/mixta); en la segunda sección se abordaron las preguntas relacionadas con la percepción sobre el estado actual de la Atención Primaria en el marco de cada área de análisis del proyecto.

La encuesta *online* II se envió a las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes que participan en el proyecto (ver Tabla 5) y constó tanto de preguntas de elección múltiple como de preguntas de elección única:

- Preguntas de elección múltiple. Se establecieron bloques de respuestas en base a la encuesta *online* I. Adicionalmente, se añadió la opción de “otros” y texto libre para que los encuestados pudieran añadir lo que consideraran oportuno.
- Preguntas de elección única (el encuestado debía elegir entre una serie de respuestas ya incluidas). Se realizaron 2 subtipos de preguntas de elección única:
 - Respuesta ‘Sí; No; NS/NC’
 - Grado de acuerdo y desacuerdo con una afirmación

La Tabla 16 muestra la estructura y tipología del contenido de la encuesta *online* II:

Tabla 16. Estructura de la encuesta *online* II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Aspecto	Aspectos abordados en la encuesta <i>online</i> II
Perfil del encuestado	<ul style="list-style-type: none"> • CC.AA. • Sociedad Profesional o Asociación de Pacientes a la que representan • Zona urbana, rural o mixta para las Sociedades Profesionales y zona urbana o rural para las Asociaciones de Pacientes.
Aspectos de la encuesta <i>online</i> II para cada área de análisis	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación: conocimiento de los criterios; valoración de la adecuación de estos; retos. • Gestión y Organización: adecuación del modelo de gestión; diferencias organizativas en zonas/puestos de difícil cobertura; retos. • Recursos Humanos: adecuación de la composición de los equipos de AP; perfiles profesionales necesarios; retos (se preguntó sobre los retos únicamente a las Sociedades Profesionales, en relación con su colectivo profesional). • Financiación: valoración de la asignación de los presupuestos; prioridades de financiación. • Infraestructura y equipamiento: estado de la infraestructura y del equipamiento; valoración de necesidades en infraestructura y equipamiento; valoración de las herramientas digitales disponibles; recursos necesarios en los próximos años.

El Anexo VI contiene el cuestionario desarrollado.

3.4.2. Respuestas recibidas

Se contactó con los miembros del grupo técnico de Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes del proyecto vía correo electrónico para que distribuyesen el enlace al cuestionario *online*. Se estableció un plazo de respuesta de 4 semanas y se obtuvieron 243 respuestas:

- 240 respuestas de las Sociedades Profesionales
- 3 por parte de las Asociaciones de Pacientes.

A continuación, se detallan las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes que han participado en la encuesta *online* II:

Sociedades Profesionales:

- Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP)
- Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)
- Asociación Española Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC)

- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)
- Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)
- Sociedad Española de Médicos Atención Primaria (SEMERGEN)
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Asociaciones de Pacientes:

- Foro Español de Pacientes (FEP)
- Plataforma de Organizaciones Pacientes (POP)

Las respuestas recibidas se analizaron diferenciando entre las Asociaciones de Pacientes y el conjunto de las Sociedades Profesionales. Las respuestas de las Sociedades Profesionales se dividieron además en 2 bloques:

1. Por agrupación profesional: enfermería, medicina familiar y comunitaria, pediatría y otros (profesionales de Psicología Clínica, Fisioterapia, Matronas y Directivos de AP).
2. Por zona: rural, urbana o mixta.

En la Tabla 17 se muestra la distribución de las respuestas obtenidas por parte de las Sociedades Profesionales por agrupación profesional:

Tabla 17. Distribución de las respuestas de las Sociedades Profesionales a la encuesta online II por agrupación profesional

Agrupación Profesional	Porcentaje de respuestas
Enfermería	25%
Medicina Familiar y Comunitaria	53%
Pediatría	8%
Otros *	14%

*Incluye profesionales de Psicología Clínica, Fisioterapia, Matronas y Directivos de AP.

La distribución de las respuestas obtenidas por parte de las Sociedades Profesionales por zonas fue la siguiente:

Tabla 18. Distribución de las respuestas de las Sociedades Profesionales a la encuesta online por zonas

Zona	Porcentaje de respuestas
Mixta	82%
Urbana	14%
Rural	4%

Dado el bajo número de respuestas obtenidas por parte de las Asociaciones de Pacientes, no se considera que exista suficiente representatividad para extraer un análisis por zonas, por lo que no se ha incluido en el informe el análisis de esta información.

4. Resultados

Nota: como se observa en la Tabla 13 se ha recibido una única respuesta de la Comunidad de Madrid y ninguna de País vasco y Cataluña en la encuesta online I a responsables con competencias de gestión en AP, y por tanto estas 3 comunidades no se han incluido en el análisis de los resultados de la encuesta. Es importante tener presente este aspecto en la interpretación de los siguientes resultados.

4.1. Contexto socioeconómico

4.1.1. Población

La población total de España es de 47.332.614 personas (INE, 2020)⁷ (Tabla 19). Existen grandes diferencias territoriales en cuanto al total de población, siendo Andalucía, con 8.478.085 habitantes la región que concentra mayor número de población y Ceuta y Melilla con 168.557 habitantes la de menor población. Respecto a la distribución por grupo de edad a nivel nacional, es la siguiente: el 14,5% tiene entre 0 y 14 años; el 65,9%, entre 15 y 64; y el 19,6% tiene una edad mayor o igual a 65 años. Esta distribución también es dispar en los distintos territorios. Ceuta y Melilla con mayor porcentaje de población joven (0-14 años) presenta cifras del 21,7%, respecto al 10,8% de Asturias con menor población de este rango de edad. Así mismo, en cuanto a la población mayor o igual a 65 años por región, Asturias presenta la cifra más alta registrada, del 26,1%, siendo el 11,7% la cifra más baja que corresponde a Ceuta y Melilla. En el tramo medio (entre 15 y 64 años), el mayor porcentaje de población a nivel regional es del 70,6%, siendo 62,7% el menor.

Tabla 19. Distribución de población por CC.AA. y grupo de edad

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Población (2020)	Distribución de población					
		Entre 0 y 14 años		Entre 15 y 64 años		Mayor o igual a 65 años	
		N	%	N	%	N	%
España	47.332.614	6.877.153	14,5	31.188.143	65,9	9.267.317	19,6
Andalucía	8.478.085	1.321.980	15,6	5.679.919	67,0	1.476.186	17,4
Aragón	1.330.330	185.563	13,9	855.634	64,3	289.133	21,7
Asturias (Principado de)	1.018.899	110.328	10,8	642.729	63,1	265.842	26,1
Islas Baleares	1.210.725	176.969	14,6	840.433	69,4	193.323	16,0
Canarias	2.236.988	287.338	12,8	1.579.689	70,6	369.961	16,5
Cantabria	582.387	75.901	13,0	376.649	64,7	129.837	22,3
Castilla y León	2.401.305	283.858	11,8	1.504.767	62,7	612.680	25,5
Castilla-La Mancha	2.045.556	305.640	14,9	1.349.725	66,0	390.191	19,1
Cataluña	7.722.203	1.168.513	15,3	5.012.699	65,5	1.471.137	19,2
Comunidad Valenciana	5.029.338	736.764	14,6	3.303.284	65,7	989.290	19,7
Extremadura	1.061.980	143.259	13,5	696.910	65,6	221.811	20,9
Galicia	2.702.591	317.263	11,7	1.697.882	62,8	687.446	25,4
Madrid (Comunidad de)	6.747.068	1.023.585	15,2	4.510.227	66,8	1.213.255	18,0
Murcia (Región de)	1.504.870	254.473	16,9	1.011.241	67,2	239.156	15,9
Navarra (Comunidad Foral de)	656.503	100.660	15,3	424.825	64,7	131.018	20,0
País Vasco	2.189.138	303.177	13,8	1.385.941	63,3	500.020	22,8
La Rioja	315.934	45.295	14,3	203.428	64,4	67.211	21,3
Ceuta y Melilla	168.557	36.586	21,7	112.166	66,5	19.805	11,7

⁷ INE (2020) Población residente en España por franjas de edad

4.1.2. Economía

El PIB nacional a cifras de 2020 fue de 1.121.948 M€⁸. De este total, el umbral entre la mayor y la menor aportación regional fue de entre 19,3% el valor máximo (216.527 M€) y 0,3% el mínimo (3.151M€); el promedio se situó en el 5,5%. Respecto al PIB per cápita (PIB pc) (2020)⁹, la media española fue de 23.693€ por habitante, situándose los valores máximo y mínimo por territorio entre 32.048€ (1,35 veces más elevada que la media nacional) y 17.448€ (1,3 veces inferior a la media nacional). En cuanto a las tasas de paro en el año 2020¹⁰, en España la media fue de 14,4%. En este caso, la tasa registrada más alta fue de 23,6% y 8,6% la más baja. Por último, el indicador AROPE de riesgo de pobreza y exclusión de 2020¹¹, fue del 26,4% para España, siendo el valor máximo por territorio del 38,7% y de 12% el menor.

Tabla 20. Datos económicos por CC.AA.

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	PIB (2020)		PIB pc (2020) (€)	Tasa de paro (2020) (%)	Tasa AROPE (%)
	M€	%			
España	1.121.948	100,0	23.693	14,4	26,4
Andalucía	150.557	13,4	17.747	21,2	35,1
Aragón	35.290	3,1	26.512	10,6	18,5
Asturias (Principado de)	21.475	1,9	21.149	14,4	27,7
Islas Baleares	26.789	2,4	22.048	18,2	22,0
Canarias	39.163	3,5	17.448	18,8	36,3
Cantabria	12.867	1,1	22.096	11,1	23,7
Castilla y León	55.401	4,9	23.167	11,8	19,8
Castilla-La Mancha	39.573	3,5	19.369	18,1	29,8
Cataluña	212.931	19,0	27.812	10,7	22,8
Comunidad Valenciana	104.724	9,3	20.792	14,4	29,3
Extremadura	19.386	1,7	18.301	23,6	38,7
Galicia	59.105	5,3	21.903	12,7	25,7
Madrid (Comunidad de)	216.527	19,3	32.048	10,6	20,9
Murcia (Región de)	29.940	2,7	19.838	16,5	29,7
Navarra (Comunidad Foral de)	19.265	1,7	29.314	8,6	12,0
País Vasco	66.558	5,9	30.401	8,7	13,9
La Rioja	8.129	0,7	25.714	11,2	19,0
Ceuta y Melilla	3.151	0,3	18.730	23,5	40,6

4.1.3. Nivel educativo

La media nacional en cuanto al porcentaje de población analfabeta y estudios primarios incompletos en el año 2020¹² fue del 6%. Esta cifra es dispar entre los diferentes territorios, siendo 1,2% el menor porcentaje y 10,9% el mayor porcentaje. Respecto a la educación superior en 2020¹³, el 31,7% de la población española (2020) registraba estudios superiores. En cuanto a la diferencia territorial, el menor porcentaje de titulados superiores era del 21,2%, respecto al 41,2% de la región con mayor índice.

⁸ INE (2020). Contabilidad Regional de España

⁹ INE (2020). Contabilidad Regional de España

¹⁰ INE (2020). Tasa de paro por CC.AA.

¹¹ EAPN (2020). European Anti Poverty Network. Tasa AROPE

¹² INE (2020). Población de 16 y más años por nivel de formación alcanzado

¹³ INE (2020). Población de 16 y más años por nivel de formación alcanzado

Tabla 21. Nivel educativo por CC.AA.

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Analfabetos y estudios Primarios incompletos (2020) (%)	Educación superior (2020) (%)
España	6,0	31,7
Andalucía	10,1	26,6
Aragón	4,0	30,4
Asturias (Principado de)	2,7	34,1
Islas Baleares	4,8	29,6
Canarias	8,1	29,8
Cantabria	1,2	34,3
Castilla y León	3,3	29,8
Castilla-La Mancha	8,6	24,0
Cataluña	5,3	33,8
Comunidad Valenciana	5,9	30,1
Extremadura	10,9	21,2
Galicia	5,6	29,9
Madrid (Comunidad de)	3,6	40,3
Murcia (Región de)	8,2	27,5
Navarra (Comunidad Foral de)	2,7	38,9
País Vasco	2,6	41,2
La Rioja	2,8	30,6
Ceuta y Melilla	6,1	27,7

4.1.4. Estado de salud

A cifras de 2020¹⁴, el 75,51% de la población española valora de forma positiva su estado de salud. Respecto a este valor medio, el mayor porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud a nivel regional es del 82,92%, frente al dato más bajo registrado del 64,63%. La esperanza de vida al nacer en España es de 83,76 años (2019). En este caso, el umbral a nivel territorial se sitúa en 4,3 años, es decir, entre los 81,37 años y los 85,69 años. Respecto a la tasa de mortalidad, la media española es de 916 habitantes por cada 100.000 (2020), siendo las cifras mínimas y máximas de 793 y 1.113 habitantes por cada 100.000. A nivel de hábitos y estilo de vida relacionado con la salud, el 19,78% de la población española de 16 años y más es fumadora (2020); esta cifra alcanza su máximo territorial en 25,32% y su mínimo en 16,09%. El 1,27% de la población española consume alcohol en una cantidad de riesgo para la salud (2020), siendo la cifra de la región que más alcohol consume del 2,56% y del 0,11% la cifra de la región con menor registro. Por último, en cuanto al Índice de Masa Corporal, el 16,01% de los habitantes españoles presentan un valor igual o superior a 30 kg/m² (2020). Este índice alcanza su valor máximo territorial en 19,67% y su valor mínimo en 10,16%.

¹⁴ Ministerio de Sanidad (2020). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud



Tabla 22. Indicadores de estado de salud por CC.AA.

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Valoración positiva del estado de salud (2020) (%)	Esperanza de vida al nacer (2019) (años)	Tasa de mortalidad (2020) (nº / 100.000 habitantes)	Población fumadora (2020) (%)	Consumo alcohol en una cantidad de riesgo para la salud (2020) (%)	Índice de Masa Corporal ≥ 30 kg/m ² (2020) (%)
España	75,51	83,76	916,39	19,78	1,27	16,01
Andalucía	78,27	82,52	959,71	20,93	0,89	19,67
Aragón	76,78	84,26	926,12	17,76	1,15	15,75
Asturias (Principado de)	68,05	83,11	922,09	19,24	0,57	19,12
Islas Baleares	82,92	84,09	798,06	20,54	0,11	16,35
Canarias	64,63	83,44	813,12	20,69	0,56	17,50
Cantabria	76,50	83,86	839,22	18,88	0,82	13,68
Castilla y León	66,42	83,83	920,09	18,98	2,31	16,82
Castilla-La Mancha	74,82	84,55	1.061,10	20,60	1,64	14,40
Cataluña	78,64	84,20	934,24	20,91	0,99	14,20
Comunidad Valenciana	75,73	83,41	883,75	19,88	2,16	16,66
Extremadura	79,49	83,01	970,5	25,32	1,59	12,82
Galicia	70,00	83,95	793,35	17,71	0,87	16,49
Madrid (Comunidad de)	73,35	85,69	949,92	17,74	1,40	13,42
Murcia (Región de)	75,57	82,76	906,13	23,65	0,37	19,08
Navarra (Comunidad Foral de)	77,65	84,93	847,44	18,17	2,56	13,23
País Vasco	77,77	84,41	824,27	16,09	2,42	13,51
La Rioja	73,35	84,06	899,93	18,74	0,77	15,81
Ceuta y Melilla	80,43	81,37	1.113,30	17,64	0,14	10,16

4.2. Planificación

4.2.1. Síntesis y aspectos clave

La Ley 14/1986, de 25 de abril, establece los criterios esenciales por los que se rige la delimitación territorial: geográficos; socioeconómicos; demográficos; laborales; epidemiológicos; culturales; climatológicos; de dotación de vías y medios de comunicación; y de instalaciones sanitarias del Área. El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero establece que los criterios para delimitar las zonas de Salud serán demográficos, geográficos y sociales, así como el volumen de población a atender en cada zona de Salud (entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano).

Los miembros de los RSWG entrevistados destacan como puntos fuertes de los criterios recogidos en la legislación y regulación vigente su buen diseño, dado que cumplen con su propósito; la accesibilidad y capilaridad que permiten, así como la equidad en el acceso, la transparencia de los mismos tanto para profesionales como para ciudadanos, la delimitación territorial y la proximidad.

En relación a estos criterios, algunas CC.AA. consideran que habría que revisarlos. Asimismo, hay CC.AA. que aplican otros criterios no recogidos en la regulación vigente, como son criterios relacionados con las zonas/puestos de difícil cobertura, con la época estival en algunas regiones y por colaboración entre los recursos interprovinciales para su dotación. En consecuencia, actualmente ya hay CC.AA. revisando los criterios por los que se rige el mapa sanitario e incluso una de ellas está actualmente trabajando en su modificación.

En efecto, de acuerdo con las entrevistas realizadas a los miembros del RSWG, el envejecimiento y la dispersión de la población, el aumento de enfermedades crónicas y de enfermedades de salud mental, la escasez de profesionales, la brecha tecnológica, o la coordinación entre los distintos niveles de atención son retos a los que se enfrentan las CC.AA. y consideran que es necesario incorporar criterios más dinámicos que los actuales.

Además, de acuerdo con las encuestas *online* realizadas, el 60% de los profesionales con competencias de gestión en AP y el 66% de los miembros de las Sociedades Profesionales que conocen los criterios consideran que no son los adecuados para responder a las necesidades actuales de la población española. Las Asociaciones de Pacientes opinan de la misma forma.

Algunas CC.AA. manifiestan que es necesario tener en cuenta la dispersión de la población, las zonas/puestos de difícil cobertura, y dar más peso a los determinantes sociales de salud y a las desigualdades.

4.2.2. Resultados generales

4.2.2.1. Ordenación sanitaria: estructura y criterios de delimitación

1) Estructura territorial

Los aspectos fundamentales por los que se rige la ordenación sanitaria en todo el territorio nacional vienen dispuestos por la [Ley 14/1986, de 25 de abril](#), General de

Sanidad. Dicha Ley establece que cada comunidad autónoma delimitará y constituirá las Áreas de Salud de su territorio, definiendo en el artículo cincuenta y seis el término “Áreas de Salud” como las *“estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la comunidad autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos”*¹⁵.

Esta estructura fundamental, que puede denominarse con otros términos diferentes a “Área de Salud” (ej. “Departamento de Salud” en la Comunidad Valenciana o “Región Sanitaria” en Cataluña), es la principal división de cada territorio regional, pudiendo ser a su vez fragmentada en divisiones menores, según cada territorio, hasta conformar Zonas Básicas de Salud. Estas estructuras básicas de salud, según el [Real Decreto 137/1984, de 11 de enero](#), son *“la demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines”*. El mismo Real Decreto establece que los criterios para delimitar las Zonas Básicas de Salud serán demográficos, geográficos y sociales. En la Tabla 23 se presentan las diferentes estructuras territoriales por CC.AA.:

Tabla 23. Estructura territorial por CC.AA.¹⁶

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Estructura
Andalucía	Áreas de Gestión Sanitaria (14) > Distritos de Atención Primaria (34) > Zonas Básicas de Salud (216)
Aragón	Área de Salud – Sector (8) > Zonas Básicas de Salud (123)
Asturias (Principado de)	Áreas Sanitarias (8) > Zonas Básicas de Salud (68). Existen también Zonas Especiales de Salud (16) Distritos Sanitarios (2)
Islas Baleares	Área de Salud (3) > Sectores Sanitarios (7) > Zonas Básicas de Salud (61).
Canarias	Área de Salud (7) > Zonas Básicas de Salud (108)
Cantabria	Área de Salud (4) > Zonas Básicas de Salud (42)
Castilla y León	Área de Salud (11) > Zonas Básicas de Salud (249)
Castilla-La Mancha	Gerencia de Atención Integrada (GAI) (13) + Gerencia de Atención Primaria (GAP) (1) > Zonas Básicas de Salud (205)
Cataluña	Región Sanitaria (7) > Sectores Sanitarios (29) > Áreas Básicas de Salud (373)
Comunidad Valenciana	Departamentos de Salud (24) > Zonas Básicas de Salud (241)
Extremadura	Área de Salud (8) > Zonas de Salud (113)
Galicia	Área de Salud (7) > Distritos sanitarios > Servicios de Atención Primaria > Unidades de Atención Primaria
Madrid (Comunidad de)	Áreas de Salud (1) > Direcciones Asistenciales (7) > Zonas Básicas de Salud (285)
Murcia (Región de)	Área de Salud (9) > Zonas Básicas de Salud (90)
Navarra (Comunidad Foral de)	Área de Salud (3, de las cuales 2 son Gerencias Integrada de Área de Salud) > Zonas Básicas de Salud (57)
País Vasco	Áreas de Salud (3) > Comarcas Sanitarias / Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) (13) > Zonas Básicas de Salud (139)
La Rioja	Área de Salud (1) > Zonas de Salud (20).
Ceuta y Melilla	Área de Salud (2) > Zonas Básicas de Salud (7)

¹⁵ Artículo cincuenta y seis, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

¹⁶ Ministerio de Sanidad, *Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS (2021); Legislación de la ordenación sanitaria en las CC.AA.; Entrevistas con los miembros de los RSWG*

2) Criterios en la delimitación de las Áreas de Salud

En el artículo cincuenta y seis de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹⁷, se definen los criterios esenciales por los que se rige la delimitación territorial de las Áreas de Salud. Estos criterios son nueve:

1. Geográficos; 2. Socioeconómicos; 3. Demográficos; 4. Laborales; 5. Epidemiológicos; 6. Culturales; 7. Climatológicos; 8. De dotación de vías y medios de comunicación, y 9. Instalaciones sanitarias del Área.

Además, también se establece que la población que abarca un Área de Salud esté entre los 200.000-250.000 habitantes, con excepciones.

En las entrevistas realizadas a los miembros de los RSWG, se ha confirmado que todas las CC.AA. emplean estos nueve criterios para delimitar las Áreas de Salud. Además, se ha detectado que, en algunos casos, existen legislaciones regionales complementarias, en las que se especifican otros criterios diferentes. Dicha legislación, así como sus aportaciones complementarias se refleja en la Tabla 24:

Tabla 24. Legislación y criterios en la delimitación de las Áreas de Salud por CC.AA.

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Legislación más reciente	Aspectos diferenciales
Andalucía	Ley 2/1998, de 15 de junio	No aporta criterios complementarios.
Aragón	Decreto 174/2010, de 21 de septiembre	No aporta criterios complementarios, pero permite una modificación bajo petición, revisión y consenso.
Asturias (Principado de)	Ley 7/2019 del 29 de marzo	Cada Área de Salud contará con una dotación de recursos sanitarios de Atención Primaria, de Atención Hospitalaria y de Salud Pública suficientes y adecuados para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio, sin perjuicio de la existencia de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o vinculados a la Red Hospitalaria Pública que, en razón a su alto nivel de especialización, tengan asignado un ámbito de influencia en dos o más Áreas o Distritos de Salud. Cada Área de Salud dispondrá como mínimo de un hospital general
Islas Baleares	Decreto 52/2010, de 29 de Julio	No aporta criterios complementarios, pero permite una modificación bajo petición, revisión y consenso.
Canarias	Decreto 32/1995, de 24 de febrero	No aporta criterios complementarios
Cantabria	Decreto 27/2011, de 31 de marzo	El Mapa Sanitario de Cantabria es un instrumento de ordenación flexible, adaptable a los cambios tanto demográficos como sociales, de infraestructuras y de racionalización de recursos. Se redefinieron las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud de los grandes núcleos de población, adaptándolas a fuentes estadísticas que proporcionan los datos poblacionales y considerando como unidades mínimas de población los distritos y secciones censales. También se tuvieron en cuenta los cambios y mejoras estructurales en vías y medios de comunicación entre las distintas localidades.
Castilla y León	Ley 8/2010, de 30 de agosto	Cada Área de Salud ha de contar con, al menos, un hospital o un complejo asistencial para poder ofertar a toda la población los servicios especializados adecuados a sus necesidades.
Castilla-La Mancha	Decreto 13/1994, de Ordenación Territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha Ley 8/2000 de 30 de noviembre	En el Real Decreto 137/1984 está recogido que el número de habitantes para estas Áreas de Salud será de entre 5.000 y 25.000. Pudiendo ser inferior a 5.000 en zonas rurales con gran dispersión.
Cataluña	Decreto 10/2013, de 3 de enero,	En el ámbito geográfico de las CC.AA. sanitarias, mediante orden de la persona titular del Departamento de Salud, se

¹⁷ Artículo cincuenta y seis, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

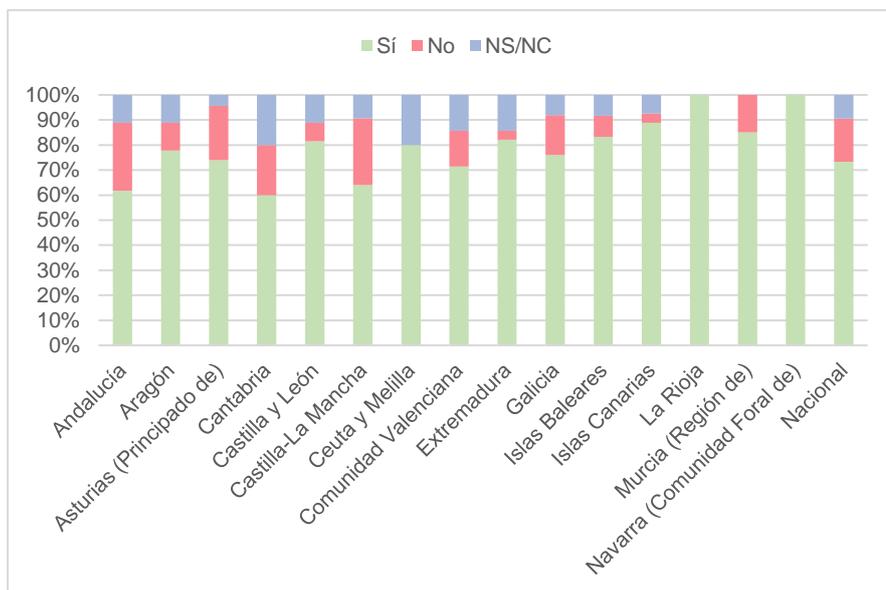
Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Legislación más reciente	Aspectos diferenciales
		podrán establecer agrupaciones de sectores sanitarios limítrofes y, en su caso, se podrán disolver. Se faculta a la persona titular del Departamento de Salud para adaptar la delimitación de los sectores sanitarios, mediante orden, al contenido de los sucesivos planes de salud de Cataluña o, en su caso, a sus modificaciones.
Comunidad Valenciana	Ley 10/2014, de 29 de diciembre	Máxima integración de los recursos asistenciales, con el objetivo de prestar una asistencia sanitaria y sociosanitaria ágil, dinámica, eficaz y sin barreras.
Extremadura	Ley 10/2001, de 28 de junio y Decreto Ley 180/2017, de 31 de octubre	Actuarán como criterios complementarios en la delimitación, los recursos existentes en las diversas zonas y la comarcalización existente o que fuese establecida por la Administración de la comunidad autónoma.
Galicia	Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia	Se especifica que, considerando las necesidades existentes de una determinada población, se podrán establecer por decreto otras divisiones territoriales adicionales para la atención sanitaria de la población afectada.
Madrid (Comunidad de)	Decreto 52/2010, de 29 de julio	No aporta criterios complementarios.
Murcia (Región de)	Ley 4/1994, de 26 de julio,	Cada Área de Salud estará vinculada a un hospital general, con los servicios que aconseje el Plan de Salud del Área, en función de la estructura y necesidades de la población.
Navarra (Comunidad Foral de)	Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre	No aporta criterios complementarios, pero permite una modificación bajo petición, revisión y consenso.
País Vasco	Decreto 59/2003, de 11 de marzo	Se añade el criterio de acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios de cobertura pública bajo el principio de igualdad efectiva, respetándose su capacidad de elección. También se especifica que delimitaciones geográficas de las Áreas de Salud serán coincidentes con las correspondientes a cada Territorio Histórico.
La Rioja	Decreto 121/2007	No aporta criterios complementarios, pero permite una modificación bajo petición, revisión y consenso.
Ceuta y Melilla	Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto	Se establece que el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las zonas urbanas de Ceuta y Melilla.

De esta legislación complementaria, se extraen los siguientes criterios explícitos:

1. Mínimo un hospital o complejo asistencial para cada Área de Salud (Asturias, Castilla y León y Murcia)
2. Habitantes por Área de Salud de entre 5.000 y 25.000 (Castilla-La Mancha)
3. Búsqueda de máxima integración de los recursos asistenciales (Comunidad Valenciana)
4. Criterios de accesibilidad (Galicia y País Vasco)
5. Contenido de los Planes de Salud (Cataluña)

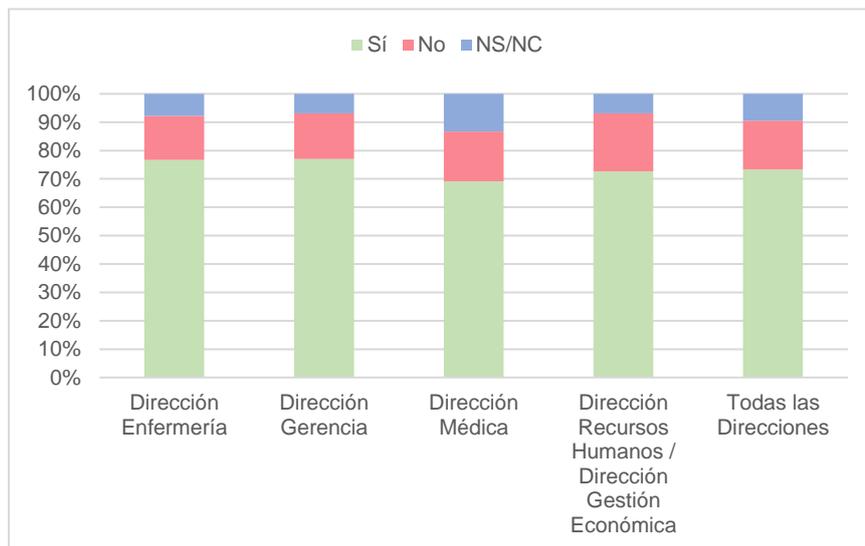
En el Gráfico 1 se muestran los resultados de la encuesta *online* I en cuanto al conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre los criterios que se tienen en cuenta a nivel regional para delimitar las Áreas de Salud.

Gráfico 1. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Áreas de Salud, por CC.AA.¹⁸



Se observa que el 73% de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados de las diversas CC.AA. conocen los criterios para delimitar las Áreas de Salud a nivel regional (ver Gráfico 1), sin encontrar diferencias importantes entre los distintos perfiles profesionales de los encuestados (ver Gráfico 2). Destacan especialmente La Rioja y Navarra, en las que el 100% de los profesionales encuestados han indicado que conocen dichos criterios.

Gráfico 2. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Áreas de Salud, por perfil profesional.¹⁹

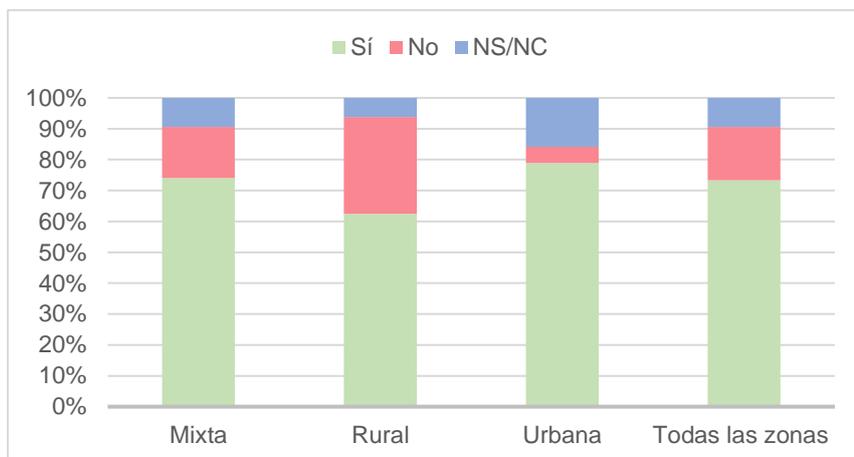


En relación con el conocimiento de los criterios para delimitar las Áreas de Salud a nivel regional, por zona rural/urbana, se observa lo siguiente:

¹⁸ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

¹⁹ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 3. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional por CC.AA. para delimitar las Áreas de Salud, por zona (rural/urbana/mixta)²⁰



La mayoría de los profesionales con competencias de gestión en AP (el 73% de las respuestas “Sí”) conocen los criterios a nivel regional para delimitar las Áreas de Salud. Los profesionales encuestados que trabajan en zonas rurales tienen menos conocimiento de los criterios para delimitar las Áreas de Salud que los que trabajan en zonas urbanas (31% los desconocen versus 17%).

Se preguntó (pregunta de texto libre) a aquellos encuestados que habían contestado afirmativamente a conocer dichos criterios cuales son. Las respuestas, una vez analizadas temáticamente, se pueden categorizar en 8 bloques:

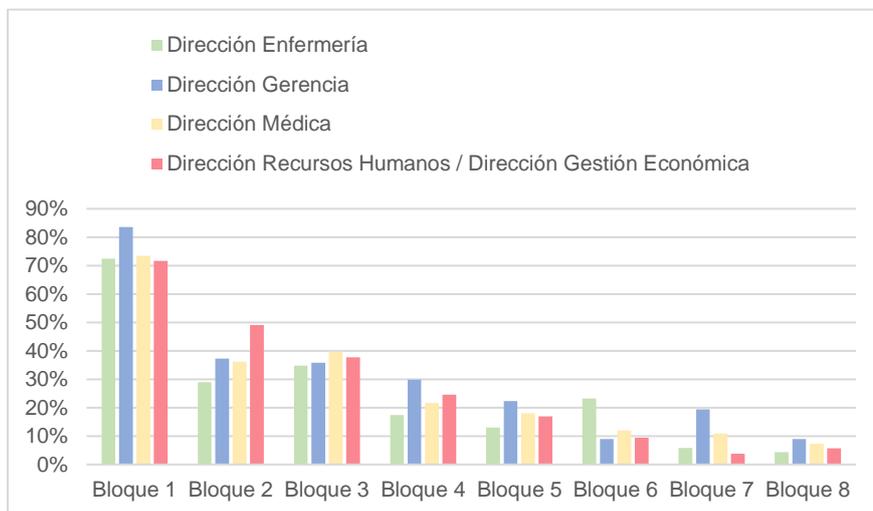
- Bloque 1. Criterios demográficos (densidad de la población, estructura demográfica) (75% de las respuestas).
- Bloque 2. Criterios geográficos (características del territorio, insularidad, dispersión de la población) (37% de las respuestas).
- Bloque 3. Criterios de carácter poblacional. Dichos criterios incluyen aspectos epidemiológicos, culturales, características de la población (37% de las respuestas).
- Bloque 4. Criterios de accesibilidad relacionados con la dotación de vías y accesibilidad a los servicios (23% de las respuestas).
- Bloque 5. Disponibilidad de recursos (asistenciales, recursos humanos, equipamiento) (18% de las respuestas).
- Bloque 6. Zonas/puestos de difícil cobertura (14% de las respuestas).
- Bloque 7. Existencia de un hospital de referencia (10% de las respuestas).
- Bloque 8. Indicadores sanitarios (resultados en salud, morbilidad, indicadores de patologías crónicas, indicadores asistenciales) (7% de las respuestas).

En relación con la distribución de las respuestas de la encuesta *online* I por perfiles profesionales, se observa que los profesionales de las Direcciones de Enfermería son los que identifican en mayor proporción criterios relacionados con zonas/puestos

²⁰ Fuente: encuesta *online* I profesionales con competencias en AP

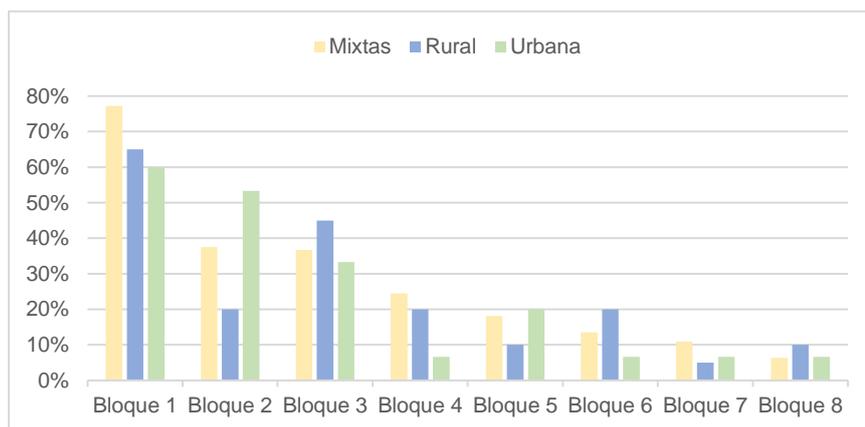
de difícil cobertura, mientras que son las Direcciones de Gerencia las que indican la existencia de un hospital de referencia como criterio de delimitación.

Gráfico 4. Criterios para delimitar las Áreas de Salud identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional²¹



Si se analizan las respuestas de la encuesta *online* I por tipología de zona, los profesionales encuestados de las zonas urbanas identifican en mayor porcentaje los criterios geográficos (Bloque 2) para delimitar las Áreas de Salud (un 53% frente a un 20% y 38% de las zonas rural y mixta respectivamente). Identifican, además, en menor medida los criterios de accesibilidad (Bloque 4) relacionados con la dotación de vías y accesibilidad a los servicios (un 7% frente al 20% y el 24% de las zonas rural y mixta respectivamente).

Gráfico 5. Criterios para delimitar las Áreas de Salud identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta)²²



3) Criterios en la delimitación de las Zonas Básicas de Salud

El [Real Decreto 137/1984, de 11 de enero](#) mencionado antes, y su posterior actualización con la [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#), establece que

²¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

²² Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

los criterios para delimitar las Zonas Básicas de Salud han de ser demográficos, geográficos y sociales. Todas las CC.AA. entrevistadas se rigen por estos criterios. En algunos casos, también se emplean otros de los 9 criterios comunes para delimitar las Áreas de Salud. Además, también existen criterios diferenciales según territorio para delimitar zonas básicas. En la Tabla 25 se sintetizan las matizaciones o aportaciones adicionales extraídas de las entrevistas con las CC.AA. respecto a los criterios incluidos en el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero:

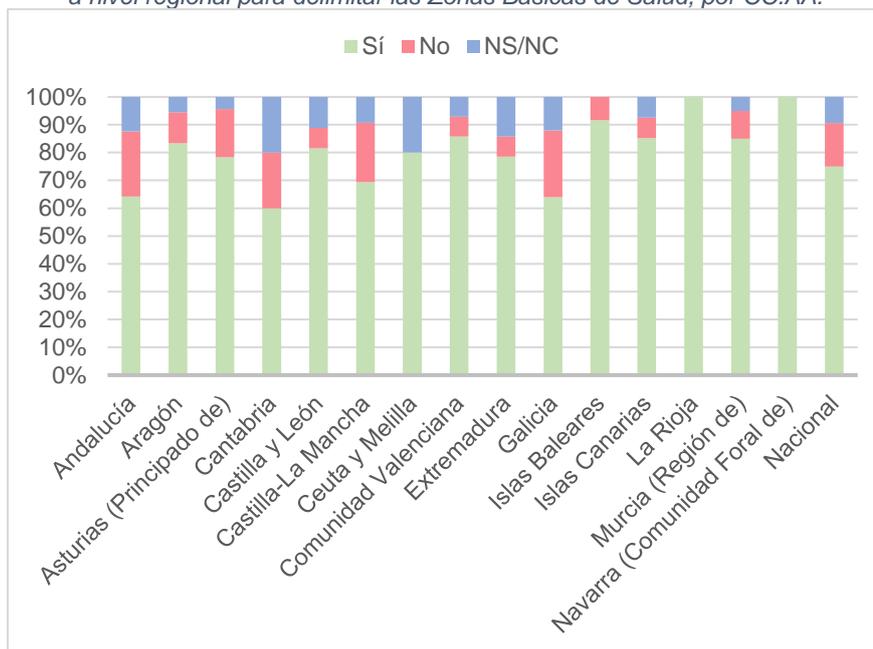
Tabla 25. Criterios en la delimitación de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud por CC.AA.²³

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Criterios adicionales / matizaciones respecto al Real Decreto 137/1984, de 11 de enero
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> - Criterios económicos, epidemiológicos, culturales y viarios, así como teniendo en cuenta los recursos existentes y la ordenación territorial. - Capacidad para proporcionar asistencia integral, permanente y accesible. - Las Zonas Básicas de Salud abarcarán como norma general una población comprendida entre los 5.000 y los 25.000 habitantes; habrá Zonas Básicas de Salud mayores de 25.000 o menores de 5.000 habitantes cuando circunstancias demográficas o de dispersión geográfica así lo aconsejasen.
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo máximo de desplazamiento para acceder a los centros de Atención Primaria siempre inferior a 30 minutos.
Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> - Densidad poblacional y dispersión geográfica.
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de concentración o dispersión de la población, distancias máximas de los núcleos de población más alejados de los servicios y el tiempo de acceso utilizando los medios ordinarios de transporte disponibles en la zona. - Criterios epidemiológicos y ambientales.
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> - Criterios socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías de comunicación, de recursos sanitarios, así como a otros criterios relacionados con la optimización en la ordenación de los recursos y de optimización de la respuesta a las necesidades sanitarias de los ciudadanos.
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de dispersión y grado de sobrepoblación. - Máximo de 50.000 habitantes por zona Básica de Salud.
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> - Criterios organizativos y funcionales para la organización de los equipos.
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> - Se tiene en cuenta la demarcación territorial de cada ayuntamiento.
Madrid (Comunidad de)	<ul style="list-style-type: none"> - Hay Zonas Básicas de Salud que por su estructura tienen cupos mayores de 25.000 habitantes.
Murcia (Región de)	<ul style="list-style-type: none"> - Zonas Básicas de Salud entre 5.000 y 25.000 habitantes.
Navarra (Comunidad Foral de)	<ul style="list-style-type: none"> - Para urgencias rurales se tiene en cuenta el tiempo máximo que tiene que tardar en llegar una urgencia al lugar donde se encuentra el paciente.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> - Evolución demográfica. - Instalaciones de servicios sanitarios existentes.

En el Gráfico 6 se muestran los resultados de la encuesta *online* I en cuanto al conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP, agrupados por CC.AA., sobre los criterios que se tienen en cuenta a nivel regional para delimitar las zonas Básicas de Salud.

²³ Fuente: entrevistas a los RSWG

Gráfico 6. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Zonas Básicas de Salud, por CC.AA. ²⁴

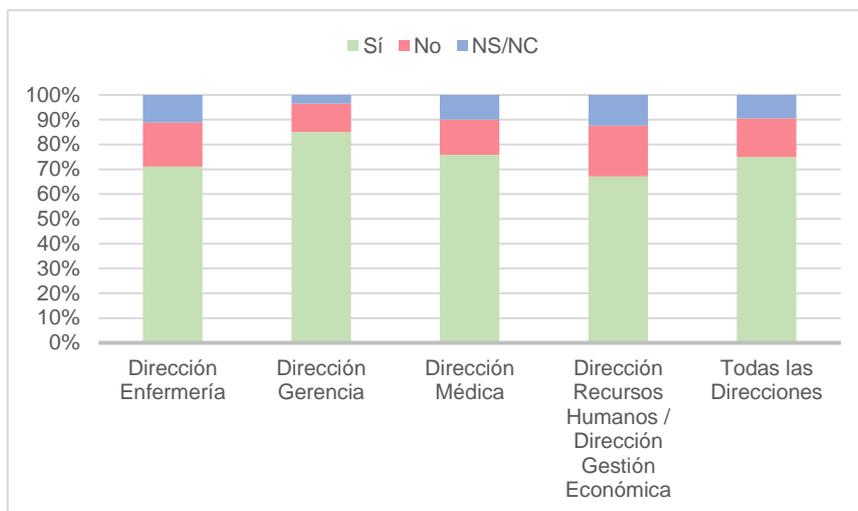


Se observa que el 75% de los profesionales con competencias de gestión en AP de las CC.AA. conocen dichos criterios para delimitar las zonas Básicas de Salud a nivel regional.

En relación con los perfiles de los encuestados, el 85% de los profesionales que tienen un cargo de Dirección Gerencia declara conocerlos, dato superior al de Dirección Recursos Humanos / Dirección Gestión Económica (con un 67% de respuestas positivas obtenidas).

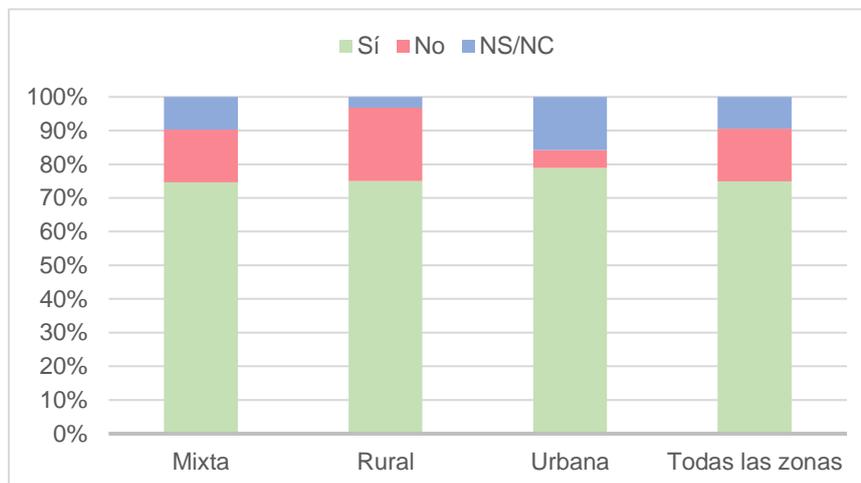
²⁴ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 7. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Zonas Básicas de Salud, por perfil profesional²⁵



Atendiendo al tipo de zona (rural, urbana o mixta), los resultados son similares, mostrando acuerdo generalizado. Sin embargo, los profesionales con competencias de gestión en AP que trabajan en zonas rurales tienen un menor conocimiento de los mismos respecto a los que trabajan en zonas urbanas: el porcentaje de profesionales que declara no conocer dichos criterios es un 22% (zona rural) *versus* un 5% (zona urbana).

Gráfico 8. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de los criterios a nivel regional para delimitar las Zonas Básicas de Salud, por zona (rural/urbana/mixta)²⁶



Analizando las respuestas de la encuesta *online* I (pregunta de texto libre), se han clasificado los criterios empleados a nivel regional para delimitar las Zonas Básicas de Salud en 6 Bloques:

- Bloque 1: Densidad / dispersión de la población (número de tarjetas sanitarias, densidad de la población...) (77% de las respuestas)
- Bloque 2: Criterios geográficos (37% de las respuestas)

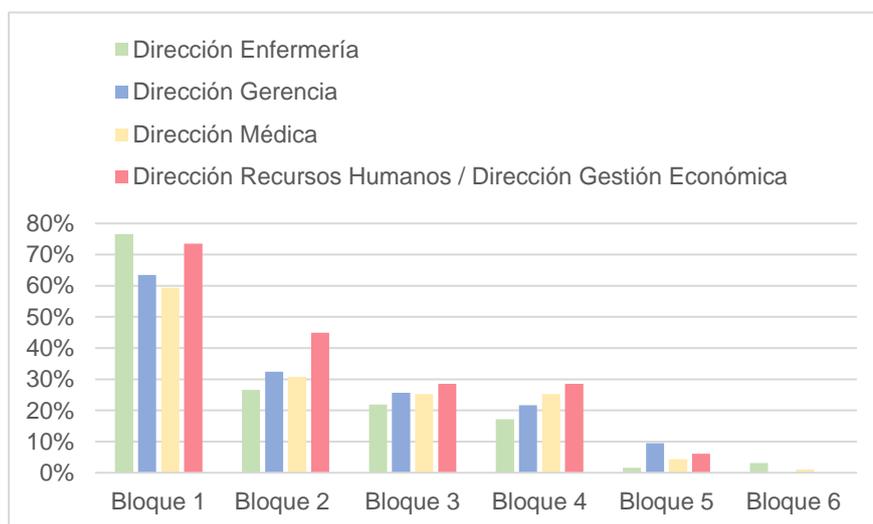
²⁵ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

²⁶ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

- Bloque 3: Accesibilidad (distancia al centro de salud o al hospital de referencia, isócronas, tiempos de acceso) (29% de las respuestas)
- Bloque 4: Características de la población (socioeconómicas, laborales, culturales...) (26% de las respuestas)
- Bloque 5: Disponibilidad de recursos sanitarios (instalaciones sanitarias existentes) (6% de las respuestas)
- Bloque 6: Zonas/puestos de difícil cobertura (1% de las respuestas)

Las respuestas por perfil profesional muestran que ninguno de los encuestados de las Direcciones de Gerencia y Recursos Humanos/Gestión Económica identifica las zonas/puestos de difícil cobertura como criterios, si bien es cierto que los profesionales de las Direcciones Médicas y de Enfermería tan sólo reconocen este criterio en un 1% y un 3% respectivamente.

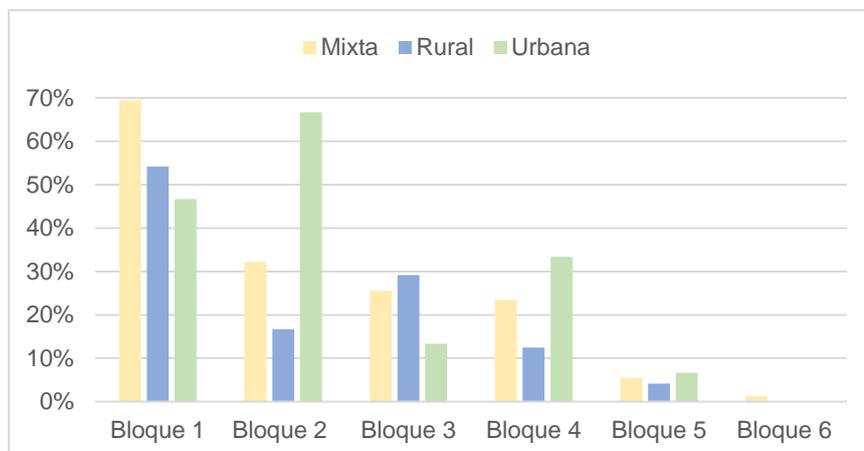
Gráfico 9. Criterios para delimitar las zonas Básicas de Salud identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional²⁷



En relación con el análisis por tipología de zonas (rural, urbana o mixta), únicamente los profesionales con competencias de gestión en AP de zonas mixtas identifican las zonas/puestos de difícil cobertura como un criterio para delimitar las zonas Básicas de Salud. Destaca además que los profesionales de las zonas urbanas son los que identifican en mayor porcentaje los criterios geográficos como criterios para delimitar las zonas Básicas de Salud (un 67% frente al 32% y el 17% de las zonas mixtas y rurales respectivamente).

²⁷ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

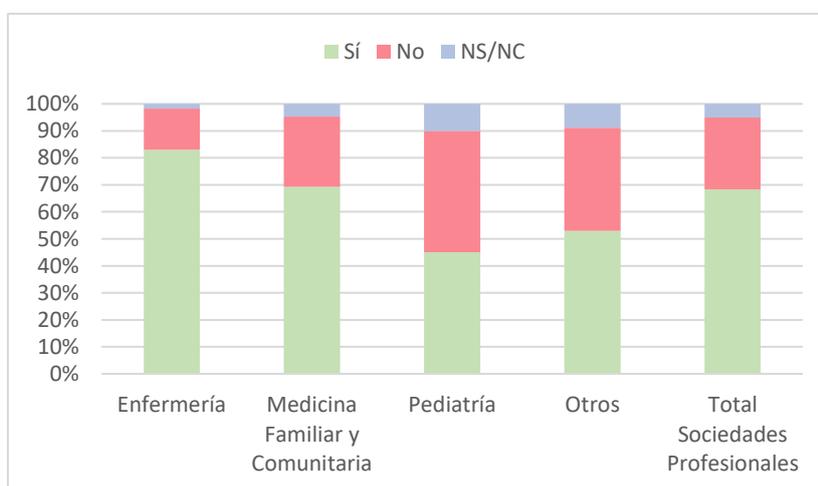
Gráfico 10. Criterios para delimitar las Zonas Básicas de Salud identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta)²⁸



En relación con los resultados de la encuesta *online II*, un 32% de los miembros de las Sociedades Profesionales encuestados no conocen los criterios a nivel regional para delimitar las Áreas de Salud o las zonas Básicas de Salud (27% de respuestas “No” y 5% de respuestas “NS/NC”).

Desagregando los resultados por agrupación profesional se observa que los profesionales de enfermería son los que conocen los mencionados criterios en mayor porcentaje (83%), mientras que entre los profesionales de pediatría existe un porcentaje más alto de desconocimiento (un 55% de respuestas “No” o “NS/NC”).

Gráfico 11. Criterios para delimitar las Áreas de Salud y zonas Básicas de Salud identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por agrupación profesional²⁹

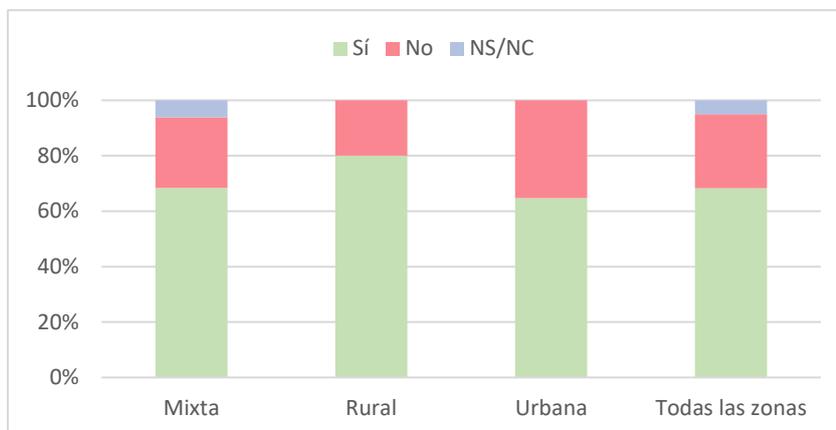


Si se analizan las respuestas de la encuesta *online II* por zona, los resultados muestran mayor desconocimiento de los criterios para los profesionales de las zonas urbanas y mixtas (35% y 32% respectivamente).

²⁸ Fuente: encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP

²⁹ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Gráfico 12. Criterios para delimitar las Áreas de Salud y zonas Básicas de Salud identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por zona (rural/urbana/mixta)³⁰



3) Criterios en la delimitación de las Zonas Básicas de Salud en las que se encuentran zonas/puestos de difícil cobertura

Apenas existen CC.AA. que expliciten a través de las entrevistas una aplicación de diferentes criterios de planificación para las Áreas de Salud o las Zonas Básicas de Salud que cubren las zonas/puestos de difícil cobertura. Concretamente son Aragón, Galicia, la Comunidad Foral de Navarra y Ceuta. En la Tabla 26 se detallan estas especificidades:

Tabla 26. Criterios en la definición de las Zonas Básicas de Salud que cubren las zonas/puestos de difícil cobertura: especificadas por CC.AA.

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Criterios en la delimitación de las Zonas Básicas de Salud que cubren las zonas/puestos de difícil cobertura: especificidades
Aragón	<i>“En el medio rural el criterio de accesibilidad geográfica es determinante. Las zonas rurales grandes cuentan con 15.000 habitantes, pero hay zonas rurales de 3.500 habitantes muy dispersas. Esto es diferente respecto al medio urbano, donde prima el criterio poblacional (máximo 30.000 habitantes)”.</i>
Galicia	<i>“Hay criterios diferentes, pero no son estáticos. Los criterios con los que se toman las decisiones son de carácter funcional, considerando las condiciones geográficas, demográficas, epidemiológicas y de accesibilidad, y conforme a las necesidades de la población y a las directrices de ordenación establecidas por la Xunta de Galicia en cada momento”.</i>
Navarra (Comunidad Foral de)	<i>“No hay una definición exacta de zona de difícil cobertura, pero cuentan con las zonas Básicas de Especial Actuación definidas. Estas zonas son aquellas con determinadas circunstancias de dispersión, aislamiento o inaccesibilidad, situación fronteriza o especialmente deprimida, que hacen particularmente difícil la constitución o el funcionamiento de un equipo de Atención Primaria. Estas zonas cuentan con prestaciones especiales y mayores apoyos y recursos, de modo que el sistema sanitario alcance en dichas zonas un nivel de calidad similar a las restantes zonas básicas”.</i>
Ceuta	<i>“En la barriada Benzú – núcleo urbano de 2.000 habitantes que se encuentra separado en una zona alejada de los centros de salud – se ha creado un consultorio para dar asistencia a la población, con el objetivo de hacer más accesible a los usuarios la asistencia sanitaria. Acuden un profesional de medicina familiar y un profesional de enfermería tres veces por semana, de 8:00 a 11:00”.</i>

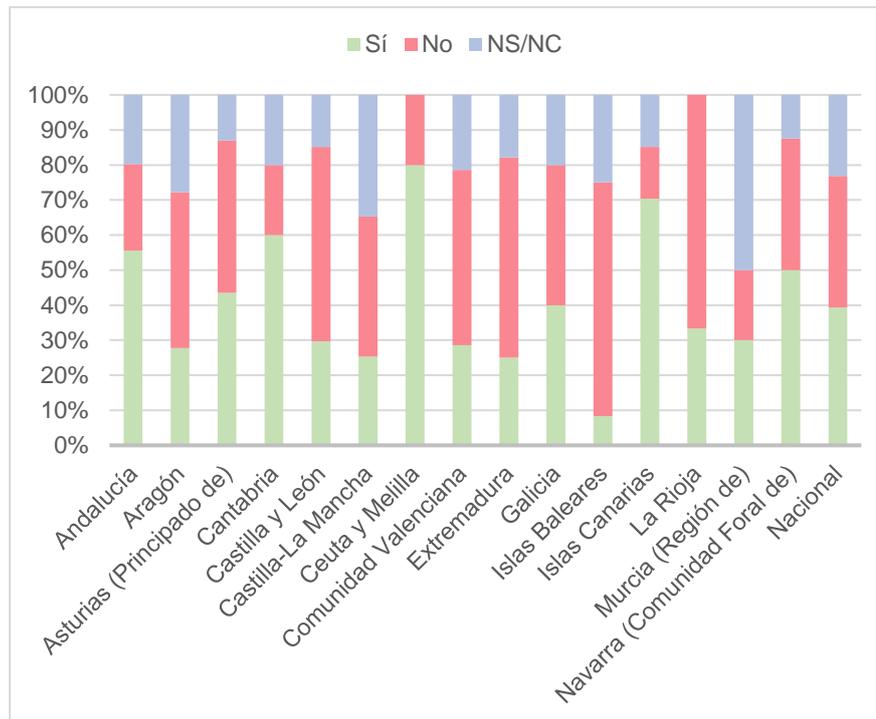
³⁰ Fuente: encuesta *online* II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Además, las siguientes CC.AA. mencionan que están revisando los criterios para estas zonas. Sin embargo, no han llevado a cabo todavía acciones concretas o no han culminado su implantación:

- **Islas Baleares.** *“En el Plan Estratégico de Atención Primaria de Baleares está previsto desarrollar algunos puntos prioritarios, entre los que se encuentran la revisión de los criterios de planificación para las zonas/puestos de difícil cobertura”.*
- **Castilla y León.** *“En el Decreto-Ley 1/2019, de 28 de febrero, sobre medidas urgentes en materia de Sanidad, se dedicó el título II a regular las medidas para el reconocimiento y la provisión de los puestos de difícil cobertura en el ámbito de la Atención Primaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, estableciendo medidas de incentivación para estas zonas. No obstante, ni se identificaron ni se llevó a cabo mediante Orden de la Consejería competente en materia de Sanidad. Actualmente están llevando a cabo una identificación de los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos, y se prevé que se concretarán actuaciones a desarrollar en la Estrategia Regional en la que se está trabajando. Dichas actuaciones se soportarán en tres ejes fundamentales: la incentivación económica de los profesionales, posibles incentivos en carrera profesional e incentivos en materia de conciliación”.*
- **Comunidad Valenciana.** *“La Comunidad Valenciana presentó una propuesta normativa en la que se especifican criterios para determinar las plazas y zonas/puestos de difícil cobertura. Estas plazas de difícil cobertura se establecen en base a diferentes factores, en algunos casos puede ser debido a la situación geográfica y en otros por las características sociodemográficas de la población”.*
- **Región de Murcia.** Se está trabajando en definir estos criterios.

De acuerdo con la encuesta *online* I, el 39% de los profesionales con competencias de gestión en AP ha respondido que sí existen criterios diferentes para las Áreas de Salud o Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura; y el 37% ha respondido que no (ver Gráfico 13).

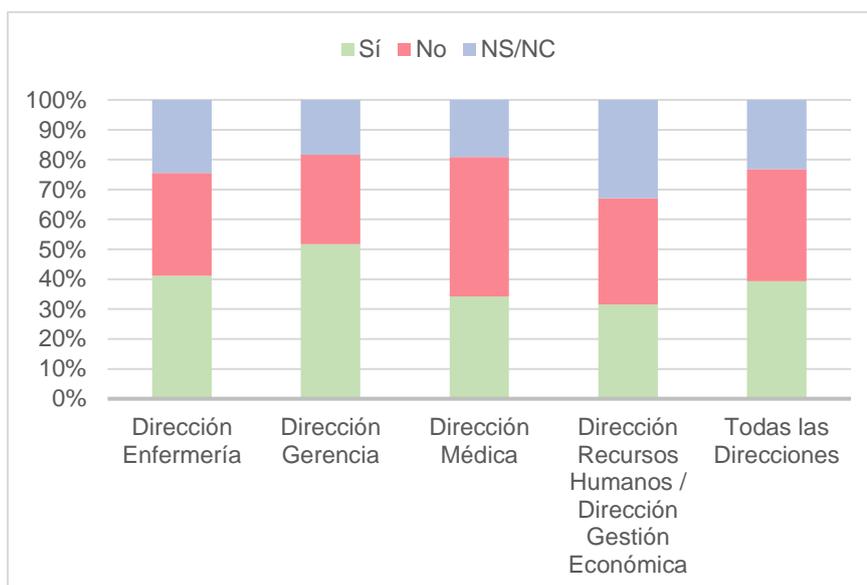
Gráfico 13. Existencia de diferentes criterios de planificación para las Áreas de Salud o las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por CC.AA. ³¹



El perfil profesional para el que se ha obtenido el mayor porcentaje de respuestas positivas sobre la existencia de estos criterios diferentes es el de Dirección Gerencia (52% de las respuestas positivas) (ver Gráfico 14).

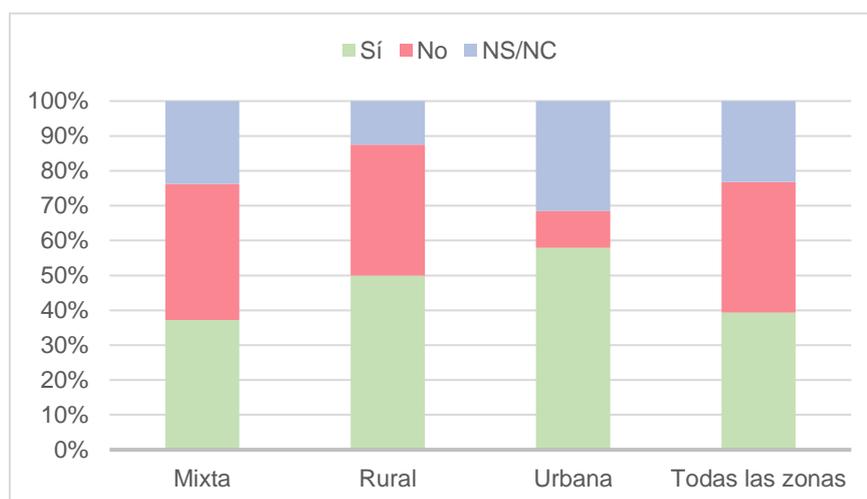
³¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias en gestión de AP

Gráfico 14. Existencia de diferentes criterios de planificación para las Áreas de Salud o las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por perfil profesional³²



Revisando las respuestas según el tipo de zona (rural, urbana o mixta), alrededor de la mitad de los profesionales con competencias de gestión en AP, tanto de zonas urbanas como de zonas rurales opinan que existen diferentes criterios de planificación para cubrir las zonas/puestos de difícil cobertura, 58% y 50% de respuestas positivas respectivamente (ver Gráfico 15).

Gráfico 15. Existencia de diferentes criterios de planificación para las áreas de salud o las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por zona (rural/urbana/mixta)³³



Respecto al tipo de criterios de planificación concretos para las Áreas de Salud o las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, las respuestas de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados se pueden categorizar en 3 bloques:

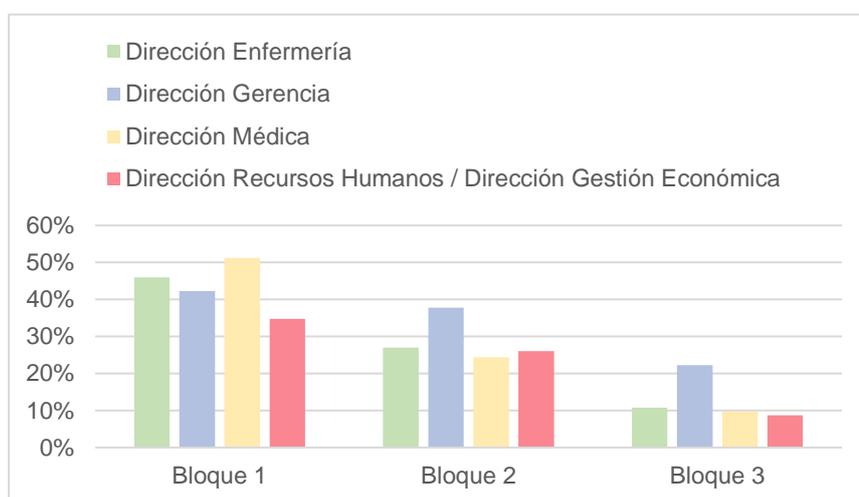
³² Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias en gestión de AP

³³ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias en gestión de AP

- Bloque 1. Relacionados con Recursos Humanos (incentivos económicos para los profesionales o mayor puntuación para concursos de traslado en los puestos de difícil cobertura) (54% de las respuestas obtenidas)
- Bloque 2. Relacionados con accesibilidad o cobertura de servicios sanitarios (zonas de difícil acceso o cobertura de servicios) (36% de las respuestas)
- Bloque 3. Dispersión (dispersión geográfica y de la población) (17% de las respuestas).

Los profesionales encuestados de las Direcciones de Gerencia son los que identifican en mayor porcentaje los criterios relacionados con la accesibilidad o cobertura de servicios sanitarios (un 38% frente a 27%-26%) y el criterio de dispersión (un 22% frente a 1%-9%) como criterios para para delimitar las Zonas Básicas de Salud en las que se encuentran zonas/puestos de difícil cobertura.

Gráfico 16. Criterios identificados por los encuestados para delimitar las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por perfil profesional³⁴

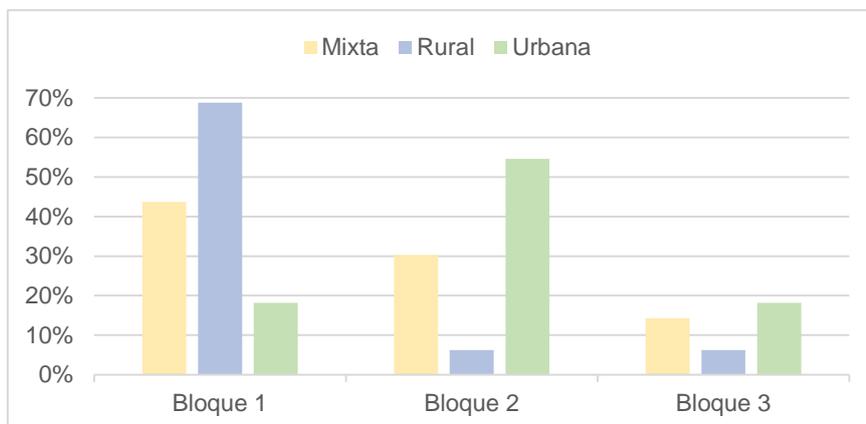


Las respuestas muestran, además, que los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados de las zonas urbanas identifican en mayor porcentaje los criterios relacionados con la accesibilidad o cobertura de servicios sanitarios como criterios para delimitar las Zonas Básicas de Salud en las que se encuentran zonas/puestos de difícil cobertura (un 55% frente al 30% y 6% para las zonas mixtas y rurales respectivamente) (ver Gráfico 17).

En contraposición, los profesionales encuestados con competencias de gestión en AP de las zonas urbanas identifican en menor medida los criterios relacionados con Recursos Humanos como criterios para delimitar las Zonas Básicas de Salud en las que se encuentran zonas/puestos de difícil cobertura (un 18%) en comparación con los profesionales de zonas mixtas y urbanas (44% y 69% respectivamente) (ver Gráfico 17).

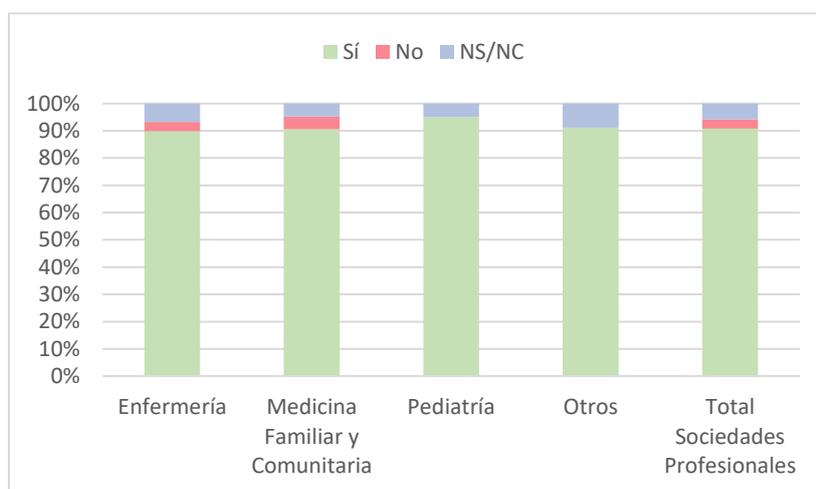
³⁴ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias en gestión de AP

Gráfico 17. Criterios identificados por los encuestados para delimitar las Zonas Básicas de Salud que cubren zonas/puestos de difícil cobertura, por zona (rural/urbana/mixta)³⁵



En relación con los miembros de las Sociedades Profesionales encuestados, consideran adecuado emplear criterios de planificación distintos para estas zonas, existiendo homogeneidad en las respuestas analizadas por agrupación profesional (entre 90% y 95% de respuestas consideran que hay que emplear criterios diferentes).

Gráfico 18. Consideración de emplear criterios de planificación distintos para delimitar Áreas de Salud o Zonas Básicas de Salud en las que existen zonas/puestos de difícil cobertura, por agrupación profesional³⁶

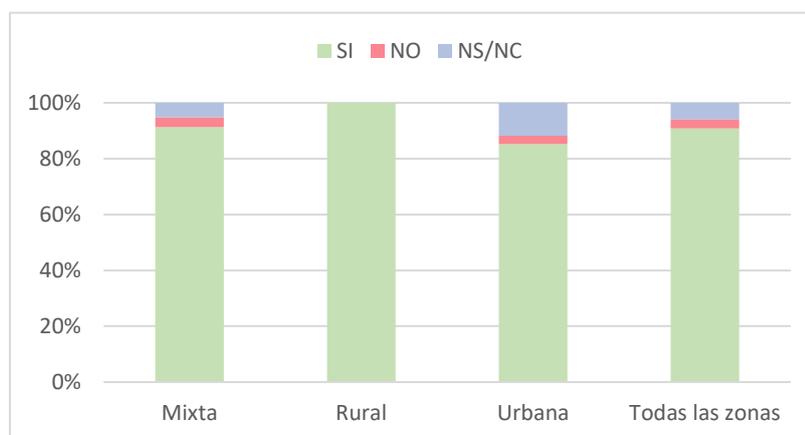


Desagregando las respuestas de las Sociedades Profesionales por zonas, se observa que un 15% de los profesionales de las zonas urbanas no consideran adecuado emplear criterios diferentes para las Áreas de Salud o Zonas Básicas de Salud en las que existen zonas/puestos de difícil cobertura.

³⁵ Fuente: encuesta *online I* a profesionales con competencias en gestión de AP

³⁶ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Gráfico 19. Consideración a emplear criterios de planificación distintos para delimitar Áreas de Salud o Zonas Básicas de Salud en las que existen zonas/puestos de difícil cobertura en porcentaje, por zonas³⁷



Los miembros de las Asociaciones de Pacientes consideran que sí deberían emplearse criterios diferentes para las Áreas de Salud o Zonas Básicas de Salud en las que existen zonas/puestos de difícil cobertura³⁸.

4) Modificaciones en la legislación y regulación regional

A fecha de elaboración del informe, únicamente Galicia estaba trabajando en modificar la legislación y regulación regional para cambiar los criterios en la ordenación sanitaria. Se está desarrollando un nuevo decreto cuyo propósito será potenciar un nuevo modelo organizativo, reforzando la autonomía de los servicios, en línea con el proceso de impulso a los planes locales de salud que se está desarrollando desde la Consejería de Sanidad.

Por otro lado, hay varios territorios que están revisando su mapa sanitario y esto puede tener implicaciones en la legislación y regulación. En la Tabla 27 se presentan las CC.AA. que están revisando dicho mapa:

Tabla 27. CC.AA. que están trabajando en la modificación de su mapa sanitario ³⁹.

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Detalle
Andalucía	"En el momento actual se está trabajando en la modificación del mapa sanitario".
Islas Baleares	"Hay aspectos recogidos en la futura Estrategia de AP que, para su ejecución, supondrán una modificación de la legislación y/o regulación, pero actualmente no se está llevando a cabo modificación".
Cantabria	"No se está trabajando activamente en modificar la legislación, pero sí hay propuestas. Tanto la Gerencia Hospitalaria de las áreas 3 y 4 como la Gerencia de Atención Primaria se está planteando la unificación de estas dos áreas para mejorar la eficiencia en recursos humanos. El objetivo final sería poder compartir a los profesionales de distintas áreas, para ofrecer ayuda a las zonas/puestos de difícil cobertura".
Castilla y León	"Se está trabajando prioritariamente en la modificación del mapa sanitario de Castilla y León, ya que se considera el instrumento esencial para la

³⁷ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

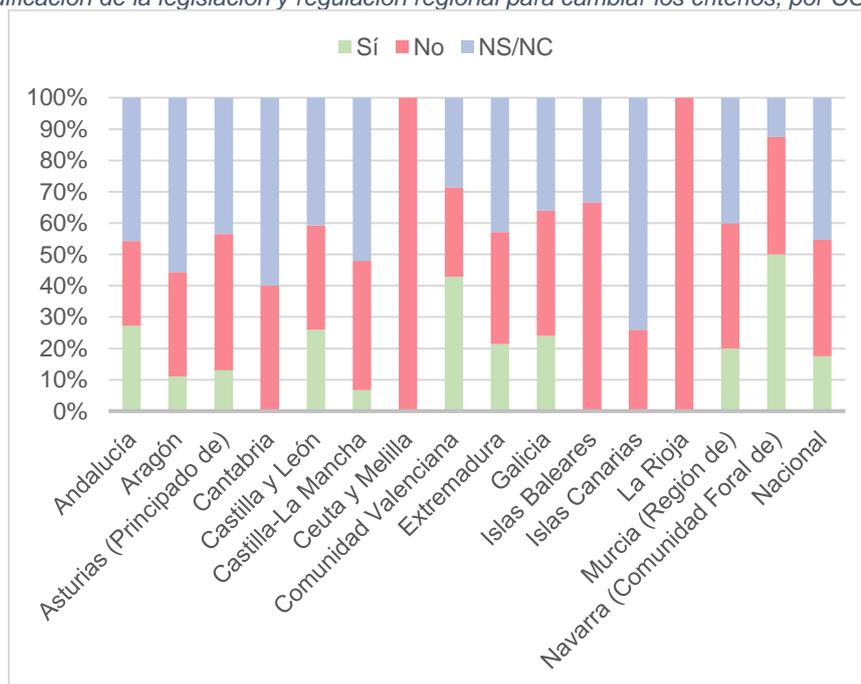
³⁸ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

³⁹ Fuente: entrevistas a los RSWG

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Detalle
	<i>ordenación, planificación y gestión. Se pretende ordenar las Zonas Básicas de Salud, y las demarcaciones asistenciales para la optimización de los recursos humanos y una mejor respuesta a las necesidades sanitarias de los ciudadanos”.</i>
Cataluña	<i>“Hay un proyecto de cambio del mapa sanitario que está empezando a definirse”</i>
Comunidad Valenciana	<i>“Se está estudiando la posibilidad de modificarla, pero de momento no hay nada concreto”.</i>
Navarra (Comunidad Foral de)	<i>“Se está estudiando hacer una única Área de Salud que permita la movilidad de profesionales. También se está valorando la posibilidad de crear Sectores Sanitarios, que unifiquen varias Zonas Básicas de Salud, de tal forma que permita la movilidad de profesionales y que se puedan cubrir las plazas de difícil cobertura. Además, cada zona básica tiene una Dirección que ha de gestionar los recursos, a la vez que realiza labores asistenciales. Si se conformaran los Sectores Sanitarios podrían contar con una única dirección, de tal forma que restara carga de trabajo a los profesionales”.</i>

De acuerdo con los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados, se puede observar que el 18% de las CC.AA. afirma conocer que se está trabajando en modificar la legislación y regulación regional para cambiar los criterios mientras que un 45% no sabe o no contesta (ver Gráfico 20).

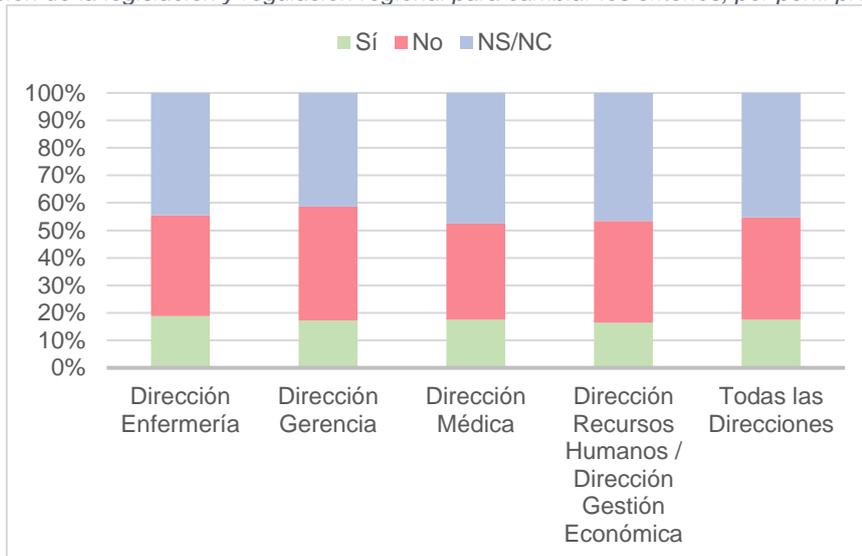
Gráfico 20. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la modificación de la legislación y regulación regional para cambiar los criterios, por CC.AA.⁴⁰



Se obtienen resultados similares a nivel del conocimiento sobre la modificación de la legislación y regulación regional entre los diferentes perfiles profesionales encuestados:

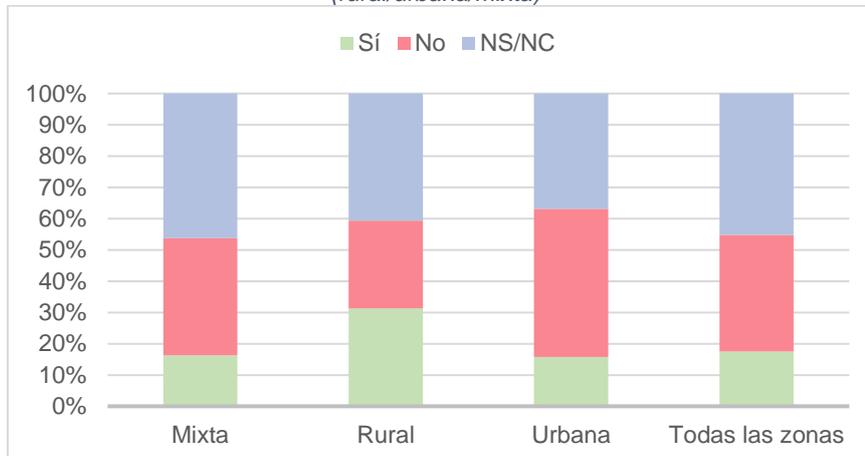
⁴⁰ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 21. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la modificación de la legislación y regulación regional para cambiar los criterios, por perfil profesional ⁴¹



Atendiendo a las respuestas por tipo de zona (rural, urbana o mixta), el 31% de los profesionales con competencias de gestión en AP que trabajan en zonas rurales declara conocer que se está trabajando en modificar los criterios frente al 16% de los profesionales que están en zonas urbanas.

Gráfico 22. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la modificación de la legislación y regulación regional para cambiar los criterios, por zona (rural/urbana/mixta) ⁴²



Respecto a las líneas en las que se está trabajando para modificar la legislación y regulación regional actual, las respuestas de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados se pueden categorizar en 5 bloques:

- Bloque 1. Se está trabajando en la legislación y regulación para realizar un nuevo mapa sanitario (48% de las respuestas).
- Bloque 2. Se está trabajando en modificaciones regulatorias y de legislación para la elaboración de un nuevo plan estratégico de Atención Primaria (22%).

⁴¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

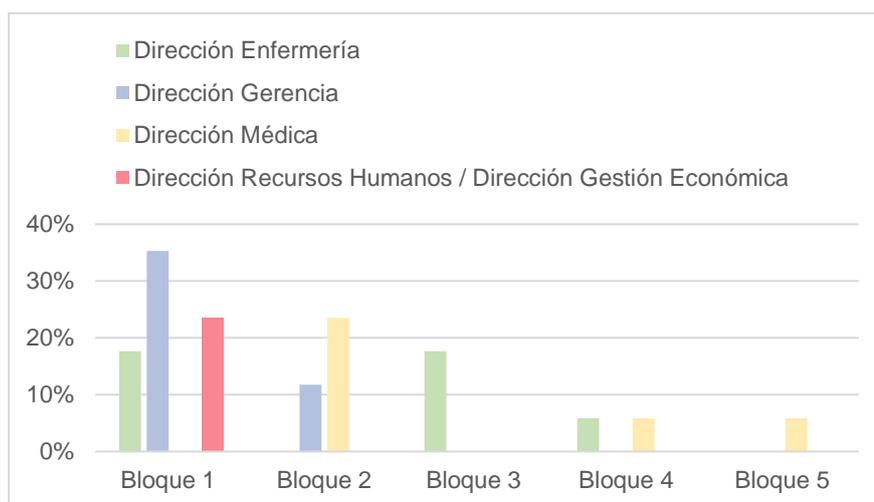
⁴² Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

- Bloque 3. Se está trabajando en modificaciones regulatorias y de legislación para la reordenación de recursos económicos y sanitarios (11%).
- Bloque 4. Se está trabajando en modificaciones regulatorias y de legislación para la modificación de la cartera de servicios (7%).
- Bloque 5. Otras líneas de trabajo, entre las que se incluyen definición de puestos de difícil cobertura o incentivación a profesionales (4%).

Si se analizan las respuestas por bloques y perfil profesional, se observa que únicamente los profesionales de las Direcciones de Enfermería indican que se está trabajando en modificaciones regulatorias y de legislación para la reordenación de recursos económicos y sanitarios.

A excepción de los profesionales de las Direcciones Médicas, los profesionales del resto de Direcciones indican que se está trabajando en la legislación y regulación para realizar un nuevo mapa sanitario. En contraposición únicamente los profesionales de las Direcciones Médicas identifican otras líneas de trabajo, entre las que se incluyen definición de puestos de difícil cobertura o incentivación a profesionales.

Gráfico 23. Modificaciones en la legislación y regulación regional identificadas por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional⁴³

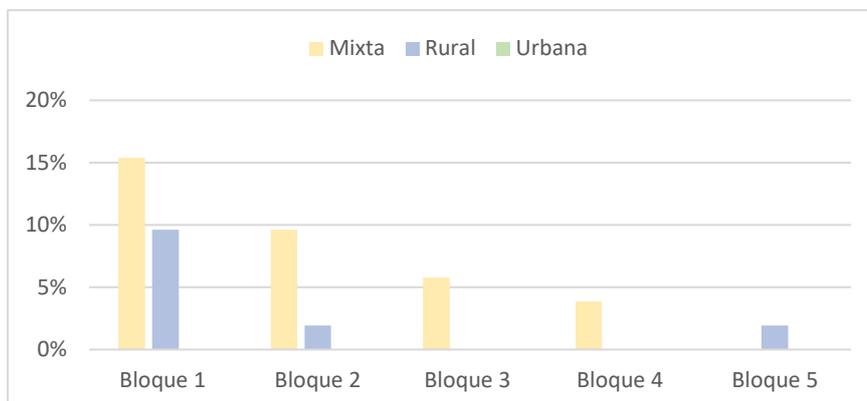


Por tipología de zona las respuestas muestran que ningún profesional con competencias de gestión en AP encuestado de zonas urbanas ha indicado criterios específicos sobre los que se estén trabajando para modificar la legislación o regulación vigentes.

Únicamente los profesionales con competencias de gestión en AP de zonas rurales indican otras líneas de trabajo en la modificación de la legislación o regulación vigentes, entre las que se incluyen definición de puestos de difícil cobertura o incentivación a profesionales. Los profesionales de zonas mixtas son los que indican criterios de reordenación de recursos económicos y sanitarios o de modificación de la cartera de servicios.

⁴³ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 24. Modificaciones en la legislación y regulación regional identificadas por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta)⁴⁴



5) Criterios aplicados y no recogidos en la legislación y regulación vigente

Son dos las CC.AA. (Aragón y Galicia) que han declarado en las entrevistas realizadas estar aplicando criterios no recogidos en la legislación y regulación vigente en cuanto a la ordenación sanitaria, atendiendo a las particularidades de sus territorios⁴⁵.

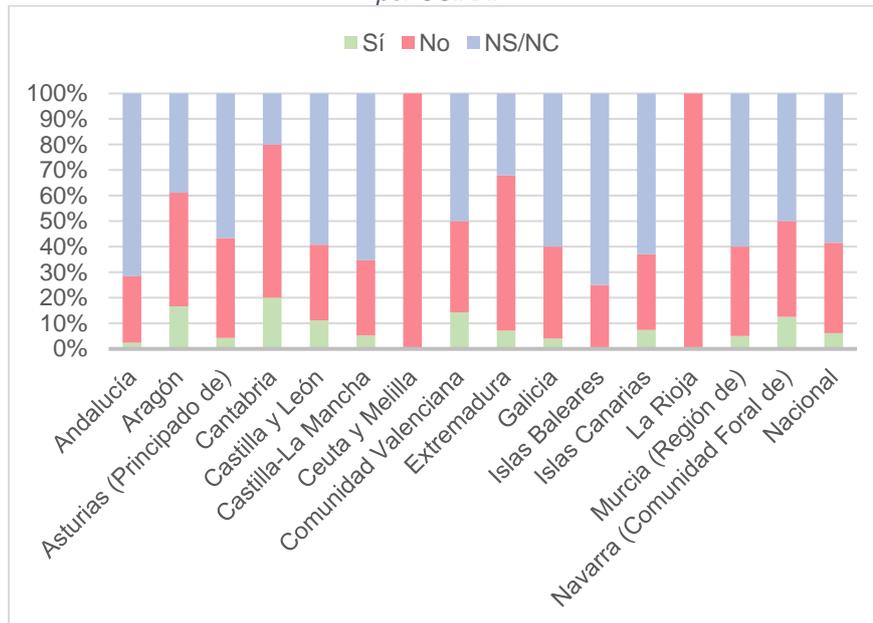
- **Aragón:** “dependiendo de cada zona y sus necesidades. Por ejemplo, en zonas donde nieva abundantemente, se habilitan recursos extraordinarios, puntos de Atención Continuada, etc., para que en el caso de nevada se sigan respetando los 30 minutos de desplazamiento”.
- **Galicia:** “en las grandes zonas urbanas, al ser una única zona de salud y tener varios centros de salud, se hace una división de la zona de referencia para cada centro de salud según isócrona de proximidad”.

En el Gráfico 25 se muestran los resultados de la encuesta *online* I en cuanto al conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP de la existencia de criterios que se estén aplicando y que no estén recogidos en la legislación y regulación vigente.

⁴⁴ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

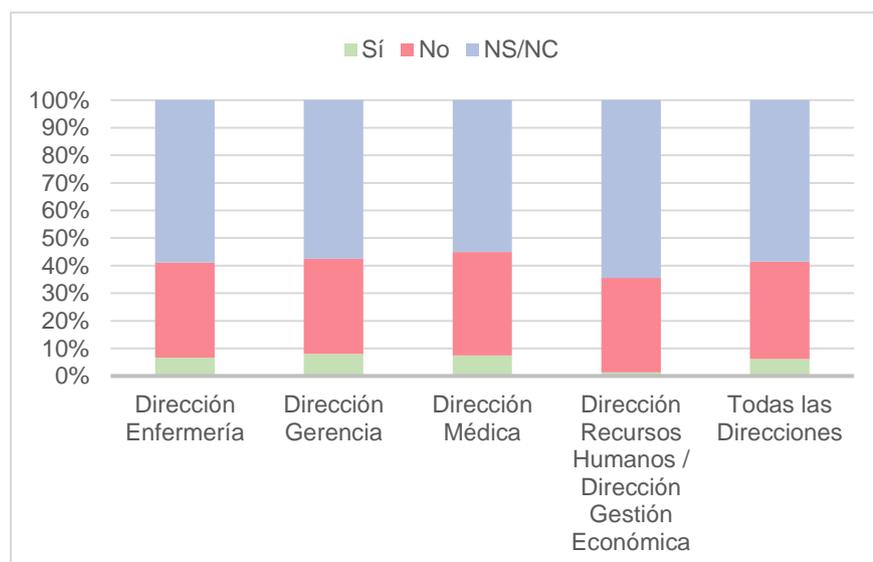
⁴⁵ Fuente: entrevistas a los RSWG

Gráfico 25. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la existencia de algún criterio que se esté aplicando y que no esté recogido en la legislación y regulación vigente, por CC.AA.⁴⁶



Un 6% del total de profesionales con competencias de gestión en AP encuestados (22 respuestas) ha contestado afirmativamente a la pregunta “¿Hay algún criterio que se esté aplicando y que no esté recogido en la legislación y regulación vigente?”. Los siguientes gráficos (los Gráficos 26 y 27) muestran las respuestas obtenidas por perfil profesional y por zona (rural, urbana o mixta), observando resultados similares independientemente del tipo de perfil profesional y la zona.

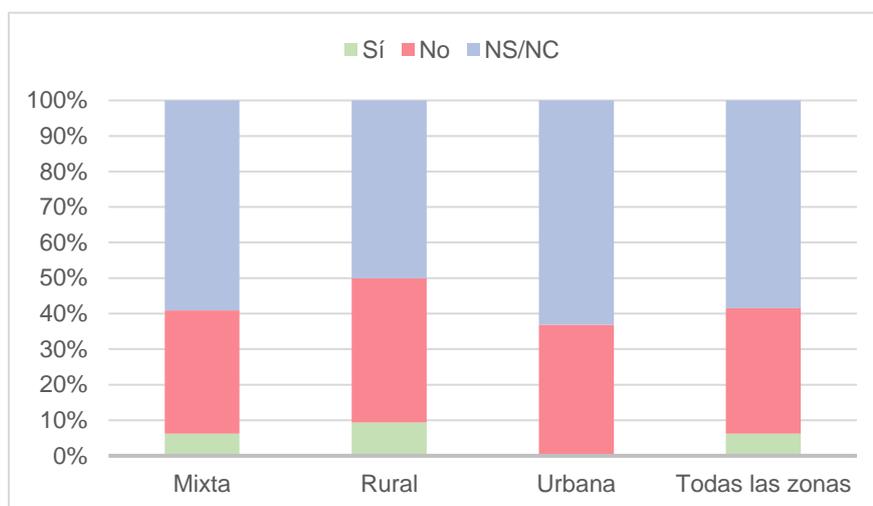
Gráfico 26. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la existencia de algún criterio que se esté aplicando y que no esté recogido en la legislación y regulación vigente, por perfil profesional⁴⁷



⁴⁶ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

⁴⁷ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 27. Conocimiento de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre la existencia de algún criterio que se esté aplicando y que no esté recogido en la legislación y regulación vigente, por zona (rural/urbana/mixta)⁴⁸



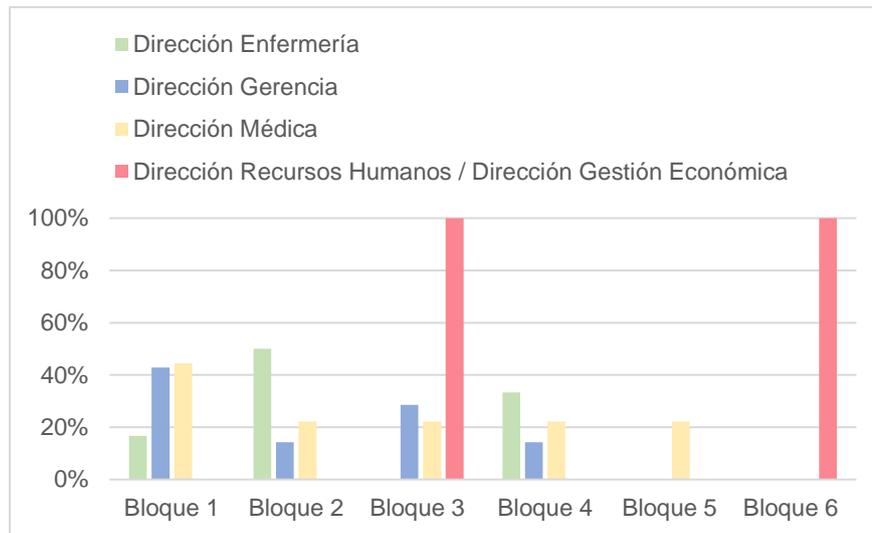
Respecto a cuáles son los criterios que se están aplicando y que no están recogidos en la normativa, las 22 respuestas de texto libre obtenidas se han categorizado en 6 bloques:

- Bloque 1: zonas/puestos de difícil cobertura en época estival o por población desplazada y colaboración entre los recursos interprovinciales para su dotación (30% de las respuestas)
- Bloque 2: recursos humanos (incentivos, mejoras de condiciones, mejoras en la carrera profesional) (22% de las respuestas)
- Bloque 3: adaptación de Áreas de Salud/ Zonas Básicas de Salud (19% de las respuestas)
- Bloque 4: alianzas estratégicas entre servicios sanitarios de diferentes áreas de salud (19% de las respuestas)
- Bloque 5: modificación de cupos (7% de las respuestas)
- Bloque 6: recursos materiales introduciendo nuevas tecnologías y herramientas de trabajo para lograr que el avance en la prestación sanitaria sea coherente con el progreso científico y tecnológico (4% de las respuestas)

Por perfil profesional, se observa que todos los profesionales de las Direcciones de Recursos Humanos/Gestión Económica indican que los criterios que se utilizan y que no están recogidos en la legislación y regulación vigente están relacionados únicamente con la adaptación de Áreas de Salud/ Zonas Básicas de Salud y los recursos materiales. Los profesionales encuestados de las Direcciones Médicas son los únicos que identifican criterios relacionados con la modificación de cupos.

⁴⁸ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

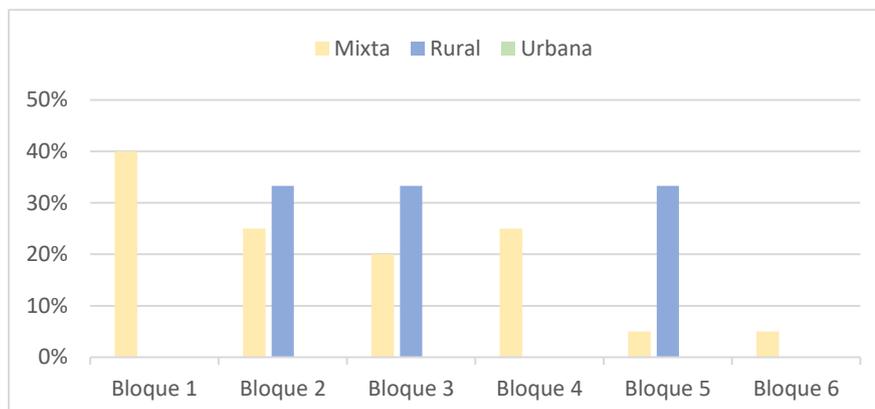
Gráfico 28. Criterios aplicados y no recogidos en la legislación y regulación vigente identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional⁴⁹



Si se analizan los mismos resultados por tipología de zona, se observa que ningún encuestado de las zonas urbanas indica criterios específicos aplicados y no recogidos en la legislación vigente.

Por otro lado, los profesionales de zonas rurales únicamente identifican criterios de 3 bloques, aquellos relacionados con recursos humanos, relacionados con adaptación de Áreas de Salud/ Zonas Básicas de Salud y relacionados con recursos materiales.

Gráfico 29. Criterios aplicados y no recogidos en la legislación y regulación vigente identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta)⁵⁰



4.2.2.2. *Apreciaciones en relación con la adecuación de los criterios actuales respecto a las necesidades de la población*

En cuanto a la adecuación de los criterios recogidos en la legislación y regulación vigente para responder a las necesidades de la población, existe una disparidad de

⁴⁹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

⁵⁰ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

percepciones, de acuerdo con las entrevistas realizadas a los RSWG, según el territorio consultado:

- 6 CC.AA. muestran su plena conformidad con los criterios actuales: Asturias, Aragón, Castilla-la Mancha, la Comunidad Valenciana, Madrid y Navarra.
- 6 CC.AA. y ciudades autónomas muestran conformidad, pero con algunos matices: Andalucía, Cantabria, Extremadura, Galicia, Región de Murcia y Ceuta.
- 5 CC.AA. muestran disconformidad con los criterios actuales: Canarias, Cataluña, Islas Baleares, Castilla y León y La Rioja.
- 1 ciudad autónoma y 1 CC.AA. no aportan opinión: Melilla y País Vasco.

A continuación, se muestran las aportaciones recogidas de las entrevistas con las CC.AA.: aquellas que muestran su conformidad con los criterios actuales, con algunos matices y aquellas que muestran su disconformidad con los criterios actuales.

CC.AA. que muestran su conformidad con los criterios actuales, con algunos matices

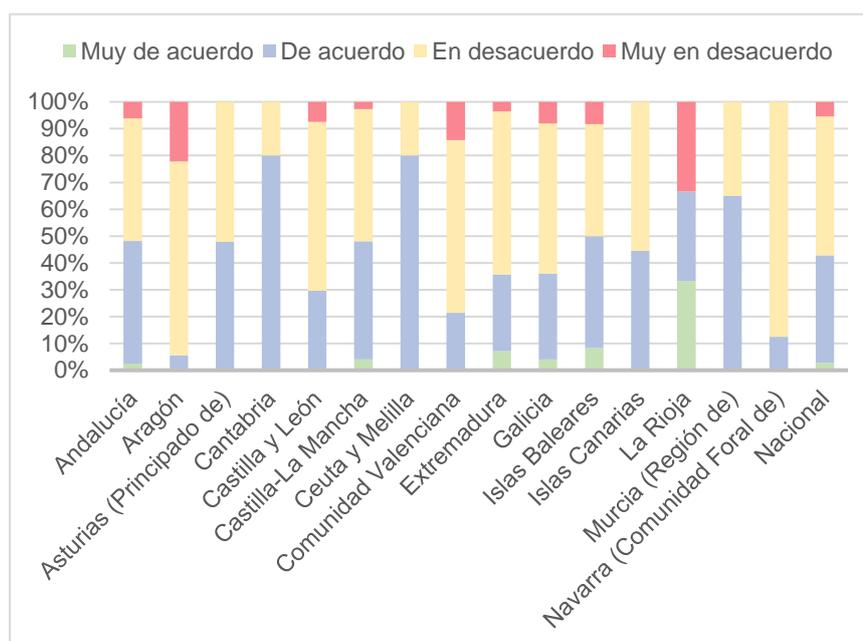
- **Andalucía:** “necesidad de incluir y dar un mayor peso a las características intrínsecas de algunos territorios de Andalucía (zonas con una mayor población envejecida, dispersa geográficamente, y zonas donde los determinantes sociales de la salud y las desigualdades que se producen tienen un mayor impacto). Así mismo, se precisa tener en consideración las áreas donde se acoge población inmigrante y refugiada por su geolocalización: trabajadores temporeros de campañas agrícolas en las provincias de Huelva y Almería, por ejemplo; litoral de la provincia de Cádiz receptora de inmigrantes”.
- **Cantabria:** “se ajustan adecuadamente puesto que no ha habido migraciones o cambios de población muy marcados. Sin embargo, se deberían empezar a valorar otros factores (desigualdad, factores económicos, etc.) como determinantes sociales que ahora no se encuentran especificados en la normativa del Servicio Cántabro de Salud”.
- **Extremadura:** “son mejorables, pero no insuficientes”.
- **Galicia:** “en determinadas áreas como en el caso de las zonas urbanas, zonas con poca población y mucha dispersión los criterios parece que no se adaptan bien”.
- **Región de Murcia:** “se podrían separar más de los criterios políticos, ya que no siempre responden a los criterios sanitarios”.
- **Ceuta:** “complejidad por la existencia de competencias de la ciudad autónoma y otras de INGESA”.

CC.AA. que muestran su disconformidad con los criterios actuales

- **Canarias:** “habría que incluir otro tipo de indicadores socioeconómicos, como la renta per cápita, el nivel de estudios, la tasa de empleo, etc.”
- **Cataluña:** “los criterios actuales están obsoletos. El último mapa sanitario se publicó en 2008, y en 15 años ha cambiado mucho la situación de profesionales, de servicios, demanda de la ciudadanía, etc.”
- **Islas Baleares:** “los criterios podrían ser más precisos si se recogiesen puntos específicos, dado que la gran variación de la población es muy peculiar en la isla y es muy importante a la hora de plantear recursos humanos y materiales”.
- **Castilla y León:** “la legislación que hace referencia a la zonificación actual tiene más de 35 años, data de los años ochenta, sin apenas actualizaciones. A lo largo de este periodo se ha sufrido una pérdida progresiva de población en el medio rural a favor del medio urbano. De manera que en este momento Castilla y León se caracteriza por ser la comunidad autónoma más extensa de España, con el mayor número de consultorios locales, con escasa densidad de población y con una de las poblaciones más envejecidas. Esta situación hace que cada vez sea más difícil poder cubrir las plazas en todos los puntos de la región”.
- **La Rioja:** “son criterios demasiado estáticos. La falta de profesionales resalta la necesidad de una nueva reorganización de efectivos y competencias. Además, existen zonas de La Rioja que sufren despoblación y envejecimiento, creando dependencia y fragilidad, y se rigen por los mismos criterios que el resto de la comunidad”.

Según la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP, cerca del 60% de los encuestados (respuestas obtenidas “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”) manifiesta que los criterios de la ordenación sanitaria de la legislación y regulación vigente no son los adecuados para responder a las necesidades actuales de la población:

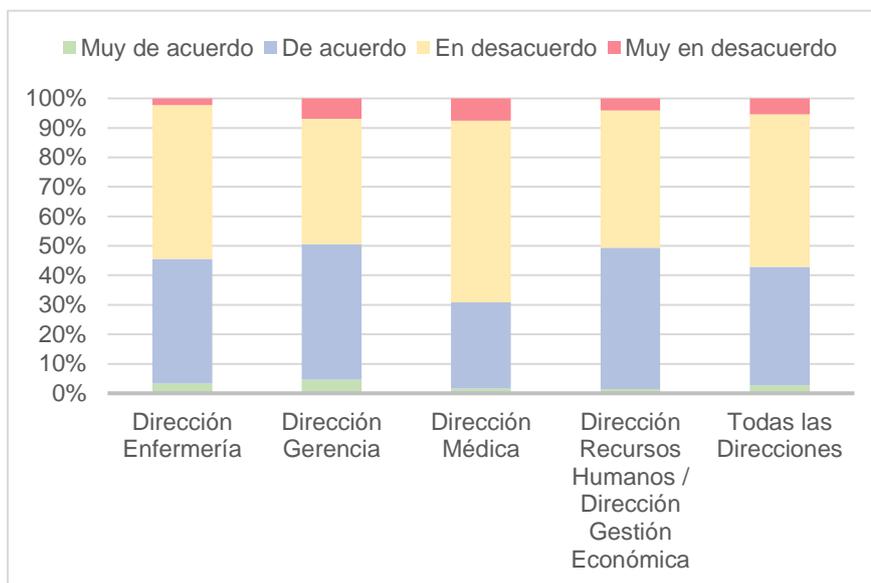
Gráfico 30. - Adecuación de los criterios de establecimiento de la ordenación sanitaria recogidos en la legislación y regulación vigente, tanto nacional como regional, para responder a las necesidades actuales de la población, por CC.AA. ⁵¹



A nivel de análisis por perfil profesional, el perfil con mayor porcentaje de desacuerdo o muy en desacuerdo es el de Dirección Médica (70% de los Directores Médicos están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”).

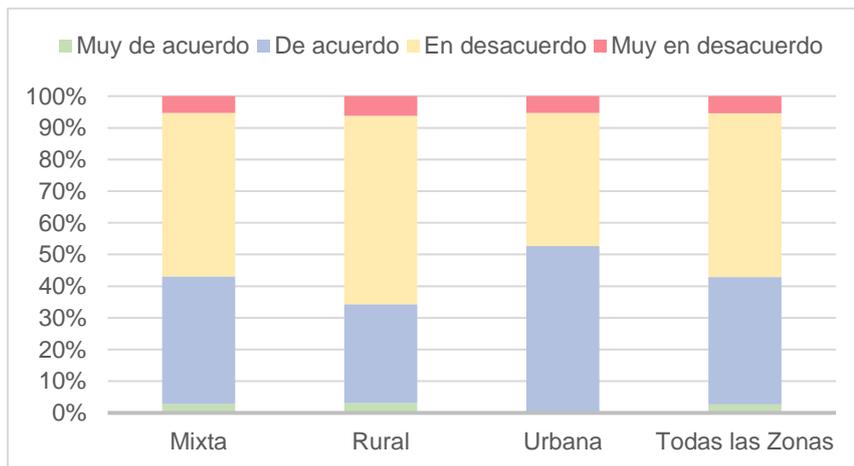
⁵¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 31. Adecuación de los criterios de establecimiento de la ordenación sanitaria recogidos en la legislación y regulación vigente, tanto nacional como regional, para responder a las necesidades actuales de la población, por perfil profesional.⁵²



Se observa que un 65% de los profesionales con competencias de gestión en AP que trabaja en zonas rurales no considera que los criterios de ordenación sanitaria de la legislación vigente respondan a las necesidades actuales de la población (“en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”). Este porcentaje es menor en aquellos trabajan en zonas urbanas (47%)

Gráfico 32. Adecuación de los criterios de establecimiento de la ordenación sanitaria recogidos en la legislación y regulación vigente, tanto nacional como regional, para responder a las necesidades actuales de la población, por zona (rural/urbana/mixta)⁵³



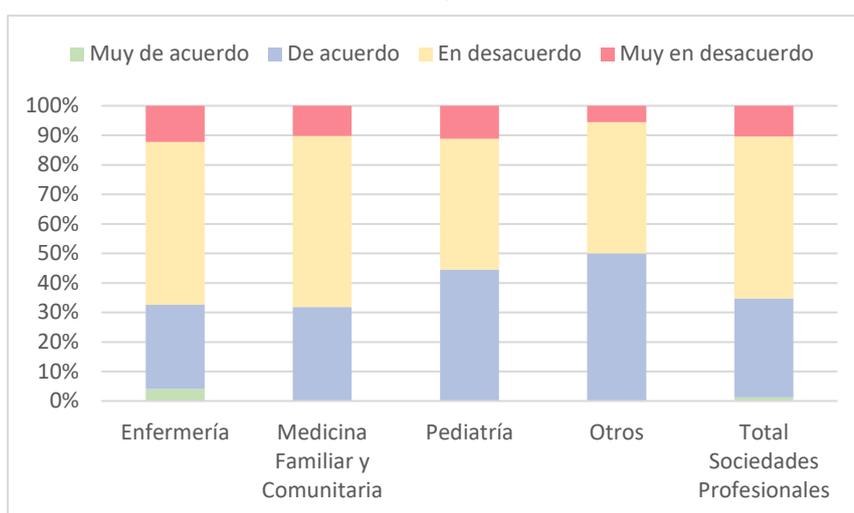
En relación con la encuesta *online* II, aquellos miembros de las Sociedades Profesionales que indicaron conocer los criterios de delimitación de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, se les preguntó si dichos criterios son adecuados para responder a las necesidades de la población.

⁵² Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

⁵³ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

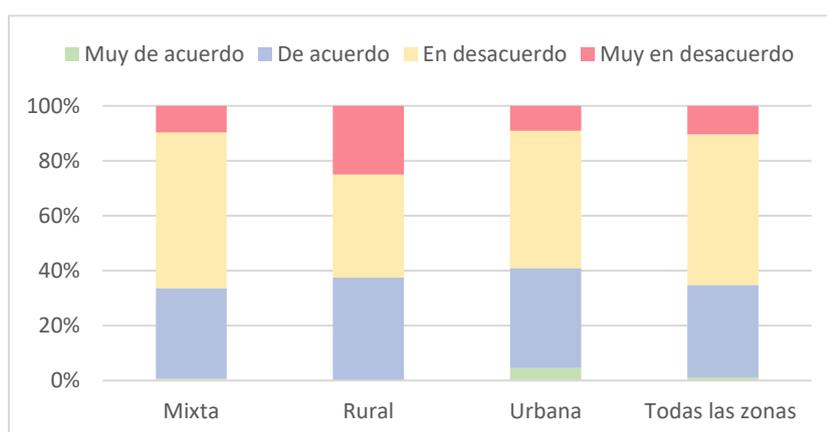
Un 66% de los miembros de las Sociedades Profesionales opina que no son adecuados para responder a las necesidades actuales de la población (“en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”). Los profesionales de Enfermería y de Medicina Familiar y Comunitaria son los que indican en mayor porcentaje una falta de adecuación de los criterios (67% y 68% respectivamente).

Gráfico 33. Adecuación de los criterios regionales para la delimitación de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, por agrupación profesional⁵⁴



El análisis por zonas muestra homogeneidad en la percepción de los miembros de las Sociedades Profesionales de las diferentes zonas en cuanto a la falta de adecuación de los criterios de delimitación (entre un 59% y un 66% de respuestas “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”), si bien es cierto que es en las áreas rurales en las que mayor número de respuestas “muy en desacuerdo” se han obtenido, un 25%.

Gráfico 34. Adecuación de los criterios regionales para la delimitación de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, por zona (rural/urbana/mixta)⁵⁵



⁵⁴ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

⁵⁵ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Las Asociaciones de Pacientes encuestadas que conocen los criterios para delimitar las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud indican que no son adecuados⁵⁶.

4.2.3. Fortalezas y aspectos de mejora

En cuanto a los puntos fuertes y los aspectos de mejora de los criterios recogidos en la legislación y regulación vigente para responder a las necesidades de la población en las entrevistas a los CC.AA. destacan los siguientes (Tabla 28):

Tabla 28. Puntos fuertes y aspectos de mejora de los criterios recogidos en la legislación y regulación vigente para responder a las necesidades de la población por CC.AA.⁵⁷

Puntos fuertes	Aspectos de mejora
<ul style="list-style-type: none"> - Criterios bien diseñados, que cumplen su propósito - La accesibilidad y la capilaridad - Equidad en el acceso - Transparencia tanto para los profesionales como para los ciudadanos - Delimitación territorial - Proximidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar más peso a los determinantes sociales de la salud y a las desigualdades - Tener en cuenta las zonas/puestos de difícil cobertura, que suelen ser zonas rurales, en las que se debe garantizar la asistencia igual que en cualquier otra parte del territorio - Tener más en cuenta la dispersión de la población y el número de habitantes por Ayuntamiento - Tener en cuenta la prevalencia de patologías - Necesidad de incorporar criterios más dinámicos que los actuales - Mejorar la distribución de los profesionales

Analizando la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP (pregunta de texto libre), las áreas de mejora identificadas en relación con los criterios vigentes se han agrupado en diferentes bloques (16% de los encuestados no han contestado a esta pregunta):

- Bloque 1. Criterios geográficos (distancias, accesibilidad). Los puntos de mejora más destacados son especialmente la mejora de los mapas sanitarios de acuerdo con las delimitaciones geográficas (34% de las respuestas).
- Bloque 2: Criterios de recursos humanos. Se especifica que es necesario reforzar los criterios referentes a los profesionales sanitarios en su CC.AA. Dichos criterios se relacionan con la creación de incentivos, distribución de profesionales, formación continua, etc. (33% de las respuestas).
- Bloque 3. Poblacionales. Los puntos de mejora más mencionados en este bloque se refieren al reconocimiento de la importancia de criterios poblacionales (envejecimiento, enfermedades, indicadores de morbilidad, etc.) (22% de las respuestas).
- Bloque 4. Accesibilidad. Los profesionales con competencias de gestión en AP resaltan la importancia de crear criterios para aumentar la accesibilidad y equidad de los servicios de salud. Dichos puntos de mejora se refieren a la disminución de distancia entre los centros de salud, el acercamiento de los

⁵⁶ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

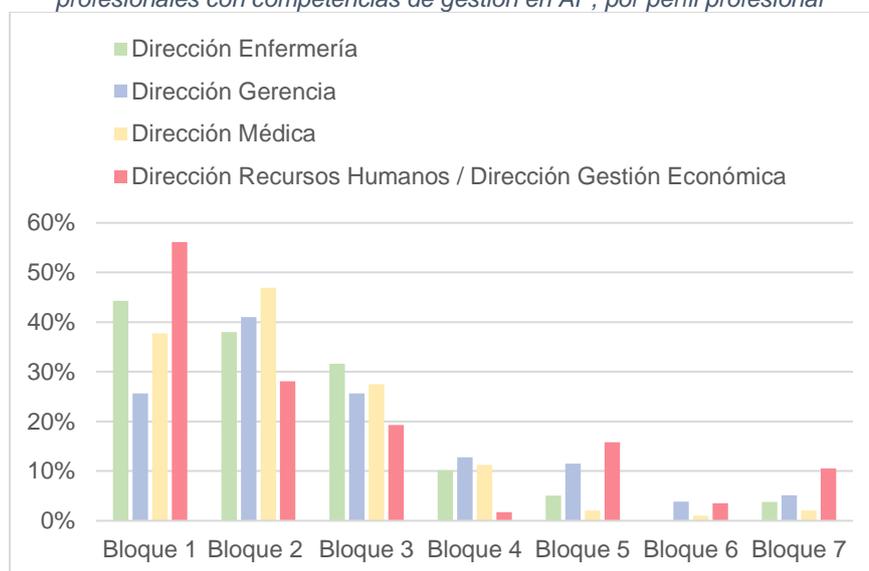
⁵⁷ Fuente: entrevistas a los RSWG

pacientes al sistema, o la humanización de la atención, entre otros (8% de las respuestas).

- Bloque 5. Otros recursos. Por ejemplo, aquí destacan los recursos materiales y tecnológicos mencionados por varios territorios, como la digitalización de los sistemas (6% de las respuestas).
- Bloque 6. Financiación. Algunos territorios indican que es necesario incluir puntos financieros y económicos en los criterios. (2% de las respuestas)
- Bloque 7. Otros. Algunas CC.AA. han reportado otros criterios, como la existencia de planes de salud como puntos de mejora de los criterios existentes en la respectiva CC.AA. (4% de las respuestas)

Al analizar las respuestas de la encuesta *online* I por perfil profesional se observa que ninguno de los encuestados de las Direcciones de Enfermería indica como área de mejora la financiación. Más del 50% de los encuestados de las Direcciones de Recursos Humanos/Gestión Económica indican como área de mejora los criterios geográficos.

Gráfico 35. Áreas de mejora identificadas en relación con los criterios vigentes indicadas por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional⁵⁸

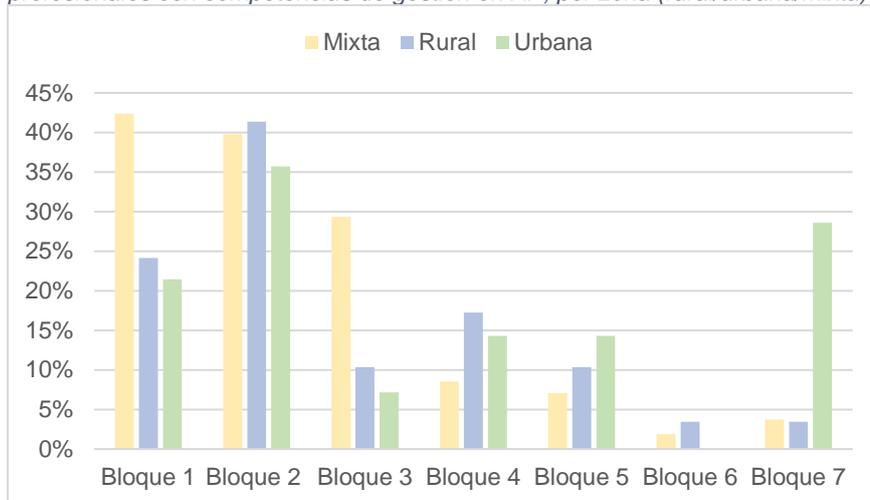


El análisis de las respuestas por zona (mixta/rural/urbana) muestra que ningún profesional con competencias de gestión en AP de zonas urbanas indica como área de mejora la financiación. Sin embargo, casi un 30% indica otros criterios como áreas de mejora, como la existencia de planes de salud como puntos de mejora de los criterios existentes.

Los criterios relacionados con los recursos humanos son los más destacados por los profesionales de todas las zonas.

⁵⁸ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 36. Áreas de mejora identificadas en relación con los criterios vigentes indicadas por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta)⁵⁹



4.2.4. Retos en un plazo de 2 a 5 años

Si bien se detecta una tipología dispar en cuanto a los retos identificados por cada territorio, debido a sus características singulares se advierte, de acuerdo con las entrevistas realizadas a los RSWG, una preocupación generalizada en torno a cuatro grandes retos:

1. Poblacional: envejecimiento de la población (cronificación de enfermedades) y la despoblación rural.
2. Reemplazo profesional: jubilaciones y carencia de nuevos profesionales.
3. Coordinación entre los distintos niveles de atención
4. Tecnológico: falta de competencias en profesionales y pacientes.

En la Tabla 29 se detallan los retos en Planificación:

Tabla 29. Retos en Planificación⁶⁰

Ámbito	Retos
Poblacional	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios demográficos: disminución de nacimientos y envejecimiento de la población • Cronicidad y dependencia • Aumento de patologías de salud mental • Desigualdades en salud que generan los determinantes sociales • Despoblación de las zonas rurales • Dispersión geográfica • Retos socioculturales en CC.AA. con número elevado de migrantes
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de profesionales sanitarios, especialmente de medicina de familia
Coordinación entre niveles de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria o Servicios Sociales • Interrelación con centros de Servicios Sociales de carácter residencial
Tecnológico	<ul style="list-style-type: none"> • Brecha tecnológica • Adaptación de nuevas tecnologías

⁵⁹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

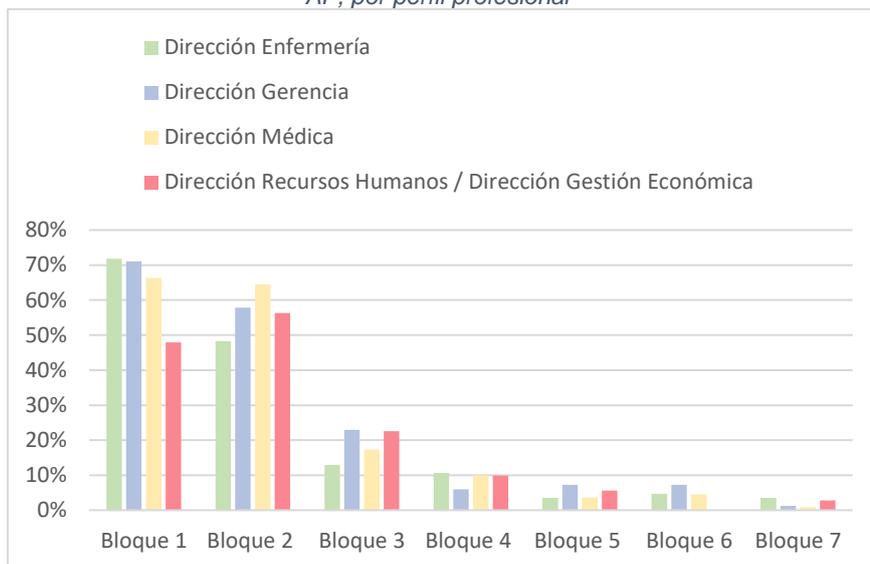
⁶⁰ Fuente: entrevistas a los RSWG

Analizando las respuestas de la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP, los retos en planificación en un plazo de 2 a 5 años, se han agrupado en 7 bloques:

- Bloque 1. Población. Los retos más destacados para la planificación son los relacionados con el envejecimiento de la población. Los profesionales encuestados advierten el impacto que tendrá la población cada vez más envejecida, especialmente en el aumento del número pacientes en los centros, el tratamiento de enfermedades crónicas o la imperiosa implementación de soluciones digitales, entre otros aspectos (57 % de las respuestas).
- Bloque 2. Recursos Humanos. Los recursos humanos son un reto para los próximos años. Principalmente preocupa la cercana jubilación de un gran número de profesionales sanitarios sin un reemplazo planificado; la escasez de profesionales sanitarios en Atención Primaria, la necesidad de reorganización las competencias de los distintos roles profesionales, principalmente de enfermería; así como la insatisfacción generalizada de los profesionales sanitarios (55% de las respuestas).
- Bloque 3. Densidad/dispersión de la población. Los encuestados señalan que la despoblación y reubicación poblacional es un reto para los próximos años, desde el punto de vista de planificación (18% de las respuestas).
- Bloque 4. Organización sanitaria. El reto de la organización de los servicios sanitarios en la CC.AA. de acuerdo con la estructura y características de la población es especialmente mencionado por los encuestados de la zona rural (9% de las respuestas).
- Bloque 5. Acceso a servicios de salud. Se considera que la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud es un reto para los próximos años, especialmente por parte de los encuestados que trabajan en zonas rurales (5% de las respuestas).
- Bloque 6. Recursos materiales. La provisión de recursos materiales, tal como equipamiento médico y no médico, infraestructura y tecnología, es un reto para los próximos años (4% de las respuestas).
- Bloque 7. Zonas/puestos de difícil cobertura. El abordaje a las zonas/puestos de difícil cobertura desde un punto de vista de planificación de servicios sanitarios se considera un reto en sí mismo (2% de las respuestas).

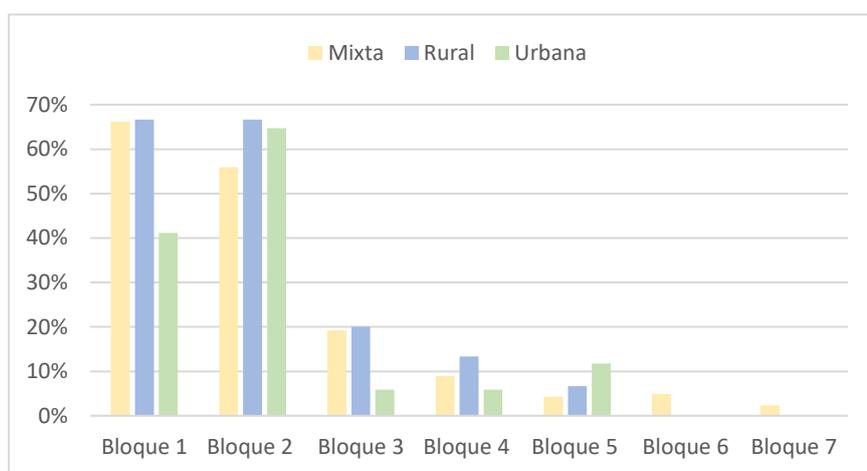
Si se analizan las respuestas de la encuesta *online* I por perfil profesional se observa que los profesionales de las Direcciones de Recursos Humanos/Gestión Económica son los que en menor porcentaje (48%) indican los retos relacionados con la población (envejecimiento y cronicidad), en comparación con las demás Direcciones, entre un 72% y un 66%. Además, ninguno de los profesionales de las Direcciones de Recursos Humanos/Gestión Económica indica como reto los recursos materiales.

Gráfico 37. Retos en Planificación identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por perfil profesional⁶¹



Por tipología de zonas se observa que ningún profesional con competencias de gestión en AP de las zonas rurales o urbanas indica como retos los recursos materiales o las zonas/puestos de difícil cobertura.

Gráfico 38. Retos en Planificación identificados por los profesionales con competencias de gestión en AP, por zona (rural/urbana/mixta)⁶²



Los miembros de las Sociedades Profesionales encuestados difieren con los principales retos indicados por los profesionales con competencias de gestión en AP.

Mientras que el mayor porcentaje de los profesionales con competencias de gestión en AP consideran como reto en planificación el envejecimiento de la población (un 57% de las respuestas), los miembros de las Sociedades Profesionales consideran en mayor porcentaje la falta de Recursos Humanos (85%).

Destaca, además, que la planificación de servicios sanitarios en las zonas/puestos de difícil cobertura se encuentra en tercera posición de acuerdo con las Sociedades

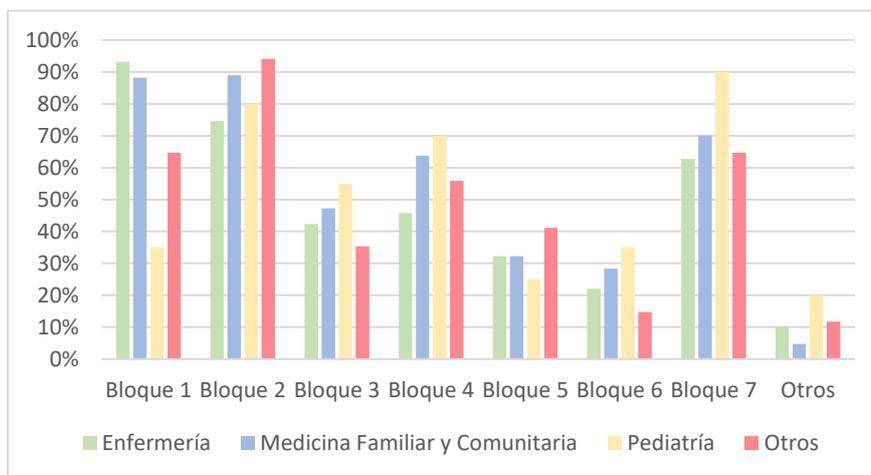
⁶¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

⁶² Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Profesionales (69%) (para los profesionales de pediatría es el principal reto con un 90%) mientras que los profesionales con competencias en gestión de AP apenas han indicado este reto (2%).

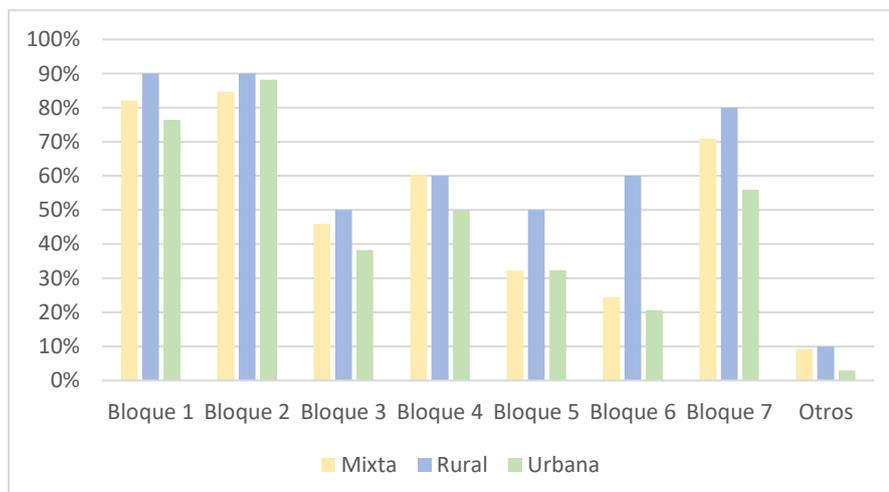
Los miembros de las Sociedades Profesionales han indicado otros retos, principalmente relacionados con los recursos humanos (el envejecimiento de los profesionales, falta de relevo generacional o falta de continuidad de los profesionales por inestabilidad laboral), relacionados con la infraestructura de los centros de AP o con la coordinación de AP y Atención Hospitalaria.

Gráfico 39. Retos en planificación para los próximos 2 a 5 años identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por agrupación profesional⁶³



Los resultados de la encuesta *online* II desagregados por tipología de zona muestran que los miembros de las Sociedades Profesionales de las zonas rurales indican en mayor porcentaje los retos de acceso a los servicios de salud (un 50% frente a 32% en las zonas mixta y urbana) y de provisión de recursos materiales (un 60% frente al 24% y al 21% de las zonas mixtas y urbanas respectivamente).

Gráfico 40. Retos en planificación para los próximos 2 a 5 años identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por zona (rural/urbana/mixta)



⁶³ Fuente: encuesta *online* II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Por su parte, los miembros de las Asociaciones de Pacientes indican como retos el envejecimiento de la población, la falta de recursos humanos y la organización de los servicios sanitarios. Incluyen como reto, además, “*la cronicidad independientemente de la edad, así como la pluripatología o comorbilidad*”.⁶⁴

⁶⁴ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

4.3. Gestión y organización

4.3.1. Síntesis y aspectos clave

La descentralización sanitaria, culminada en el año 2002, ha permitido e impulsado, dentro de un marco general común, el desarrollo de nuevos modelos de Organización y Gestión de Centros y Servicios Sanitarios en las comunidades autónomas.

Exceptuando Cataluña (y, en menor medida, la Comunidad Valenciana) en la que la provisión de los servicios la realizan tanto la Administración Pública como proveedores privados, el resto de las CC.AA. tiene un modelo de Gestión Público Directo. De acuerdo con las CC.AA., los puntos fuertes del modelo Público son la accesibilidad, la igualdad en el acceso y la promoción de la salud; y como área de mejora se destaca la rigidez y lentitud a nivel Administrativo; mientras que la principal ventaja en el modelo mixto reside en la diversidad, lo que enriquece el Sistema.

Desde un punto de vista organizativo, existen 3 modelos de Gestión:

- 1) Gestión única en el que AP está dirigida por una Gerencia independiente de Atención Hospitalaria, como en Cantabria y la Comunidad de Madrid
- 2) Gestión compartida con Atención Hospitalaria (también denominadas Gerencias de Atención Integrada) en el que la AP y la Atención Hospitalaria están dirigidas por una misma Gerencia (es el caso de Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Región de Murcia, País Vasco y La Rioja
- 3) Gestión mixta, en la que existen las dos modalidades de Gestión en la comunidad autónoma, que varía dependiendo del Área Sanitaria (resto de las comunidades autónomas).

De acuerdo con las entrevistas realizadas a los miembros de los RSWG, la Gestión única permite dar mejor respuesta a las necesidades de los profesionales, gestionar mejor el presupuesto al ser independiente de Atención Hospitalaria; sin embargo, suele haber una descompensación del reparto presupuestario, siendo mayor en Atención Hospitalaria. De acuerdo con los profesionales entrevistados, los puntos fuertes de la gestión compartida con Atención Hospitalaria son la integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos, lo que permite dar soluciones conjuntas, con continuidad de cuidados en el proceso asistencial y mejorar la eficiencia. A nivel de aspectos de mejora se destaca que, en este modelo, el posicionamiento de AP frente a Hospitalaria queda relegado y con menor visibilidad; además, la importancia en financiación es mayor en Atención Hospitalaria, aspecto coincidente también en el modelo de gestión única.

Al ser preguntados por los retos en la gestión y organización de la AP para los próximos 2 a 5 años, los profesionales con competencias de gestión en AP de las zonas rurales identifican en mayor proporción la gestión de recursos disponibles garantizando la accesibilidad y equidad, mientras que aquellos cuya actividad profesional se desarrolla en zonas urbanas dan más importancia a la captación y retención de profesionales, así como a la dotación de mayor capacidad de autogestión y autonomía.

Por su parte, los miembros de las Sociedades Profesionales consideran que el principal reto es dotar a la AP de mayor capacidad resolutive, así como la mejora de la coordinación entre AP y Atención Hospitalaria, reto también destacado por las Asociaciones de Pacientes.

En relación con la coordinación con el ámbito social, las CC.AA. han señalado que hay que seguir trabajando en mejorar la coordinación y seguir desarrollando planes e iniciativas que se han visto impulsadas con la pandemia causada por la COVID-19.

4.3.2. Resultados generales

5.4.2.1 Modelos de gestión

La Ley 14/1986⁶⁵, de 25 de abril, General de Sanidad, diseñó el Sistema Nacional de Salud coherentemente con la organización territorial del Estado contenida en la Constitución y la distribución competencial en materia de sanidad, y configuró un sistema descentralizado, con autonomía de gestión en el ejercicio de sus competencias por parte de las comunidades autónomas.

El proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, llevado a cabo de forma progresiva desde el año 1981, finalizó en el año 2002 manteniendo la Administración Central del Estado la gestión de la sanidad en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Se dio así cumplimiento a lo dispuesto por la Ley General de Sanidad de construir un Sistema Nacional de Salud integrado por los Servicios de Salud autonómicos.

La descentralización sanitaria ha permitido e impulsado, dentro de un marco general común, el desarrollo de nuevos modelos de organización y gestión de los servicios sanitarios. Las comunidades autónomas han desarrollado distintos modelos de gestión, y, en los últimos años se han llevado y se están llevando a cabo diversas experiencias piloto, adaptaciones y cambios de modelo.

En el contexto de este informe, se exponen a continuación las fórmulas de gestión, que, a fecha de junio de 2022, existen en las distintas comunidades autónomas. Las principales fórmulas utilizadas pueden agruparse en los siguientes modelos:

Teniendo en cuenta la provisión de la atención sanitaria:

- **Gestión pública directa** (entes de derecho público, fundaciones públicas, consorcios). La financiación es pública y la provisión de la atención sanitaria es realizada por proveedores públicos.
- **Gestión indirecta:** la financiación es pública y la provisión de la atención sanitaria se lleva a cabo a través de un servicio privado, con fines lucrativos o no (sociedades profesionales, cooperativas, sociedades mercantiles, sociedades laborales...) mediante alguno de los tipos de contratación externa.

Atendiendo al modelo organizativo en su relación y coordinación con Atención Hospitalaria:

⁶⁵ [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. \(boe.es\)](https://www.boe.es)

- **Gestión única:** Atención Primaria está dirigida por una Gerencia independiente de Atención Hospitalaria.
- **Gestión compartida con Atención Hospitalaria** (también denominadas Gerencias de Atención Integrada): la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria están dirigidas por una misma Gerencia, que tiene a su cargo toda la asistencia sanitaria de una determinada población.
- **Gestión mixta:** existen las dos modalidades de gestión, que varía dependiendo del Área Sanitaria.

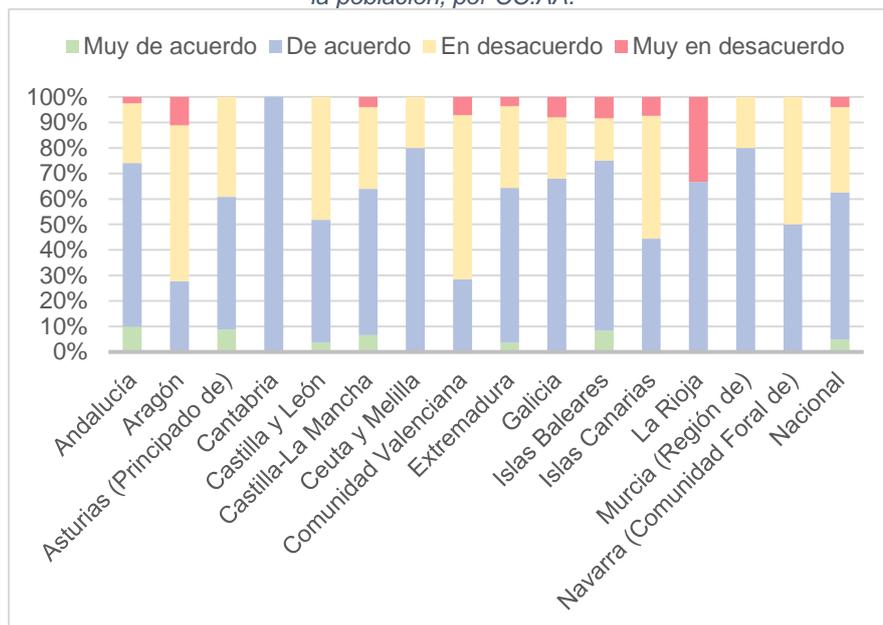
La Tabla 30 muestra un resumen de los modelos de gestión de las comunidades autónomas.

Tabla 30. Modelos de gestión de las CC.AA.

Comunidad autónoma / ciudad autónoma	Provisión de la atención sanitaria	Modelo organizativo
Andalucía	Gestión pública directa	Gestión compartida con AH
Aragón	Gestión pública directa	Gestión compartida con AH
Asturias (Principado de)	Gestión pública directa	Gestión compartida con AH
Islas Baleares	Gestión pública directa	Gestión mixta
Canarias	Gestión pública directa	Gestión mixta
Cantabria	Gestión pública directa	Gestión única
Castilla y León	Gestión pública directa	Gestión mixta
Castilla-La Mancha	Gestión pública directa	Gestión mixta
Cataluña	Gestión pública directa y gestión indirecta	Gestión mixta
Comunidad Valenciana	Gestión pública directa y gestión indirecta	Gestión compartida con AH
Extremadura	Gestión pública directa	Gestión compartida con AH
Galicia	Gestión pública directa	Gestión compartida con AH
Madrid (Comunidad de)	Gestión pública directa	Gestión única
Murcia (Región de)	Gestión pública directa	Gestión compartida con AH
Navarra (Comunidad Foral de)	Gestión pública directa	Gestión mixta
País Vasco	Gestión pública directa	Gestión compartida con AH
La Rioja	Gestión pública directa	Gestión compartida con AH
Ceuta y Melilla	Gestión pública directa	Gestión compartida con AH (INGESA)

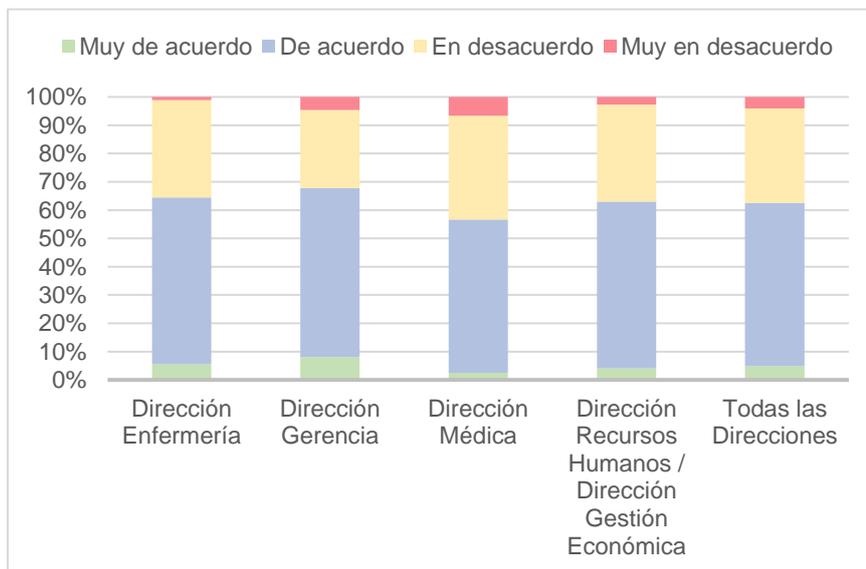
Los resultados de la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP en relación con el grado de adecuación del sistema sanitario autonómico a las necesidades de la población se pueden observar en el Gráfico 41. A nivel nacional, el 37% de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la adecuación del tipo de gestión de la Atención Primaria a las necesidades de salud de la población, destacando dos CC.AA., una con un 72% y otra con un 71%. Por el contrario, en otras dos CC.AA. los encuestados están “de acuerdo” o “muy de acuerdo” en que la prestación sanitaria de AP es adecuada a los requerimientos de la población, la primera con un 75% y la segunda con un 74%.

Gráfico 41. Adecuación del tipo de gestión de la Atención Primaria de la CC.AA. a las necesidades de la población, por CC.AA.⁶⁶



Al segmentar por Direcciones, se observa que el 63% de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados considera adecuada o muy adecuada la adaptación del tipo de gestión a las necesidades de la población, siendo la Dirección Médica quien peor valora dicha adecuación (el 43% está “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”) (ver Gráfico 42).

Gráfico 42. Adecuación del tipo de gestión de la Atención Primaria de la CC.AA. a las necesidades de la población, por perfil profesional.⁶⁷



⁶⁶ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

⁶⁷ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

A continuación, se describe el modelo de gestión de cada CC.AA. según su tipo de provisión de la atención.

1) Modelos de gestión – Provisión de la atención sanitaria

a. Gestión pública directa

La Atención Primaria de salud la prestan proveedores públicos y están sujetos al marco jurídico de la Administración Pública.

b. Gestión indirecta

Tanto en Cataluña y, en menor medida, en la Comunidad Valenciana, la provisión de los servicios la realizan tanto la Administración Pública como proveedores privados.

El modelo catalán de gestión de Atención Primaria se diferencia del resto de autonomías por tener una mayor diversidad de proveedores. La provisión de los servicios asistenciales a la población está atribuida a diferentes entidades de personificaciones jurídicas variadas mediante procesos de encargo (convenios y contratos) representado por la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC). Las entidades incluyen Centros Privados, Centros Concertados y el Instituto Catalán de la Salud (ICS) que es la mayor empresa pública de servicios de salud de Cataluña y la entidad responsable de gestionar Equipos de Atención Primaria (EAP). Comparados con el ICS, los otros modelos de gestión de Atención Primaria representan un 20% en Cataluña⁶⁸. El Departamento y Calsalut cumplen el papel de homogeneizar y coordinar los objetivos en salud para poder obtener resultados similares o en base a los mismos criterios. Para ello utilizan contratos-programa con cada uno de los equipos. También cuentan con la Estrategia de Atención Primaria, en la que están trabajando para mejorar la equidad y la homogeneidad entre los diferentes proveedores.

En la Comunidad Valenciana, de los 24 Departamentos de Salud, 21 son de gestión pública directa y 3 están gestionados en régimen de concesiones administrativas de gestión privada. Cuentan con personal laboral y personal estatutario. Los equipos que gestionan las concesiones administrativas cuentan con un representante de la administración (el Comisionado) que hace de enlace entre su equipo Directivo y la Consejería. Se encarga de que la asistencia se preste como corresponde, garantizando el derecho de los usuarios a la asistencia sanitaria. Participa en los foros y reuniones asistenciales con el resto de Departamentos.

1. Modelos organizativos de gestión

c. Modelos de gestión única

En cuanto al modelo organizativo, las comunidades autónomas que tienen una gestión única, en la que la Gerencia de Atención Primaria está diferenciada de la Gerencia de Atención Hospitalaria son: Cantabria y la Comunidad de Madrid.

En Cantabria hay un Gerencia de Atención Primaria y 3 Gerencias de Atención Hospitalaria. La Gerencia de Atención Primaria cuenta con dos unidades funcionales

⁶⁸ [Bayona Huguet X. et al., \(2020\). Modelos de gestión según proveedor y sus efectos en la dinámica de los equipos de Atención Primaria en Cataluña. Rev. Esp. Salud Pública \(v93\).](#)

clínico-asistenciales específicas para la atención de la urgencia y emergencia sanitaria en el ámbito extrahospitalario: el Servicio de Emergencias 061 y los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se estructura de forma desconcentrada a través de las denominadas Áreas Sanitarias que tienen carácter funcional. Desde 2010 está constituida la Gerencia de Atención Primaria en el Área Única de Salud en toda la Comunidad, diferenciada de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria y de la Gerencia del SUMMA 112, todas ellas bajo la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria⁶⁹.

**d. Modelos de gestión compartida con Atención Hospitalaria
(Gerencias de Atención Integrada)**

En Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, País Vasco y La Rioja, la gestión de Atención Primaria está compartida con Atención Hospitalaria. Cuentan con Gerencias Integradas (estructuras orgánicas unificadas que actúan bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión) que gestionan tanto la Atención Primaria como la Atención Hospitalaria en cada una de las Áreas de Salud. Estas Gerencias Integradas tienen distintas denominaciones, como, por ejemplo, OSI (Organización Sanitaria Integrada) en el caso del País Vasco, Gerencias de Área en Murcia, Áreas Sanitarias en Galicia (Estructuras de Gestión Integrada), Áreas de Gestión Sanitaria en Andalucía, o Gerencias de Sector en Aragón.

Andalucía tiene un modelo de gestión bajo la denominación de Áreas de Gestión Sanitaria. Las Áreas de Gestión Sanitaria son las demarcaciones territoriales que permiten la gestión unitaria de los recursos de un Área Hospitalaria y los correspondientes Distritos de Atención Primaria adscritos. Actualmente, existen 14 Áreas de Gestión Sanitaria. Las Áreas de Gestión tienen una única gerencia y se coordinan a través de acuerdos de gestión compartidos que deben tener objetivos compartidos, comisiones de continuidad y vías clínicas. Los Distritos de Atención Primaria constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la Atención Primaria. La Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria de salud es la estructura organizativa responsable de la Atención Primaria de salud y desarrolla sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria, con criterios profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión. Entre el 60-80% de la actividad asistencial que se genera en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) tiene que ver con los procesos asistenciales integrados (PAI).

En el Servicio Aragonés de Salud, la Dirección de Atención Primaria, Hospitalaria y Continuidad Asistencial está coordinada por la Dirección de Coordinación Asistencial, tratando así de impulsar la coordinación y las actuaciones de la Atención Primaria.

⁶⁹ [Fundación Gaspar Casal \(2019\)](#). Cuadernos de Gestión Sanitaria. Atención Sanitaria Integrada: propuestas para una mejora efectiva.

Los Sectores Sanitarios cuentan con Gerencias de Sector, que gestionan los recursos sanitarios⁷⁰.

El Principado de Asturias se estructura en Gerencias de Área Sanitaria, que incluye Atención Sanitaria y Salud Pública, gestión de cuidados y enfermería, y una dirección económica. En la actualidad la configuran 8 áreas sanitarias, por lo que existen actualmente 8 Gerencias. Las actividades del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias realizadas en los distintos niveles asistenciales se ordenan siguiendo el modelo de Red Integrada de Servicios con base poblacional. Dicha ordenación tiene como objetivo gestionar conjuntamente las actividades necesarias para la prestación de un servicio con independencia del nivel asistencial y de los centros donde estas se realizan, es decir en forma de proceso, eliminando así barreras para la continuidad asistencial⁷¹.

Los Departamentos de Salud son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario de la Comunidad Valenciana. Cada Departamento de Salud es garante de la adecuada ordenación de la Atención Primaria y su coordinación con la Atención Hospitalaria.

Extremadura está organizada en 8 Gerencias de Área de Salud, cada una de ellas dirigidas por un Gerente, responsable del conjunto de recursos sanitarios de su Área de Salud correspondiente. Cada órgano de la Gerencia de Área de Salud establece, entre otros, una Dirección de Asistencia Sanitaria, de la que dependen las direcciones médicas y de enfermería, tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria.

El Servicio Gallego de Salud (SERGAS) se estructura en 7 Áreas Sanitarias (Estructuras de Gestión Integrada). Son responsables de la gestión clínica y de procesos mediante la superación de los diferentes niveles asistenciales existentes y la racionalización de los recursos. Les corresponde la gestión unitaria de los recursos sanitarios de su ámbito territorial, así como de las prestaciones y programas sanitarios que desarrollan, excepto las funciones de autoridad sanitaria⁷².

En Murcia, los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitalaria) se gestionan de manera conjunta con un solo equipo directivo⁷³. Cada una de las 9 Áreas de Salud cuenta con una Gerencia integrada asociada a un hospital de referencia⁷⁴.

En el País Vasco, la estructura se basa en las OSI (Organización Sanitaria Integrada), estructuras orgánicas unificadas en las que se integran la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria y que actúan bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión. El órgano encargado de la dirección jerárquica de la OSI, así como de la gestión de los hospitales y Unidades de Atención Primaria bajo su jurisdicción es la Dirección de la Gerencia. De esta depende la Dirección de Atención

⁷⁰ [Decreto 174/2010, de 21 de septiembre](#), del gobierno de Aragón

⁷¹ [Ley 7/2019, de 29 de marzo](#), de Salud.

⁷² [Fundación Gaspar Casal \(2019\)](#). Cuadernos de Gestión Sanitaria. Atención Sanitaria Integrada: propuestas para una mejora efectiva.

⁷³ [Fundación Gaspar Casal \(2019\)](#). Cuadernos de Gestión Sanitaria. Atención Sanitaria Integrada: propuestas para una mejora efectiva.

⁷⁴ [Página web de la Región de Murcia](#).

Integrada, que es la encargada de la integración de la asistencia ambulatoria de los distintos niveles asistenciales, coordinándose con las direcciones médicas y de enfermería, además de coordinarse con otros ámbitos como es el comunitario y sociosanitario. Por otro lado, la organización asistencial se estructura en Servicios Hospitalarios y Unidades de Atención Primaria. El nivel de autonomía de estas últimas para la gestión es delegado por la Dirección Gerencia de la OSI en función de la ejecución de su plan de gestión.

En La Rioja, la Gerencia del Servicio Riojano de Salud es el órgano de dirección del Área Única de Salud de esta comunidad autónoma y gestiona tanto la Atención Primaria como la Atención Hospitalaria.

La gestión de los servicios sanitarios de Ceuta y Melilla se efectúa por las Gerencias Únicas de Atención Sanitaria del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que existen en cada una de las respectivas ciudades autónomas. Cada una de las Gerencias Únicas de Atención Sanitaria, depende orgánicamente de su respectiva Dirección Territorial, sin perjuicio de su dependencia funcional respecto de los servicios centrales del INGESA⁷⁵.

e. Modelos de gestión mixta

En Canarias, Islas Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña y Navarra cohabita un modelo mixto de gestión, en el que, dependiendo del Área Sanitaria, el modelo de gestión de la Atención Primaria es único o compartido con Atención Hospitalaria.

En las Islas Baleares, la Atención Primaria está dirigida a través de 3 Gerencias, según el territorio: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; Gerencia del Área de Salud de Ibiza y Formentera; Gerencia del Área de Salud de Menorca. Mallorca es la única isla con una Gerencia específica de Atención Primaria. La isla de Menorca es gestionada a través de la Gerencia del Área de Salud de Menorca, y las islas de Ibiza y Formentera por la Gerencia del Área de Salud de Ibiza y Formentera. Estas dos últimas, además de la dirección, control y gestión del funcionamiento de los servicios y las actividades de la Atención Primaria, son responsables de la Asistencia Hospitalaria en su ámbito de actuación.

En Canarias existe una Gerencia por cada isla y se encuentran unificadas la Atención Primaria y Hospitalaria en las Áreas de El Hierro, La Gomera, La Palma, Fuerteventura y Lanzarote (Gerencias de Servicios Sanitarios), mientras que en Tenerife y Gran Canaria existen Gerencias de Atención Primaria y Hospitalarias de manera independiente

En Castilla y León, en algunas Áreas de Salud como Salamanca, Valladolid Este y Oeste, Burgos y León, la gestión de Atención Primaria es única mientras que en el resto de áreas es compartida en Gerencias de Asistencia Sanitaria del Área de Salud (Ávila, El Bierzo, Zamora, Soria, Segovia y Palencia), con un único gerente y una única dirección de gestión que asume de forma íntegra la gestión de los recursos, pero con dos direcciones asistenciales (médica y de enfermería correspondientes a

⁷⁵ [Web Site INGESA](#)

Atención Primaria y Atención Hospitalaria para la planificación y desarrollo de la asistencia sanitaria en cada uno de los niveles). Todas las áreas están en coordinación con la Dirección Técnica de Atención Primaria, Planificación y Derechos del Usuario que orgánicamente depende de la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud.

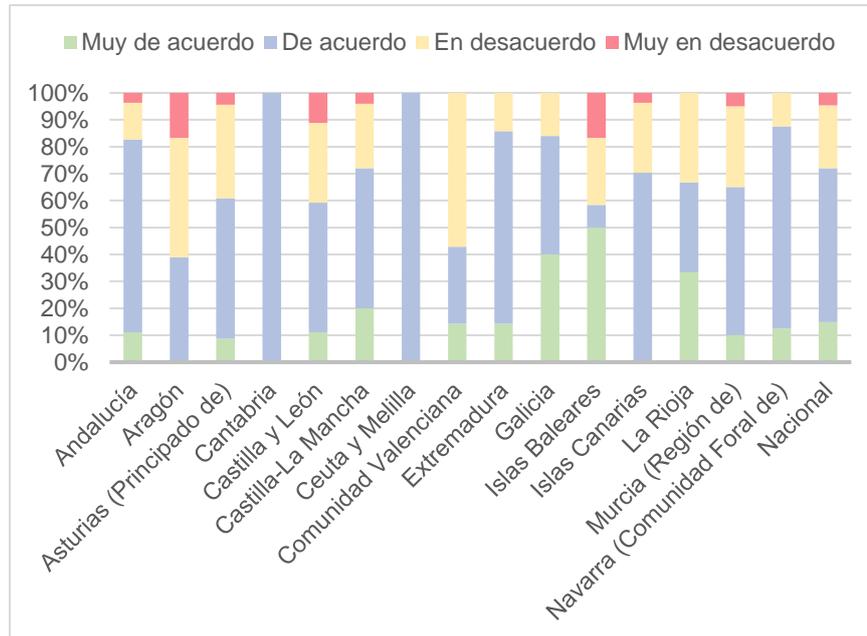
En Castilla-La Mancha cohabita un modelo mixto de gestión: cada una de las 13 Gerencias de Atención Integrada ([Orden de 18/12/2012](#)) gestionan tanto la Atención Primaria como la Atención Hospitalaria de manera conjunta, mientras que existe una Gerencia de Atención Primaria (Toledo) desde la que se gestiona únicamente el ámbito de Atención Primaria.

En Cataluña, hay Áreas de Salud que gestionan de manera independiente los dos ámbitos (Atención Primaria y Atención Hospitalaria), mientras que hay otras donde la gestión es compartida. Esta diferencia depende de múltiples factores, por ejemplo, aquellos proveedores que son más pequeños y que no dependen del Instituto Catalán de la Salud (ICS) es más probable que gestionen únicamente la Atención Primaria, mientras que en otros territorios más grandes existen Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) que realizan una gestión integrada de la Atención Primaria y Atención Hospitalaria. El Instituto Catalán de la Salud (ICS) es el gestor mayoritario de los servicios sanitarios. En Barcelona, por ejemplo, la Atención Primaria se gestiona de manera independiente, ya que hay numerosos hospitales de gran tamaño, por lo que resulta más complejo gestionar los dos ámbitos de manera integrada. Otras zonas de la comunidad autónoma como Girona, Lleida o Tarragona cuentan con una Gerencia Única desde la que se gestionan ambos ámbitos dado que son servicios de menor tamaño.

Por último, el modelo de gestión de la Atención Primaria de la Comunidad Foral de Navarra es mixto; el territorio se divide en 3 Áreas de Salud (1 Área de Salud (Pamplona) y 2 Gestión Integrada de Área de Salud (Tudela y Estella), disponiendo cada una de ellas de un Hospital de Referencia. En el Área de Salud de Pamplona la Atención Primaria cuenta con su propia Gerencia, mientras que en las Áreas de Salud de Tudela y Estella es una Gerencia compartida con Atención Hospitalaria.

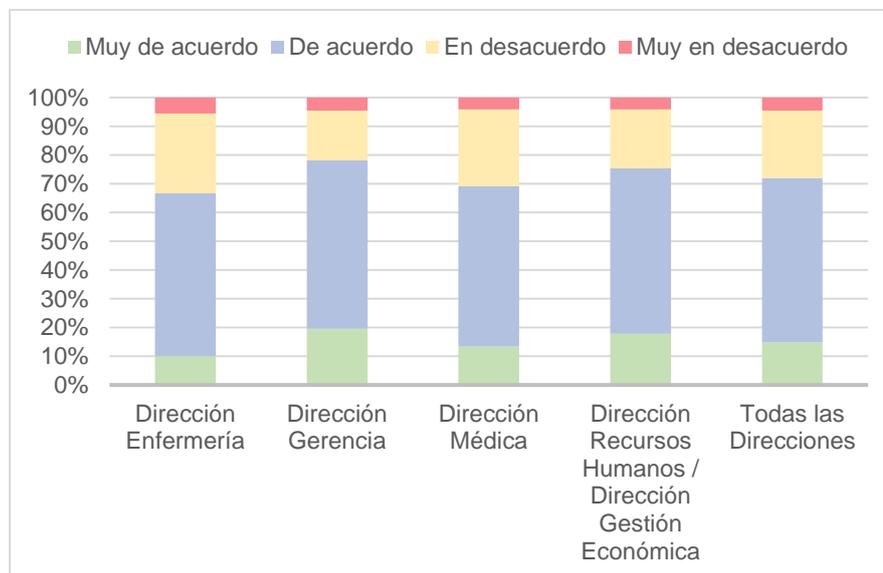
Al analizar los datos de la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP, se observa en el Gráfico 43 que, un 28% de los profesionales encuestados están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la adecuación del modelo de gestión a las necesidades de la población española, y en 4 CC.AA., este valor supera el 40%, destacando una de ellas que alcanza un valor del 61%.

Gráfico 43. Adecuación del modelo de gestión de la AP de la CC.AA. a las necesidades de la población, por CC.AA.⁷⁶



Al segmentar las respuestas de los profesionales con competencias de gestión en AP según tipo de perfil profesional, se observan respuestas similares tanto del nivel de acuerdo como del nivel de desacuerdo independientemente del perfil.

Gráfico 44. Adecuación del modelo de gestión de la AP de la CC.AA. a las necesidades de la población, por perfil profesional.⁷⁷



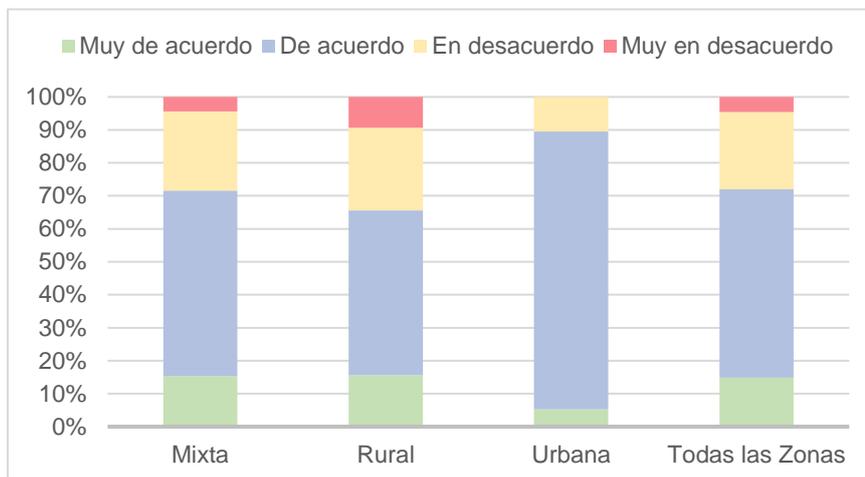
Al analizar los resultados de la encuesta *online* I por zona (rural/urbana/mixta) se observa que las respuestas son similares para las zonas mixtas y rurales, el 28% y el 34% de los profesionales con competencias de gestión encuestados respectivamente están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la adecuación

⁷⁶ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

⁷⁷ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

del modelo de gestión de la AP a las necesidades de la población. Sin embargo, el mismo valor para los profesionales encuestados de las zonas urbanas desciende al 11%.

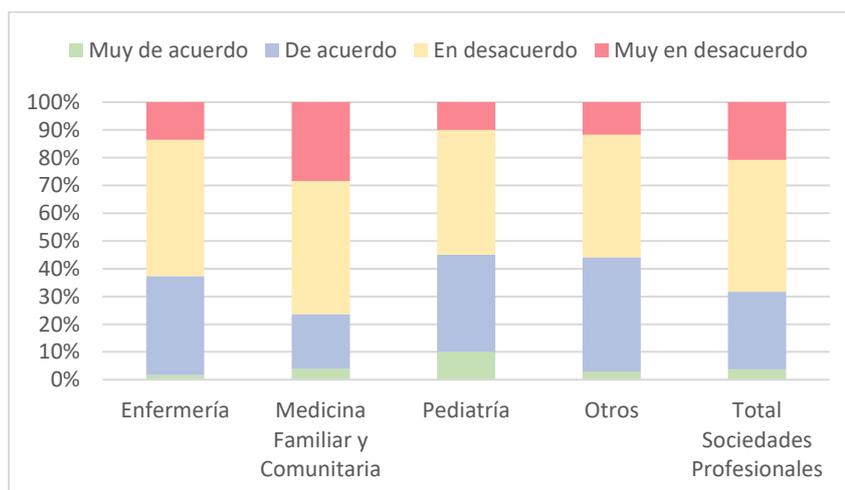
Gráfico 45. Adecuación del modelo de gestión de la AP de la CC.AA. a las necesidades de la población, por zona (rural/urbana/mixta)⁷⁸



Por otro lado, y en relación con la encuesta *online II*, un 69% de los miembros de las Sociedades Profesionales encuestados considera que el modelo de gestión no es adecuado para dar respuesta a las necesidades (48% de las respuestas “en desacuerdo” y 21% “muy en desacuerdo”).

Si se desagregan las respuestas por agrupación profesional, en el caso de los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria el mismo valor asciende hasta 76% (respuestas “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”) como muestra el Gráfico 46.

Gráfico 46. Adecuación del modelo de gestión (gestión única de AP o gestión compartida con Atención Hospitalaria) para dar respuesta a las necesidades, por perfil profesional⁷⁹



⁷⁸ Fuente: encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP

⁷⁹ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Las Asociaciones de Pacientes encuestadas consideran que el modelo de gestión actual no da respuesta a las necesidades (respuestas “en desacuerdo”)⁸⁰.

5.4.2.2 Especificaciones para las zonas/puestos de difícil cobertura

En algunas comunidades autónomas, existen diferencias organizativas de la Atención Primaria en las zonas/puestos de difícil cobertura.

Muchas de las zonas/puestos de difícil cobertura son zonas rurales, por lo que comporta ciertas especificidades organizativas como es la rotación de personal, el material o la localización de los servicios. En algunas comunidades autónomas, como Cataluña, los profesionales de Atención Primaria tienen que hacer una parte de su jornada en atención continuada, es decir, de guardias. Esto era así exclusivamente en las zonas rurales hasta hace poco, ahora también se está implantando en las zonas urbanas.

En Navarra hay Puntos de Atención Continuada y Urgente, que son centros sanitarios dotados de recursos humanos y materiales en los que se garantiza la atención tanto continuada como urgente. Zonas con puerto de montaña y de difícil acceso, cuentan con profesionales de medicina y enfermería de guardia toda la semana. Hay ciertas zonas en las que se comparten las guardias.

En otras comunidades autónomas más extensas, como Castilla-La Mancha, la diferencia organizativa está marcada por la dispersión, no sólo despoblación, ya que las zonas despobladas son, además, muy dispersas. En esta comunidad autónoma, a fecha de febrero de 2022 hay 70 cupos de medicina familiar y de enfermería con menos de 250 tarjetas sanitarias individuales (TSI), debido a la dispersión geográfica. Se pretende mantener esto así para mantener la calidad asistencial pese a la escasez de Recursos Humanos.

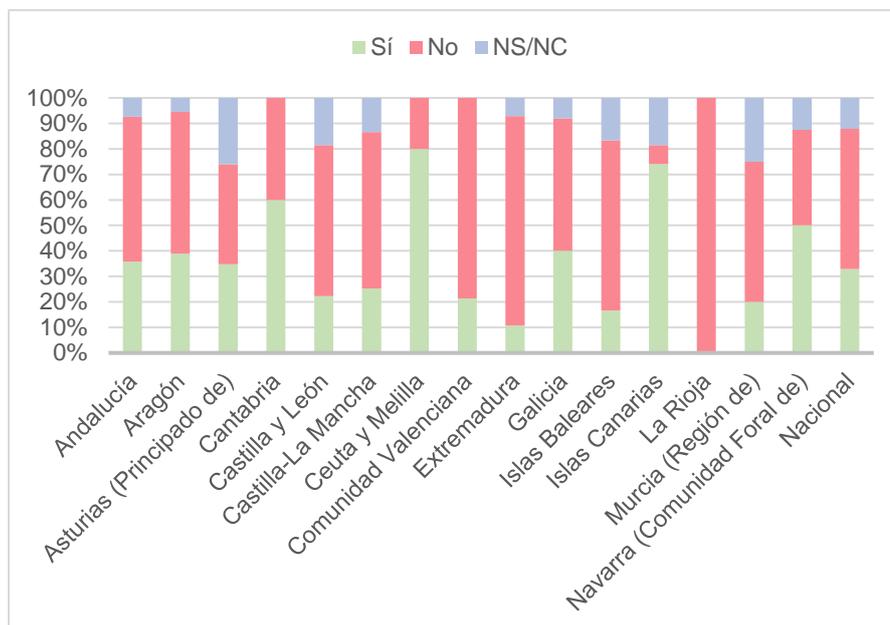
En relación con las pruebas diagnósticas, algunas Zonas Básicas de Salud de Cantabria cuentan con técnicos del servicio de radiodiagnóstico que acude a las zonas/puestos de difícil cobertura a realizar las pruebas necesarias una vez por semana. También cuentan con un radiólogo que puede examinar las imágenes a distancia.

Si hay puestos de difícil cobertura no cubiertos (como, por ejemplo, en Mallorca, donde las áreas más alejadas de la ciudad son difíciles de cubrir), los centros de salud vecinos asumen la población asignada al puesto que no se ha cubierto, lo que provoca una sobrecarga de los profesionales.

Al consultar a los profesionales con competencias de gestión en AP respecto de la existencia o no de diferencias organizativas en las zonas/puestos de difícil cobertura (encuesta *online* I), se observa que, a nivel nacional, un 55% considera que no existen diferencias y un 33% considera que sí existen.

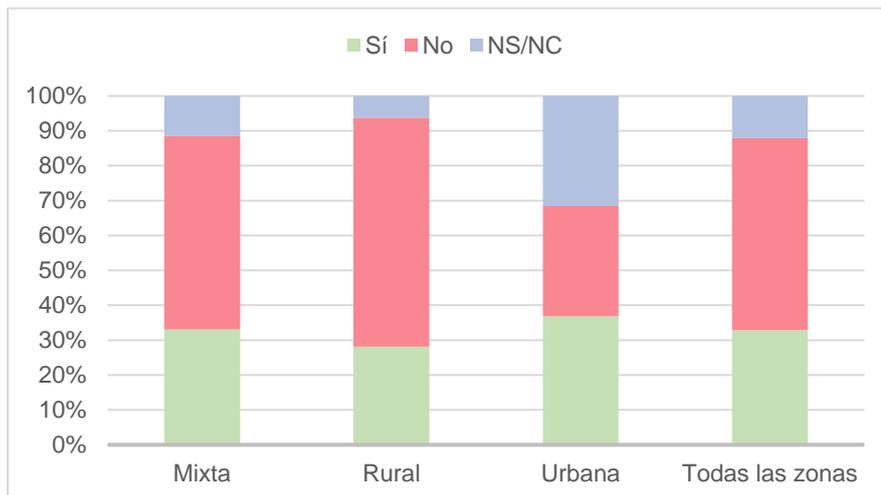
⁸⁰ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

Gráfico 47. Existencia de diferencia organizativa de la AP en las zonas/puestos de difícil cobertura, por CC.AA.⁸¹



El 66% de los profesionales con competencias de gestión en AP que trabajan en zonas rurales considera que no hay diferencias organizativas en zonas/puestos de difícil cobertura, mientras que para los profesionales que trabajan en zonas urbanas o zonas mixtas este porcentaje (los que consideran que no hay diferencias) disminuye al 32%.

Gráfico 48. Existencia de diferencia organizativa de la Atención Primaria en las zonas/puestos de difícil cobertura, por zona (rural/urbana/mixta)⁸²



En aquellos encuestados (encuesta *online* I) que indicaron que Sí existen diferencias organizativas se profundizó preguntando cuáles serían esas diferencias y un 42%

⁸¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

⁸² Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

indicó que principalmente serían diferencias relacionadas con la reorganización de recursos y la disponibilidad de recursos humanos (ambos con un 21%).

Se observa también que un 24% de los encuestados considera que las diferencias organizativas podrían mejorar ofreciendo incentivos específicos a los profesionales que opten por atender esas zonas (14% de las respuestas obtenidas) y poner en marcha iniciativas que mejoren la flexibilidad en la organización de la prestación (10%).

Cabe destacar que sólo una minoría (3%) considera que existe una diferencia en la capacidad resolutoria de las zonas/puestos de difícil cobertura. Sin embargo, un número muy bajo de encuestados (5%) mencionan la utilización de nuevas formas de provisión de la atención como podría ser la telemedicina o la teleasistencia.

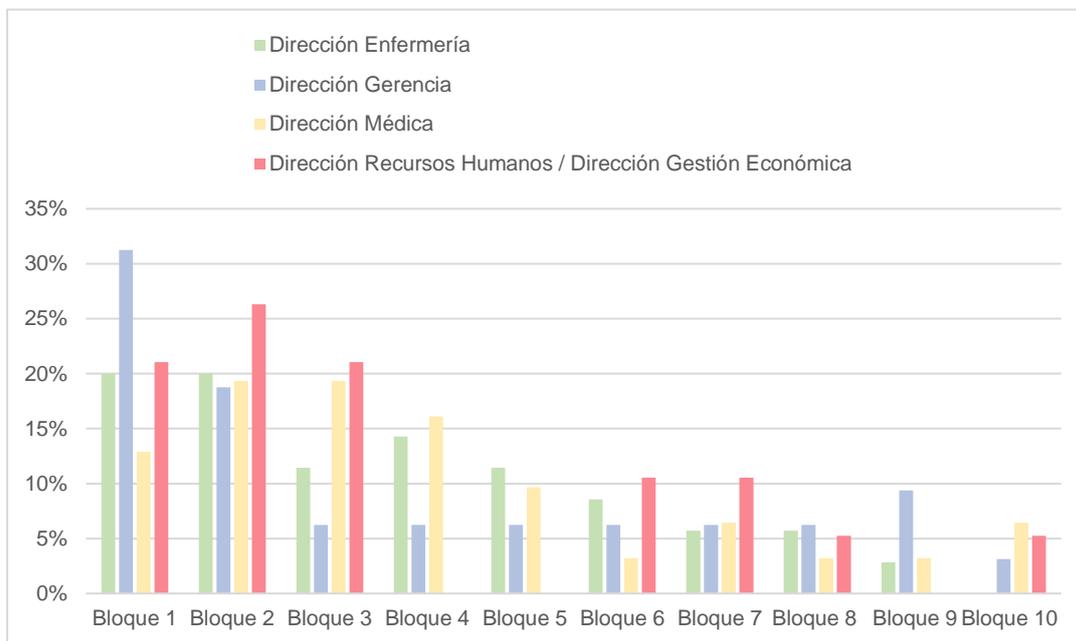
- Bloque 1. Reorganización de los recursos, como las guardias localizadas (21% de las respuestas).
- Bloque 2. Disponibilidad de Recursos Humanos, dada la falta de profesionales y la dificultad en cubrir los puestos de difícil cobertura. (21% de las respuestas).
- Bloque 3. Incentivos específicos a profesionales que prestan sus servicios en zonas/puestos de difícil cobertura (14% de las respuestas).
- Bloque 4. Flexibilidad en la organización de la prestación asegurando la cobertura asistencial. (10% de las respuestas).
- Bloque 5. Fortalecimiento de competencias de enfermería (8% de las respuestas).
- Bloque 6. Accesibilidad (7% de las respuestas).
- Bloque 7. Redistribución de equipos profesionales (7% de las respuestas).
- Bloque 8. Nuevas formas de provisión de la atención (5% de las respuestas).
- Bloque 9. Refuerzo de dispositivos comunitarios (4% de las respuestas).
- Bloque 10. Capacidad resolutoria (3% de las respuestas).

El análisis por perfil profesional de las diferencias organizativas en las zonas/puestos de difícil cobertura (encuesta *online* I) muestra que los profesionales de las Direcciones de Recursos Humanos/Gestión Económica encuestados no indican como diferencias organizativas la flexibilidad en la organización de la prestación, el fortalecimiento de competencias en enfermería ni el refuerzo de dispositivos comunitarios. Sin embargo, destaca la disponibilidad de Recursos Humanos como la diferencia mayoritaria indicada por estos profesionales (26% frente al 19%-20% de las demás Direcciones).

Un 31% de los profesionales de las Direcciones de Gerencia indican como diferencia organizativa la reorganización de los recursos en comparación con el 20%, 13% y

21% de los profesionales de las Direcciones de Enfermería, Médica y de Recursos Humanos/Gestión Económica respectivamente.

Gráfico 49. Diferencias organizativas en las zonas/puestos de difícil cobertura por los encuestados, por perfil profesional⁸³

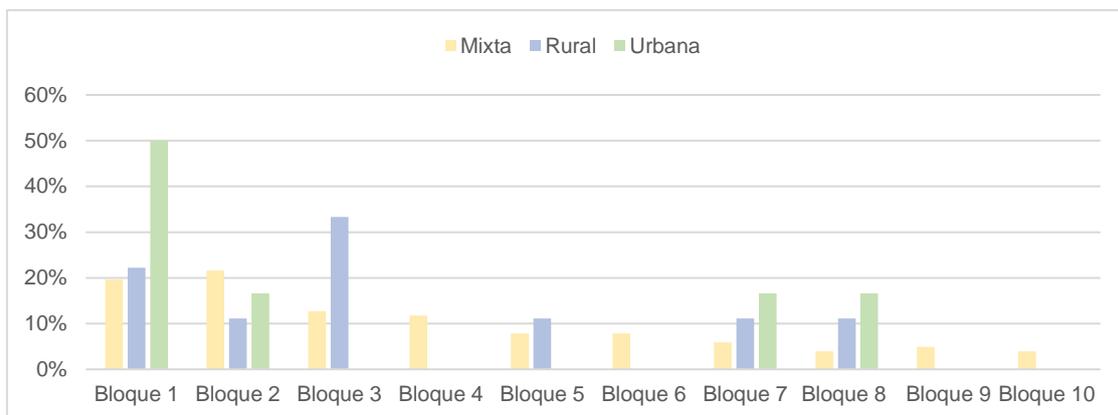


En el análisis por zonas, se observa que los profesionales con competencias de gestión en AP de las zonas urbanas únicamente identifican como diferencia organizativa la reorganización de los recursos, redistribución de equipos profesionales y las nuevas formas de provisión de la atención.

Los profesionales con competencias de gestión en AP de las zonas rurales no indican como diferencias organizativas la flexibilidad, la accesibilidad, los refuerzos de dispositivos comunitarios ni la capacidad resolutive. Únicamente los profesionales encuestados de las zonas mixtas indican estas 4 diferencias organizativas para las zonas de difícil cobertura.

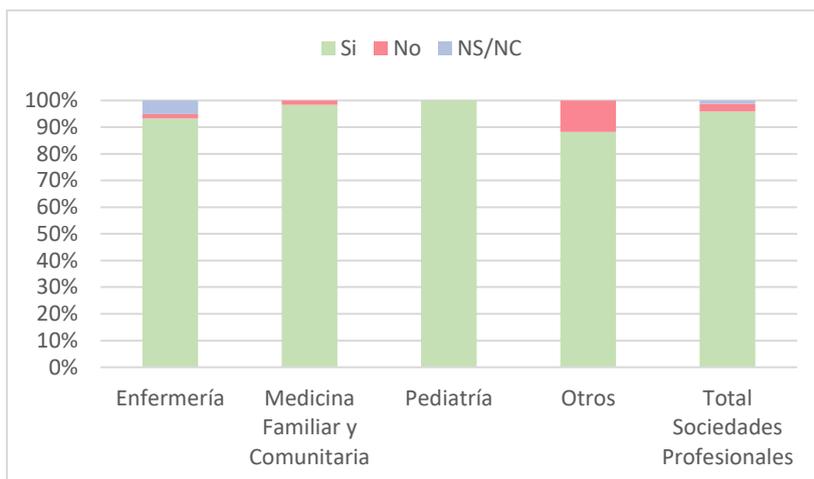
⁸³ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 50. Diferencias organizativas en las zonas/puestos de difícil cobertura por los encuestados, por zona (rural/urbana/mixta)⁸⁴



En la encuesta *online* II se preguntó a los miembros de las Sociedades Profesionales si consideran que deberían existir diferencias organizativas de la AP en las zonas/puestos de difícil cobertura, obteniendo un 96% de respuestas afirmativas.

Gráfico 51. Consideración de existencia de diferencias organizativas de la AP en las zonas/puestos de difícil cobertura, por agrupación profesional⁸⁵

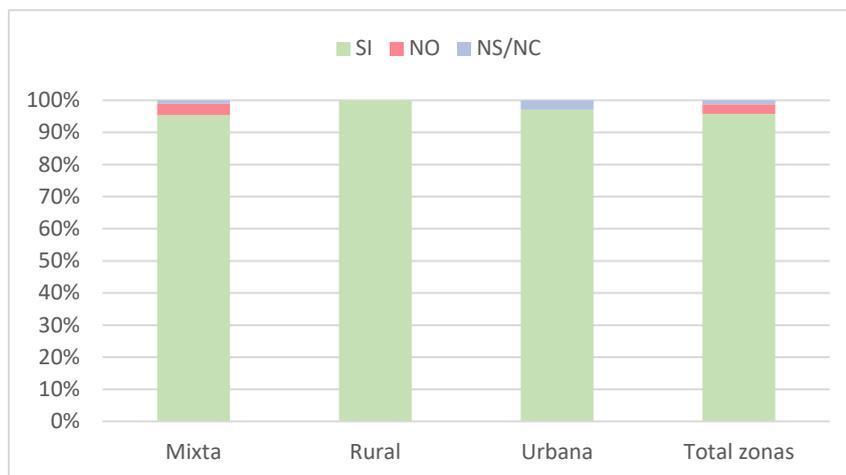


Desagregando las respuestas de las Sociedades Profesionales por zonas (mixta/rural/urbana) se observa que en las zonas mixtas un 4% de los profesionales considera que no deberían existir diferencias organizativas en las zonas/puestos de difícil cobertura en contraposición con las zonas rural y urbana, 0% en ambas.

⁸⁴ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

⁸⁵ Fuente: encuesta *online* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Gráfico 52. Consideración de existencia de diferencias organizativas de la AP en las zonas/puestos de difícil cobertura, por zonas (mixta/rural/urbana)⁸⁶



Los miembros de las Asociaciones de Pacientes que han participado en la encuesta online consideran que sí deberían existir diferencias organizativas para las zonas/puestas de difícil cobertura (respuestas “Si”)⁸⁷

5.4.2.3 Modelos de gestión y coordinación entre niveles de atención sanitaria y proveedores de servicios sociales

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas son dos de los principales motivos del cambio sociodemográfico y epidemiológicos que, junto a otros factores culturales, están produciendo un cambio en el perfil de las poblaciones, generando un aumento de la fragilidad y la dependencia que precisa de manera simultánea de atención sanitaria y social. Por otro lado, la pandemia causada por la COVID-19 ha evidenciado la importancia de la mejora de la gestión y la coordinación entre los distintos niveles de atención.

La continuidad asistencial implica una visión continua y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo y actuando en tiempos distintos y con el objetivo común de la salud del ciudadano.

La coordinación entre niveles de atención sanitaria y proveedores de servicios sociales es clave para evitar la fragmentación y asegurar la continuidad asistencial y de cuidados. En ambos casos, las comunidades autónomas han puesto en marcha numerosas intervenciones para abordar su coordinación.

Se muestra a continuación un resumen de las intervenciones destacadas por las comunidades autónomas para llevar a cabo una coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria, así como entre atención sanitaria y los proveedores de los servicios sociales.

⁸⁶ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

⁸⁷ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

Tabla 31. Modelos de gestión y coordinación entre niveles de atención sanitaria (en el caso de CC.AA. con modelos de gestión única) y proveedores de servicios sociales (todas las CC.AA.)

Ámbitos de gestión y coordinación	Intervenciones
Entre niveles de atención sanitaria	<p><u>Modelos de coordinación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación directa a través de la Gerencia única de área en CC.AA. con Modelos de gestión compartida con Atención Hospitalaria (Gerencias de Atención Integrada) • Reuniones periódicas entre Direcciones de niveles asistenciales, en el caso de CC.AA. con Modelos de Gestión Única <p><u>Estrategias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de salud conjuntas <p><u>Órganos y Comisiones de coordinación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructuras de coordinación sociosanitaria • Comisiones de continuidad asistencial para pacientes crónicos / Programas Asistenciales Integrados <p><u>Profesionales sanitarios de coordinación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinadores asistenciales • Enfermeras Gestoras de caso <p><u>Sistemas de Información</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica Electrónica única • Agendas compartidas entre los dos niveles de atención <p><u>Tipología de consultas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta virtual entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria • Consulta conjunta Atención Primaria-Atención Hospitalaria
Entre atención sanitaria y proveedores de servicios sociales	<p><u>Órganos y Comisiones de coordinación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de coordinación y colaboración entre Consejerías • Órganos y Comisiones que se encargan de la integración • Comités mixtos (Atención Primaria – Servicios Sociales) <p><u>Estrategias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia para la Coordinación Sociosanitaria <p><u>Protocolos y Programas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa específico de coordinación con residencias • Protocolos conjuntos de atención sociosanitaria en residencias <p><u>Cartera de servicios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartera de servicios definida por el Servicio Regional de Salud que incluye la atención sanitaria en residencias <p><u>Sistemas de Información</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia Social Única electrónica <p><u>Profesionales sanitarios de coordinación y atención</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de enlace / Gestoras de Caso • Unidades Específicas de Atención Primaria que atienden en residencias • Trabajador social de referencia para cada persona que dispone de Tarjeta Sanitaria

En las comunidades autónomas con un modelo de gestión compartida con Atención Hospitalaria (Gerencias de Atención Integrada), la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria es inherente a esta estructura.

En comunidades autónomas con modelos de gestión única para mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria, se han creado distintas Comisiones de Coordinación y otros mecanismos, con reuniones periódicas, protocolos comunes, sistemas de información compartidos (Historia Clínica Electrónica única, agendas compartidas) interconsultas virtuales y consultas conjuntas entre los dos niveles de atención.

Además, en algunas comunidades autónomas, como, por ejemplo, en Cataluña, Andalucía, Aragón, Canarias, Valencia, Murcia o Madrid, existen profesionales encargados de garantizar la coordinación y continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales sanitarios y sociales como son las Enfermeras Gestoras de Caso o Enfermeras de Enlace.

Otras iniciativas para mejorar la coordinación entre atención sanitaria y proveedores de servicios sociales destacadas durante las entrevistas con las comunidades autónomas consisten en el establecimiento de Estrategias para la Coordinación Sociosanitaria; la definición de Protocolos y Programas conjuntos; o la Historia Social Única electrónica (HSUe). La HSUe permite promover la accesibilidad, la comunicación y la prestación de servicios en un modelo de atención centrado en la persona de forma eficaz y eficiente en la gestión de los recursos.

4.3.3. Fortalezas y aspectos de mejora

1. Puntos fuertes y aspectos de mejora de los modelos de gestión según la provisión de la atención sanitaria

Las comunidades autónomas destacan los siguientes puntos fuertes y aspectos de mejora de los modelos de gestión según la provisión de la atención sanitaria (pública directa o indirecta):

Tabla 32. Puntos fuertes y aspectos de mejora de los modelos de gestión - provisión de la atención sanitaria ⁶⁸

Modelo de gestión	de	Puntos fuertes	Aspectos de mejora
Gestión pública directa		<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad a la asistencia sanitaria • Igualdad efectiva en las condiciones de acceso al sistema sanitario público • Consecución de la igualdad social en la prestación de los servicios sanitarios • No es necesario coordinarse con proveedores privados; no hay que establecer criterios de coordinación ni controles • Participación de ciudadanos y profesionales del sistema sanitario público • Promoción de salud, tanto individual como social • Mejora continua de la calidad de los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez y lentitud a nivel Administrativo
Gestión pública indirecta		<ul style="list-style-type: none"> • Diversidad, lo que enriquece el Sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de disponer de Historia Clínica Electrónica única para todos los proveedores • Dificultad a nivel de la gestión de los recursos humanos, ya que no todos los profesionales tienen el mismo convenio

⁶⁸ Fuente: entrevistas a los RSWG

2. Puntos fuertes y aspectos de mejora de los modelos de gestión organizativos en su relación y coordinación con Atención Hospitalaria

Las comunidades autónomas destacan los siguientes puntos fuertes y aspectos de mejora de los modelos de gestión organizativos: gestión única y gestión compartida con Atención Hospitalaria:

Tabla 33. Puntos fuertes y aspectos de mejora de los modelos de gestión organizativa ⁸⁹

Modelo de Gestión	Puntos fuertes	Aspectos de mejora
Gestión única	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor respuesta a las necesidades de los profesionales. • Presupuestos independientes para Atención Primaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Descompensación del reparto presupuestario, siendo mayor en Atención Hospitalaria • Limitación de competencias de Atención Primaria
Gestión compartida con Atención Hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos • Planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria y de la utilización de los recursos sanitarios • Mayor capacidad de integración y coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria • Ambos niveles asistenciales comparten estructura directiva y los problemas son compartidos, por lo que se les puede dar una solución conjunta. • Disponibilidad de recursos de Atención Hospitalaria para Atención Primaria. • Mayor eficiencia en la gestión de los recursos • Mejor comunicación entre los profesionales de los dos niveles • Atención centrada en el paciente, con continuidad de cuidados en el proceso asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento actual de la Atención Primaria respecto a la Atención Hospitalaria, que queda relegada y con menor visibilidad. Las gerencias deberían estar en la Atención Primaria, siendo el hospital el que esté al servicio de las necesidades de Primaria • Mayor importancia a Atención Hospitalaria, a nivel de financiación y recursos • Mayor necesidad de recursos en Atención Hospitalaria • Definición de roles dentro del equipo directivo, que haya un grupo de profesionales específico para Atención Primaria • Menor resolución de la Atención Primaria

Por su parte, los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados (encuesta *online* I) consideran que prioritariamente es necesario mejorar y fortalecer los Procesos Integrados entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria (29%) y dotar de mayor autonomía de gestión a la Atención Primaria (22%). Un 14% de los encuestados considera necesario mejorar la Gestión de Recursos Humanos en cuanto a la distribución y dotación en zonas/puestos de difícil cobertura, en incentivos, formación, entre otros.

- Bloque 1: Procesos integrados (29% de las respuestas)
- Bloque 2: Autonomía de gestión (22% de las respuestas)
- Bloque 3: Gestión de Recursos Humanos (14% de las respuestas)
- Bloque 4: Dotación presupuestaria (12% de las respuestas)
- Bloque 5: Interacción entre profesionales (10% de las respuestas)
- Bloque 6: Desarrollo tecnológico (6% de las respuestas)

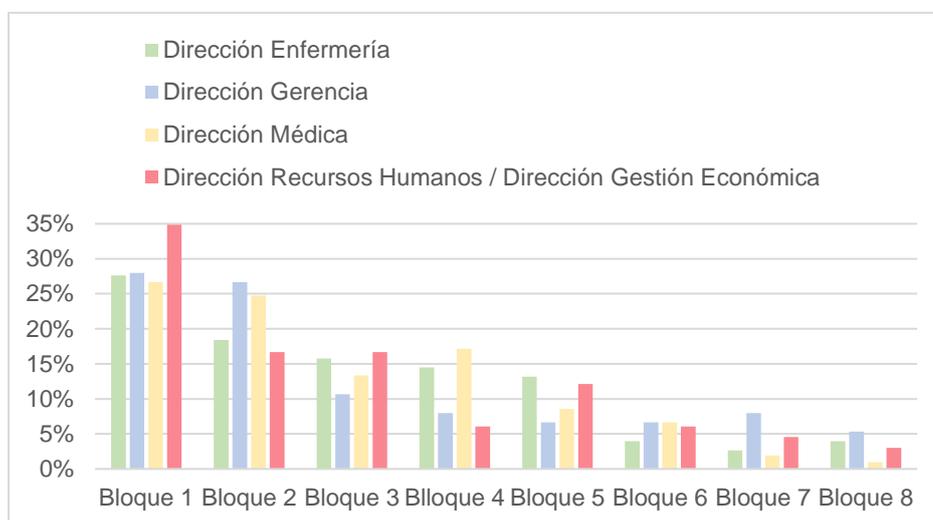
⁸⁹ Fuente: entrevistas a los RSWG

- Bloque 7: Continuidad asistencial (4% de las respuestas)
- Bloque 8: Centrales de compras (3% de las respuestas)

Los resultados de la encuesta *online* I por perfil profesional muestran que los profesionales de las Direcciones de Enfermería y Médica son los que identifican en mayor porcentaje la dotación presupuestaria como área de mejora (14% y 17% respectivamente) en comparación con los profesionales de las Direcciones Gerencia y de Recursos Humanos/Gestión Económica (8% y 6% respectivamente).

Además, los profesionales de las Direcciones de Gerencia y Médica indican como área de mejora la autonomía de gestión en mayor porcentaje que las Direcciones de Enfermería y Recursos Humanos/Gestión Económica (27% y 25% frente a 18% y 17% respectivamente).

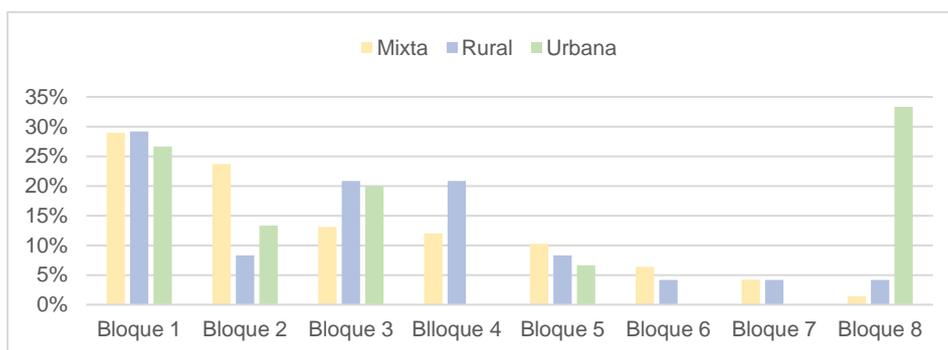
Gráfico 53. Áreas de mejora en Gestión y Organización identificadas por los encuestados, por perfil profesional⁹⁰



Por tipología de zona destaca que los profesionales con competencias de gestión de AP de las zonas urbanas no identifican como áreas de mejora la dotación presupuestaria, el desarrollo tecnológico o la continuidad asistencial, sin embargo, el 33% de estos profesionales indican como área de mejora las centrales de compra, frente al 1% de los profesionales de zonas mixtas y el 4% de los de zonas rurales.

⁹⁰ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 54. Áreas de mejora en Gestión y Organización identificadas por los encuestados, por zona (rural/urbana/mixta)⁹¹



4.3.4. Retos en un plazo de 2 a 5 años

Se muestra a continuación un resumen de los retos en Gestión y Organización destacados por las comunidades autónomas:

Tabla 34. Retos en Gestión y Organización ⁹²

Retos
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la accesibilidad • Dotar a la Atención Primaria de mayor capacidad resolutive (capacidad de diagnóstico) • Cambio en las necesidades de los pacientes • Envejecimiento de la población e incremento de patologías crónicas • Abordaje integral de la persona • Abordar la despoblación y la dispersión de la población • Retención y captación de Recursos Humanos • Nuevos roles, por ejemplo, en enfermería, como gestión de la demanda • Múltiples datos de salud: implantación de herramientas digitales para la extracción de datos • Promoción de la participación ciudadana

La Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema y debe ser accesible; cada ciudadano debe poder ser atendido en el momento en el que lo necesite. Se destaca también la importancia de dotar a Atención Primaria de mayor capacidad resolutive (capacidad de diagnóstico).

Las características y las necesidades de la población han evolucionado, y es necesario adaptarse a nivel de Gestión y Organización, incluyendo la dotación necesaria de recursos humanos tanto a estas nuevas necesidades como a posibles necesidades futuras, así como evolucionar los roles profesionales, como, por ejemplo, la gestión de la demanda en el caso de enfermería como ya se está realizando en algunas comunidades autónomas. Para ellos sería necesario elaborar un Plan de recursos humanos en Atención Primaria, que tenga en cuenta las carencias actuales y las necesidades futuras.

Es necesario llevar a cabo una atención integral de la persona en los ámbitos sanitario y social, mediante la mejora de la coordinación entre niveles y entre atención

⁹¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

⁹² Fuente: entrevistas a los RSWG

sanitaria y social. La extracción y tratamiento de los datos generados de la atención en ambos ámbitos, supone también un gran reto.

A nivel geográfico, la dispersión de la población también está evolucionando. Un gran reto en los próximos años es abordar la despoblación y la dispersión de la población y seguir prestando una atención de calidad tanto en entornos urbanos como rurales.

Por otro lado, las comunidades autónomas consideran que hay que promover la participación ciudadana, de tal forma que la ciudadanía pueda aportar su opinión en la toma de decisiones. Esta participación se puede realizar mediante distintos órganos como Comisiones de Participación, Consejos de Salud, reclamaciones, etc. Con el fin de facilitar que los pacientes puedan participar, es necesario capacitarlos en la toma de decisiones.

Los retos manifestados mediante la encuesta *online* I por los profesionales con competencias de gestión en AP son similares con los indicados por los representantes técnicos de las CC.AA. durante sus entrevistas. Las respuestas se han agrupado en bloques:

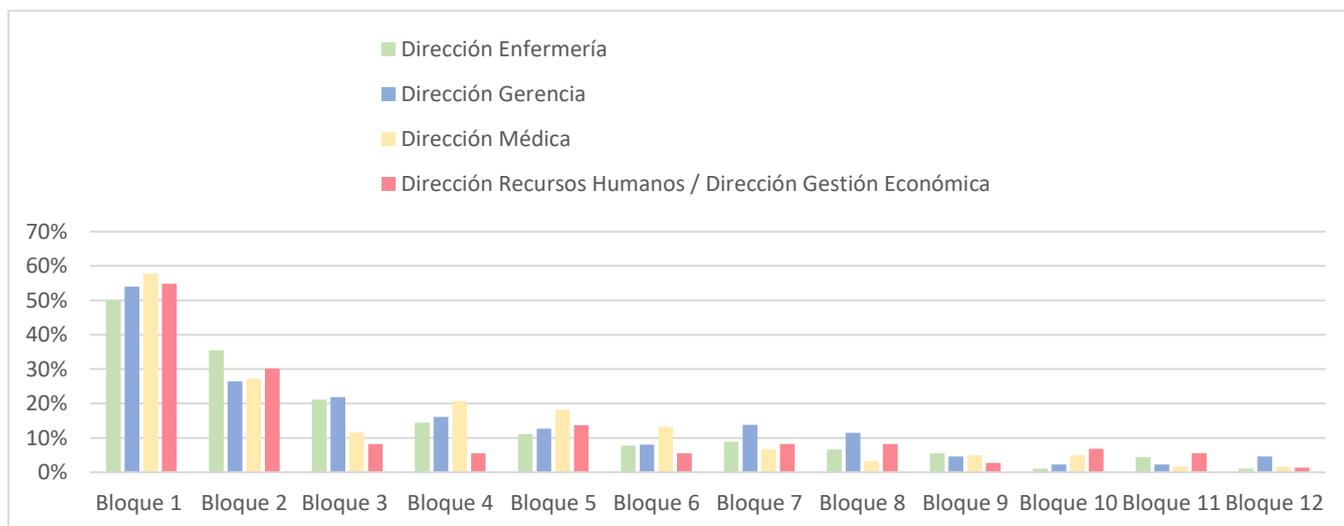
- Bloque 1. Retención y captación de profesionales, aspectos relacionados con el reemplazo generacional dadas las jubilaciones previstas y el poco atractivo que ven los profesionales de las nuevas generaciones en la AP suponen un déficit de profesionales y una falta de motivación (54% de las respuestas).
- Bloque 2. Mejorar la accesibilidad y la equidad del acceso a la asistencia sanitaria, garantizando una atención sanitaria equitativa con los recursos disponibles, especialmente en zonas de difícil cobertura, optimizando la gestión de recursos no solo materiales, sino también la gestión de los recursos humanos y de las bolsas de trabajo (30% de las respuestas).
- Bloque 3. Envejecimiento de la población e incremento de patologías crónicas. Retos relacionados con las características poblacionales, como el envejecimiento, la cronicidad o la fragilidad (16% de las respuestas).
- Bloque 4. Nuevos roles. Maximizar las competencias de los profesionales y formarles para asumir nuevos roles dentro de los equipos, reasignando funciones a los diferentes perfiles profesionales del equipo de AP y potenciando el empoderamiento de los profesionales de AP (15% de las respuestas).
- Bloque 5. Mejorar la gobernanza. Dotar a los equipos gestores de mayor capacidad de autogestión y autonomía, en cuanto a efectivos y presupuestos y reorganización de los servicios para optimizar los recursos (14% de las respuestas).
- Bloque 6. Abordaje integral de la persona. Fomentar la atención sociosanitaria y comunitaria desarrollando acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. (9% de las respuestas).
- Bloque 7. Abordar la despoblación y dispersión de la población (9% de las respuestas).
- Bloque 8. Herramientas digitales. Apoyarse en el uso de herramientas digitales para alcanzar una mayor accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios, potenciando la digitalización, así como el uso de las

nuevas tecnologías como soporte en la toma de decisiones basadas en la evidencia de los datos (7% de las respuestas).

- Bloque 9. Dotar a la AP de mayor capacidad resolutoria, proporcionando los medios necesarios para ser más autónoma mejorando la capacidad diagnóstica y disminuyendo las derivaciones a Atención Hospitalaria (5% de las respuestas).
- Bloque 10. Mejorar las infraestructuras. Renovación y/o ampliación de las infraestructuras de los centros de Atención Primaria (4% de las respuestas).
- Bloque 11. Financiación. Mejorar y hacer sostenible en el tiempo la dotación presupuestaria finalista a Atención Primaria (3% de las respuestas).
- Bloque 12. Coordinación entre los ámbitos asistenciales, tanto con Atención Hospitalaria como con los servicios sociales (2% de las respuestas).

Al analizar estos resultados por perfil profesional, se observa homogeneidad en las respuestas, sin encontrar grandes diferencias entre los diferentes perfiles profesionales en la percepción de los retos de Gestión y Organización para los próximos 2 a 5 años.

Gráfico 55. Retos en Gestión y Organización de los centros de AP en los próximos 2 a 5 años, por perfil profesional⁹³

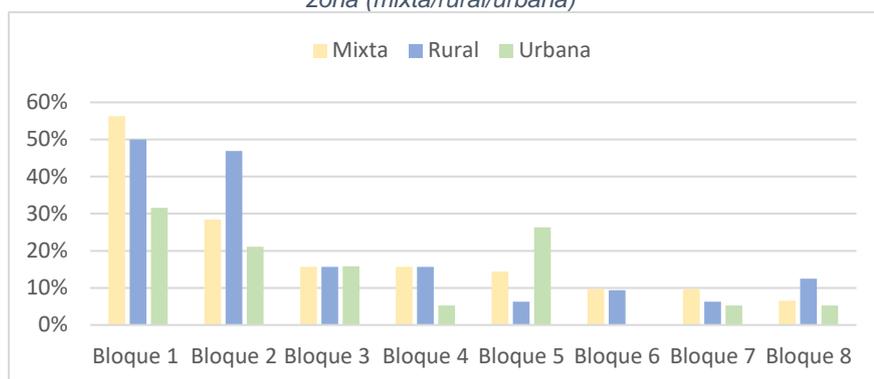


El análisis de las respuestas de los profesionales con competencias en gestión de AP por zona (mixta/rural/urbana), sí que muestra variabilidad en la opinión de los profesionales de las distintas zonas. Los profesionales de las zonas urbanas son los que identifican el reto de captación y retención de recursos humanos (Bloque 1) en menor porcentaje, un 32% frente al 50% y 56% de las zonas mixta y rural respectivamente.

Además, los profesionales con competencias de gestión en AP de las zonas rurales identifican en mayor proporción el Bloque 2 (gestión de los recursos disponibles garantizando accesibilidad y equidad) que los profesionales de las zonas mixta y urbana (un 47% frente al 28% y 21% respectivamente).

⁹³ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 56. Retos en Gestión y Organización de los centros de AP en los próximos 2 a 5 años, por zona (mixta/rural/urbana)⁹⁴



Se realizó la misma pregunta a los miembros de las Sociedades Profesionales con la finalidad de recoger su valoración. Los bloques de respuestas se repiten en gran media, sin embargo, se incluyeron bloques adicionales:

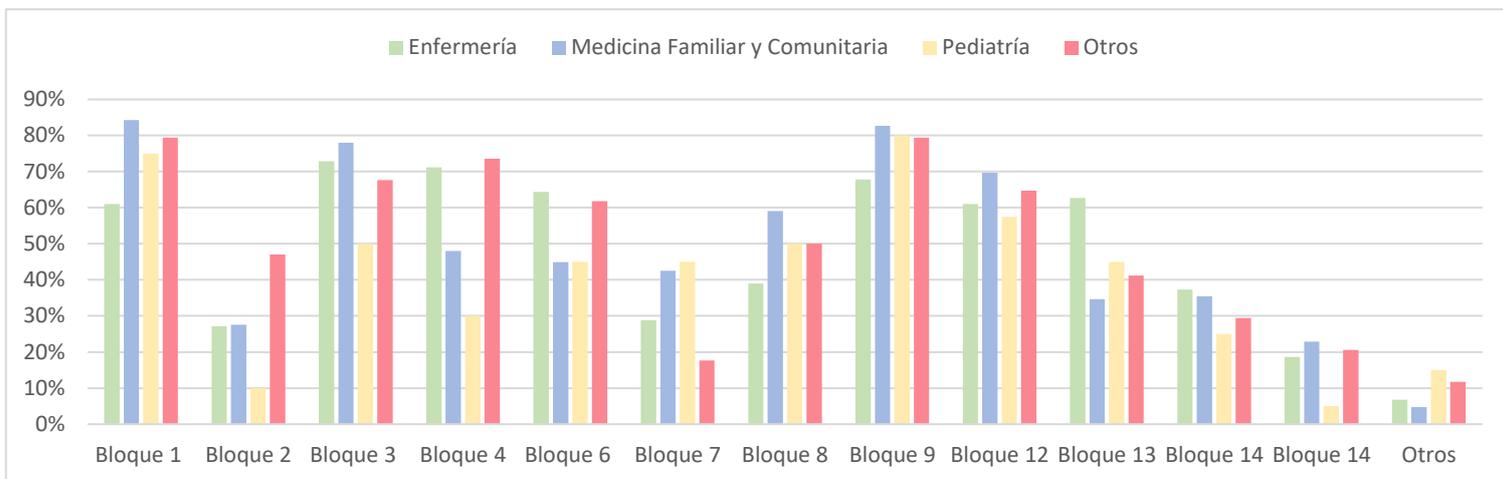
- Bloque 13. Promoción de la participación ciudadana, no sólo hacerles partícipes en las decisiones relacionadas con su propia salud, sino también en la gobernanza y organización de la Atención Primaria (54% de las respuestas)
- Bloque 14. Cambios en las necesidades de los pacientes. La toma de decisiones compartidas entre el profesional y el paciente, el empoderamiento del paciente y la información que éste recibe conllevan un cambio en sus necesidades (34% de las respuestas)
- Bloque 15. Población flotante. Cambios demográficos debido a épocas turísticas sobresaturan los servicios debido al aumento de la demanda (20% de las respuestas)
- Otros. Incluye aspectos relacionados con la gestión de las agendas, mejora de las ratios de profesionales para disminuir la carga laboral de los profesionales o la mejora del liderazgo y preparación de los gestores de AP.

Los miembros de las Sociedades Profesionales consideran a nivel global que el principal reto es dotar a la Atención Primaria de mayor capacidad resolutoria (Bloque 9), sin embargo, no es el principal reto para las profesionales de Enfermería. El 73% de los/as enfermeros/as considera como reto para los próximos 2 a 5 años el envejecimiento de la población (Bloque 3).

En contraste con los profesionales con competencias de gestión en AP, los miembros de las Sociedades Profesionales consideran en mayor porcentaje que la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria es un reto (el 66% de los encuestados de las Sociedades Profesionales).

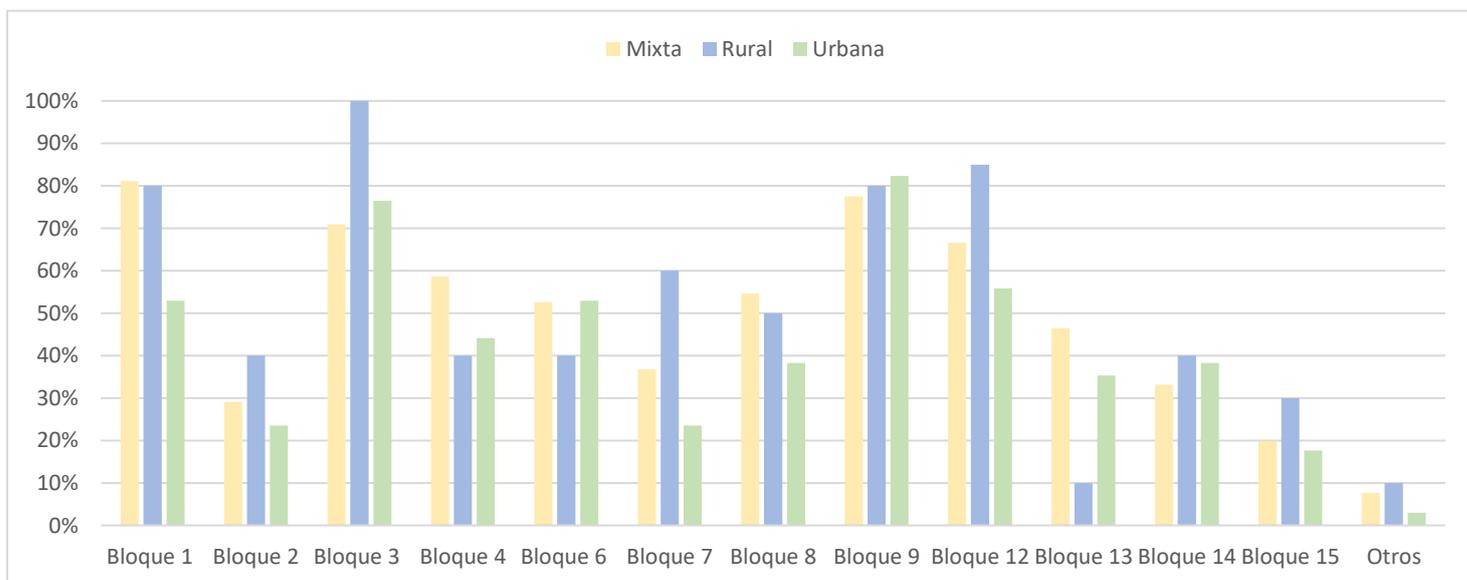
⁹⁴ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 57. Retos en Gestión y Organización de los centros de AP en los próximos 2 a 5 años identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por agrupación profesional⁹⁵



Si se analizan los resultados por zonas (mixta/rural/urbana), se observa que el 100% de los encuestados de zonas rurales considera el envejecimiento de la población (Bloque 3) reto en la Gestión y Organización para los próximos años.

Gráfico 58. Retos en Gestión y Organización de los centros de AP en los próximos 2 a 5 años identificados por los miembros de las Sociedades Profesionales, por zonas (mixta/rural/urbana)⁹⁶



Las Asociaciones de Pacientes han indicado como retos la coordinación entre ámbitos asistenciales (Bloque 12), la retención y captación de Recursos Humanos (Bloque 1), el envejecimiento de la población (Bloque 3) y el abordaje integral de la persona (Bloque 6)⁹⁷.

⁹⁵ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

⁹⁶ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

⁹⁷ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

4.4. Recursos Humanos

4.4.1. Síntesis y aspectos clave

Existe un problema estructural a nivel de Recursos Humanos, que necesita ser corregido para responder a los retos emergentes en salud. El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 aprobado en el Consejo Interterritorial, incluye como objetivo nº2 “Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad”. Este objetivo tiene 11 acciones relacionadas directamente con Recursos Humanos.

Tanto las comunidades autónomas como las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes consideran que es necesario dotar a la Atención Primaria de un mayor número de profesionales, y para ello han desarrollado planes e iniciativas centradas en mejorar las condiciones de los contratos e incentivar a los profesionales. El 75% de los profesionales encuestados con competencias de gestión en AP considera que existen obstáculos a la hora de contratar, captar y retener a profesionales de Atención Primaria. Algunos de los principales obstáculos mencionados han sido la falta de profesionales que quieran dedicarse a Atención Primaria y las condiciones laborales. En los próximos años se prevén un número elevado de jubilaciones y se considera necesario ampliar el número de plazas para formación de especialistas de Médicos Internos Residentes (MIR) para la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, así como fomentar el rol de la Enfermería Familiar y Comunitaria. Este es un reto que tanto las comunidades autónomas como las Sociedades Profesionales destacan.

Es de especial importancia la cobertura de plazas en zonas/puestos rurales y/o de difícil cobertura. De acuerdo con las entrevistas realizadas, estas áreas y puestos son poco atractivos para las nuevas incorporaciones y algunas comunidades autónomas están llevando a cabo políticas específicas en Recursos Humanos para estas zonas/puestos, como garantizar la incorporación de jóvenes profesionales en zonas rurales en procesos de selección de contratos fijos; flexibilizar horarios para facilitar la conciliación o proporcionar mayores incentivos económicos.

4.4.2. Resultados generales

De acuerdo con el artículo 43⁹⁸ de la Constitución Española: “1) Se reconoce el derecho a la protección de la salud; 2) Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto; 3) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

Entre esas medidas, se debe realizar la selección del personal encargado de cumplir con el derecho en condiciones de igualdad y con respeto a los principios de méritos

⁹⁸ [Artículo 43 de la Constitución Española](#)

reconocidos en el apartado 2 del artículo 23⁹⁹ y en el apartado 3 del artículo 103¹⁰⁰, de la Constitución Española, como condiciones para el acceso a la función pública.

De acuerdo con lo escrito en los artículos 149.1.16.^{a101} y 18.^a ¹⁰² de la Constitución, se atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las bases y coordinación general de la sanidad y las bases del régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del régimen estatuario de sus funcionarios. Las comunidades autónomas tienen las competencias para el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado sobre el régimen estatuario de los funcionarios. Además, de la legislación mencionada anteriormente se debe tener en cuenta Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatuario de los servicios de salud¹⁰³, que establece las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatuario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.

Lo referente a la selección y provisión de plazas de personal estatuario de los Servicios de Salud, se regula según la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas de personal estatuario de los Servicios de Salud¹⁰⁴. En el apartado 3 del artículo 1, asigna a las comunidades autónomas el desarrollo del contenido básico de la Ley, en el ámbito de sus competencias, aprobando las normas relativas a la selección y provisión de plazas del personal estatuario dependiente de su Servicio de Salud.

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 aprobado el 15 de diciembre de 2021 en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, incluye como objetivo nº2 “Incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad”. Este objetivo tiene 11 acciones relacionadas directamente con Recursos Humanos, que se presentan en la Figura 9I.

⁹⁹ [Artículo 23 de la Constitución Española](#)

¹⁰⁰ [Artículo 103 de la Constitución Española](#)

¹⁰¹ [Artículo 149 de la Constitución Española](#)

¹⁰² [Artículo 18 de la Constitución Española](#)

¹⁰³ [Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatuario de los servicios de salud](#)

¹⁰⁴ [Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas de personal estatuario de los Servicios de Salud](#)

Figura 9. Acciones relacionadas con Recursos Humanos del Plan de Acción Primaria y Comunitaria 2022-2023

RECURSOS HUMANOS	
2.1. Adaptación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre a lo dispuesto en el RD-Ley 14/2021, de 6 julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.	2.6. Promoción de la contratación en Atención Primaria como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de vacantes en Atención Primaria y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de las y los profesionales en su puesto.
2.2. Publicación de las ofertas de empleo público de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria que articulen los procesos de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 y resolverlas (incluido la incorporación al puesto de trabajo) antes del 31/12/2024 (art. 2 del RD-Ley 14/2021)	2.7. Impulso al concepto de carrera profesional en el ámbito de Atención Primaria basada en las habilidades, aptitudes, competencias profesionales y asociada a un cumplimiento de objetivos y recertificación de estos de forma periódica, dotándolo presupuestariamente.
2.3. Crear las vacantes necesarias y fomentar la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14/2021, con especial interés en las zonas de difícil cobertura.	2.8. Evaluación y adecuación de las necesidades de RRHH en Atención Primaria en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud.
2.4. Acuerdo en la Comisión de RRHH (CRHSNS) para mejorar la organización de la Atención Primaria y las condiciones laborales, incluyendo una mayor flexibilidad tanto en horarios como en organización y gestión de su actividad, para mejorar la motivación de las y los profesionales.	2.9. Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria teniendo en cuenta las nuevas necesidades consensuadas con las CCAA.
2.5. Consenso en la CRHSNS de los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos.	2.10. Revisión de programas formativos de la Formación Sanitaria Especializada de Atención Primaria de las distintas especialidades, adecuando los requisitos para la acreditación de las Unidades Docentes para favorecer el incremento de las plazas a ofertar.
	2.11. Establecimiento de incentivos para la función tutorial recogida en el RD 183/2008, de 8 de febrero, a través de acciones concretas trabajadas con las CCAA en la CRHSNS.

4.4.2.1. Política de Recursos Humanos

1. Planes de contratación, captación y retención de personal para AP

Algunas comunidades autónomas están trabajando en planes de contratación, captación y retención de personal para AP. Las iniciativas más aplicadas son las siguientes:

- Aumentar el número de plazas para medicina familiar y comunitaria, pediatría, enfermería familiar y comunitaria y enfermería pediátrica.
- Ofrecer contratos estables y con buenas condiciones.
- Incrementar la actividad docente de los profesionales de AP.
- Incluir incentivos económicos y sociales en los contratos de profesionales en medicina y enfermería familiar y comunitaria. Entre los incentivos sociales se encuentra mejorar la conciliación laboral y ofrecer planes de formación a los profesionales sanitarios.

Se detallan, en la Tabla 35, los planes y medidas que se están realizando o se van a implantar en las CC.AA. en el ámbito de la contratación, captación y retención de los profesionales:

Tabla 35. Planes y medidas para contratación, captación y retención que se realizan desde las CC.AA.¹⁰⁵

CC.AA	Planes y medidas para contratación, captación y retención de profesionales
Andalucía	“En el Plan de ordenación de Recursos Humanos del SAS - 2019 ¹⁰⁶ se incluyen medidas para favorecer la contratación, captación y retención. Las medidas definidas se aplican anualmente cuando se acerca la finalización de los residentes, y se aplican a los puestos que no se han cubierto y para los que no existen personas candidatas disponibles en la Bolsa Única del SAS”.
Aragón	“Para conseguir la fidelización de los profesionales apuestan por aplicar las siguientes medidas: <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el número de plazas en propiedad como funcionarios estatutarios. • Posibilidad de movilidad a corto plazo. Para esto, se realiza un concurso de traslado y un concurso de oposición cada dos años, de manera alterna. • En 2022 se van a crear 106 plazas de enfermería familiar comunitaria y de enfermería pediátrica”.

¹⁰⁵ Fuente: entrevistas a los RSWG

¹⁰⁶ [Plan de ordenación de Recursos Humanos del SAS - 2019](#)

CC.AA	Planes y medidas para contratación, captación y retención de profesionales
Asturias (Principado de)	<p>“No existe plan específico, pero hay una estrategia definida de captación de profesionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha llevado a cabo una campaña en redes sociales de captación de profesionales de medicina de familia y enfermería, exponiendo las ventajas de trabajar en Asturias y ofertando estabilidad de contratos. • Posibilidad de ofertar contrato estable de 3 años. • Ofertas Públicas de Empleo y concurso de traslados se convocan cada 6 meses”.
Islas Baleares	<p>“No hay un plan específico, pero se están llevando a cabo acciones puntuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicidad en congresos SEMFyC • Llamamientos a través de Colegios de Médicos y otras Sociedades Científicas • Ofertas específicas, desde las Gerencias, a los residentes que terminan”.
Canarias	<p>“No hay un plan específico, pero se está desarrollando, tanto para retención de talento como para captación de profesionales”.</p>
Cantabria	<p>“Se plantea la posibilidad de incrementar el número de plazas estructurales. Además, se cuenta con contratos de continuidad, contratos por un año renovables, que tienen características concretas, por ejemplo, comprometerse a realizar guardias de AP”.</p>
Castilla-La Mancha	<p>“No se cuenta con ningún plan específico de RRHH para AP, sin embargo, existen dos líneas estratégicas dentro del Marco Estratégico que aborda los RRHH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la docencia de los profesionales (se han creado 98 plazas MIR nuevas para AP). • Ofertar contratos estables y con buenas condiciones para los profesionales que acaban la formación (en el plan de retención del talento se incluye ofrecer a los profesionales de medicina y enfermería contratos de dos años)”.
Castilla y León	<p>“Se están elaborando programas de fidelización de residentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contratos de larga duración ligados a la realización de másteres financiados o proyectos de investigación. Estos programas dieron buenos resultados en 2018, se fidelizaron 28 residentes y otros 32 fueron contratados en las semanas siguientes mediante bolsa de empleo. <p>Para aumentar la captación de profesionales sanitarios se están realizando las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anualmente, se están convocando procesos selectivos con un elevado número de plazas para Médico de Familia y Comunitaria. • Para la captación de personal no sanitario, se está llevando a cabo el proyecto HADAS, para que las unidades administrativas adopten un nuevo papel que repercuta en un modelo de organización diferente. Se trata de canalizar la demanda en Atención Primaria, organización de la citación, homogeneización de las agendas y la protocolización de la tarea administrativa y formación del personal administrativo, y demás aspectos de reorganización de ese ámbito asistencial. Este proyecto ha generado la captación y contratación de un número importante de personal de la categoría de auxiliar administrativo”.
Cataluña	<p>“No hay un plan específico. Sin embargo, se está realizando un piloto con los residentes de primer año que tienen que escoger especialidad. El piloto consiste en dar una prima económica para los residentes que elijan medicina familiar y comunitaria”.</p>
Comunidad Valenciana	<p>“Se está elaborando un plan de fidelización en el que se incluyen las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofertar suficientes plazas para los residentes que acaban la especialidad. • Formar más enfermeras en AP con el objetivo de que se incorporen a los centros”.
Extremadura	<p>“Pese a no contar con un plan específico, se están llevando a cabo medidas como la oferta de plazas vacantes, de larga duración y contratos de refuerzo en los Equipos de Atención Primaria a los profesionales que finalizan la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. También se ha barajado la posibilidad de establecer desde el inicio del periodo de residencia, programas dentro de los establecidos, con facilidad de orientación a la preferencia del profesional en formación, para conseguir su fidelización posteriormente.”</p>
Galicia	<p>“No hay un plan concreto, pero se están implantando diferentes iniciativas para captar personal para AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contratación de técnicos de salud para reforzar la Atención Primaria. Estos profesionales realizarán labores de apoyo ayudando en la gestión de la sobredemanda. Se les asignará tareas como, por ejemplo, la tramitación de bajas, elaboración de informes, renovación de recetas para pacientes crónicos.

CC.AA	Planes y medidas para contratación, captación y retención de profesionales
	<ul style="list-style-type: none">• Convocatoria de oferta pública de empleo mediante concurso de méritos o la convocatoria de plazas específicas de enfermería familiar y comunitaria y enfermería pediátrica. <p>Las convocatorias de oferta pública de empleo se han hecho sin examen, sólo por méritos, pero las plazas que se cubren por esta vía son plazas en las que se integra la consulta ordinaria con las urgencias”.</p>
Madrid (Comunidad de)	“No hay ningún plan específico. Pero se han están llevando a cabo algunas medidas: <ul style="list-style-type: none">• Ofertar a los residentes que están terminando plazas vacantes, suplencias de larga duración y contratos de refuerzo de AP”.
Murcia (Región de)	“Se está elaborando una propuesta de iniciativas entre las que se encuentran: <ul style="list-style-type: none">• Ofrecer un complemento económico.• Promoción por puntos para las bolsas de trabajo como método de captación para cubrir los puestos de difícil cobertura”.
Navarra (Comunidad Foral de)	<ul style="list-style-type: none">• “No hay plan específico, pero se están realizando contratos atractivos a los residentes que acaban (contratos de hasta 3 años)”.
País Vasco	“Dentro del documento “Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi” ¹⁰⁷ , en la línea estratégica 5: “Evitar el gap asistencial en el relevo generacional en medicina de familia” se recogen 6 medidas ya aplicadas: <ul style="list-style-type: none">• Sistemática en la planificación de la formación MIR en Medicina Familiar y Comunitaria• Consideración como docentes al conjunto de plazas médicas y de enfermería de los centros de salud acreditados para la docencia.• Consolidar para AP un modelo de refuerzo asistencial eficaz y sostenible.• Favorecer el despliegue progresivo de jornadas de trabajo que permitan alternar turnos de mañana y tarde.• Optimización de perfiles profesionales.• Oferta pública de empleo extraordinaria y específica en Medicina de Familia”.
La Rioja	“En el Plan Estratégico de Atención Primaria y Atención Hospitalaria de La Rioja ¹⁰⁸ , se ha incluido un Plan de Contratación específico con el que no se contaba anteriormente. Con el objetivo de fomentar la fidelización, se están llevando a cabo las siguientes medidas: <ul style="list-style-type: none">• Ofrecer contratos de larga duración, 24 meses para profesionales de medicina y 13 para profesionales de enfermería.• Se establecen ofertas públicas de empleo anuales”.
Ceuta y Melilla	“Se está trabajando en recoger nuevas acciones para fomentar la captación y retención de profesionales, una de las nuevas acciones es: <ul style="list-style-type: none">• Aumento de la retribución en las guardias”.

Según las comunidades autónomas, existen obstáculos para conseguir llevar a cabo una captación, contratación y retención exitosas:

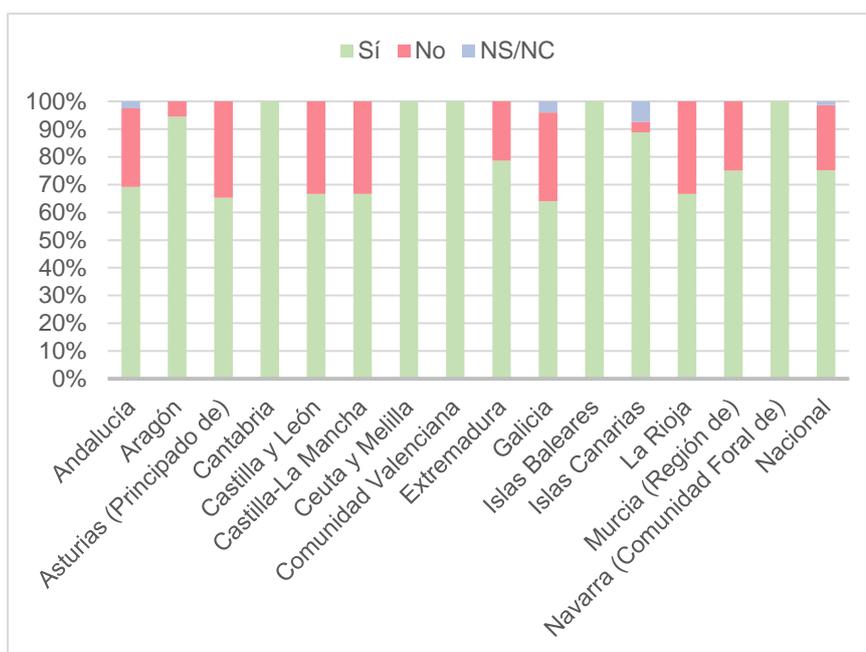
- Cubrir las zonas rurales y/o los puestos de difícil cobertura.
- Tener recursos suficientes en poblaciones muy dispersas.
- Captación de profesionales con contratos estacionales.
- Competitividad con los Servicios de Sanidad de otras CC.AA. y Centros privados.
- Jubilación de un elevado número de profesionales próximamente.
- Los residentes que finalizan tienden a preferir trabajar en un servicio de urgencias en vez de en consulta ordinaria de AP.
- Competencia salarial con otras CC.AA.

¹⁰⁷ [Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi](#)

¹⁰⁸ [Plan Estratégico de Atención Primaria y Atención Hospitalaria de La Rioja](#)

Además de los obstáculos señalados durante las entrevistas con los RSWG, tras el análisis de los resultados de la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP, se puede observar en el Gráfico 59 que el 75% de los profesionales encuestados opinan que sí que existen obstáculos a la hora de contratar, captar y retener a profesionales de AP.

Gráfico 59. Existencia de obstáculos en la contratación, captación y retención de profesionales de AP, por CC.AA.¹⁰⁹

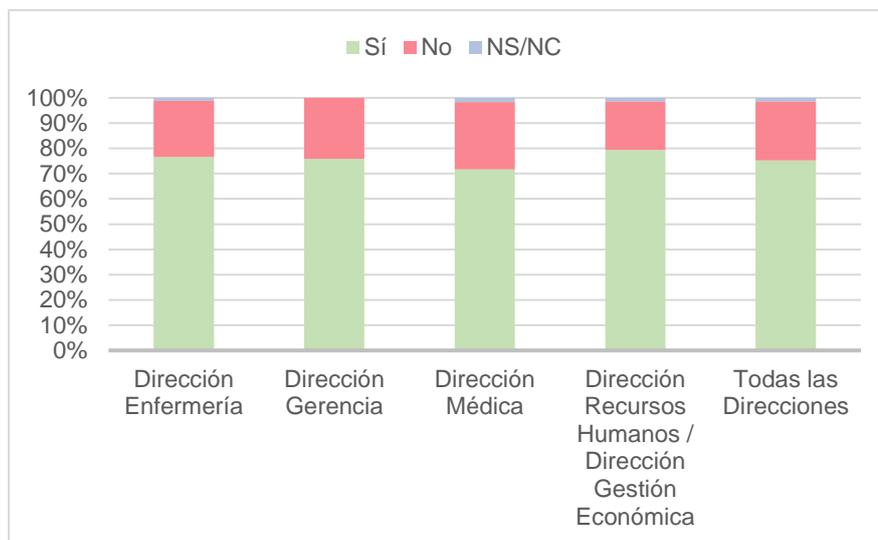


Se observa que en 5 CC.AA., el 100% de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados opinan que existen obstáculos para la contratación, captación y retención de profesionales de AP.

Si se tiene en cuenta el tipo de perfil de los encuestados, todos los perfiles muestran una opinión muy similar: el 75% del total de los encuestados opina que sí que existen obstáculos para la contratación, captación y retención de profesionales de Atención Primaria.

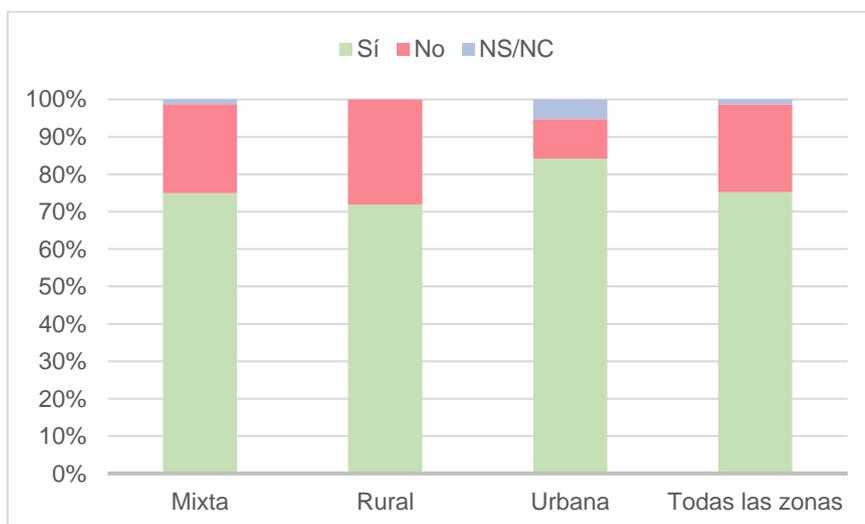
¹⁰⁹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 60. Existencia de obstáculos en la contratación, captación y retención de profesionales de AP, por perfiles profesionales¹¹⁰



Respecto a la zona de trabajo de los profesionales encuestados (rural, urbana o mixta), el 72% de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados que trabajan en las zonas rurales opinan que hay obstáculos para la contratación, captación y retención frente a un 84% de los que trabajan en zonas urbanas.

Gráfico 61. Opinión de los profesionales de AP sobre la existencia de obstáculos en la contratación, captación y retención, por zonas (rural/urbana/mixta)¹¹¹



En la encuesta *online I* a aquellos profesionales que opinaron que sí que existen obstáculos, se les solicitó que los especificaran mediante texto libre. Según sus respuestas se ha hecho una clasificación temática por bloques y los resultados se han agrupado de la siguiente manera:

- Bloque 1. Falta de profesionales que quieran dedicarse a AP. De acuerdo con los profesionales entrevistados, actualmente existe una falta de profesionales

¹¹⁰ Fuente: Encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP

¹¹¹ Fuente: Encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP



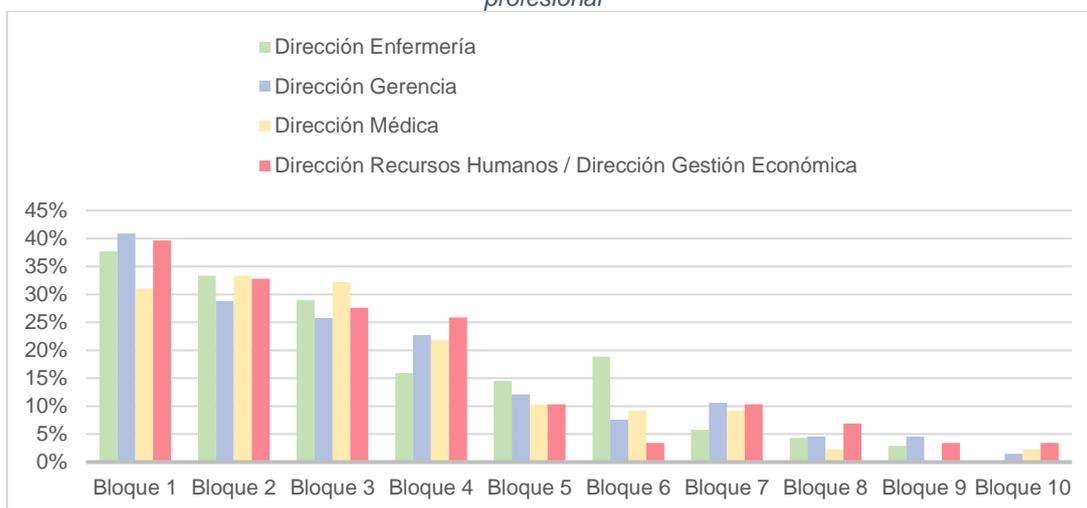
sanitarios muy evidente; en AP la situación es especialmente sensible ya que las especialidades de medicina de familia y comunitaria o pediatría no son preferidas respecto a las demás. (37% de las respuestas)

- Bloque 2. Condiciones laborales poco atractivas. La medicina de familia y comunitaria es una de las especialidades con peores condiciones laborales (salario bajo, dificultad para la conciliación familiar, muchas diferencias de carga asistencial, contratos precarios y temporales). (32% de las respuestas)
- Bloque 3. Modelos de contratación muy rígidos y poco eficientes: La normativa sobre la contratación de profesional sanitario es muy rígida y no permite responder a las necesidades de personal actual. Además, existen procesos burocráticos largos y complicados para la homologación de títulos de profesionales extracomunitarios. (29% de las respuestas)
- Bloque 4. Falta de incentivos para zonas/puestos de difícil cobertura y rurales: no se ofrecen suficientes incentivos a los médicos/as y enfermeros/as de familia y comunitaria para que elijan zonas/puestos rurales y/o de difícil cobertura. (21% de las respuestas)
- Bloque 5. Competitividad entre CC.AA.: según la comunidad autónoma las condiciones laborales de los profesionales sanitarios de AP son diferentes. (12% de las respuestas)
- Bloque 6. No hay buenas políticas de retención: no se realizan labores para fomentar una cultura de pertenencia lo que dificulta la fidelización de los estudiantes durante la residencia. Algunas CC.AA. señalan que no se llevan a cabo políticas que permitan a los profesionales seguir formándose o realizando actividades de interés para ellos como la investigación. (10% de las respuestas)
- Bloque 7. Factores sociales o geográficos: algunos de estos obstáculos son geográficos o sociales; es decir, aspectos relacionados con la insularidad, la carga asistencial en temporada turística, zonas con dificultad para encontrar vivienda y zonas de difícil acceso o lejanía de los núcleos urbanos. (9% de las respuestas)
- Bloque 8. Falta de presupuesto: uno de los obstáculos para la contratación, retención y captación de personal para AP es la falta de inversión y presupuesto en materia de RRHH para Atención Primaria. (4% de las respuestas)
- Bloque 9. Competitividad con atención hospitalaria: Los/as médicos/as residentes prefieren las urgencias hospitalarias frente a la atención primaria. Además, indican que las condiciones laborales de las especialidades hospitalarias son mejores que las de la medicina familiar y comunitaria. (3% de las respuestas)
- Bloque 10. No se premia a los profesionales más capacitados. Existen políticas donde no se premia la meritocracia o el buen hacer de los profesionales de AP, sino que se premia la antigüedad. (2% de las respuestas).

A continuación, se detallan los resultados según el perfil del encuestado.

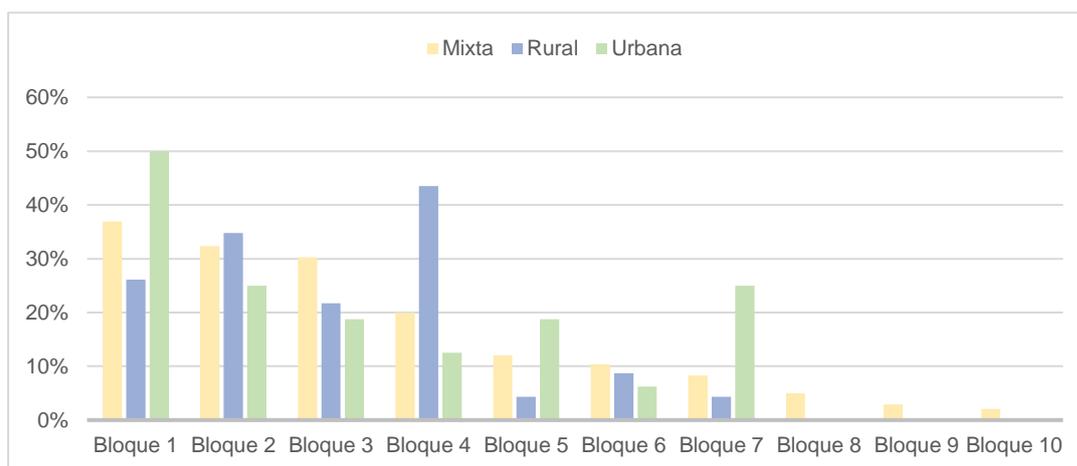
Analizando las respuestas según el perfil profesional se puede observar que el obstáculo bloque 1- falta de profesionales que quieran dedicarse a AP- es el más mencionado por todos.

Gráfico 62. Obstáculos en la contratación, captación y retención de profesionales de AP, por perfil profesional¹¹²



Por último, haciendo el análisis según la tipología de zonas en las que trabajan los profesionales con competencias de gestión en AP que han respondido se observa que el 50% del personal que trabaja en zonas urbanas considera que el principal obstáculo es el bloque 1 – falta de profesionales. Sin embargo, el 43 % de los profesionales que trabaja en zonas rurales opina que el principal obstáculo es el bloque 4 - falta de incentivos para zonas/puestos de difícil cobertura y/o rurales (Gráfico 63).

Gráfico 63. Obstáculos en la contratación, captación y retención de profesionales de AP considerados por los profesionales, por zona (rural/urbana/mixta)¹¹³



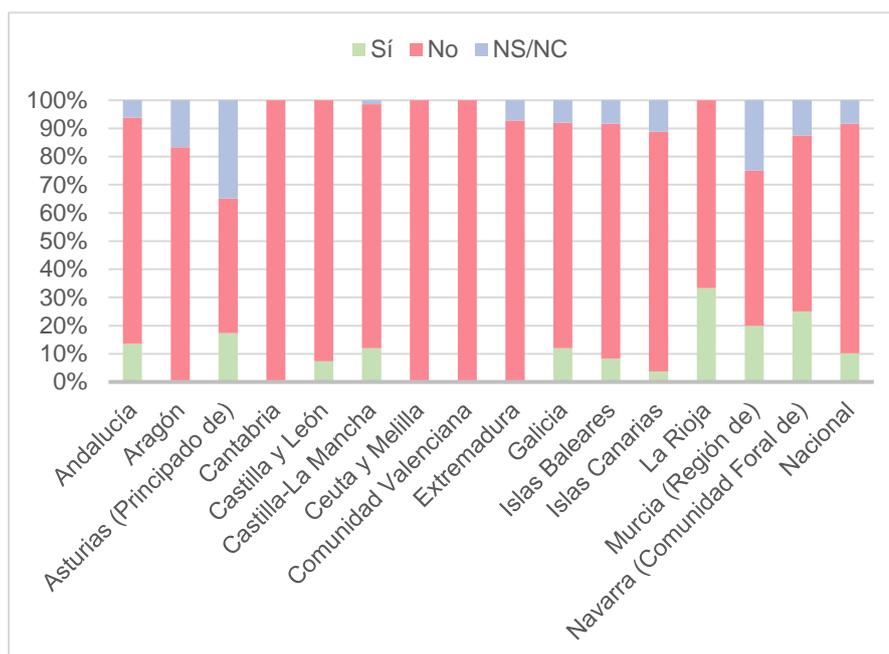
La mayoría de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados (81%) considera que no se están aplicando suficientes medidas para paliar la

¹¹² Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

¹¹³ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

escasez de recursos humanos en Atención Primaria. En concreto, el 100% de los profesionales de AP de 3 comunidades autónomas considera que no se están llevando a cabo medidas que permitan subsanar la falta de profesionales en Atención Primaria. A continuación, se detallan los resultados sobre la opinión de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados (encuesta *online* I) sobre si consideran que se aplican medidas suficientes para corregir el problema de la falta de personal.

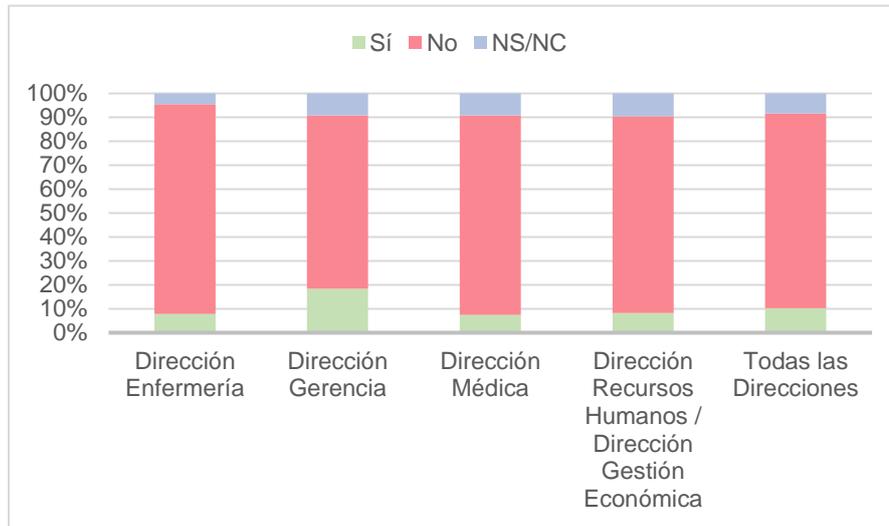
Gráfico 64. Opinión de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre si creen que son suficientes las medidas que se están llevando a cabo para paliar la escasez de recursos humanos en AP, por CC.AA.¹¹⁴



Si se tiene en cuenta el tipo de perfil de los encuestados (encuesta *online* I), todos los perfiles muestran una opinión muy similar: la mayoría (entre el 72% y el 88%, según el perfil) indica que no se están tomando suficientes medidas para paliar la falta de profesionales.

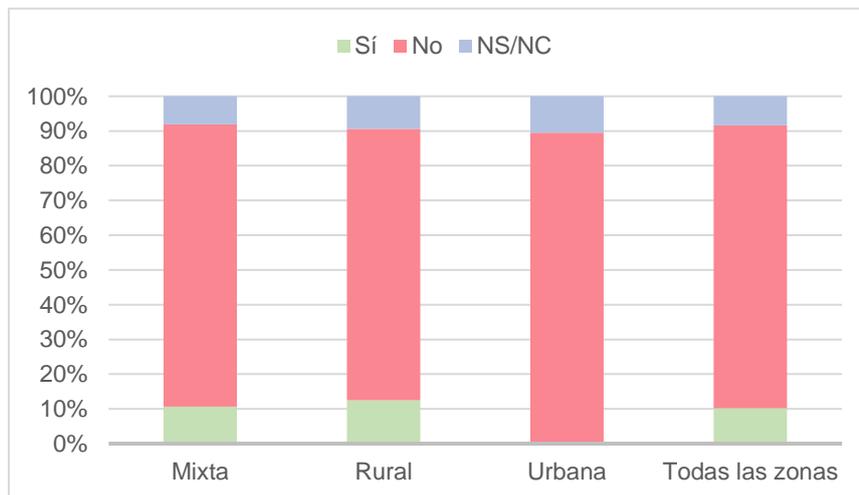
¹¹⁴ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 65. Opinión de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre si creen que son suficientes las medidas que se están llevando a cabo para paliar la escasez de recursos humanos en AP, por perfil profesional¹¹⁵



Analizando los resultados por zona de trabajo de los profesionales con competencias de gestión en AP (mixta, rural o urbana), cabe destacar que no hay respuestas positivas entre los profesionales que trabajan en zonas urbanas (el 89% considera que las medidas no son suficientes y el 11% NS/NC). En el Gráfico 66 se muestra el detalle sobre la opinión de los profesionales por zona.

Gráfico 66. Opinión de los profesionales con competencias de gestión en AP sobre si creen que son suficientes las medidas que se están llevando a cabo para paliar la escasez de recursos humanos en AP, por zona (rural/urbana/mixta)¹¹⁶



¹¹⁵ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

¹¹⁶ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

2. Políticas y planes para zonas/puestos de difícil cobertura

Una de las mayores preocupaciones y retos a los que se enfrentan las CC.AA. es la falta de profesionales sanitarios en medicina y enfermería de familia y comunitaria y pediatría. Este problema se agrava en las zonas/puestos de difícil cobertura.

Para tratar de resolver este problema, algunas CC.AA. están trabajando en políticas que permitan cubrir las zonas/puestos de difícil cobertura. Las medidas más implantadas por las CC.AA. son las siguientes:

- Bonificación para el desarrollo profesional.
- Incentivos económicos y laborales.

En la Tabla 36 se detallan las medidas de las CC.AA. para tratar de paliar la falta de profesionales en los puestos de difícil cobertura¹¹⁷.

Tabla 36. Políticas aplicadas en las CC.AA. para las zonas/puestos de difícil cobertura ¹¹⁸

CC.AA.	Medidas y acciones para los puestos de difícil cobertura
Andalucía	<p><i>“En el Plan de ordenación de recursos humanos actualizado en 2019, se incluyen las siguientes medidas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Posibilidad de solicitar otra interinidad en el plazo de 2 años.</i> • <i>Se modifica el baremo, asignando puntuación adicional.</i> • <i>Garantizar la incorporación de jóvenes profesionales en zonas rurales en procesos de selección fijo.</i> • <i>Favorecer la incorporación inmediata de jóvenes profesionales que finalicen su formación especializada a los procesos de selección temporal”.</i>
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Existe el concurso de traslado y oposición cada 2 años.</i> • <i>Incentivos en el medio rural para favorecer el acceso y la permanencia a las plazas de difícil cobertura”.</i>
Asturias (Principado de)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Incentivos económicos”</i>
Islas Baleares	No se están llevando a cabo medidas concretas
Canarias	No se están llevando a cabo medidas concretas
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“En el área 3 del Servicio Cántabro de Salud (SCS) cuentan con un listado específico de contratación.</i> • <i>Pagar dos horas más del turno a los médicos.</i> • <i>Ofrecer realizar horas de absorción de demanda, es decir, dedicar horas que se van a retribuir a parte para atender pacientes de otros profesionales ausentes.</i> • <i>Contratos de continuidad para enfermería”.</i>
Castilla-La Mancha	No se están llevando a cabo medidas concretas.
Castilla y León	No se están llevando a cabo medidas concretas.
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“No existe ninguna política específica de Recursos Humanos para las zonas/puestos de difícil cobertura, pero sí se llevan a cabo medidas no formales. Por ejemplo, si hay una diputación que puede ofrecer una vivienda más barata para atraer a profesionales, se lleva a cabo de manera más informal, pero no es un plan específico”.</i>
Comunidad Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Incentivos económicos y laborales como, traslados, optar a oposición o pasar de grado en la carrera profesional”</i>
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Otorgar más puntos en los baremos para la bolsa de empleo”.</i>
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Otorgar una puntuación adicional a los médicos que trabajan en estas zonas/puestos que cuenten en los procesos selectivos y en la carrera profesional”.</i>

¹¹⁷ Puestos de difícil cobertura: puestos que por sus especiales características demográficas y geográficas o por cuestiones derivadas de la estacionalidad, precisarán de una estrategia diferenciada y establecer incentivos económicos y no económicos para la contratación de profesionales en estos puestos.

¹¹⁸ Fuente: entrevistas a los RSWG

CC.AA.	Medidas y acciones para los puestos de difícil cobertura
Madrid (Comunidad de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Promover la elección de plazas en zonas/puestos rurales y de difícil cobertura ofreciendo incentivos, tanto económicos como no económicos”.
Murcia (Región de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Gratificación del desarrollo profesional. • Incremento económico”.
Navarra (Comunidad Foral de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Fomentar la conciliación de personal mediante la flexibilización de horarios”.
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> • “Sí, actualmente se está trabajando en ello. Esta política incluye gratificación del desarrollo profesional y el incremento económico en la contratación. Aún está pendiente de aprobación y se espera que pueda salir en el mes de abril”
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> • “Actualmente no hay medidas concretas, se está trabajando sobre ello. Se ha realizado un estudio cuyo fin es conocer los puestos de difícil cobertura de la comunidad autónoma”.
Ceuta y Melilla	No se están llevando a cabo medidas concretas.

3. Instrumentos para la contratación

A continuación, se presentan, en la Tabla 37, los instrumentos para la contratación de personal en cada CC.AA.

Tabla 37. Instrumentos para la contratación ¹¹⁹

CC.AA.	Instrumentos para la contratación
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> • “Concurso de traslados y concurso oposición como sistemas de provisión y selección de plazas básicas en los centros sanitarios del SAS. • Además, con carácter excepcional, existe la posibilidad de cubrir determinadas plazas mediante concurso”.
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsa de empleo estable con baremación de méritos. • En AP se permite la inscripción por sector sanitario”.
Asturias (Principado de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Pacto de contratación temporal y puntuación negociado con las organizaciones sindicales”.
Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsa de empleo”.
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> • “Listas de contratación y Ofertas de Empleo Público”
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsa de empleo. • Concurso de traslados. • Se está trabajando en diferenciar grupos profesionales específicos para AP”.
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsa regional de contratación que se rige según las normas de las diferentes categorías profesionales”.
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsa de empleo. • Programas específicos como es el programa HADAS”.
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> • “Gestión Pública (Instituto Catalán de la Salud): puestos de interinos, bolsas de trabajo, propietarios de plaza. En ocasiones, posibilidad de contrataciones eventuales • Gestión privada: contratos laborales, mediante entrevista y contratación”.
Comunidad Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsas de empleo”.
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsa pública de empleo tanto para personal sanitario como no sanitario”.
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> • “Oferta pública de empleo. • Listados de contratación para todas las categorías profesionales y la definición de los contratos de continuidad. • Se están haciendo contratos de un año, pero sin un puesto fijo. Rotan por los centros de AP en los que se necesita cubrir alguna plaza, pero con un contrato estable”.
Madrid (Comunidad de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Procesos de contratación temporal ágiles. • Se permite a los médicos de familia trabajar en plazas de pediatría. • Bolsas de empleo para el personal no sanitario”.
Murcia (Región de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsas de empleo y ofertas de empleo público”.

¹¹⁹ Fuente: entrevistas a los RSWG

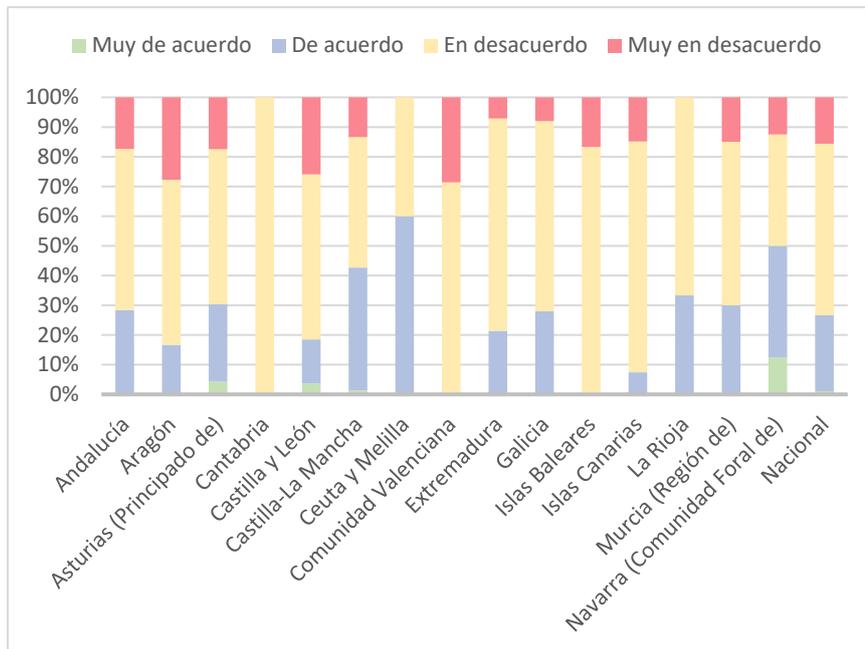
Navarra (Comunidad Foral de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Concurso oposición para el personal sanitario. • El personal no sanitario depende de la Administración central de Navarra y no del Servicio de Salud”.
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsa de empleo temporal. • Ofertas públicas de empleo. • Se está trabajando en un sistema para la bolsa de empleo más ágil, con inclusión de méritos y baremos”.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsa de empleo. • Contratos eventuales, estables y flexibles que garantizan la estabilidad del trabajo, pero sin una ubicación fija”.
Ceuta y Melilla	<ul style="list-style-type: none"> • “Bolsa de empleo centralizada en el área sanitaria de INGESA para personal sanitario y no sanitario”.

En la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP se les ha preguntado sobre el grado de acuerdo con los instrumentos de contratación tanto de personal sanitario como de personal no sanitario.

a) Instrumentos para la contratación de personal sanitario

En el Gráfico 67 se muestra el grado de acuerdo o desacuerdo de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados con la siguiente afirmación: “los instrumentos en relación con la contratación del personal sanitario en Atención Primaria son adecuados para cubrir las plazas de AP en su CC.AA.”. El 74% de los profesionales encuestados se muestran “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con dicha afirmación. Destaca una CC.AA. en la que la mayoría (el 60%) de los profesionales encuestados opina que los instrumentos de la contratación del personal sanitario sí que son adecuados.

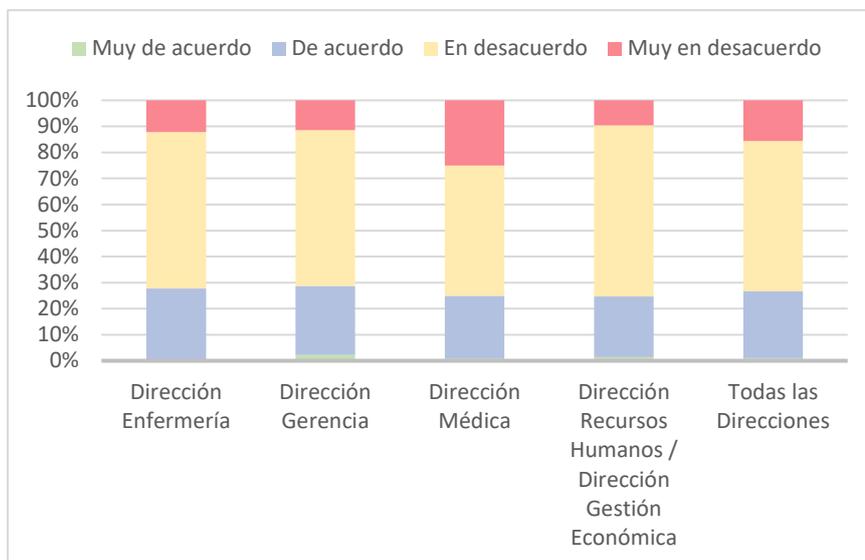
Gráfico 67. Los instrumentos en relación con la contratación del personal sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por CC.AA. ¹²⁰



El análisis de los resultados de dicha afirmación por perfil profesional (Gráfico 68) muestra que no existen grandes discrepancias entre los diferentes perfiles: entre el 73% y el 76% de los profesionales encuestados, independientemente del perfil profesional, muestran estar “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la afirmación.

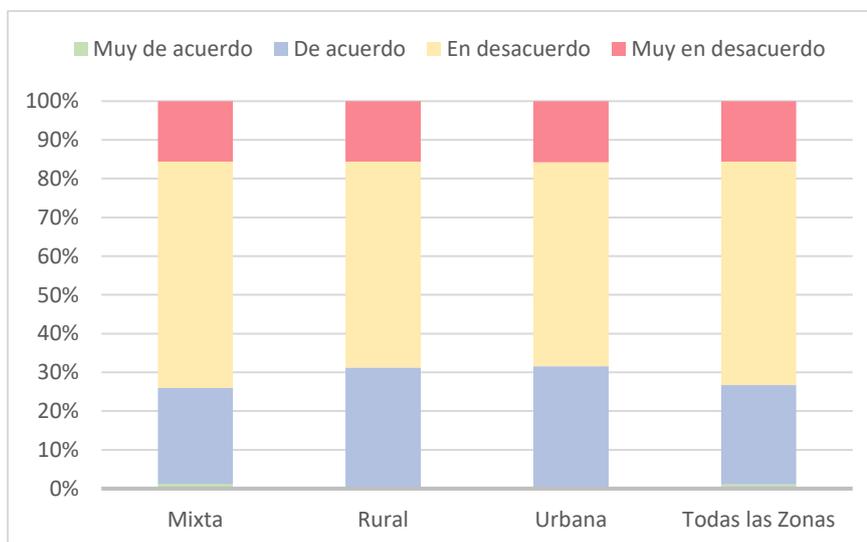
¹²⁰ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 68. Los instrumentos en relación con la contratación del personal sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por perfil profesional¹²¹



El análisis por zonas (Gráfico 69) muestra respuestas similares independientemente de la zona (mixta/rural/urbana): el 69% de los profesionales están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la afirmación.

Gráfico 69. Los instrumentos en relación con la contratación del personal sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)¹²²



b) Instrumentos para la contratación de personal no sanitario.

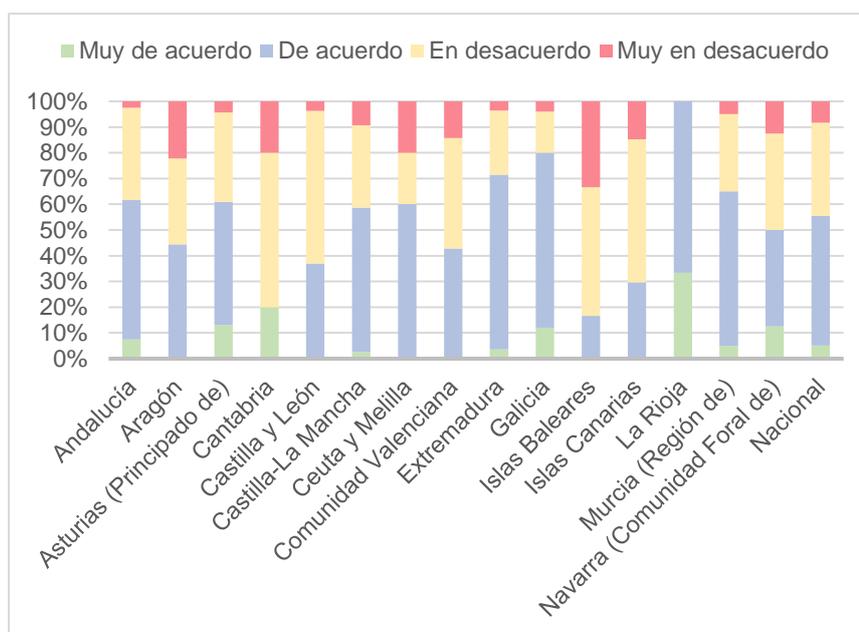
En el Gráfico 70, se puede ver que el 44% de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados está “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la

¹²¹ Fuente: encuesta *online* | a profesionales con competencias de gestión en AP

¹²² Fuente: encuesta *online* | a profesionales con competencias de gestión en AP

afirmación: “los instrumentos en relación con la contratación del personal no sanitario en Atención Primaria son adecuados para cubrir las plazas de AP en su CC.AA.”. Hay 7 CC.AA. en la que más de la mitad de los profesionales consideran que los instrumentos para la contratación de personal no sanitario no son adecuados para cubrir las plazas de AP de su comunidad autónoma.

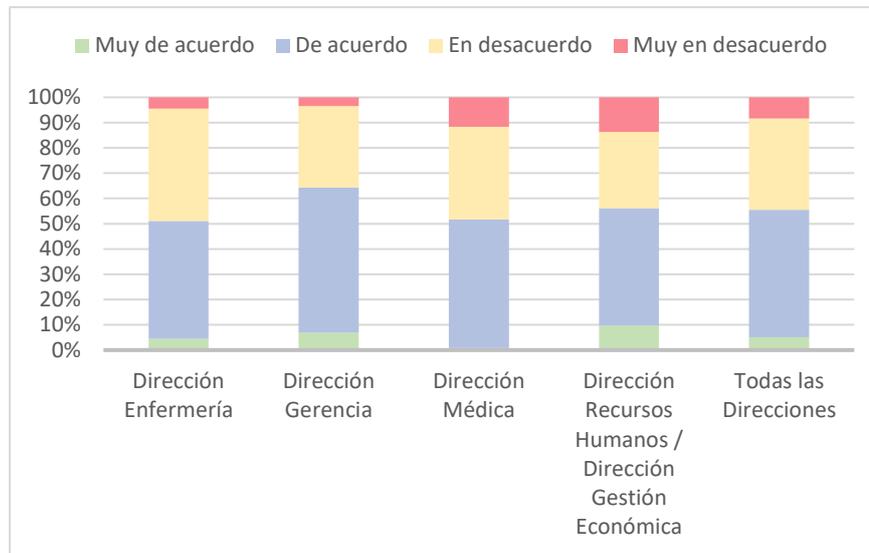
Gráfico 70. Los instrumentos en relación con la contratación del personal no sanitario en Atención Primaria son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por CC.AA.¹²³



Analizando el grado de acuerdo con esta afirmación, según los perfiles de los profesionales con competencias de gestión en AP (Gráfico 71) se observa que no existen grandes discrepancias entre los diferentes perfiles. El 45% de los perfiles opina que los instrumentos para la contratación de personal no sanitario en AP no son adecuados.

¹²³ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

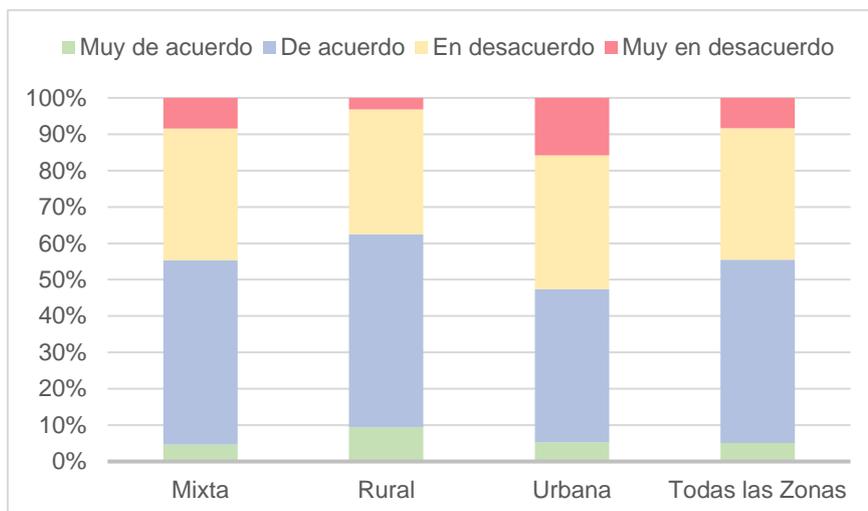
Gráfico 71. Los instrumentos en relación con la contratación del personal no sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por perfil profesional¹²⁴



Por otro lado, en el análisis por zonas (Gráfico 72) en las que trabajan los profesionales encuestados se puede observar que un 53% de los que prestan servicios en zonas urbanas están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la afirmación: “los instrumentos en relación con la contratación del personal sanitario en Atención Primaria son adecuados para cubrir las plazas de AP”, frente al 37% que opina igual en las zonas rurales.

¹²⁴ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 72. Los instrumentos en relación con la contratación del personal no sanitario en AP son adecuados para cubrir las plazas de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)¹²⁵



4.4.2.2. Composición de los equipos de Atención Primaria

La definición y composición de los equipos de Atención Primaria (EAP) está definida en el RD 137/1984¹²⁶: “los Equipos de Atención Primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un Coordinador Médico. Su ámbito territorial de actuación es la Zona de Salud. Componen o compondrán el Equipo de Atención Primaria:

- Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la zona.
- Los funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la zona.
- Los Farmacéuticos titulares radicados en la zona colaborarán con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.
- Los Veterinarios titulares radicados en la zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.
- Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.
- El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro”.

El Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP¹²⁷) diferencia, en su base de datos, entre:

¹²⁵ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

¹²⁶ [RD 137/1984 sobre estructuras básicas de salud](#)

¹²⁷ [SIAP: Definiciones. \(sanidad.gob.es\)](#)

- Profesionales de los Equipos de Atención Primaria (Medicina de Familia y Comunitaria; Pediatría, Enfermería; Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Administrativo)
- Otro personal sanitario de Atención Primaria (Fisioterapia, Higienista dental, Odontología/estomatología, Psicología Clínica, Técnico de radiodiagnóstico, Logopedia, Terapeuta ocupacional)

Excluye los profesionales de refuerzo, los exclusivos de urgencias, personal de otras unidades de apoyo y personal directivo.

La Tabla 38 muestra el número de Profesionales de los Equipos de Atención Primaria en las CC.AA. por perfil profesional y las ratios, así como las medias nacionales y la dispersión de los valores respecto a la media (desviación estándar).

En España hay 88.923 profesionales en los EAP de acuerdo con el SIAP¹²⁸. De éstos, el 41% son profesionales de enfermería; 34% médicos de familia; 7% pediatras y 18% auxiliares administrativos.

Las ratios de profesional establecen la media de población asignada a cada profesional¹²⁹. En España, para médicos de familia, la ratio es de 1.361 habitantes. Esta cifra es dispar entre los diferentes territorios, siendo de 1.769 la mayor ratio en médicos de familia y de 909 la menor ratio. Respecto a enfermeras, la ratio media a nivel nacional es de 1.515 habitantes; la mayor ratio registrada es de 1.988 y la menor de 1.094.

La Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria¹³⁰, en la Acción B.2.6 del objetivo B.2 – Mejorar la estabilidad en el empleo y las condiciones laborales, “en el horizonte temporal de 2022 se establecerá el cupo máximo en 1.500 personas asignadas de edad adulta y de 1.000 personas en edad pediátrica, con un margen máximo del 10%, dejando a criterio del titular del cupo la posibilidad de superar el margen máximo a dicho límite”.

Tabla 38. Número y ratios de los Profesionales de los Equipos de AP en 2020 ¹³¹

CC.AA.	Auxiliar Administrativo		Auxiliar de Enfermería		Enfermería		Matronas ¹³²	Medicina de familia		Pediatría		TOTAL Total, N.º 2020
	N.º	Ratios	N.º	Ratios	N.º	Ratios	N.º	N.º	Ratios	N.º	Ratios	
Andalucía	2.573	3.214	1.235	6.695	4.947	1.672	260	5.052	1.416	1.165	956	14.972
Aragón	390	3.370	75	17.522	11.010	1.301	67	973	1.167	184	972	2.632
Asturias (Principado de)	250	4.008	60	16.701	687	1.459	36	639	1.419	105	908	1.741
Islas Baleares	349	3.305	113	10.206	663	1.740	67	556	1.769	143	1.187	1.824
Canarias	1.531	1.343	536	3.837	1.307	1.574	123	1.234	1.453	313	843	4.921
Cantabria	170	3.328	34	16.641	363	1.559	30	366	1.337	84	911	1.017
Castilla Y León	644	3.586	156	14.805	2.026	1.140	164	2.305	909	253	847	5.384
Castilla-La Mancha	618	3.140	69	28.125	1.476	1.315	79	1.359	1.248	240	1.021	3.762
Cataluña	3.896	1.976	775	9.932	5.767	1.335	178	4.931	1.332	995	1.136	16.364

¹²⁸ Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Consulta Interactiva SNS. Fecha de acceso: enero de 2022

¹²⁹ Fórmula a/b (a= población asignada en cada caso y b= número absoluto de profesionales).

¹³⁰ [Resolución de 26 de abril de 2019](#)

¹³¹ Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Consulta Interactiva SNS. Fecha de acceso: enero de 2022

¹³² Debido a la variabilidad organizativa existente no es posible obtener información de ratios de matronas al no emplearse un referente común entre todas las comunidades autónomas.

CC.AA.	Auxiliar Administrativo		Auxiliar de Enfermería		Enfermería		Matronas ¹³²	Medicina de familia		Pediatría		TOTAL
	N.º	Ratios	N.º	Ratios	N.º	Ratios	N.º	N.º	Ratios	N.º	Ratios	Total, N.º 2020
Comunidad Valenciana	1.721	2.802	848	5.688	3.009	1.603	324	2.931	1.418	865	772	9.374
Extremadura	300	3.411	78	13.119	908	1.127	69	817	1.117	127	873	2.230
Galicia	962	2.741	208	12.676	1.853	1.423	162	1.894	1.242	293	967	5.210
La Rioja	61	5.131	36	8.694	286	1.094	14	211	1.294	43	931	637
Madrid (Comunidad de)	1.987	3.363	475	14.068	3.362	1.988	210	3.682	1.538	945	1.079	10.451
Murcia (Región de)	504	2.936	135	10.963	854	1.733	72	865	1.451	251	895	2.609
Navarra (Comunidad Foral de)	288	2.243	-	-	521	1.240	0	409	1.337	107	926	1.325
País Vasco	731	3.095	127	17.814	1.568	1.443	124	1.493	1.317	335	884	4.254
Ceuta y Melilla	33	4.545	7	21.427	82	1.829	7	70	1.728	24	1.209	216
Total nacional	17.008	3.197	4.967	13.465	30.689	1.515	1.986	29.787	1.361	6.472	962	88.923
Media nacional	945	3.197	276	13.465	1.705	1.515	110	1.655	1.361	360	962	4.940
Desviación estándar	1.030	843	354	5.883	1.602	246	91	1.546	197	363	118	4.794

Respecto a otro personal sanitario de Atención Primaria, la Tabla 39 muestra el número de profesionales por perfil y CC.AA. de acuerdo con el SIAP¹³³. Los perfiles más habituales de otro personal sanitario son Fisioterapeutas y Odontólogos/estomatólogos.

Tabla 39. Otro personal sanitario de AP por CCAA (nº de profesionales por modalidad), 2020¹³⁴

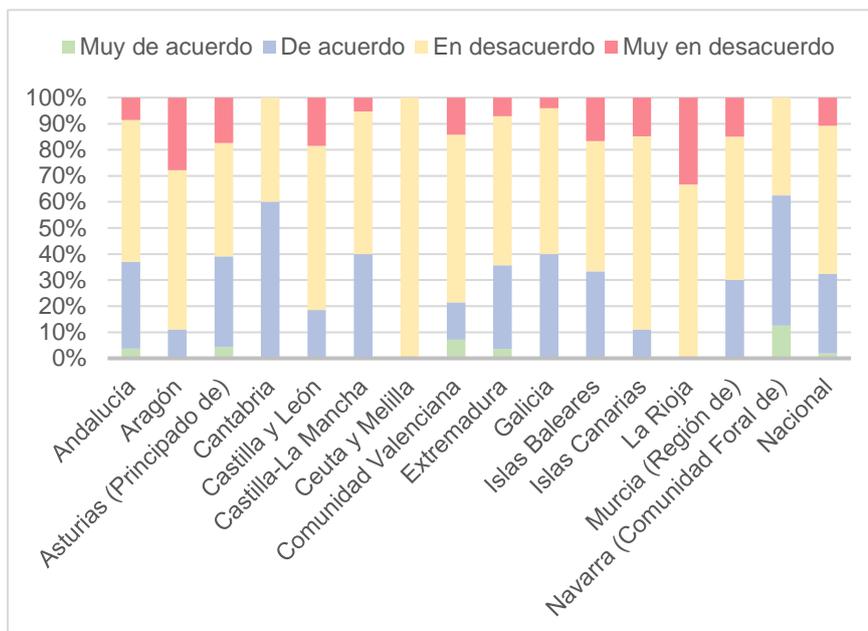
CC.AA.	Fisioterapia	Higienista dental	Logopedia	Odontología/estomatología	Psicología Clínica	Técnico Radiodiagnóstico	Terapeuta ocupacional	Total
Andalucía	324	0	0	205	0	256	15	800
Aragón	60	23	0	25	22	2	0	132
Asturias (Principado de)	73	35	0	62	0	0	0	170
Islas Baleares	52	22	0	28	40	0	0	142
Canarias	103	63	0	56	2	41	1	266
Cantabria	57	11	9	20	5	0	0	102
Castilla y León	145	70	0	76	0	40	0	331
Castilla-La Mancha	149	70	0	76	0	0	0	295
Cataluña	73	4	2	326	12	81	1	499
Comunidad Valenciana	192	80	5	68	102	62	0	509
Extremadura	86	31	0	37	53	14	0	221
Galicia	178	108	0	119	0	0	0	405
La Rioja	14	6	0	9	9	0	0	38
Madrid (Comunidad de)	216	143	0	154	21	4	0	538
Murcia (Región de)	48	35	0	33	80	0	19	215
Navarra (Comunidad Foral de)	7	1	0	13	0	0	0	21
País Vasco	0	0	0	34	1	0	0	35
Ceuta y Melilla	10	5	0	4	4	0	0	23
Total	1.787	707	16	1.345	351	500	36	4.742
Media nacional	99	39	1	75	20	28	2	263
Desviación estándar	86	41	2	82	30	62	6	216

¹³³ Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Consulta Interactiva SNS. Fecha de acceso: enero de 2022

¹³⁴ Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad. Consulta Interactiva SNS. Fecha de acceso: enero de 2022

Según la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP (Gráfico 73), el 68% de los profesionales encuestados no está de acuerdo con que la composición de los equipos sea adecuada en todos los centros de salud de cada Área de Salud en su comunidad.

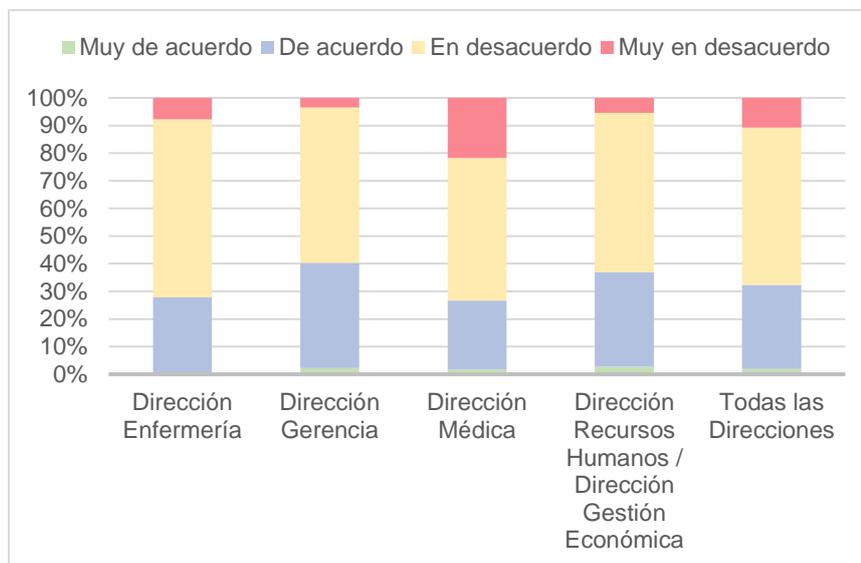
Gráfico 73. La composición de los equipos es adecuada en todos los centros de salud de cada Área de Salud, grado de acuerdo por CC.AA.¹³⁵



Realizando el análisis por perfil del profesional (Gráfico 74), sobre el grado de acuerdo con la afirmación relacionada con la correcta composición de los equipos, no se observan discrepancias relevantes entre los distintos perfiles.

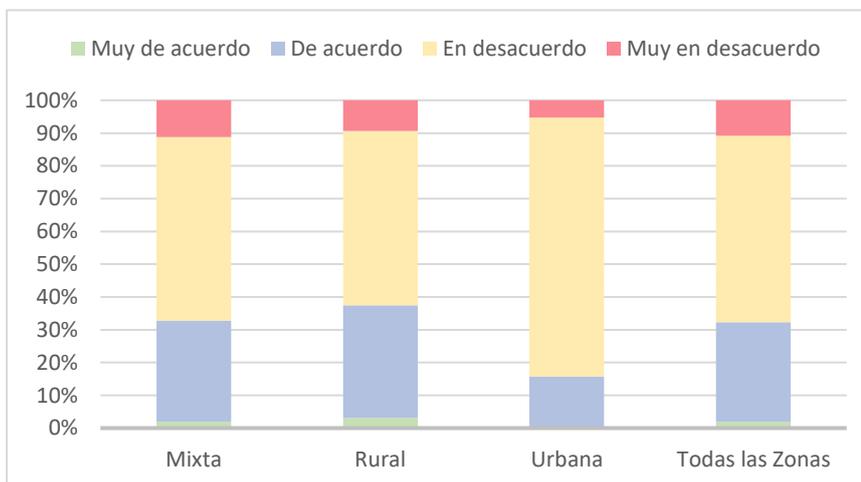
¹³⁵ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 74. La composición de los equipos es adecuada en todos los centros de salud de cada Área de Salud en la CC.AA., grado de acuerdo por perfil profesional ¹³⁶



En el Gráfico 75, se observa que el 62% de profesionales con competencias de gestión en AP encuestados que atienden pacientes en zonas rurales están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la afirmación: “la composición de los equipos es adecuada en todos los centros de salud de cada Área de Salud en la CC.AA.”; cifra inferior a la de las zonas urbanas, en las que el 84% de los profesionales encuestados que trabaja en estas zonas está en desacuerdo con la afirmación.

Gráfico 75. La composición de los equipos es adecuada en todos los centros de salud de cada Área de Salud en la CC.AA., grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta) ¹³⁷



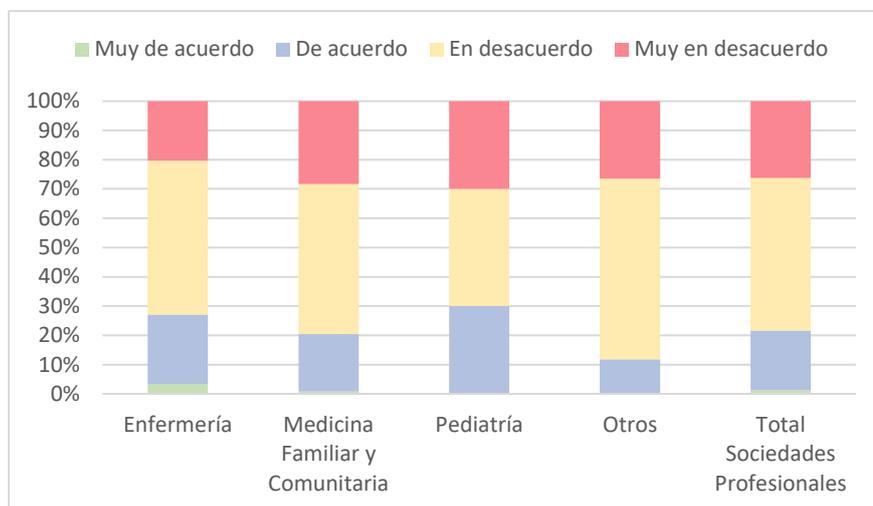
Los miembros de las Sociedades Profesionales que han participado en la encuesta *online II* consideran que tampoco es adecuada la composición de los equipos de AP en los centros de salud (un 78% de respuestas “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”). Destacan los profesionales agrupados en la categoría “Otros” (Psicología Clínica y Psicopatología, Fisioterapia, Matronas y Directivos de AP) que

¹³⁶ Fuente: encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP

¹³⁷ Fuente: encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP

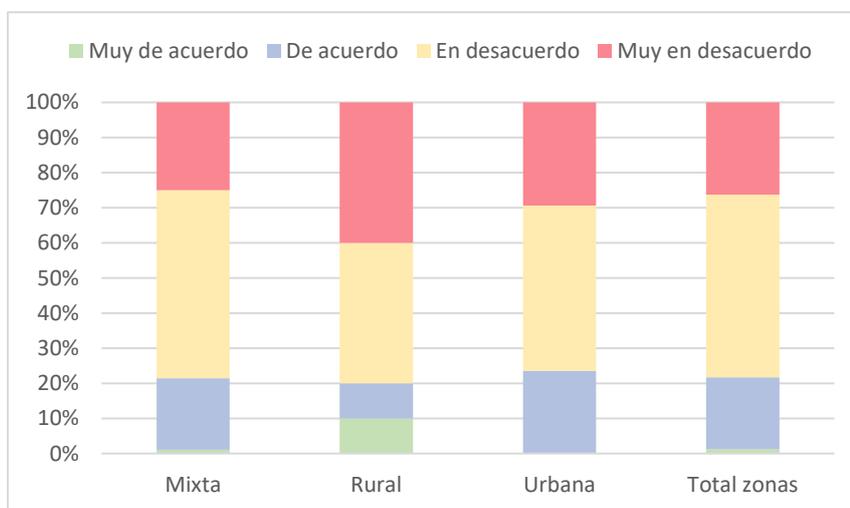
consideran en un 88% que los equipos de AP no cuentan con una composición adecuada.

Gráfico 76. Adecuación de la composición de los equipos de AP en los centros de salud, por agrupación profesional¹³⁸



En relación con las respuestas de las Sociedades Profesionales analizadas por zonas (mixta/rural/urbana), se observa homogeneidad de respuestas para las tres zonas.

Gráfico 77. Adecuación de la composición de los equipos de AP en los centros de salud, por zonas (mixta/rural/urbana)¹³⁹



Los miembros de las Asociaciones de Pacientes que han participado en la encuesta *online II* consideran que no es adecuada la composición de los equipos de AP en los centros de salud (respuestas “en desacuerdo”).

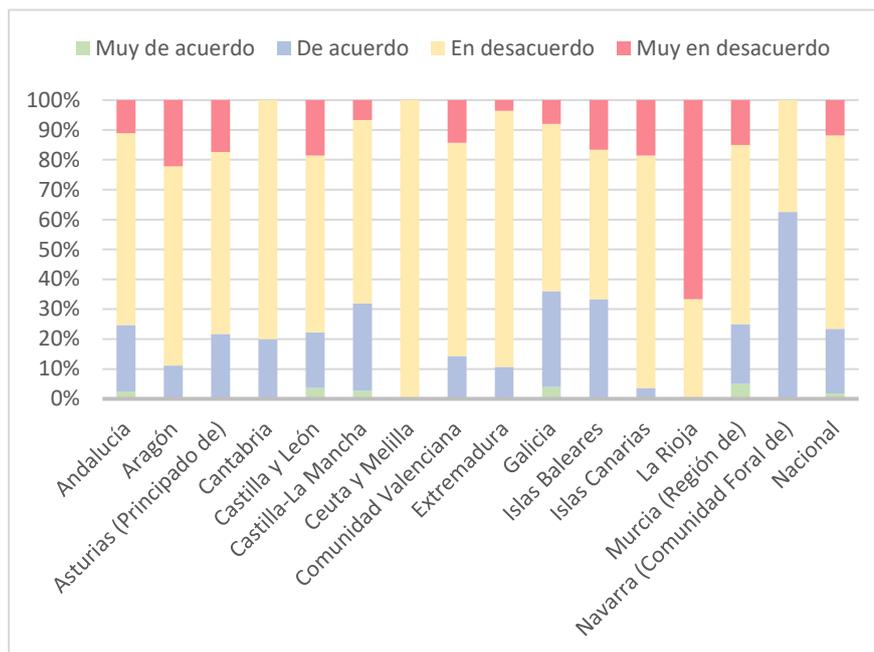
En la encuesta *online I* se ha realizado una pregunta para conocer la opinión de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados sobre la afirmación: “el número y perfiles de profesionales sanitarios y no sanitarios es suficiente para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de

¹³⁸ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

¹³⁹ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Atención Primaria”. El Gráfico 78 muestra el análisis de las respuestas: el 77% de los profesionales encuestados opina que el número y perfil de profesionales sanitarios y no sanitarios no es suficiente para llevar a cabo las prestaciones de la Cartera Común de Servicios de AP. Solo hay una comunidad autónoma donde más de la mitad de los profesionales encuestados (el 63%), opina que el número y perfil de profesionales sí es suficiente.

Gráfico 78. El número y perfiles de profesionales sanitarios y no sanitarios es suficiente para llevar a cabo las actividades contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por CC.AA.¹⁴⁰



En cuanto al análisis por perfiles de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados y por zonas (Gráfico 79 y Gráfico 80) en las que trabajan no se muestran diferencias destacables y en la mayoría de los casos están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” (el 77% de los profesionales encuestados) con la afirmación: “el número y perfiles de profesionales sanitarios y no sanitarios es suficiente para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria”.

¹⁴⁰ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 79. El número y perfiles de profesionales sanitarios y no sanitarios es suficiente para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.¹⁴¹

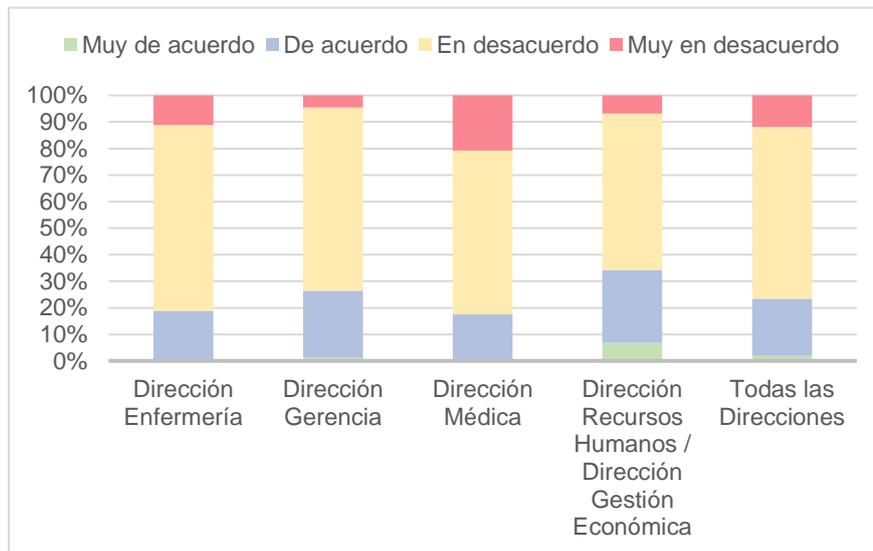
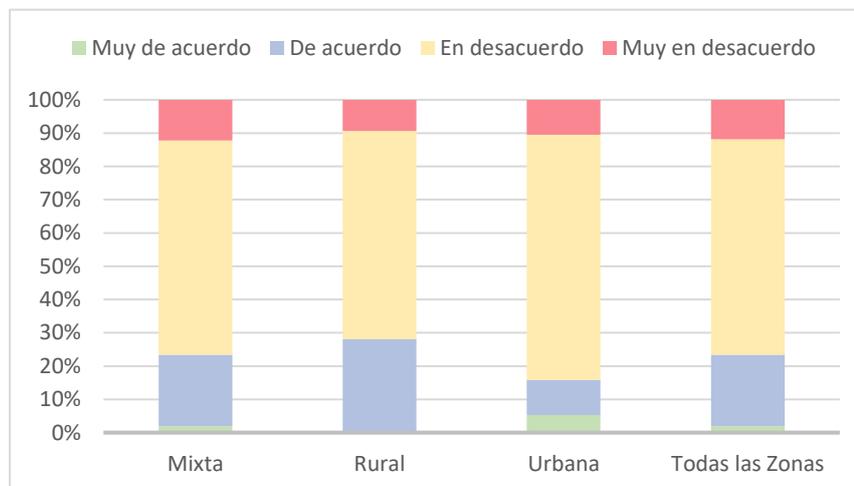


Gráfico 80. El número y perfiles de profesionales sanitarios y no sanitarios es suficiente para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)¹⁴²

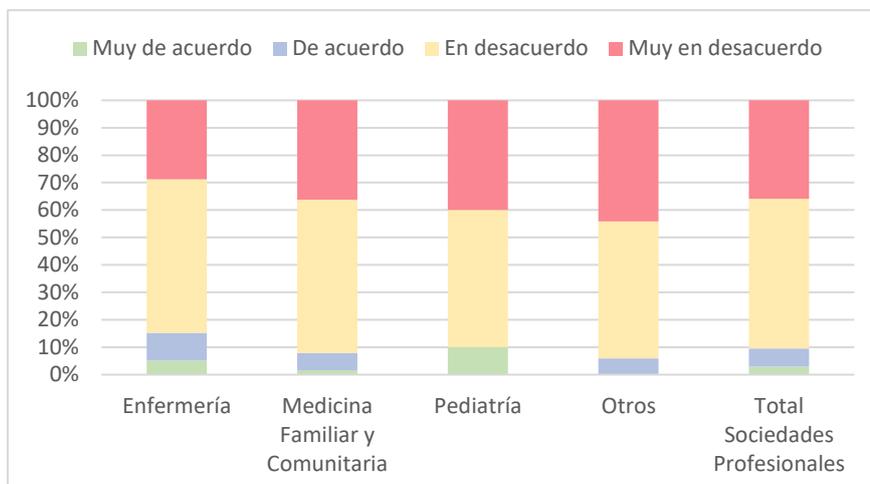


El análisis de los resultados de la encuesta *online II* muestra que los miembros de las Sociedades Profesionales tienen la misma opinión que los profesionales con competencias de gestión en AP: un 88% de los miembros de las Sociedades Profesionales considera que no es suficiente el número y perfil de profesionales sanitarios y no sanitarios (respuestas “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”).

¹⁴¹ Fuente: encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP

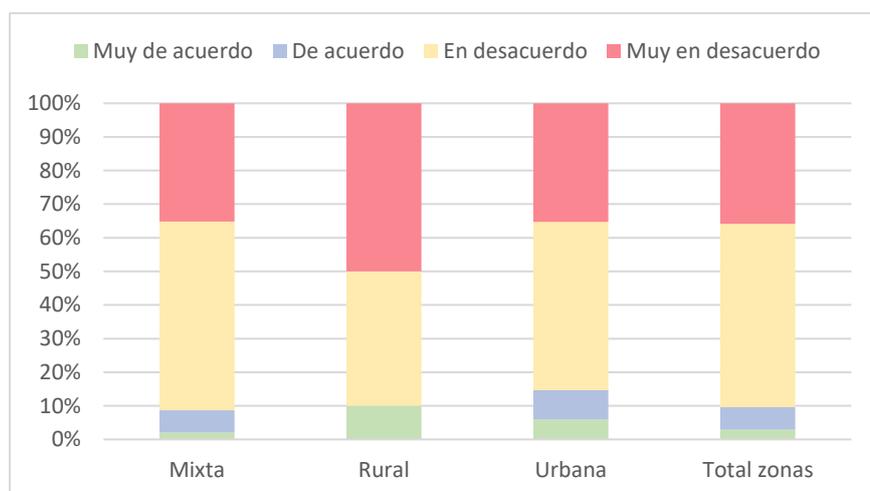
¹⁴² Fuente: encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 81. Suficiencia del número y perfil de profesionales sanitarios y no sanitarios para llevar a cabo las actividades contempladas en la Cartera Común de Servicios, por agrupación profesional¹⁴³



Al llevar a cabo el análisis de las respuestas de las Sociedades Profesionales por zonas (mixta/rural/urbana) se observa que es en las zonas rurales en donde mayor número de respuestas “muy en desacuerdo” se obtienen, 50%.

Gráfico 82. Suficiencia del número y perfil de profesionales sanitarios y no sanitarios para llevar a cabo las actividades contempladas en la Cartera Común de Servicios, por zonas (mixta/rural/urbana)¹⁴⁴



Los profesionales encuestados opinan que principalmente hay falta de Médicos de Familia y de Pediatras (el 77% señala la falta de Médicos de Familia y el 69% opina que hay falta de Pediatras). En el Gráfico 83 se muestra el detalle de la opinión sobre los perfiles que faltan en AP de acuerdo con los profesionales encuestados.

Los miembros de las Asociaciones de Pacientes que han participado en la encuesta *online II* también consideran que el número y perfil de profesionales sanitarios y no sanitarios no es suficiente para llevar a cabo las actividades contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP.

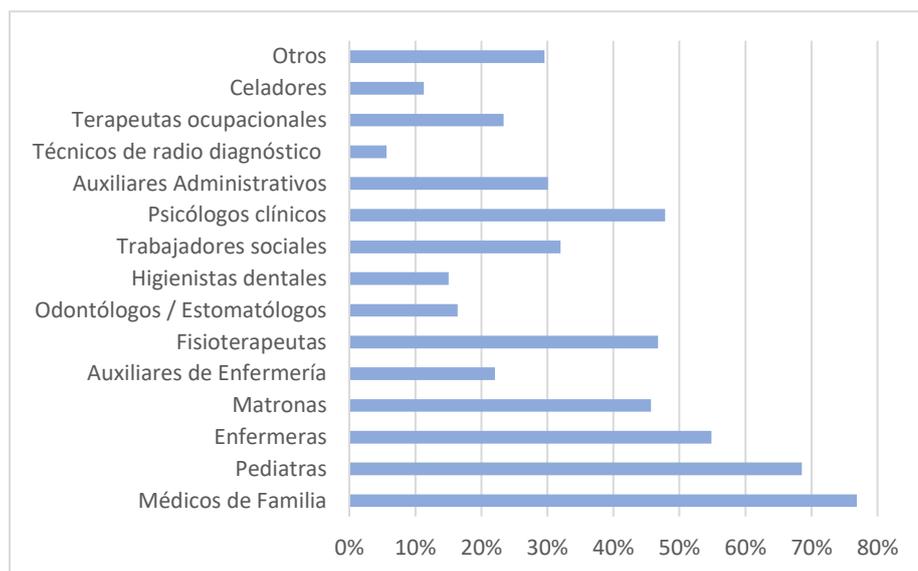
¹⁴³ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

¹⁴⁴ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Además de indicar si es suficiente o no el número y perfil de profesionales, se solicitó a los encuestados de ambas encuestas *online* que especificasen qué perfiles faltan para cubrir las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP.

Más del 50% de los profesionales con competencias de gestión en AP que han participado en la encuesta *online* I ha indicado que faltan profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Enfermería (77%, 69% y 55%). Psicólogos Clínicos, Fisioterapeutas y Matronas son perfiles que demandan más del 40% de los profesionales con competencias de gestión en AP (48%, 47% y 46% respectivamente).

Gráfico 83. Perfiles que faltan para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP según la opinión de los encuestados ¹⁴⁵



En la Tabla 40 se detalla el número de profesionales que opina que hay falta de perfiles para cubrir la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria.

¹⁴⁵ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP



Tabla 40. Porcentaje de encuestados que opinan que falta alguno de los siguientes perfiles profesionales para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP, respuestas por CC.AA. ¹⁴⁶

CC.AA	Médicos de Familia	Pediatras	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Matronas	Fisioterapeutas	Odontólogos / Estomatólogos	Higienistas dentales	Trabajadores sociales	Psicólogos Clínicos	Auxiliares Administrativos	Técnicos de radio diagnóstico	Terapeutas ocupacionales	Celadores	Otros*
Andalucía	83%	78%	52%	17%	48%	42%	22%	23%	17%	54%	23%	9%	27%	2%	31%
Aragón	100%	72%	94%	39%	78%	67%	11%	17%	39%	39%	50%	11%	6%	22%	61%
Asturias (Principado de)	74%	70%	65%	13%	35%	35%	13%	13%	17%	43%	13%	0%	9%	0%	22%
Islas Baleares	83%	67%	83%	25%	42%	42%	8%	8%	50%	50%	33%	8%	8%	8%	50%
Canarias	85%	78%	63%	48%	70%	59%	19%	22%	37%	85%	30%	11%	41%	15%	56%
Cantabria	100%	80%	80%	20%	60%	40%	20%	20%	40%	40%	60%	0%	0%	20%	0%
Castilla y León	59%	52%	67%	33%	52%	56%	11%	11%	33%	44%	52%	0%	11%	15%	22%
Castilla-La Mancha	80%	67%	41%	16%	32%	39%	17%	8%	28%	37%	28%	4%	20%	12%	16%
Comunidad Valenciana	79%	50%	57%	14%	43%	36%	7%								
Extremadura	71%	71%	46%	29%	46%	54%	7%	29%	43%	36%	43%	7%	50%	21%	43%
Galicia	68%	60%	72%	16%	36%	56%	12%	11%	43%	68%	36%	7%	32%	36%	11%
La Rioja	100%	100%	100%	33%	100%	67%	33%	8%	48%	36%	16%	8%	28%	8%	32%
Murcia (Región de)	50%	65%	25%	50%	15%	55%	15%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Navarra (Comunidad Foral de)	50%	50%	25%	25%	0%	25%	13%	15%	75%	25%	40%	0%	10%	5%	35%
Ceuta y Melilla	80%	80%	0%	60%	0%	80%	80%	0%	0%	13%	13%	0%	13%	0%	38%
Total	77%	69%	55%	22%	46%	47%	16%	20%	0%	80%	20%	0%	80%	20%	40%

¹⁴⁶ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

El 30% de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados indicaron que hay otros perfiles, además de los propuestos en la encuesta, que son necesarios para responder a las prestaciones de la Cartera Común de Servicios de AP. Se preguntó a los profesionales que habían indicado que faltaban “Otros” perfiles, cuáles consideraban que faltaban. Las respuestas obtenidas se muestran en la Tabla 41:

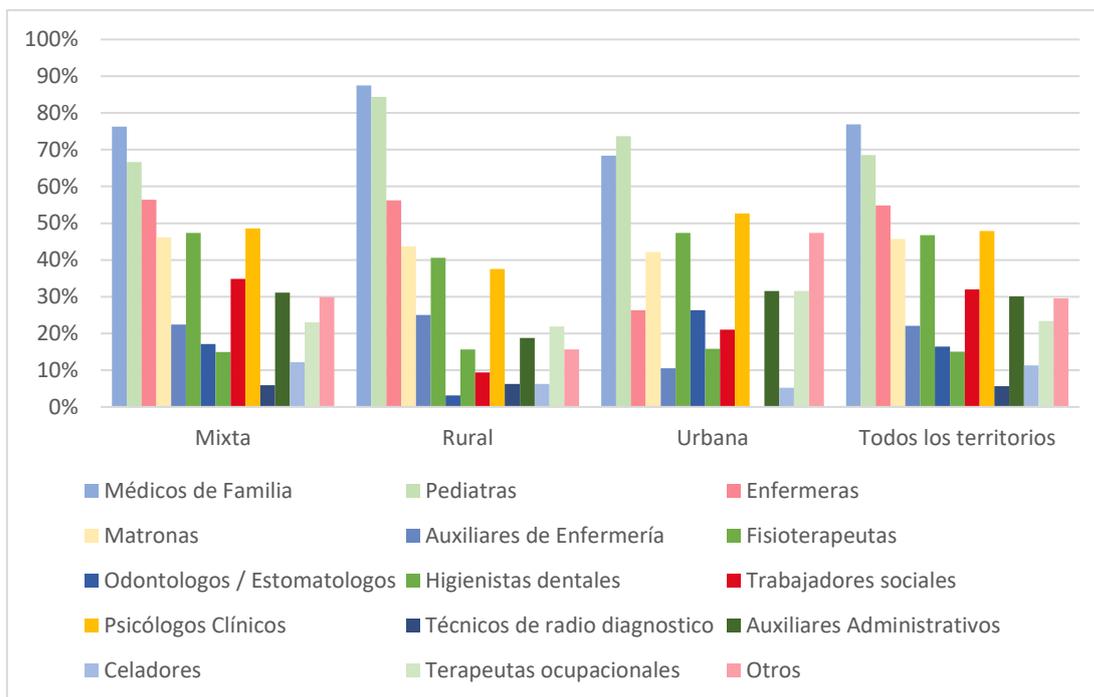
Tabla 41. Otros profesionales que los profesionales con competencias de gestión en AP consideran que faltan para responder a las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP

Otros profesionales	Porcentaje de respuestas que indican que falta este perfil*
Farmacéuticos	58%
Nutricionistas/dietistas	6%
Informáticos e ingenieros	5%
Enfermeras especialistas en familiar y comunitaria	4%
Podólogos	4%
Psiquiatras	4%
Perfiles gestores	3%
Personal de gestión	3%
Administrativos sanitarios	3%
Enfermera de gestión de caso / de enlace	2%
Educadores deportivos	1%
Enfermeras de práctica avanzada	1%
Enfermeras de salud mental	1%
Epidemiólogos	1%
Fotógrafos de retina	1%
Geriatras	1%
Logopedas	1%
Mandos intermedios	1%
Médicos de Urgencias	1%
Seguridad	1%
Técnicos sanitarios	1%

*Se han tenido en cuenta sólo las respuestas de los profesionales que habían indicado que faltaban “otros” perfiles.

El análisis de los resultados por zona en la que trabajan los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados (mixta/rural/urbana) muestra que un mayor porcentaje de profesionales que trabajan en zonas rurales considera que faltan Médicos de Familia (88%), Enfermeras (56%) y Pediatras (84%) que aquellos que trabajan en zonas urbanas (68%, 26% y 74% respectivamente). Sin embargo, la necesidad en Psicólogos Clínicos es mayor en zonas urbanas (53% de las respuestas) que en zonas rurales (38% de las respuestas) de acuerdo con los profesionales encuestados.

Gráfico 84. Perfiles que faltan para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP, por zona (rural/urbana/mixta) según la opinión de los encuestados¹⁴⁷

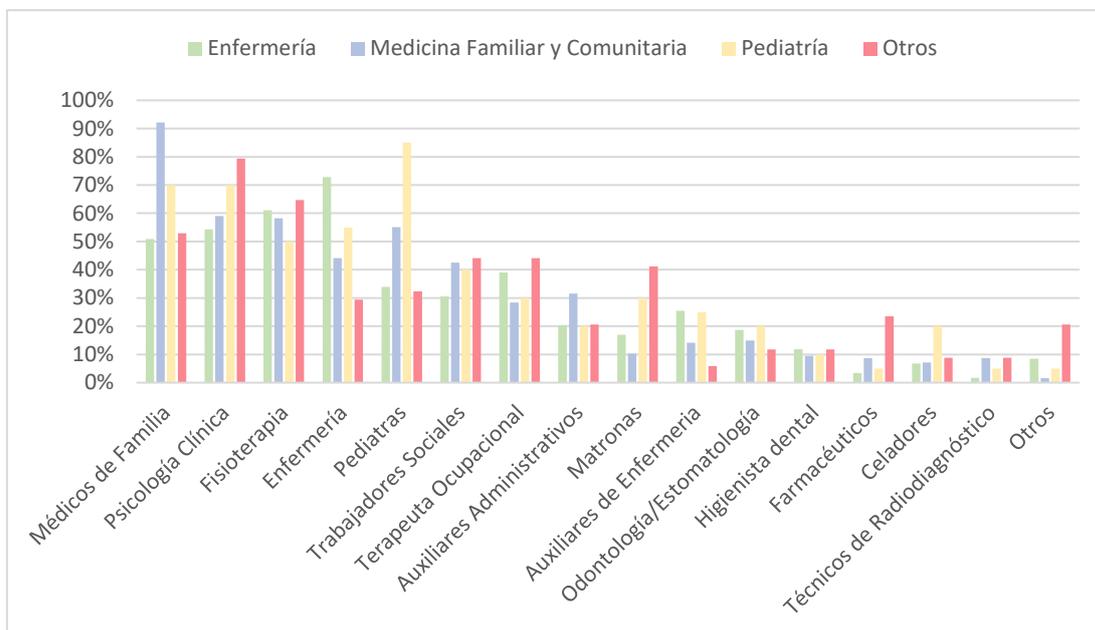


En relación con las Sociedades Profesionales, si bien es cierto que opinan que los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria son los que más faltan (75% de los profesionales encuestados indica que faltan profesionales de este perfil), al igual que los profesionales con competencias de gestión, no son iguales los resultados para el resto de los perfiles profesionales.

En efecto, al menos el 50% de los miembros de las Sociedades Profesionales que han participado en la encuesta indican que faltan, además de médicos de Medicina Familiar y Comunitaria, Psicólogos Clínicos, Fisioterapeutas y Enfermeras (62%, 59% y 50% respectivamente), seguidos por los Pediatras y Trabajadores sociales (49% y 44% respectivamente)

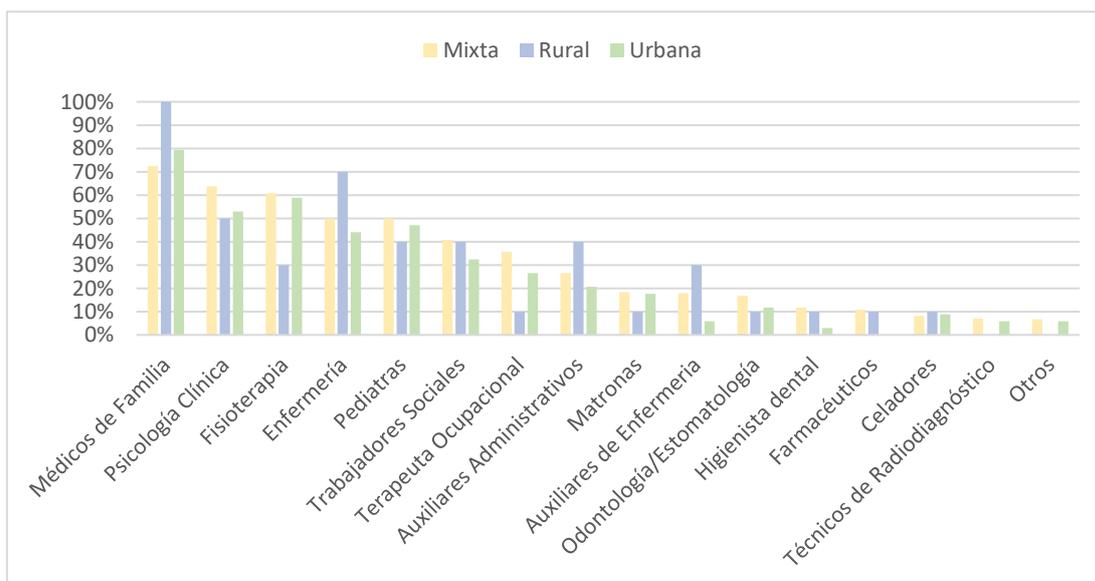
¹⁴⁷ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 85. Perfiles que faltan en los centros de AP identificados por los encuestados, por agrupación profesional¹⁴⁸



Además, en el análisis por zonas (mixta/rural/urbana) de las respuestas de las Sociedades Profesionales destaca que el 100% de los encuestados de las zonas rurales indica la falta de profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, seguido por la falta de profesionales de Enfermería (70% de las respuestas de esta zona). Los profesionales que trabajan en zonas urbanas coinciden al indicar la falta de Médicos de Familia (79%), pero difieren en el segundo perfil más demandado, en este caso Fisioterapia.

Gráfico 86. Perfiles que faltan en los centros de AP identificados por los encuestados, por zona (mixta/rural/urbana)¹⁴⁹



¹⁴⁸ Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

¹⁴⁹ Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes



En relación con las respuestas de las Asociaciones de Pacientes, éstas indican una falta de profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Enfermería, Psicología Clínica y Trabajo Social.¹⁵⁰

En seguimiento a la pregunta anterior, en ambas encuestas se ha preguntado sobre los perfiles profesionales de los que hay un número suficiente para responder a la Cartera Común de Servicios de AP. Tal y como muestra la Tabla 42, más de la mitad de los profesionales con competencias de gestión en AP opina que hay suficientes Celadores (55%) y Auxiliares administrativos (51%).

Tabla 42. Perfiles que se consideran suficientes para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de AP, según los profesionales encuestados.¹⁵¹

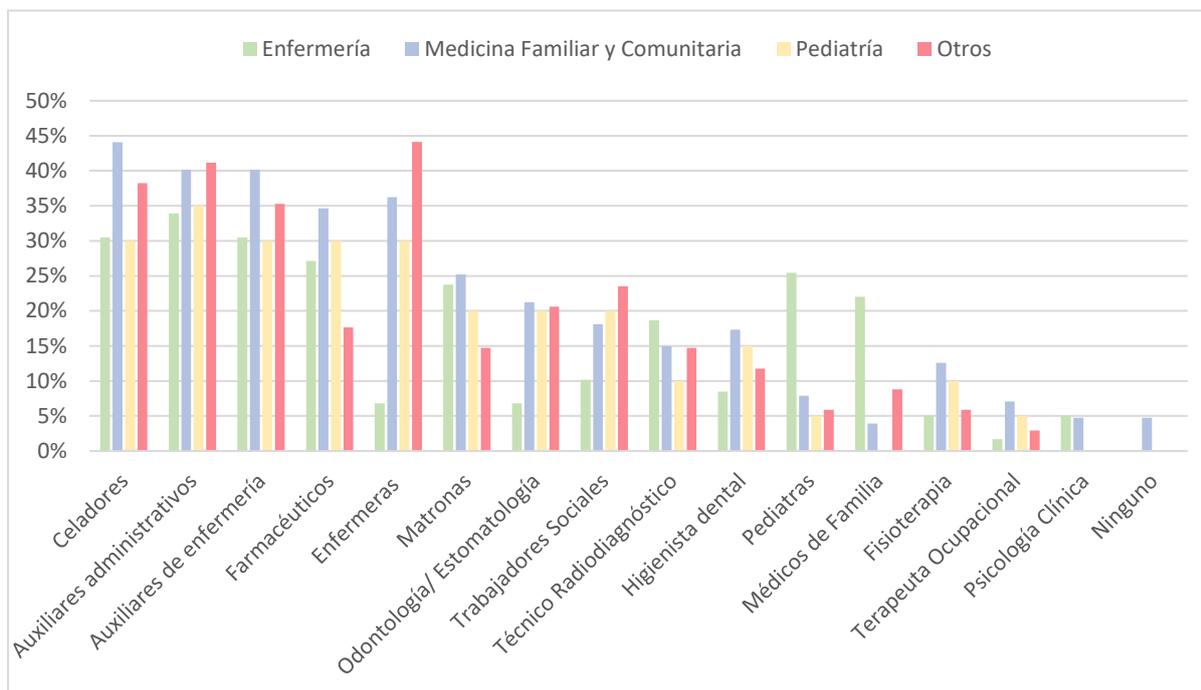
Perfiles profesionales	Porcentaje de profesionales que opina que son suficientes
Celadores	55%
Auxiliares administrativos	51%
Auxiliar de Enfermería	48%
Odontólogos/Estomatólogos	42%
Farmacéuticos	38%
Higienistas dentales	36%
Trabajadores Sociales	35%
Técnicos de radiodiagnóstico	33%
Enfermeras	29%
Fisioterapeutas	27%
Matronas	18%
Terapeutas ocupacionales	13%
Psicólogos Clínicos	11%
Médicos de familia	6%
Pediatras	6%

Los miembros de las Sociedades Profesionales coinciden en que hay suficientes Celadores (39%) seguidos de Auxiliares administrativos (38%), y Auxiliares de enfermería (36%).

¹⁵⁰ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

¹⁵¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 87. Perfiles de los que hay suficientes recursos en los centros de AP, por agrupación profesional¹⁵²



Los miembros de las Asociaciones de Pacientes que han participado en la encuesta *online* II indican que no hay suficientes recursos de ningún perfil.¹⁵³

De acuerdo con las entrevistas realizadas a los miembros de los RSWG, los equipos de apoyo dependen principalmente de Atención Primaria, exceptuando Psicólogos Clínicos y Fisioterapeutas que, según las respuestas de los entrevistados, dependen de Atención Hospitalaria, tal y como muestra la Tabla 43:

Tabla 43. Nivel asistencial del que dependen los equipos de apoyo en cada CC.AA.¹⁵⁴

CCAA	Nivel asistencial del que dependen los equipos de apoyo
Andalucía	<p>“Los equipos de apoyo de AP dependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales – gestión clínica Inter niveles. • Odontología – intercentros”.
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> • “Todos los profesionales de apoyo dependen de AP, salvo los profesionales de psicología clínica que dependen de los servicios de psiquiatría hospitalarios”.
Asturias (Principado de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Dependen de la Dirección Asistencial y de Salud Pública, y a su vez de la Gerencia de Área”.
Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> • “Todos los profesionales de apoyo dependen de AP, salvo los profesionales de psicología clínica dependen de los servicios de psiquiatría hospitalarios”.
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> • “Dependen de AP”
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> • “Todos los profesionales de apoyo dependen de AP, salvo los profesionales de psicología clínica dependen de los servicios de psiquiatría hospitalarios”.
Castilla-La Mancha	<p>“Los siguientes profesionales de los equipos de apoyo de AP dependen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los trabajadores sociales dependen de AP. • Los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y los higienistas dependen de la Dirección de Enfermería. • Los odontólogos dependen de la Dirección Médica”.

¹⁵² Fuente: encuesta *online* II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

¹⁵³ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

¹⁵⁴ Fuente: entrevistas a los RSWG

CCAA	Nivel asistencial del que dependen los equipos de apoyo
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> • “Los equipos de apoyo dependen de AP”.
Cataluña	<ul style="list-style-type: none"> • “Los equipos de apoyo dependen de AP salvo en algunas zonas que tienen servicios que no están desplegado en Atención Primaria, en cuyo caso depende de Atención Hospitalaria”.
Comunidad Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> • “Los fisioterapeutas dependen del servicio de rehabilitación del hospital”.
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> • “Los equipos de apoyo dependen únicamente de AP”.
Galicia	<ul style="list-style-type: none"> • “Todos los profesionales de apoyo dependen de AP, salvo los profesionales de psicología clínica dependen de los servicios de psiquiatría hospitalarios”.
Madrid (Comunidad de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Los equipos de apoyo dependen de la Gerencia Asistencial de AP”.
Murcia (Región de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Los psicólogos clínicos dependen de los Centros de Salud Mental”.
Navarra (Comunidad Foral de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Los fisioterapeutas dependen del servicio de rehabilitación del hospital. • Los higienistas y odontólogos están centralizados en Pamplona y dependen de la Gerencia de Atención Primaria”.
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> • “Todos los profesionales de apoyo dependen de AP, salvo los profesionales de psicología clínica dependen de los servicios de psiquiatría hospitalarios”.
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> • “Al tratarse de Gerencia Única se encuentra todo centralizado”.
Ceuta y Melilla	<ul style="list-style-type: none"> • “Los equipos de apoyo dependen de AP”.

Durante las entrevistas semiestructuradas, se ha consultado con los miembros del RSWG si existen criterios para determinar las necesidades de recursos humanos en la comunidad autónoma. La Tabla 44 muestra un resumen de los criterios especificados.

Tabla 44. Criterios para determinar las necesidades de profesionales en las CC.AA.¹⁵⁵

CC.AA.	Criterios para determinar las necesidades de RRHH
Andalucía	<ul style="list-style-type: none"> • “Tamaño de la población • Criterios asistenciales • Criterios socioeconómicos”
Aragón	<ul style="list-style-type: none"> • “Criterios de ordenación poblacionales”
Asturias (Principado de)	<ul style="list-style-type: none"> • “En función de la población. Los criterios vienen establecidos en la normativa por la que se determinaban los equipos de Atención Primaria. En 1993 se estableció la libre elección de médico que establecía a su vez el cupo óptimo, siendo en medicina familiar de 1.500-1.700, inferior al de los pediatras”.
Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> • “Población • Cupos”
Canarias	<ul style="list-style-type: none"> • “Número de tarjetas sanitarias”
Cantabria	<ul style="list-style-type: none"> • “Número de tarjetas sanitarias asignadas a cada profesional y centro (el objetivo es que las Zonas Básicas de Salud atiendan a < 10.000 hab.) <ul style="list-style-type: none"> ○ Médico / enfermera: uno por cada 1.500 tarjetas ○ Pediatra: uno por 1.200 tarjetas, en zonas de baja densidad de población se comparten entre dos Zonas Básicas de Salud”.
Castilla-La Mancha	<ul style="list-style-type: none"> • “Número de tarjetas sanitarias asignadas a cada profesional y centro. <ul style="list-style-type: none"> ○ Médico / enfermera: uno por cada 2.000 tarjetas. ○ Pediatra: uno por 1.500 tarjetas”
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> • “La población por tarjeta sanitaria por tramo de edad • Número y tamaño de los consultorios • El desplazamiento • Frecuentación media de consultas realizadas • Tiempo medio de atención • Puntos de Atención Continuada”

¹⁵⁵ Fuente: entrevistas a los RSWG

CC.AA.	Criterios para determinar las necesidades de RRHH
Cataluña	“Gestionado por el Instituto Catalán de la Salud mediante un plan de ordenación”.
Comunidad Valenciana	“Las ratios ¹⁵⁶ poblacionales que figuran en las recomendaciones de las Sociedades Científicas. <ul style="list-style-type: none"> • En las zonas/puestos de difícil cobertura se aplican pequeños coeficientes correctivos para las ratios”.
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> • “Ratios de población”
Galicia	“A partir de la unidad funcional (ayuntamiento) se determinan las necesidades: <ul style="list-style-type: none"> • Por ratio poblacional, es decir, siempre hay un médico por ayuntamiento, y luego se incluyen más en función de la población”.
Madrid (Comunidad de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Población adscrita • Características socioeconómicas • Población que utiliza los servicios públicos sanitarios • Carga de enfermedad de la población • Dispersión de la población”
Murcia (Región de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Sin criterios definidos; en función de las necesidades”
Navarra (Comunidad Foral de)	<ul style="list-style-type: none"> • “Número de tarjetas sanitarias ponderado en función de la edad, ya que las especialidades de pediatría y geriatría tienen más carga asistencial”.
La Rioja	<ul style="list-style-type: none"> • “Se siguen las recomendaciones de la Ley de Sanidad. • No sobrepasar los 1.500 habitantes por profesional”
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> • “Población asignada a cada unidad de Atención Primaria, a partir de los cupos de tarjetas sanitarias individuales • Unidad relativa por carga de trabajo”.
Ceuta y Melilla	<ul style="list-style-type: none"> • “Distribución de cupos • Frecuentación media de consultas realizadas”

4.4.3. Retos en un plazo de 2 a 5 años

La Tabla 45 muestra un resumen de los retos en Recursos Humanos destacados por los miembros de los RSWG de las comunidades autónomas:

Tabla 45. Retos en RRHH ¹⁵⁷

Aspectos	Retos
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de profesionales en zonas/puestos de difícil cobertura ofreciendo formaciones y aumentando los beneficios (sueldo, vacaciones, reconocimiento). • Jubilación de un número elevado de profesionales de medicina comunitaria y enfermería. • Captación y retención de profesionales en Centros de AP, incrementando el número de plazas MIR, potenciando la I+D+i en los Centros de AP, la cirugía menor y otras técnicas de tratamiento y diagnóstico que puedan realizarse en un centro de AP; creación de la especialidad de urgencias y emergencias. • Inclusión de los profesionales en tareas de planificación y gestión • Reforzamiento de la figura del médico de Atención Primaria • Atractivo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria
Población	<ul style="list-style-type: none"> • Dispersión y envejecimiento de la población en zonas rurales. • Cambios a nivel de conocimiento y capacitación por parte de la población, con cada vez un mayor empoderamiento, aumento del nivel educativo, así como mayor capacitación tecnológica.

En la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP, se preguntó a los profesionales que respondieran, en campo de texto libre, cuáles son, según ellos, los principales retos a los que se enfrenta el problema de contratación, captación y retención de los profesionales de Medicina Familiar y

¹⁵⁶ Las ratios de profesional establecen la media de población asignada a cada profesional. Fórmula a/b (a= población asignada en cada caso y b= número absoluto de profesionales).

¹⁵⁷ Fuente: entrevistas a los RSWG

Comunitaria de Atención Primaria, de Enfermería y de Pediatría en su comunidad autónoma. En las tablas 46,47 y 48 se presentan los retos identificados a partir del análisis temático de las respuestas de texto libre, ordenados según el número de veces que se ha mencionado (siendo el reto 1 el mayor número de veces mencionado) y por el tipo de zona en la que desempeña profesionalmente sus servicios cada profesional encuestado.

En la Tabla 46 se observa que el 52% del total de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados opina que el mayor reto al que se enfrenta el problema de contratación y retención de profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria es la falta de profesionales y el elevado número de jubilaciones que va a ocurrir en los próximos años. Este reto también se identificó por los miembros del RSWG durante las entrevistas. Un 37% de las respuestas obtenidas estaban relacionadas con el reto de crear un modelo atractivo de AP para los profesionales. Se indicaba concretamente que sería necesario ofrecer mayores incentivos económicos, facilidad para la conciliación, así como mejorar el reconocimiento de los profesionales de AP.

Tabla 46. Retos a los que se enfrenta la contratación y retención de Médicos de Familia ¹⁵⁸

Retos identificados	Mixta	Rural	Urbana	Todas las zonas*
Reto 1: Falta de profesionales y jubilaciones	52%	41%	68%	52%
Reto 2: Crear un modelo atractivo de AP para los profesionales	38%	41%	26%	37%
Reto 3: Factores geográficos o sociales	20%	38%	21%	22%
Reto 4: Normativa y modelo de contratación	13%	3%	5%	12%
Reto 5: Políticas de retención y fidelización de profesionales	11%	13%	11%	11%
Reto 6: Competencia entre CC.AA. y otros países	7%	13%	11%	8%
Reto 7: Falta de formación en AP	5%	3%	11%	5%
Reto 8: Desarrollo profesional de los médicos de AP	1%	0%	0%	1%

*A la hora de interpretar los resultados, es necesario tener en cuenta que el número de respuestas es muy desigual según tipo de zona (zona mixta: n=321; zona rural: n=32; zona urbana: n=19). En la columna "todas las zonas" se presentan los resultados de forma agregada independientemente de la zona (n=372).

De acuerdo con los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados, los retos a los que se enfrenta la contratación y retención de Pediatras son, por lo general, similares a los de Medicina Familiar y Comunitaria, con dos retos adicionales: preferencia del ámbito hospitalario y digitalización de la AP, tal y como se muestra en la Tabla 47.

Tabla 47. Retos a los que se enfrenta la contratación y retención de Pediatras ¹⁵⁹

Retos identificados	Mixta	Rural	Urbana	Todas las zonas*
Reto 1: Falta de profesionales y jubilaciones	49%	53%	47%	49%
Reto 2: Crear un modelo atractivo de AP para los profesionales	30%	34%	16%	30*%
Reto 3: Preferencia del ámbito hospitalario	18%	19%	11%	18%
Reto 4: Factores geográficos o sociales	14%	28%	21%	16%
Reto 5: Falta de formación en AP	7%	9%	0%	7%

¹⁵⁸ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

¹⁵⁹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Retos identificados	Mixta	Rural	Urbana	Todas las zonas*
Reto 6: Políticas de retención y fidelización de profesionales	5%	3%	5%	5%
Reto 7: Normativa y modelo de contratación	6%	0%	5%	5%
Reto 8: Competencia entre CC.AA. y otros países	2%	3%	11%	3%
Reto 9: Desarrollo profesional de los Pediatras de AP	2%	0%	0%	2%
Reto 10: Digitalización de la AP	1%	0%	5%	1%

*A la hora de interpretar los resultados, es necesario tener en cuenta que el número de respuestas es muy desigual según tipo de zona (zona mixta: n=321; zona rural: n=32; zona urbana: n=19). En la columna "todas las zonas" se presentan los resultados de forma agregada independientemente de la zona (n=372).

El reto más señalado por los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados respecto a los retos de contratación y retención de profesionales de Enfermería es el de crear un modelo atractivo de AP para los profesionales, tal y como muestra la Tabla 48.

Tabla 48. Retos a los que se enfrenta la contratación y retención de Enfermería

Retos identificados	Mixta	Rural	Urbana	Todas las zonas*
Reto 1: Crear un modelo atractivo de AP para los profesionales	35%	41%	32%	35%
Reto 2: Falta de profesionales y jubilaciones	32%	25%	47%	32%
Reto 3: Factores sociales o geográficos	16%	38%	26%	18%
Reto 4: Normativa y modelo de contratación	13%	13%	5%	12%
Reto 5: Especialización y adaptación de la enfermería de Familia y Comunitaria	12%	0%	16%	11%
Reto 6: Políticas de retención y fidelización de profesionales	6%	3%	5%	6%
Reto 7: Competencia entre CC.AA. y otros países	5%	3%	11%	5%

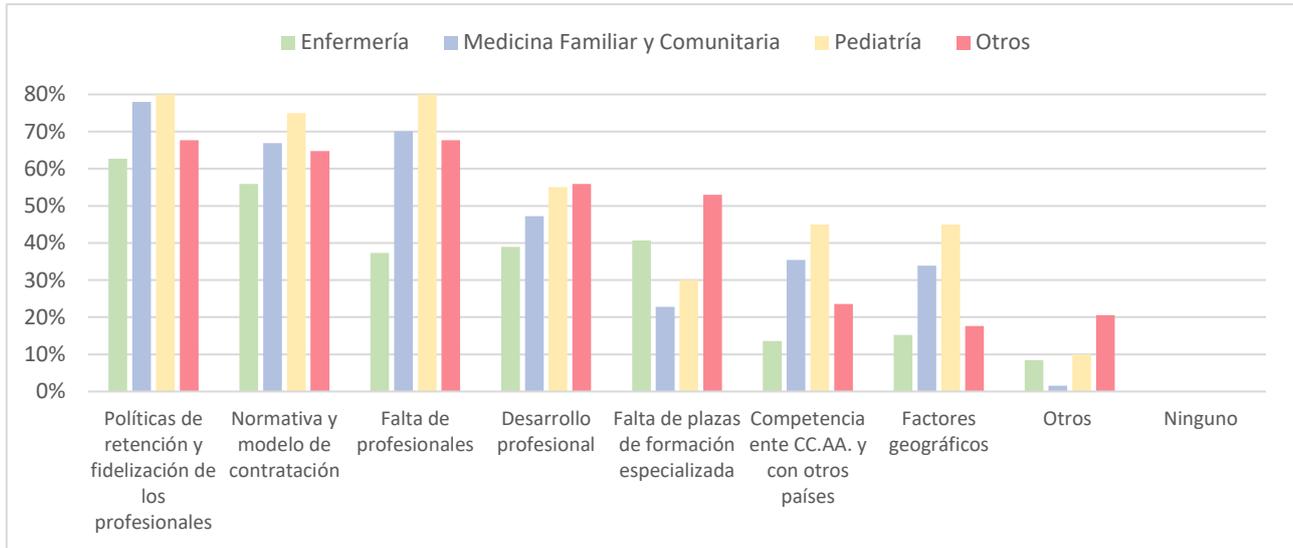
*A la hora de interpretar los resultados, es necesario tener en cuenta que el número de respuestas es muy desigual según tipo de zona (zona mixta: n=321; zona rural: n=32; zona urbana: n=19). En la columna "todas las zonas" se presentan los resultados de forma agregada independientemente de la zona (n=372).

Para los miembros de las Sociedades Profesionales se formuló la misma pregunta en relación con su colectivo profesional ("¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el problema de contratación, captación y retención de su colectivo profesionales en su CC.AA.?") El 73% indicaron las políticas de retención y fidelización de los profesionales, seguido del 65% que indicó la normativa y modelo de contratación.

Ningún miembro de las Sociedades Profesionales ha indicado "Ninguno" en cuanto a retos en la contratación, captación y retención de profesionales de su colectivo.

Dentro de la categoría "Otros" se incluyen aspectos como cambios en la sociedad, aspectos relacionados con la remuneración y las condiciones laborales o la falta de relevo generacional dado el envejecimiento actual de los profesionales.

Gráfico 88. Retos a los que se enfrenta el problema de contratación, captación y retención de los colectivos profesionales encuestados, por agrupación profesional¹⁶⁰



¹⁶⁰ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

4.5. Financiación

4.5.1. Síntesis y aspectos clave

El gasto sanitario público respecto al PIB es del 7,5% en España (2020), presentando una variación territorial de entre el 6,2% y el 9,7%. El porcentaje medio a nivel nacional destinado a Atención Primaria respecto al total de gasto es del 14,3%. A nivel regional, se encuentran diferencias de hasta 7 puntos entre los valores máximo y mínimo (17,5%, respecto a 10,7%).

En relación con los presupuestos de Atención Primaria, se observa disparidad en la forma de elaborarlos en cada territorio en función de su independencia o integración con el presupuesto de otros niveles asistenciales, encontrando dos tipos de presentación de presupuestos:

- 1) presupuestos integrados con otros niveles asistenciales.
- 2) presupuestos de Atención Primaria independientes.

Se observa que existe un acuerdo generalizado por parte de los profesionales con competencias de gestión en AP (72%), Sociedades Profesionales (96%) y Asociaciones de Pacientes, con que la asignación de los presupuestos de AP no es suficiente para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad y sostenibilidad.

Prácticamente todas las CC.AA. declaran en las entrevistas que tienen objetivos fijados para el incremento (o como mínimo mantenimiento) de las partidas destinadas a la Atención Primaria. Se considera una acción necesaria para situar la Atención Primaria como eje vertebrador de del sistema sanitario.

Los criterios para la determinación del presupuesto destinado a Atención Primaria son:

- 1) en base al gasto histórico
- 2) en función de las necesidades y prioridades de los órganos competentes en materia de elaboración de los presupuestos.

Es importante destacar que esta diferenciación no es excluyente, pudiendo darse ambos grupos de criterios en el establecimiento de los presupuestos en cada CCAA.

Las prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios según el juicio de los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria encuestados, las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes son: Recursos Humanos; inversión en TIC/digitalización; adquisición y/o renovación de equipamiento médico; creación y/o adaptación de los espacios físicos.

Además, las Asociaciones de Pacientes han indicado como prioridad de financiación la atención y el abordaje a la cronicidad y recursos para nuevos modelos asistenciales.

4.5.2. Resultados generales

El artículo 10 de la [Ley 16/2003](#), de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud dicta que la financiación de la Sanidad Pública es responsabilidad de las comunidades autónomas.

La financiación de las comunidades autónomas de régimen común se rige por la [Ley de 22/2009](#) de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

En la sección 2.^a del Título I de la Ley se regulan los recursos financieros del sistema en el año base que se destinan a financiar las necesidades globales de financiación, como son los tributos cedidos, la transferencia del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales y el Fondo de Suficiencia Global¹⁶¹.

Los criterios de reparto del Fondo de Garantía de Servicios Públicos tienen en cuenta una serie de variables como son la población, superficie, dispersión, insularidad, población protegida equivalente distribuida en siete grupos de edad, población mayor de 65 años y población entre 0 y 16 años.

Los nuevos Fondos de Convergencia Autonómica, el Fondo de Competitividad y el Fondo de Cooperación, son Fondos creados con aportación de recursos del Estado y con los objetivos de aproximar las Comunidades Autónomas en términos de financiación por habitante ajustado y de favorecer el equilibrio económico territorial, contribuyendo a la igualdad y la equidad.

Por otro lado, el Fondo de Compensación que tiene como destino gastos de inversión y como fin el de corregir desequilibrios económicos interterritoriales y hacer efectivo el principio de solidaridad.

4.5.2.1. Gasto sanitario público y composición

Las cifras de gasto sanitario público normalizadas más recientes se encuentran publicadas en el documento “Estadística de gasto sanitario público 2020: Principales resultados”¹⁶² realizado y editado por el Ministerio de Sanidad (ver Tabla 49).

Tabla 49. Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Sector de gasto comunidades autónomas, 2020 ¹⁶³.

Comunidad autónoma	Gasto sanitario público (Mill. €)	% gasto sobre PIB	Tasa de variación 2019-2020	€ por habitante
España (*)	83.811	7,50%	11,7	1.770
Andalucía	11.858	7,90%	11,3	1.398
Aragón	2.350	6,70%	5,8	1.765
Asturias (Principado de)	1.922	8,90%	6,9	1.892
Islas Baleares	1.917	7,20%	8,5	1.577
Canarias	3.629	9,30%	10,6	1.617
Cantabria	1.047	8,10%	6,8	1.798
Castilla y León	4.454	8,00%	11,6	1.863
Castilla-La Mancha	3.468	8,80%	12,8	1.698
Cataluña	13.473	6,30%	16,8	1.760

¹⁶¹ Régimen común: Ministerio de Hacienda y Función Pública [Enlace](#)

¹⁶² Estadística de gasto sanitario público 2020: Principales resultados. [Enlace](#)

¹⁶³ Estadística de gasto sanitario público 2020: Principales resultados. [Enlace](#)

Comunidad autónoma	Gasto sanitario público (Mill. €)	% gasto sobre PIB	Tasa de variación 2019-2020	€ por habitante
Comunidad Valenciana	7.985	7,60%	8,4	1.585
Extremadura	1.881	9,70%	5,2	1.776
Galicia	4.593	7,80%	8,6	1.702
Madrid (Comunidad de)	10.077	4,70%	12,4	1.491
Murcia (Región de)	2.670	8,90%	9,0	1.769
Navarra (Comunidad Foral de)	1.220	6,30%	10,3	1.856
País Vasco	4.265	6,40%	4,4	1.948
La Rioja	507	6,20%	5,0	1.604
Ceuta y Melilla	-	-	-	-

En términos absolutos, el gasto sanitario público nacional en el año 2020 ha sido de 83.811 millones de €. Observando el diferente gasto según territorio para el mismo año, la cifra más alta registrada ha sido de 13.473 millones de €, en contraste con la menor, de 507 millones. En términos relativos (gasto sanitario público respecto al PIB), este fue del 7,50% en España, presentando una variación territorial de entre el 6,2% y el 9,7%. En cuanto a € por habitante, el gasto sanitario nacional medio fue de 1.770€, y los valores mínimos y máximos territoriales, de 1.398€ y 1.948€ respectivamente.

En cuanto a la distribución del gasto en función del nivel asistencial, el mismo informe “Estadística de gasto sanitario público 2020: Principales resultados”¹⁶⁴ publica información al respecto. En la Tabla 50 puede encontrarse, para cada una de las comunidades autónomas, los porcentajes de gasto respecto a Atención Hospitalaria, Atención Primaria, Farmacia y otros servicios (Servicios de Salud Pública, Servicios colectivos de salud, Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos, Gasto de capital).

Tabla 50. Distribución del gasto en función del nivel asistencial, 2020

Comunidad autónoma	Atención Hospitalaria	Atención Primaria	Gasto en farmacia*	Otros**
España (*)	61,9%	14,3%	14,5%	9,3%
Andalucía	59,7%	17,7%	17,4%	5,2%
Aragón	63,7%	13,1%	15,0%	8,2%
Asturias (Principado de)	66,2%	13,0%	15,5%	5,3%
Islas Baleares	66,8%	12,0%	12,6%	8,6%
Canarias	63,5%	14,1%	16,3%	6,1%
Cantabria	62,5%	14,5%	15,5%	7,5%
Castilla y León	60,7%	16,1%	16,0%	7,2%
Castilla-La Mancha	61,3%	12,7%	16,3%	9,7%
Cataluña	65,0%	13,0%	11,8%	10,2%
Comunidad Valenciana	61,5%	14,4%	17,3%	6,8%
Extremadura	57,0%	15,5%	18,6%	8,9%
Galicia	65,0%	11,6%	17,3%	6,1%
Madrid (Comunidad de)	69,7%	10,7%	13,5%	6,1%
Murcia (Región de)	60,9%	14,9%	15,1%	9,1%
Navarra (Comunidad Foral de)	64,6%	15,0%	11,6%	8,8%
País Vasco	65,7%	14,0%	12,1%	8,2%
La Rioja	64,8%	14,7%	14,9%	5,6%
Ceuta y Melilla	-	-	-	-

¹⁶⁴ Estadística de gasto sanitario público 2020: Principales resultados. [Enlace](#)

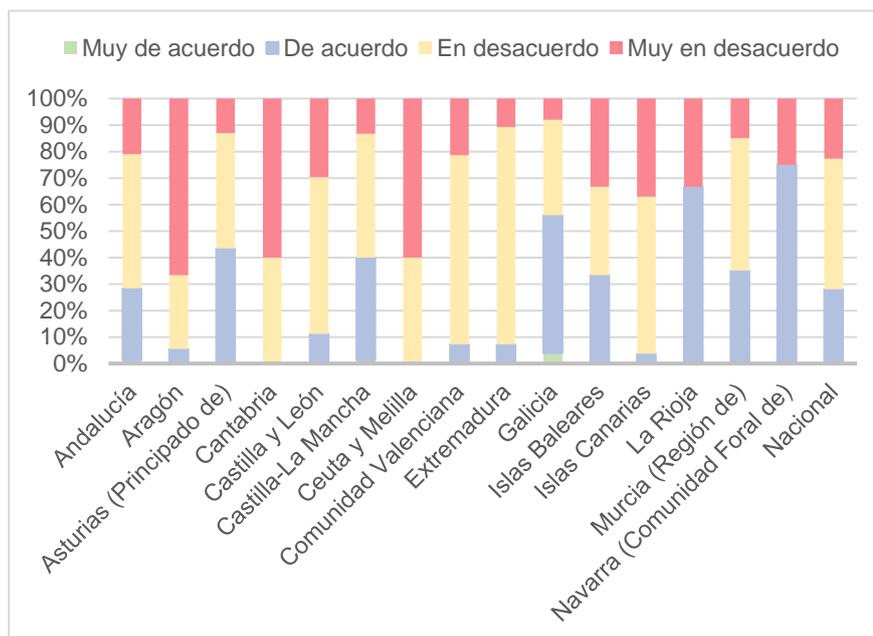
*Gasto en farmacia: se refiere exclusivamente al gasto financiado públicamente prescrito con receta desde AP. El gasto en farmacia hospitalaria está dentro del “gasto hospitalario”.

** Servicios de salud pública, Servicios colectivos de salud, Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos, Gasto de capital.

Se observa que el porcentaje medio a nivel nacional destinado a Atención Primaria respecto al total de gasto es del 14,3%. A nivel regional, se encuentran diferencias de hasta 7 puntos entre los valores máximo y mínimo (17,5% en Andalucía, y 10,7% en Madrid).

En el Gráfico 89 se muestran los resultados de la encuesta *online* I en cuanto a la percepción de los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria sobre la suficiencia presupuestaria de Atención Primaria. Se observa un desacuerdo generalizado, estando el 72% de los encuestados “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” sobre la afirmación “la asignación de los presupuestos de Atención Primaria es suficiente para poder ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad e igualdad, así como sostenibilidad”. Únicamente en tres territorios el grado “de acuerdo” o “muy de acuerdo” es superior al “desacuerdo” o “muy en desacuerdo”.

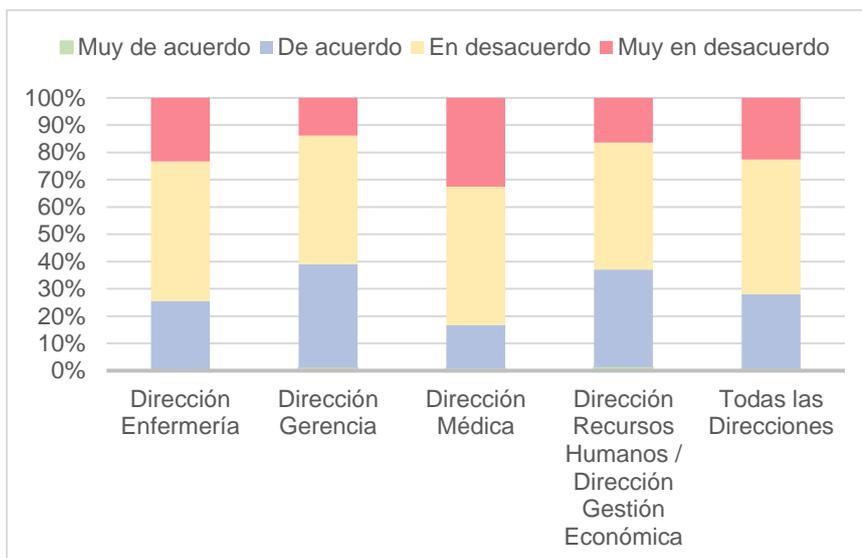
Gráfico 89. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo, por CC.AA.¹⁶⁵



Si se tiene en cuenta el tipo de perfil profesional de los encuestados, todos los perfiles muestran mayor grado de desacuerdo que de acuerdo, siendo la Dirección Médica el perfil con mayor grado de desacuerdo con esta afirmación (84% de los encuestados con perfil de Dirección Médica están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”), seguidos por Dirección de Enfermería (74%).

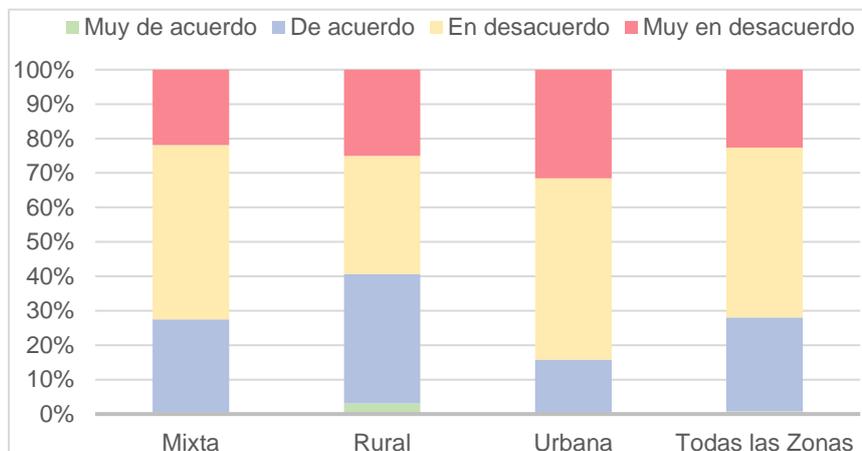
¹⁶⁵ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 90. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo por perfil profesional.¹⁶⁶



Atendiendo al tipo de zona donde trabajan los profesionales encuestados (rural, urbana o mixta), el grado de desacuerdo es mayor en zonas urbanas (84% “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”) respecto a zonas rurales (59%):

Gráfico 91. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).¹⁶⁷

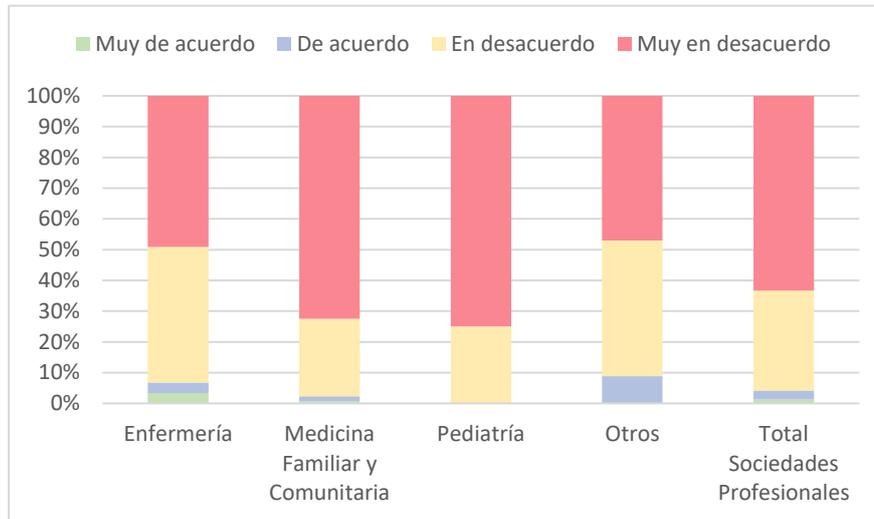


Se formuló la misma pregunta en la encuesta *online* II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes. Los resultados de las respuestas recogidas muestran que en el caso de las Sociedades Profesionales el grado de desacuerdo con esta afirmación asciende hasta el 96% (respuestas “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”). El 100% de los profesionales de Pediatría que han participado en la encuesta no están de acuerdo con esta afirmación.

¹⁶⁶ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

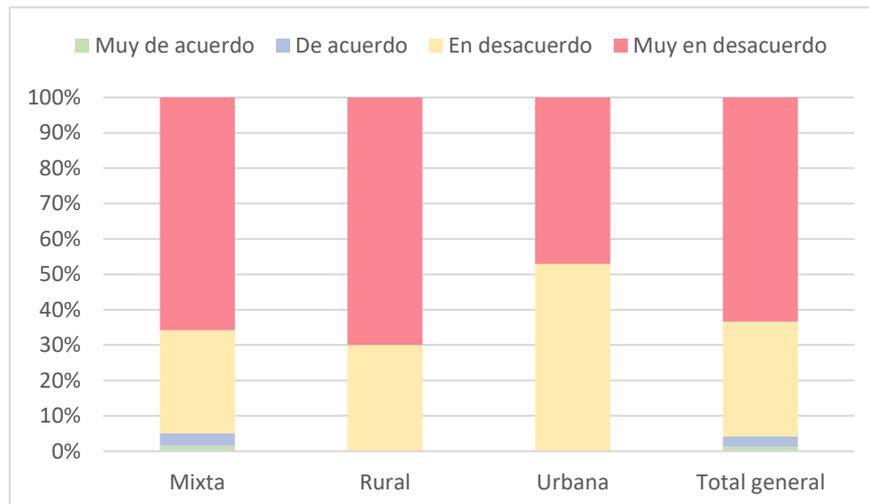
¹⁶⁷ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 92. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo, por agrupación profesional¹⁶⁸



Desagregando los resultados de las Sociedades Profesionales por zonas, se observa que el 100% de los profesionales de las zonas urbanas y rurales consideran que no es suficiente el presupuesto asignado a AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad y sostenibilidad. Tan sólo un 6% de los profesionales de las zonas mixtas están de acuerdo con dicha afirmación (respuestas “de acuerdo” y “muy de acuerdo”)

Gráfico 93. Suficiencia de la asignación de los presupuestos de AP para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad, y sostenibilidad, grado de acuerdo, por zona (rural/urbana/mixta)¹⁶⁹



¹⁶⁸ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

¹⁶⁹ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Las Asociaciones de Pacientes coinciden con los profesionales con competencias de gestión en AP y con las Sociedades Profesionales mostrando su desacuerdo con la afirmación.¹⁷⁰

4.5.2.2. *Conceptos incluidos en el presupuesto de Atención Primaria asignados por cada comunidad autónoma*

Se observa disparidad en la forma de elaborar los presupuestos de Atención Primaria en cada territorio, principalmente en un aspecto concreto: su independencia o integración con el presupuesto de otros niveles asistenciales. Así pues, encontramos dos tipos principales de presentación de presupuestos:

1. Presupuestos integrados con otros niveles asistenciales
2. Presupuestos de Atención Primaria independientes

En la Tabla 51 se presenta una clasificación de las comunidades autónomas en función de estos dos aspectos. Además, se presentan, en los casos en los que se ha obtenido información a través de la investigación documental y las entrevistas, aquellos conceptos (o capítulos) incluidos en los presupuestos. Se han detectado 7 conceptos diferentes en la composición de los presupuestos, no estando todos contemplados en cada CC.AA.:

1. Gastos de personal;
2. Gastos corrientes en bienes y servicios (productos sanitarios no farmacéuticos);
3. Gastos financieros;
4. Transferencias corrientes (productos farmacéuticos - reintegro de gastos de farmacia; reintegro de aportaciones farmacéuticas);
5. Fondo de contingencia;
6. Inversiones reales;
7. Transferencias de capital.

Tabla 51. Clasificación de CC.AA. en función de su presentación de presupuestos de Atención Primaria

Comunidades que presentan presupuestos integrados	
CCAA	Observaciones
Andalucía	<i>“La estructura del presupuesto del Servicio Andaluz de Salud no está diferenciada por niveles asistenciales. La información sobre los recursos económicos destinados a Atención Primaria se soporta en la Contabilidad Analítica”.</i>
Aragón	<i>“Se asigna presupuesto al sector sanitario (Atención Primaria y Atención Hospitalaria)”.</i>
Asturias (Principado de)	<i>“No hay diferenciación de presupuesto entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, por lo que no hay asignación expresa a Atención Primaria”</i>
Castilla-La Mancha	No hay observaciones.
Cataluña	<i>“Incluye principalmente Recursos Humanos, material de diagnóstico y de soporte e infraestructura”.</i>
Ceuta y Melilla	La asistencia sanitaria en su conjunto está financiada por el Ministerio a través de INGESA.

¹⁷⁰ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

Comunidades que presentan presupuestos integrados	
CCAA	Observaciones
Comunidad Valenciana	"Hay un presupuesto departamental y desde la gerencia se decide la distribución del presupuesto en función de las necesidades de cada Departamento".
Murcia (Región de)	"Hay un presupuesto común tanto para el ámbito hospitalario como para Atención Primaria".
País Vasco	"Presupuesto integrado para toda la OSI, establecido a través de contrato programa".

Comunidades que presentan presupuestos independientes	
CCAA	Observaciones
Islas Baleares	Incluye los capítulos de: Gastos de personal; Gastos corrientes en bienes y servicios; Gastos financieros; Transferencias corrientes; Fondo de contingencia; Inversiones reales; Transferencias de capital
Canarias	Incluye los capítulos de: Gastos de personal; Gastos corrientes de bienes y servicios; Gastos financieros; Transferencias corrientes; Inversiones reales; Transferencia de capital; Activos financieros; Pasivos financieros
Cantabria	Incluye los capítulos de: Gastos de personal; Gastos corrientes en bienes y servicios; Inversiones reales.
Castilla y León	Incluye los capítulos de: Gastos de personal; Gastos corrientes en bienes y servicios; Transferencias corrientes; Inversiones reales; Transferencias de capital; Activos financieros.
Extremadura	Incluye los capítulos de: Gastos de personal; Gastos corrientes en bienes y servicios; Transferencias corrientes; Inversiones.
Galicia	Incluye los capítulos de: Gastos de personal; Gastos en bienes y servicios; Transferencias corrientes; Fondo de contingencia; Inversiones reales; Transferencias de capital.
Madrid (Comunidad de)	Incluye los capítulos de: Transferencias corrientes; Gastos de personal; Gastos corrientes en bienes y servicios; Inversiones reales; Activos financieros.
Navarra (Comunidad Foral de)	Incluye los capítulos de: Gastos de personal; Gastos corrientes de bienes y servicios; Inversiones reales; Transferencias de capital.
La Rioja	Se incluye tanto a Atención Primaria como el servicio de emergencias extrahospitalaria. Incluyen los capítulos de: Gasto de personal; Gastos corrientes en bienes y servicios; Inversiones.

Destaca también la disparidad en la inclusión o no de las transferencias corrientes, principalmente basadas en el reintegro de los productos farmacéuticos. En algunos casos, esta partida depende de los libros de presupuestos de Atención Primaria, y en otros casos, de otros libros presupuestarios.

4.5.2.3. *Criterios empleados para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria dentro del presupuesto total sanitario de cada comunidad autónoma*

Mediante el análisis de los resultados de las entrevistas se han detectado dos tipos de respuestas generales en cuanto a los criterios para la determinación del presupuesto destinado a Atención Primaria:

1. En base al gasto histórico.
2. En función de las necesidades y prioridades de los órganos competentes en materia de elaboración de los presupuestos.

Es importante destacar que esta diferenciación no es excluyente, pudiendo darse ambos grupos de criterios en el establecimiento de los presupuestos en cada CCAA.

Únicamente se ha establecido para ordenar las respuestas obtenidas en las entrevistas.

En la Tabla 52 se presentan agrupadas las CC.AA. en función de su respuesta:

Tabla 52. Criterios empleados para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria.¹⁷¹

En base al gasto histórico	
CCAA	Observaciones
Andalucía	<i>“El criterio es garantizar la suficiencia financiera de los centros con base en el gasto histórico, actualizado con los incrementos obligados por ley (por ejemplo, la subida salarial de los funcionarios aprobada en los PGE) y los servicios nuevos o nuevas prestaciones”.</i>
Asturias (Principado de)	No hay observaciones
Islas Baleares	<i>“Suele establecerse en base al presupuesto del año anterior más un % del IPC”.</i>
Canarias	<i>“Se tienen en cuenta criterios históricos y los distintos planes y estrategias que van a desarrollar a través de los contratos”.</i>
Castilla-La Mancha	<i>“Según en el capítulo 1. De ahí se redirecciona a Atención Primaria, ya que Atención Primaria no tiene unos criterios concretos”.</i>
Cataluña	<i>“Se incrementa un % respecto al año anterior”.</i>
Extremadura	<i>“Se guían por el presupuesto del año anterior, en función de si se amplía algún servicio”.</i>
Murcia (Región de)	<i>“Se tiene en cuenta el presupuesto del año anterior además del suplemento que se considere necesario, teniendo siempre en cuenta factores como el PIB”.</i>
Navarra (Comunidad Foral de)	<i>“Los presupuestos del año anterior y las nuevas acciones que haya previstas en cuanto a personal e inversiones”.</i>
En función de las necesidades y prioridades	
CCAA	Observaciones
Aragón	<i>“Especialmente, necesidades de Personal, de infraestructuras e inversiones y de gasto corriente (fármacos, luz, gas...)”.</i>
Cantabria	<i>“El presupuesto se determina por el gobierno en función de las necesidades”.</i>
Castilla y León	<i>“La Gerencia Regional de Salud elabora los presupuestos en función de las necesidades y prioridades, y teniendo que garantizar la sostenibilidad de toda la actividad asistencial de la Gerencia Regional de Salud (Atención Primaria, atención Hospitalaria, atención sociosanitaria, prestación farmacéutica, emergencias, etc.)”.</i>
Comunidad Valenciana	<i>“Cada Departamento tiene sus propios criterios en función de las necesidades”.</i>
Galicia	<i>“Se determina en función de las obligaciones y compromisos que está previsto asumir a lo largo del ejercicio, (por ejemplo, gastos de personal, el presupuesto se asigna en función de las plazas dotadas, teniendo en cuenta las que se van a crear a lo largo del año, así como los incrementos retributivos previstos)”.</i>
Madrid (Comunidad de)	<i>“En muchos casos los fija la consejería de hacienda, en función de las memorias económicas. No es un histórico adicional a un porcentaje, sino que cada año se revisa y actualiza”.</i>
La Rioja	<i>“Se realiza en función a los incrementos del ejercicio previo (Subidas salariales, acuerdos de personal, etc.) y en base a la incorporación de nuevos proyectos, acciones o posibles líneas de mejora”.</i>

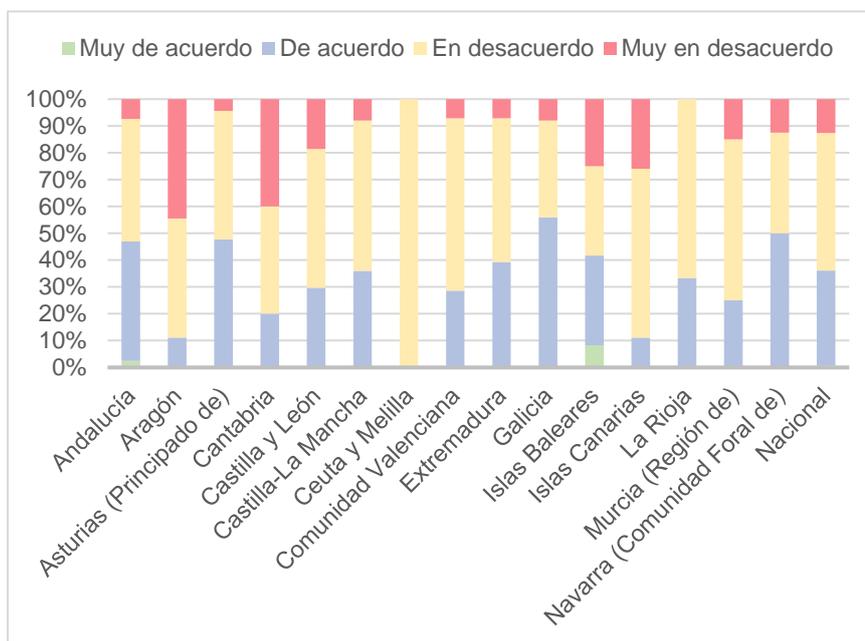
En el caso del País Vasco, no se han reportado criterios específicos. Respecto a Ceuta y Melilla, se declara que los presupuestos de Asistencia Sanitaria (Primaria y

¹⁷¹ Fuente: entrevistas a los RSWG

Hospitalaria) vienen dados por los servicios centrales (INGESA), por lo que las ciudades autónomas no tienen competencias en su elaboración. Únicamente tienen competencias en materia de Salud Pública.

En relación con la encuesta *online I*, y respecto a la apreciación de los territorios en cuanto a si los criterios que se utilizan para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria dentro del presupuesto total sanitario de la comunidad autónoma son claros y explícitos, se observa un grado generalizado de desacuerdo (un 64% a nivel nacional), excepto en dos territorios, en los que el grado de acuerdo (suma de “de acuerdo” y “muy de acuerdo”) es igual o superior al 50%:

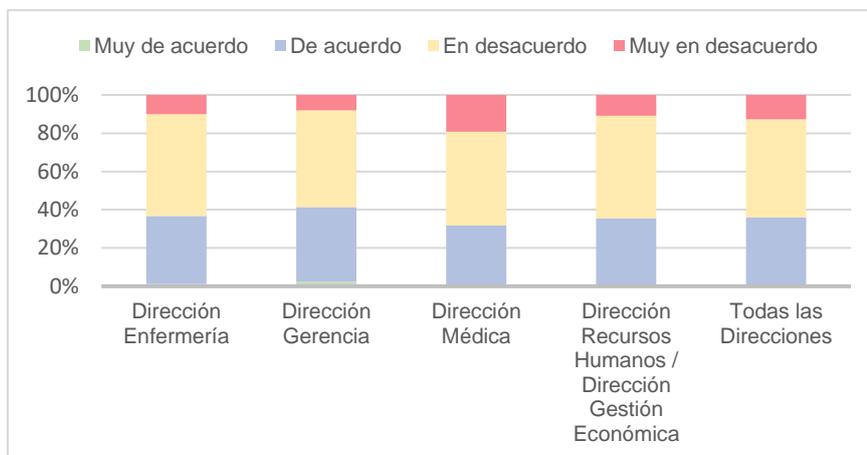
Gráfico 94. Claridad y explicitud de los criterios que se utilizan para determinar el presupuesto destinado a AP, grado de acuerdo por CC.AA.¹⁷²



Indistintamente del tipo de perfil profesional de los profesionales con competencias de gestión en AP que han participado en la encuesta, todas las opiniones son de desacuerdo respecto a la claridad y explicitud de los criterios que se utilizan para determinar el presupuesto destinado a AP. El porcentaje de desacuerdo (suma de “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”) oscila entre el 59% y el 68% según perfil.

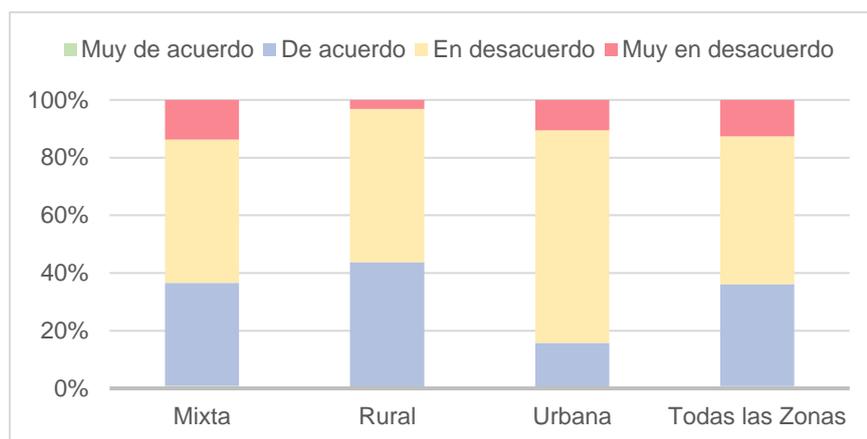
¹⁷² Fuente: encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 95. Claridad y explicitud de los criterios que se utilizan para determinar el presupuesto destinado a AP, grado de acuerdo por perfil profesional.¹⁷³



Respecto al tipo de zona, también se observa en todos los casos que el grado de desacuerdo es mayor al de acuerdo, siendo este desacuerdo mayor en profesionales que trabajan en zonas urbanas (85%) que los que trabajan en zonas rurales (56%).

Gráfico 96. Claridad y explicitud de los criterios que se utilizan para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria, grado de acuerdo por tipo de zona (rural/urbana/mixta)¹⁷⁴

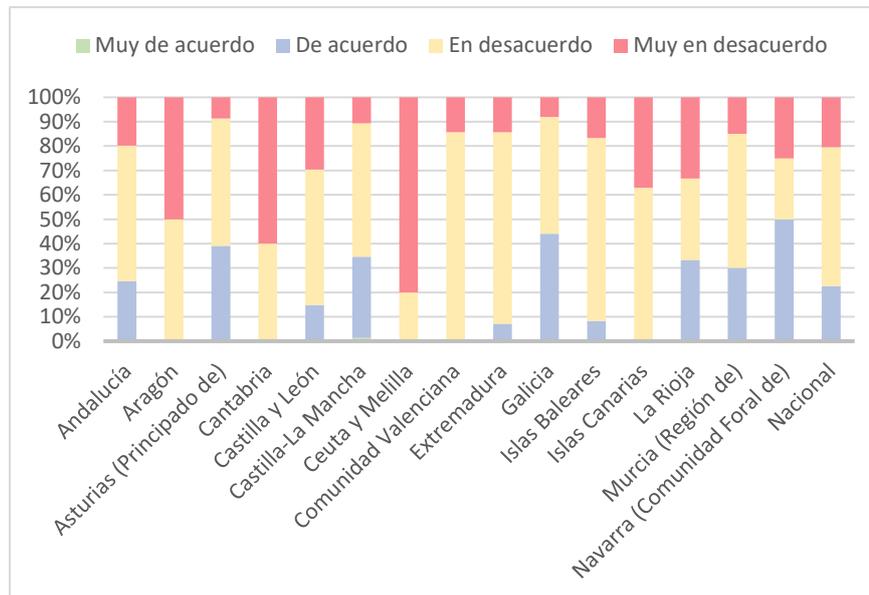


Respecto a si los criterios utilizados para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria son adecuados a las necesidades actuales de la población, de la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP, se extrae que no son adecuados en ningún territorio excepto en dos, donde la opinión está dividida, en el primero el 44% de los encuestados en este territorio que están “de acuerdo” o “muy de acuerdo” y el 56% que está “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”, en el segundo la opinión está dividida al 50%.

¹⁷³ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

¹⁷⁴ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 97. Adecuación a las necesidades actuales de la población de los criterios utilizados para determinar el presupuesto destinado a AP, grado de acuerdo por CC.AA.¹⁷⁵



De la misma forma, los resultados de la encuesta *online* I ordenados por perfil profesional y por tipo de zona son similares en cuanto a la disconformidad sobre la adecuación de los presupuestos a las necesidades de la población, siendo mayor el desacuerdo en profesionales que trabajan en zonas urbanas (90% de los profesionales que trabajan en zonas urbanas declara estar “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”) respecto al 59% de los profesionales que trabajan en zonas rurales.

¹⁷⁵ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 98. Adecuación a las necesidades actuales de la población de los criterios utilizados para determinar el presupuesto destinado a AP, grado de acuerdo por perfil profesional.¹⁷⁶

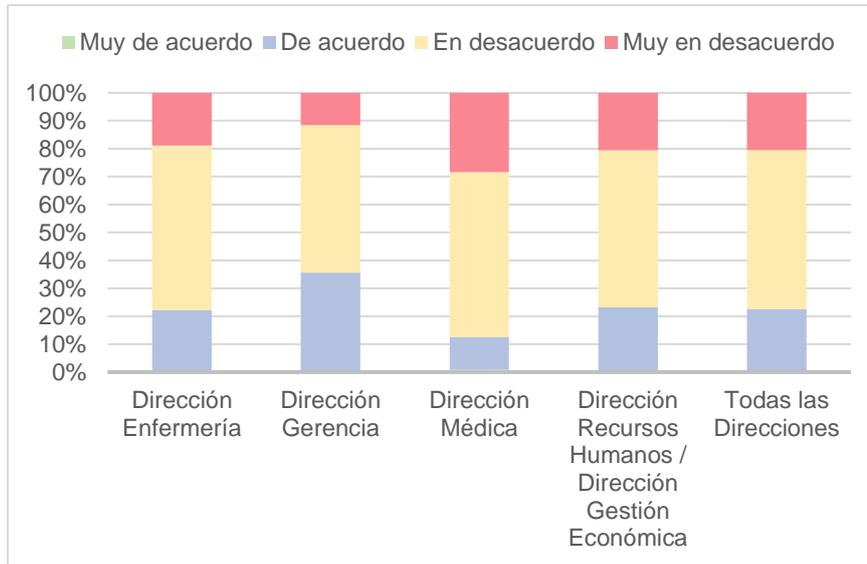
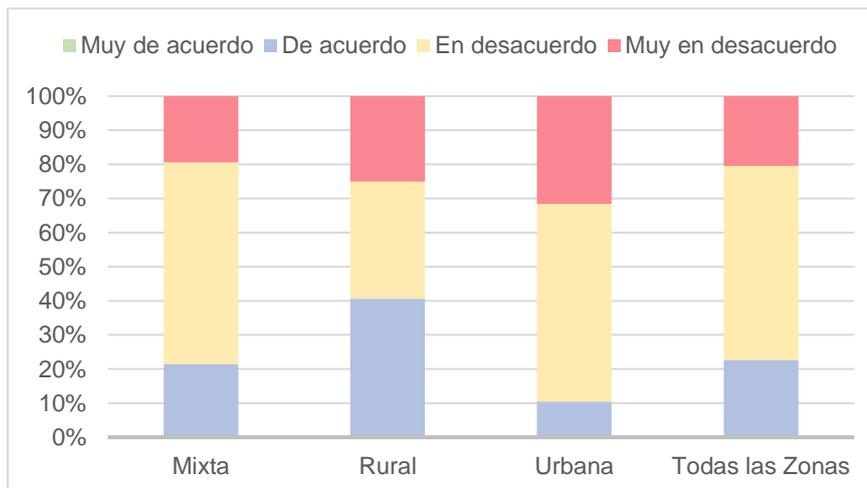


Gráfico 99. Adecuación a las necesidades actuales de la población de los criterios utilizados para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria, grado de acuerdo por zona (rural/mixta/urbana).¹⁷⁷



4.5.2.4. Objetivos presupuestarios futuros de Atención Primaria en cada comunidad autónoma

De forma general, prácticamente todas las CC.AA. declaran en las entrevistas que tienen objetivos fijados para el incremento (o como mínimo mantenimiento) de las partidas destinadas a la Atención Primaria. Esta se considera una acción necesaria para situar la Atención Primaria en el centro de la asistencia sanitaria. No obstante, no se explicitan cifras en términos absolutos o porcentuales concretas de los aumentos previstos, salvo en un territorio (del 9%).

¹⁷⁶ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

¹⁷⁷ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

En la Tabla 53 se recogen de forma resumida los objetivos concretos por cada territorio:

Tabla 53. *Objetivos presupuestarios futuros de Atención Primaria en cada comunidad autónoma.*¹⁷⁸

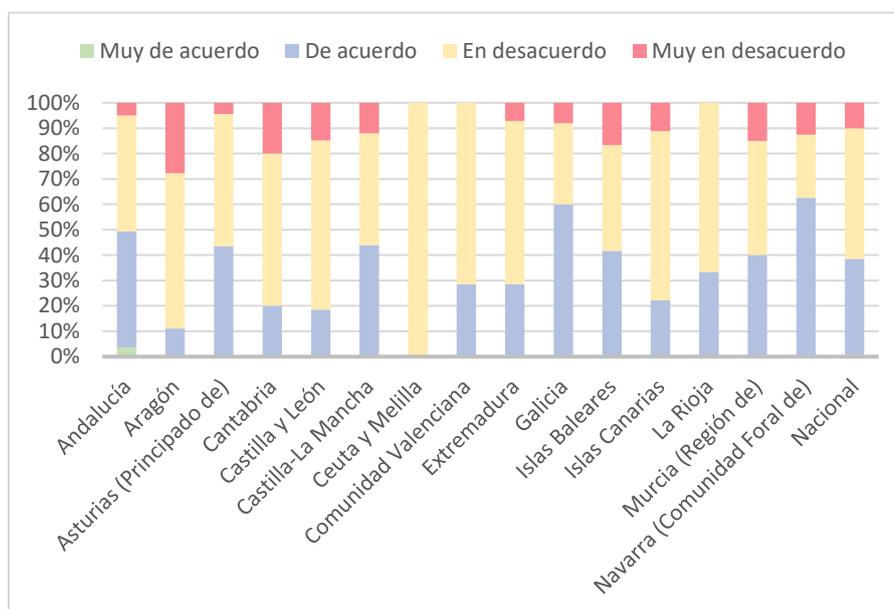
Comunidad autónoma	Estructura
Andalucía	<i>“Proyecto de Ley de Presupuesto de la CCAA Andaluza para 2022 remitido al Parlamento (pendiente de aprobación): crecimiento superior al 9%. Respecto al anterior presupuesto. En concreto, se contempla para Atención Primaria: 1. La adecuación salarial de la enfermería de primaria a la hospitalaria. 2. La ampliación de la atención continuada en primaria”</i>
Aragón	<i>No se ha obtenido información.</i>
Asturias (Principado de)	<i>“El objetivo que se ha fijado es que el Capítulo 1 en Atención Primaria alcance como mínimo el 25% respecto al Capítulo 1 del presupuesto global del sistema de salud”.</i>
Islas Baleares	<i>“Crecimiento presupuestario progresivo”.</i>
Canarias	<i>“El objetivo es aumentar el presupuesto hasta el 25%”.</i>
Cantabria	<i>“Incremento de presupuesto para la mejora de la formación, mayor captación de recursos humanos y conseguir un aumento de estructura”.</i>
Castilla y León	<i>“Cuentan con presupuestos prorrogados desde 2021. Están pendientes de lo que marque la Consejería de Economía y Hacienda”.</i>
Castilla-La Mancha	<i>“Situación de la Atención Primaria de forma estable en el 25% del total del presupuesto. Durante la pandemia llegó a alcanzar el 28%, ya que se contrató mucho personal, rastreadores principalmente”.</i>
Cataluña	<i>“El objetivo es aumentar el presupuesto hasta el 25%”.</i>
Comunidad Valenciana	<i>“Aumentar el presupuesto de Atención Primaria hasta el 25% a lo largo de 4 años. Entre este año y el siguiente se va a invertir cerca del 20% en la construcción y remodelación de centros”.</i>
Extremadura	<i>“En base al plan de acción que están desarrollando, tiene que haber un incremento presupuestario, ya que hay muchos proyectos que se presentan para llevar a cabo, por lo que habrá que darles dotación presupuestaria”.</i>
Galicia	<i>“Se declara una apuesta decidida de Galicia por la mejora de la Atención Primaria, mediante mayores dotaciones de presupuesto. El incremento experimentado en el presupuesto de Atención Primaria del año 2018 al 2022 es de un 14,45%”</i>
Madrid (Comunidad de)	<i>“Aumentar, o como mínimo mantener, las cifras de 2022”.</i>
Murcia (Región de)	<i>“Incrementar el presupuesto a Atención Primaria”.</i>
Navarra (Comunidad Foral de)	<i>“No hay un objetivo marcado, aunque se está trabajando sobre todo el incremento de personal, lo que implicará incremento en el presupuesto”.</i>
País Vasco	<i>“No hay un objetivo establecido, sino una estrategia de aumento. Independientemente de la estrategia, dado que los presupuestos en el País Vasco se asignan en función de la recaudación, no se puede prever si van a ser expansivos o si van a mantenerse en el próximo año”.</i>
La Rioja	<i>“Mantener las cifras que se están destinando a Atención Primaria, pues se considera que están bien dimensionadas”.</i>

¹⁷⁸ Fuente: entrevistas a los RSWG

Comunidad autónoma	Estructura
Ceuta y Melilla	"No hay un objetivo determinado pues depende de los servicios centrales".

El análisis de la encuesta *online* I sobre el grado de acuerdo con la afirmación "los objetivos presupuestarios presentes y futuros de Atención Primaria en su comunidad autónoma son claros" muestra que 13 de los 15 territorios que han participado en la encuesta, están "en desacuerdo" o "muy en desacuerdo" con dicha afirmación:

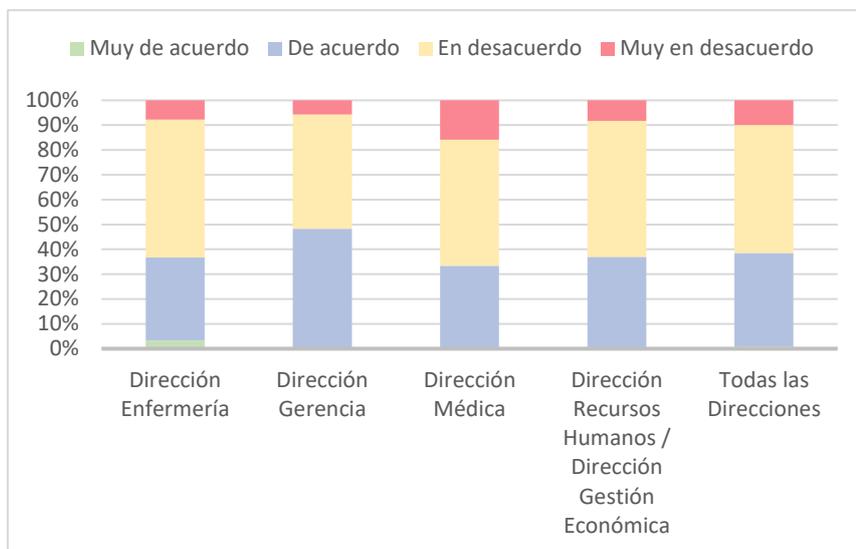
Gráfico 100. Claridad de los objetivos presupuestarios presentes y futuros, grado de acuerdo por CC.AA.¹⁷⁹



Si tenemos en cuenta la opinión según el perfil profesional, es en las Direcciones de Gerencia donde mayores opiniones positivas se encuentran, no obstante, todos los perfiles profesionales muestran más de un 50% de respuestas "en desacuerdo" o "muy en desacuerdo".

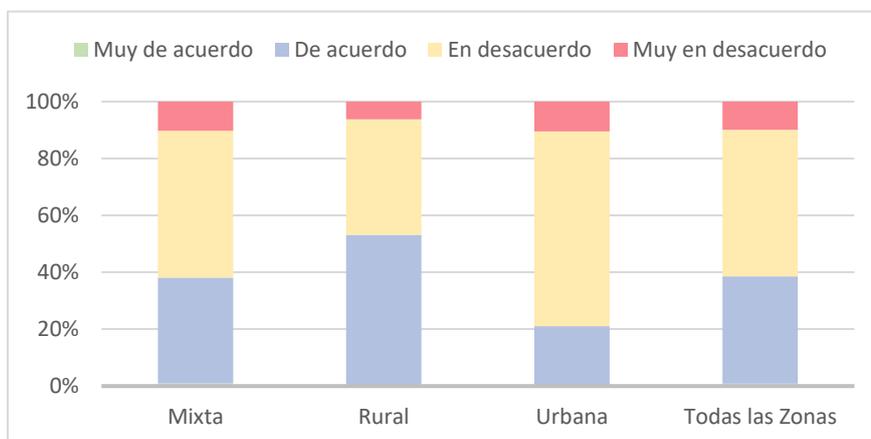
¹⁷⁹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 101. Claridad de los objetivos presupuestarios presentes y futuros de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.¹⁸⁰



Únicamente en las zonas rurales hay más de un 50% de profesionales con competencias de gestión en AP que indica que los objetivos presupuestarios son claros (53%), en las zonas mixtas y urbanas el 62% y el 79% respectivamente muestran su disconformidad con la afirmación (“en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”):

Gráfico 102. Claridad de los objetivos presupuestarios presentes y futuros de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).¹⁸¹



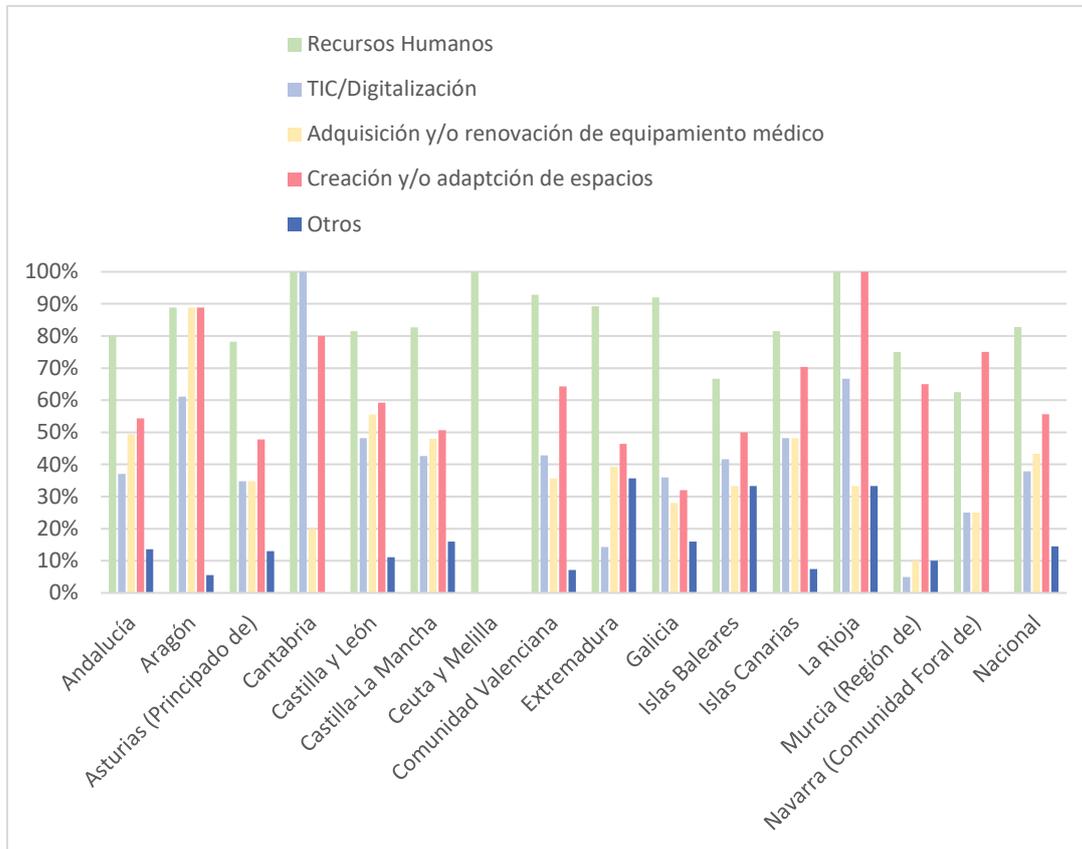
Sobre cuáles han de ser las prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, los profesionales con competencias de gestión en AP han indicado una clara necesidad de financiación en el área de Recursos Humanos en todos los territorios: de media, el 83% de los encuestados considera que es una prioridad presupuestaria. En segundo lugar, se sitúa la creación y/o adaptación de los espacios físicos, siendo una prioridad para el 56% de los encuestados. La adquisición y/o renovación de equipamiento médico, así como la inversión en TIC/digitalización son

¹⁸⁰ Fuente: encuesta *online* | a profesionales con competencias de gestión en AP

¹⁸¹ Fuente: encuesta *online* | a profesionales con competencias de gestión en AP

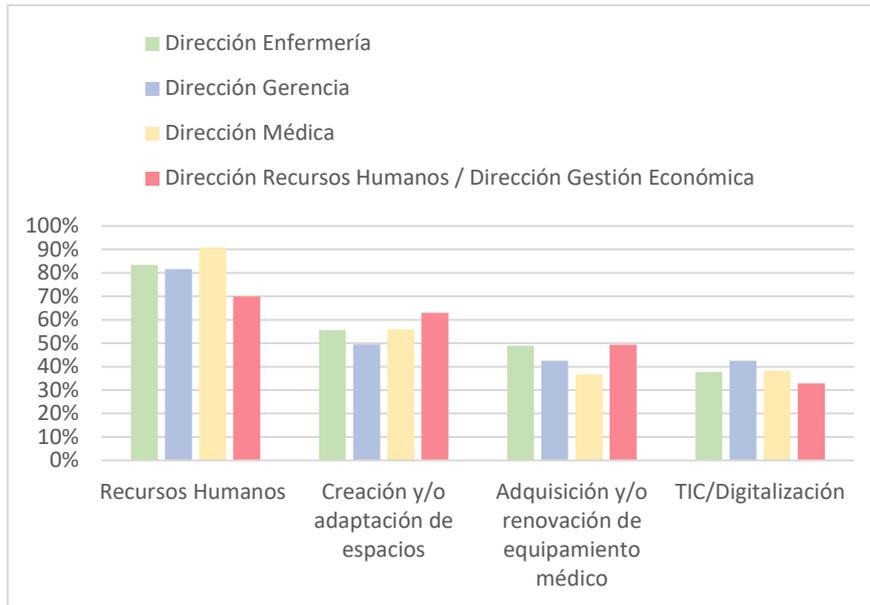
la tercera y cuarta prioridad en términos medios (mencionados por el 43% y 38% de los encuestados, respectivamente).

Gráfico 103. - Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por CC.AA.¹⁸²

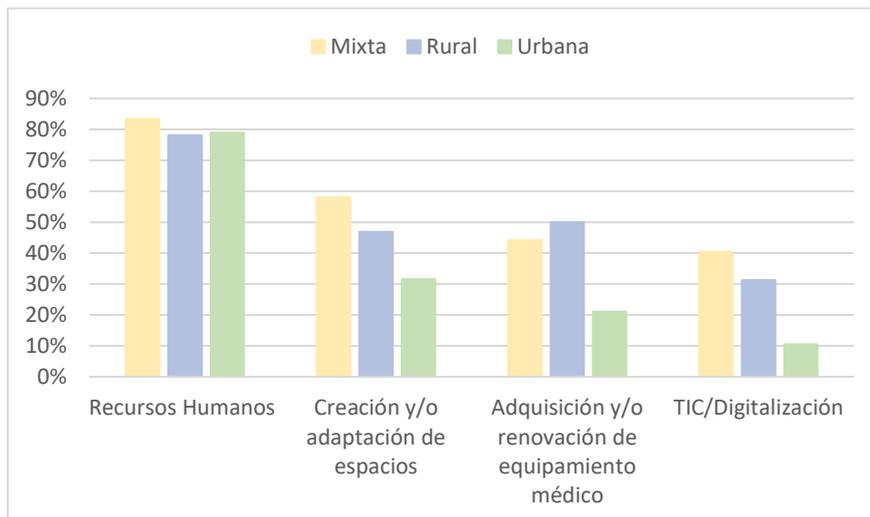


Al analizar los resultados de la encuesta *online* I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP por perfil profesional se observa que los profesionales de las Direcciones Médicas son los que priorizan en mayor proporción los Recursos Humanos (91%).

¹⁸² Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 104. Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por perfil profesional¹⁸³

Por tipología de zonas se observa que los profesionales con competencias de gestión en AP de las zonas urbanas opinan en menor porcentaje que la creación y /o adaptación de espacios, la adquisición y/ renovación de equipamiento médico y las TIC sean prioridades de financiación en los próximos 2 a 5 ejercicios en comparación con las zonas rurales y mixtas.

Gráfico 105. Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por zona (rural/urbana/mixta)¹⁸⁴

Al analizar los resultados obtenidos de las Sociedades Profesionales, se observa que estas coinciden en que la mayor prioridad de financiación son los Recursos Humanos

¹⁸³ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

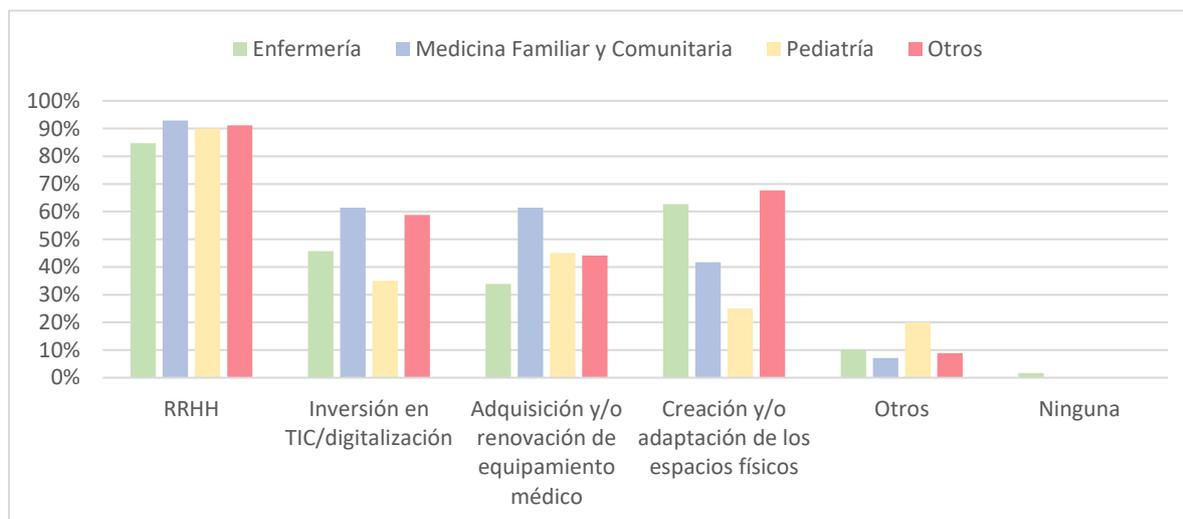
¹⁸⁴ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

(un 90% de los encuestados considera los Recursos Humanos una prioridad), sin embargo, el resto de las prioridades varía.

Mientras que un 38% de los profesionales con competencias de gestión en AP consideraba la inversión en TIC/digitalización una prioridad, en el caso de las Sociedades Profesionales este porcentaje asciende al 55%.

Además, un 9% de los miembros de las Sociedades Profesionales han indicado “Otros”, en los que se incluye, principalmente, mayor dotación para formación de los profesionales.

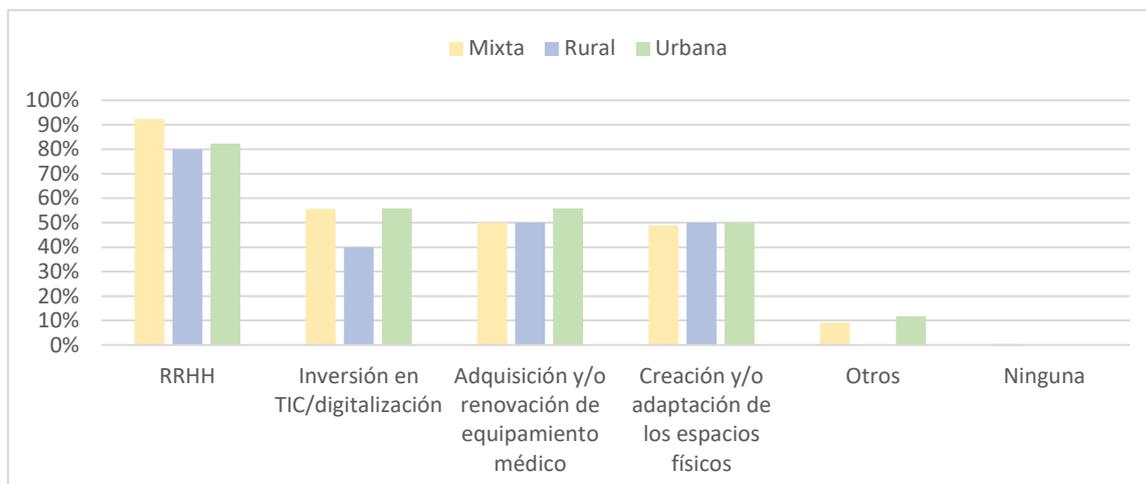
Gráfico 106. Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por agrupación profesional¹⁸⁵



En cuanto al análisis de la encuesta *online II* por zonas (mixta/rural/urbana) se observa homogeneidad en las respuestas de las Sociedades Profesionales de las diferentes zonas.

¹⁸⁵ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Gráfico 107. Prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios, por zona (rural/urbana/mixta)¹⁸⁶



Por su parte, las Asociaciones de Pacientes han indicado como prioridades los Recursos Humanos y la Inversión en TIC/digitalización, seguidos de la adquisición y/o renovación de equipamiento médico. En la opción de texto libre “Otros” han indicado, además, la “atención y abordaje a la cronicidad” y “recursos para nuevos modelos asistenciales que optimicen o mejoren la calidad del servicio”.¹⁸⁷

¹⁸⁶ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

¹⁸⁷ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

4.6. Infraestructura y equipamiento

4.6.1. Síntesis y aspectos clave

Existe regulación nacional sobre las bases generales de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre) así como regulación autonómica, donde se encuentran los requisitos técnicos que han de tener todos centros de salud de Atención Primaria.

Dos tercios de las comunidades autónomas declaran tener un plan de mantenimiento de la infraestructura de los centros y consultorios locales. La periodicidad de actualización de estos planes es dispar, pudiendo ser anual, plurianual, o no tener una periodicidad establecida.

En términos generales, las comunidades autónomas consideran que la infraestructura disponible en los centros disponible sí permite llevar a cabo las prestaciones contempladas en la actual Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria. No obstante, la mayoría de los territorios (14 de 18) considera que son necesarias adaptaciones para hacer frente a diversos retos presentes y futuros, algunos ya previstos en las nuevas carteras de servicios a implantar.

De forma generalizada, las necesidades de equipamiento se establecen de forma dual según:

- 1) las peticiones de los centros en base a obsolescencia del equipamiento
- 2) las estrategias territoriales en función de los cambios en la cartera de servicios de la comunidad autónoma.

Los criterios principales empleados para la renovación del equipamiento son 4:

- 1) antigüedad
- 2) reposición por avería o extravío
- 3) obsolescencia
- 4) adquisiciones de equipamiento debido a decisiones de inclusión de nuevas prestaciones.

Tanto los profesionales con competencias de gestión en AP como las Sociedades Profesionales opinan que la infraestructura de los centros de Atención Primaria no se encuentra en buen estado.

La mayoría de los territorios (16 de 18) cuentan con un plan establecido de renovación de equipamientos, siendo la periodicidad de su renovación variable según territorio.

No todas las comunidades autónomas declaran disponer de planes de mantenimiento del equipamiento de Atención Primaria (aproximadamente la mitad); sin embargo, la gran mayoría de los territorios (17 de 18) sí dispone de inventario del equipamiento.

En lo que respecta al equipamiento tecnológico de los centros de Atención Primaria, este se encuentra en buen estado, bien habiendo sido actualizado recientemente,

bien existiendo planes de actualización que están siendo ejecutados, bien dándose reemplazos anuales según obsolescencia declarada.

El desarrollo de los sistemas de información de Atención Primaria en lo que respecta a la integración de la historia clínica electrónica son dispares en función del territorio, habiendo dos categorías principales: 1) Historia Electrónica Única compartida entre los distintos niveles asistenciales; 2) Historia Electrónica exclusiva de Atención Primaria.

Excepto Ceuta y Melilla, todos los territorios declaran disponer de un portal digital dedicado a los pacientes.

Todas las comunidades autónomas consideran que sí existe coherencia entre la dotación en equipamiento y la cartera de servicios de Atención Primaria, con ciertas salvedades que implican una potencial adaptación futura, que incluya no sólo la mejora en la dotación de equipamiento sino también en la formación en su uso.

Los recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años según la opinión de los profesionales encuestados es (ordenados de mayor a menor importancia):

- 1) creación y/o adaptación de los espacios físicos.
- 2) inversión en Recursos TIC para los centros.
- 3) adquisición y/o renovación de equipamiento médico.
- 4) inversión en recursos TIC para el sistema de salud.

4.6.2. Resultados generales

4.6.2.1. Regulación

A nivel nacional, la regulación para la aprobación de los centros sanitarios está recogida en el [Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre](#), por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En el artículo 3, “Bases generales de autorización”, se especifica que serán las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas las que “autorizarán la instalación, el funcionamiento, la modificación y, en su caso, el cierre de todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios ubicados en su ámbito territorial”.

En el Artículo 4, “Requisitos de los centros, servicios y establecimientos sanitarios”, se especifica que “los requisitos mínimos podrán ser complementados en cada comunidad autónoma por la Administración sanitaria correspondiente para los centros, servicios y establecimientos sanitarios de su ámbito”.

En la Tabla 54 se presenta la regulación autonómica existente respecto a los requisitos técnicos de todos centros de salud de atención primaria:

Tabla 54. Regulación autonómica respecto a los requisitos y autorización de los centros de salud de Atención Primaria.

Comunidad autónoma	Regulación autonómica respecto a los requisitos y autorización de los centros de salud de Atención Primaria
Andalucía	Decreto 69/2008, de 26 de febrero , por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
Aragón	Decreto 106/2004, de 27 de abril , por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón Orden de 12 de abril de 2007 , por la que se regulan los requisitos mínimos para la autorización de centros y servicios sanitarios en la comunidad autónoma de Aragón
Asturias (Principado de)	Decreto 55/2014, de 28 de mayo , por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios
Islas Baleares	Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo, de 3 de diciembre de 1996 , por la que se establecen las condiciones y los requisitos técnicos de funcionamiento de los centros de salud y de los consultorios de profesionales sanitarios
Canarias	Resolución de la Directora del Servicio Canario de la Salud, de 25 de enero de 2013 , por la que se publican criterios técnicos relativos a requisitos mínimos
Cantabria	Orden san/48/2018, de 4 de junio , por la que se establecen los requisitos técnico-sanitarios de los centros proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento y de los servicios sanitarios integrados en organizaciones no sanitarias
Castilla y León	Orden San/1694/2006, de 16 de octubre , por la que se establecen los requisitos técnicos y las condiciones mínimas exigibles a los proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento y a los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria
Castilla-La Mancha	Ley 8/200, de 30/11/2000 , de ordenación sanitaria de Castilla-La Mancha
Cataluña	Decreto 151/2017, de 17 de octubre , por el que se establecen los requisitos y garantías técnico-sanitarias comunes de los centros y servicios sanitarios y los procedimientos para su autorización y registro
Comunidad Valenciana	Orden 7/2017, de 28 de agosto de 2017 , de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública por la que se desarrolla el Decreto 157/2014, de 3 de octubre, por el que se establecen las autorizaciones sanitarias y se actualizan, crean y organizan los registros de ordenación sanitaria de la Conselleria de Sanidad
Extremadura	Decreto 2/2022, de 12 de enero , sobre procedimientos de autorización administrativa y requisitos mínimos de personal, de infraestructura, equipamiento y actividad de centros, establecimientos y servicios sanitarios
Galicia	Decreto 12/2009, de 8 de enero , por el que se regula la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios
Madrid (Comunidad de)	Orden 1158/2018, de 7 de noviembre , del Consejero de Sanidad, por la que se regulan los requisitos técnicos generales y específicos de los centros y servicios sanitarios sin internamiento, de los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria y de la asistencia sanitaria prestada por profesionales sanitarios a domicilio en la Comunidad de Madrid
Murcia (Región de)	Decreto 73/2004, de dos de julio , por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales
Navarra (Comunidad Foral de)	Orden Foral 37/1999, de 12 de febrero , del Consejero de Salud, por la que se establecen los requisitos técnico-sanitarios mínimos para las autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios sin internamiento
País Vasco	Decreto 31/2006, de 21 de febrero , de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios

Comunidad autónoma	Regulación autonómica respecto a los requisitos y autorización de los centros de salud de Atención Primaria
La Rioja	Decreto 80/2009, de 18 de diciembre , por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios
Ceuta y Melilla	Reglamento Regulador de los Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios . ciudad autónoma de Ceuta. Anexo I : Requisitos técnico-sanitarios mínimos para las autorizaciones de centros, servicios o establecimientos sanitarios sin internamiento. ciudad autónoma de Melilla

En términos generales, estas regulaciones recogen aspectos relacionados con los requisitos sobre la disposición de los espacios físicos / barreras arquitectónicas y el equipamiento sanitario mínimo. También puede encontrarse regulación específica respecto a limpieza, desinfección y esterilización, personal, documentación clínica, gestión de residuos sanitarios, o seguridad de las instalaciones.

4.6.2.2. Recursos estructurales, materiales y tecnológicos

Se entiende por recursos estructurales en materia de atención primaria la cantidad de centros de salud y consultorios locales en funcionamiento de los que dispone una comunidad autónoma. Así pues, en la Tabla 55 puede consultarse el número de centros de Atención Primaria y consultorios locales en cada territorio a 31 de diciembre de 2020, según la base de datos SIAP:

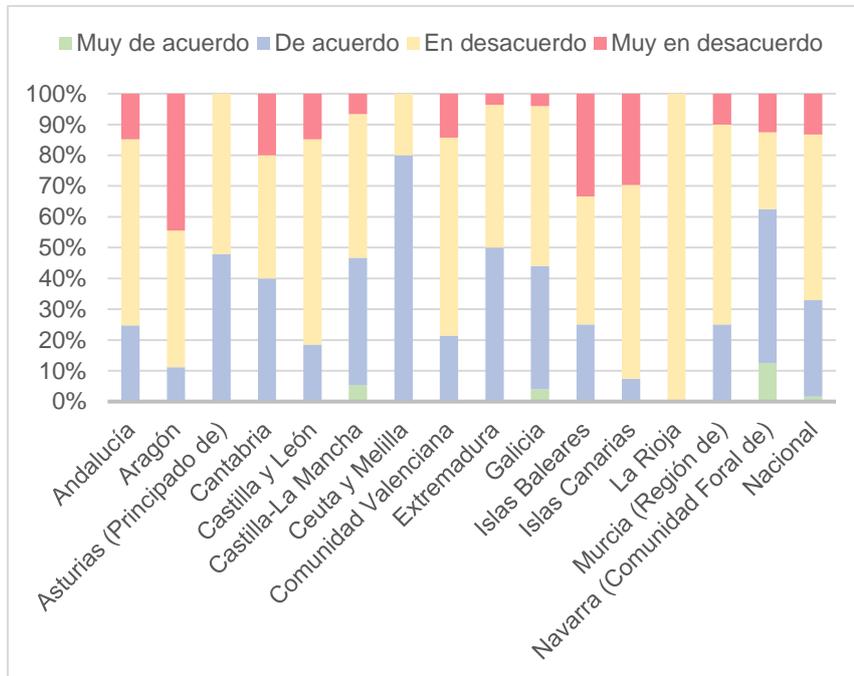
Tabla 55. Centros de Atención Primaria y consultorios locales por CC.AA., 2020

Comunidad autónoma	Centros de Salud	Consultorios locales
Andalucía	407	1.110
Aragón	118	873
Asturias (Principado de)	69	144
Islas Baleares	59	104
Canarias	107	156
Cantabria	42	124
Castilla y León	36	412
Castilla-La Mancha	32	245
Cataluña	419	793
Comunidad Valenciana	283	600
Extremadura	111	416
Galicia	397	67
Madrid (Comunidad de)	262	156
Murcia (Región de)	85	180
Navarra (Comunidad Foral de)	59	237
País Vasco	159	166
La Rioja	20	174
Ceuta y Melilla	7	0
Total	3.054	10.078

Los resultados de la encuesta *online* I muestran, de acuerdo con los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados, que la infraestructura de los centros de AP no está en buen estado. En efecto, el 67% de los profesionales encuestados declararon estar “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la

afirmación “la infraestructura de los centros de Atención Primaria se encuentra en buen estado”:

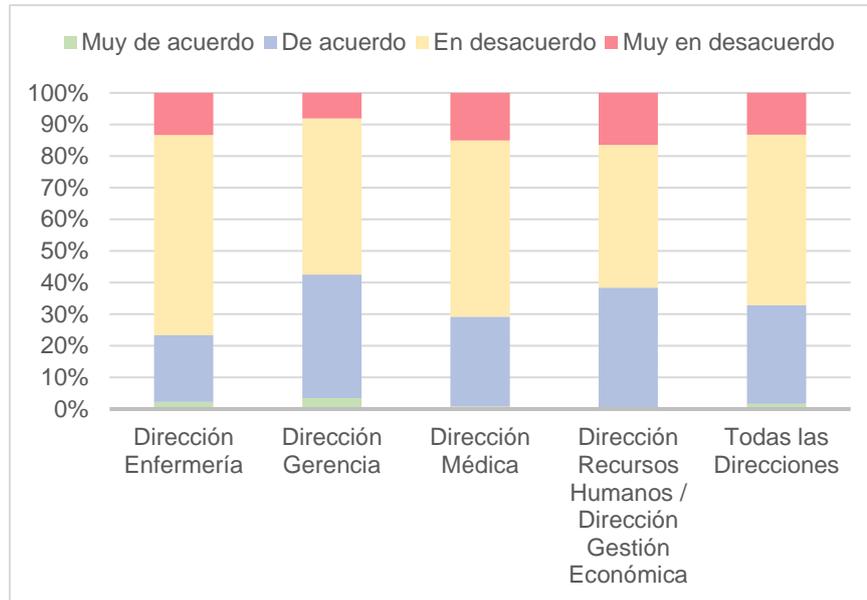
Gráfico 108. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo por CC.AA.¹⁸⁸



Por perfil profesional, la apreciación es parecida, siendo mayor el grado de desacuerdo con la afirmación los profesionales de Dirección de Enfermería (76% “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”) y los de Dirección Médica (71%):

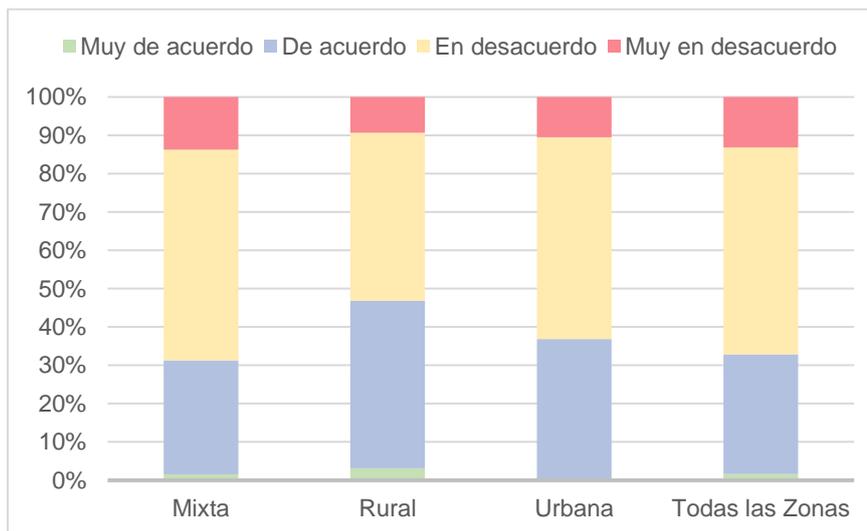
¹⁸⁸ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 109. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.¹⁸⁹



Respecto al tipo de zona, los profesionales con competencias de gestión en AP que trabajan en zonas rurales son los que mejor consideración tienen en cuanto al estado de la infraestructura (un 47% opina que la infraestructura es adecuada), aun siendo más de la mitad (un 53%) negativas:

Gráfico 110. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)¹⁹⁰



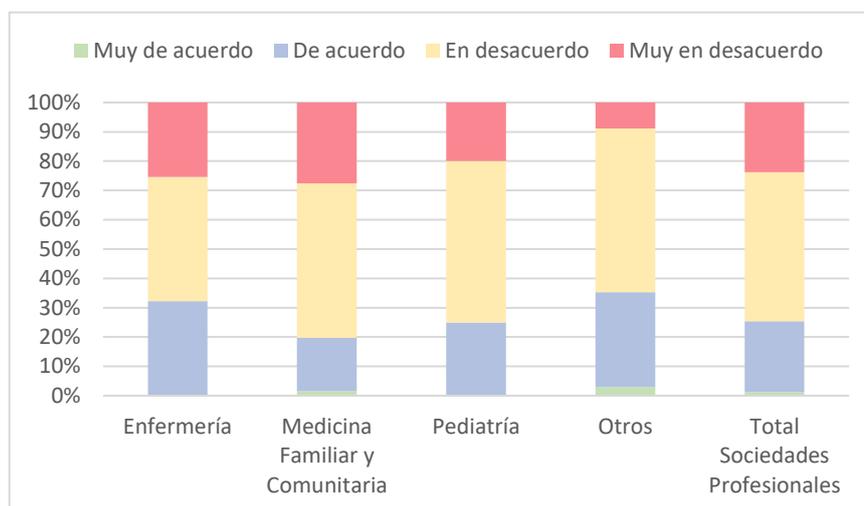
Se realizó la misma pregunta en el caso de la encuesta *online* II para conocer la percepción de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes. El 75% de los miembros de las Sociedades Profesionales mostraron su disconformidad con la

¹⁸⁹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

¹⁹⁰ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

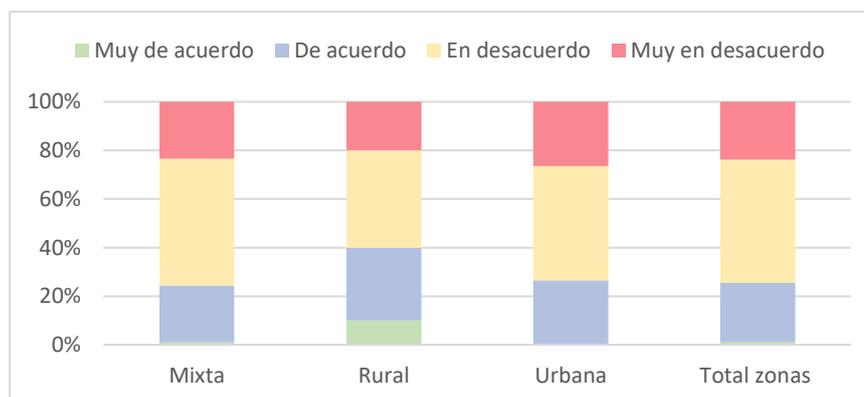
afirmación, 8 puntos porcentuales por encima de las apreciaciones de los profesionales con competencias de gestión en AP.

Gráfico 111. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo, por agrupación profesional¹⁹¹



Desagregando los resultados de las Sociedades Profesionales por zonas (mixta/rural/urbana), se observa que los profesionales de las zonas rurales son los que menos disconformidad muestran con la afirmación, un 60% de las respuestas “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” frente al 76% y 74% de las zonas mixtas y urbanas respectivamente.

Gráfico 112. Buen estado de la infraestructura de los centros de AP, grado de acuerdo, por zonas (mixta/rural/urbana)¹⁹²



4.6.2.3. Infraestructura de los centros y consultorios locales de Atención Primaria

4.6.2.3.1. Plan de mantenimiento y periodicidad de actualización

Dos tercios de los territorios (12 de 18) declaran a través de las entrevistas realizadas a los RSWG tener un plan de mantenimiento de la infraestructura de los centros y

¹⁹¹ Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

¹⁹² Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

consultorios locales. La periodicidad de actualización de estos planes es dispar, pudiendo ser anual, plurianual, o no tener una periodicidad establecida. En algunos casos, no se ha declarado la periodicidad de la actualización. En la Tabla 56 se detallan las particularidades de cada territorio respecto al Plan de mantenimiento, ordenado según periodicidad de actualización:

Tabla 56. Plan de mantenimiento y periodicidad de actualización por CC.AA.¹⁹³

Periodicidad	Comunidad autónoma	Observaciones
Anual	Comunidad Valenciana	<i>"Hay dos modalidades de mantenimiento: 1) Hay un Plan de Renovación de los centros propios de la Generalitat. En el 2022-2023 va a haber una actuación sobre 50 centros de salud de reforma o nueva construcción. 2) Por otro lado, cuentan con el PIAC, un plan de subvención para intervención arquitectónica en locales destinados a prestación de asistencia sanitaria en municipios de la Comunidad Valenciana que se realiza cada año. Aquellos centros cuyo mantenimiento depende de los ayuntamientos pueden solicitar ayudas a la Consejería para mejorar las instalaciones".</i>
	Cataluña	<i>"Anualmente o según las emergencias que haya"</i>
	Madrid (Comunidad de)	<i>"Por normativa, recomendaciones o iniciativa propia, se revisa cada uno de los expedientes, que es además parte del objetivo contractual. Respecto a la ejecución de las gamas de mantenimiento, la actualización es anual (pero puede ser trimestral, dependiendo de la ley)".</i>
	Navarra	Sin observaciones.
	País Vasco	<i>"Se actualiza anualmente y se hace un seguimiento de manera continua. A partir de esto se elaboran los planes que procedan".</i>
	La Rioja	<i>"Los planes de inversiones tienen un apartado específico para infraestructuras, que se revisa cada año por la Subdirección de Infraestructuras".</i>
	Ceuta y Melilla	<i>"La actualización es continua, según sea necesario. Anualmente se realiza una revisión donde se ven las deficiencias a solventar".</i>
Plurianual	Canarias	<i>"El mantenimiento de los centros de salud está descentralizado, cada gerencia tiene su propio plan de mantenimiento. Sin embargo, el plan de infraestructura es común y se actualiza cada 5 años".</i>
	Castilla y León	<i>"Existe una programación plurianual sobre las inversiones en infraestructuras y equipamiento sanitario. Actualmente está vigente el Plan de Inversiones Sociales Prioritarias 2021-2025 que a su vez es continuación del anterior Plan 2016-2020. En dicha programación están previstas actuaciones de nueva ejecución o de ampliación y gran reforma, así como intervenciones en obras de reparación, reforma o modernización de centros de salud existentes. Cada año con la elaboración del presupuesto se hace una programación anual de las inversiones necesarias para construir ampliar nuevos centros de salud y se destina también una parte de la inversión a obras diversas para acometer las citadas obras de reparación y modernización que los centros han ido trasladando. En cuanto al mantenimiento propiamente dicho de los centros, cada gerencia de atención primaria o de asistencia sanitaria se encarga de planificar"</i>

¹⁹³ Fuente: entrevistas a los RSWG

Periodicidad	Comunidad autónoma	Observaciones
		<i>las operaciones de mantenimiento correspondiente complementándolo, en su caso, con diversos contratos de limpieza, mantenimiento de instalaciones, revisiones periódicas de las mismas</i> ".
No hay periodicidad	Cantabria	<i>"No hay periodicidad en la renovación. Se quiere hacer un plan director de infraestructuras de Atención Primaria y se ha pedido que un experto evalúe la situación para poder establecer un plan a largo plazo"</i> .
	Extremadura	Sin observaciones
	Galicia	Es el <i>"Plan de Infraestructuras Sanitarias de Atención Primaria"</i> .
No se declara	Andalucía	<i>"Al igual que en el caso del mantenimiento del equipamiento, cada órgano gestor (Distrito o Área de Gestión Sanitaria) es responsable del mantenimiento de la infraestructura física bajo su dependencia (edificio e instalaciones). El mantenimiento de la infraestructura física de los centros es realizado con personal propio o con empresas externas especializadas. Los mantenimientos preventivos, técnico-legales y correctivos se gestionan a través del Sistema Corporativo de Gestión de Activos y Mantenimiento del Servicio Andaluz de Salud SIGMA-MANSIS. Estos mantenimientos se adecuan a lo establecido en la normativa vigente y a los protocolos de trabajo establecidos por los departamentos técnicos del órgano gestor o por las empresas especializadas"</i> .
	Aragón	<i>"Los consultorios locales son competencia de los ayuntamientos y suele haber un plan de subvenciones"</i> .
	Asturias (Principado de)	<i>Los planes de mantenimiento se gestionan desde la consejería. La parte de infraestructuras no es competencia directa del servicio de salud.</i>
	Islas Baleares	<i>"No hay plan de mantenimiento de las infraestructuras. Se realizan evaluaciones todos los años y se solicitan las necesidades a las gerencias"</i> .
	Castilla-La Mancha	<i>"No hay un plan específico de mantenimiento de la infraestructura. Cuando se lleva a cabo la revisión de los presupuestos, desde el equipo de Atención Primaria o desde las administraciones locales se solicita lo que necesiten los centros y se revisa. Sí que se cuenta con un plan de reformas y un plan de nuevos centros de salud"</i> .
	Murcia (Región de)	<i>"Hay una propuesta de renovación de las infraestructuras, pero no un plan específico"</i> .

4.6.2.3.2. Coherencia entre infraestructura disponible y la Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria

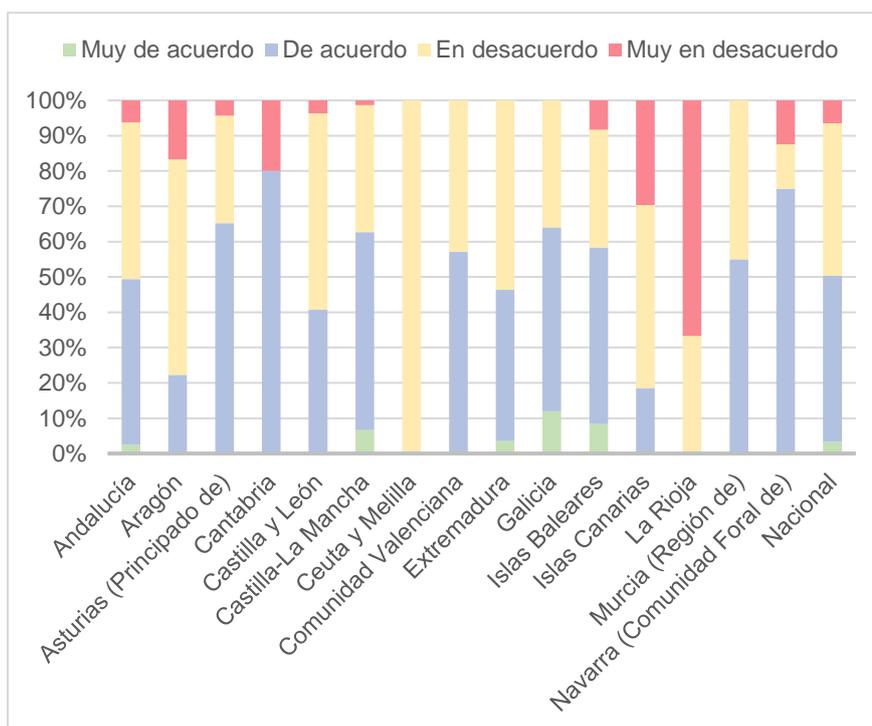
A la luz de las respuestas de las entrevistas, todas las comunidades autónomas, excepto una, consideran que la infraestructura interna de los centros disponible sí permite llevar a cabo las prestaciones contempladas con la actual Cartera Común de Servicios de Atención Primaria.

No obstante, la mayoría de los territorios (14 de 18) también considera que son necesarias adaptaciones para hacer frente a diversos retos presentes y futuros, algunos ya previstos en las nuevas carteras de servicios a implantar. Las adaptaciones necesarias mayormente mencionadas son:

1. Reformas y mejoras básicas de centros anticuados.
2. Creación de salas de reuniones, docencia e investigación.
3. Mayor dotación de infraestructura para la propia gerencia y los servicios de informática.
4. Creación de infraestructuras específicas para unidades de nueva creación (ej. afrontamiento del dolor).
5. Ampliaciones de espacio para dar cabida a más profesionales y nuevos perfiles.

Si atendemos a la apreciación extraída de la encuesta a profesionales con competencias de gestión en AP acerca de si la infraestructura interna de los centros disponible permite llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria, las apreciaciones varían. La valoración del grado de desacuerdo con la afirmación ha sido superior al 50% en 7 de las 15 regiones que han participado en la encuesta online I:

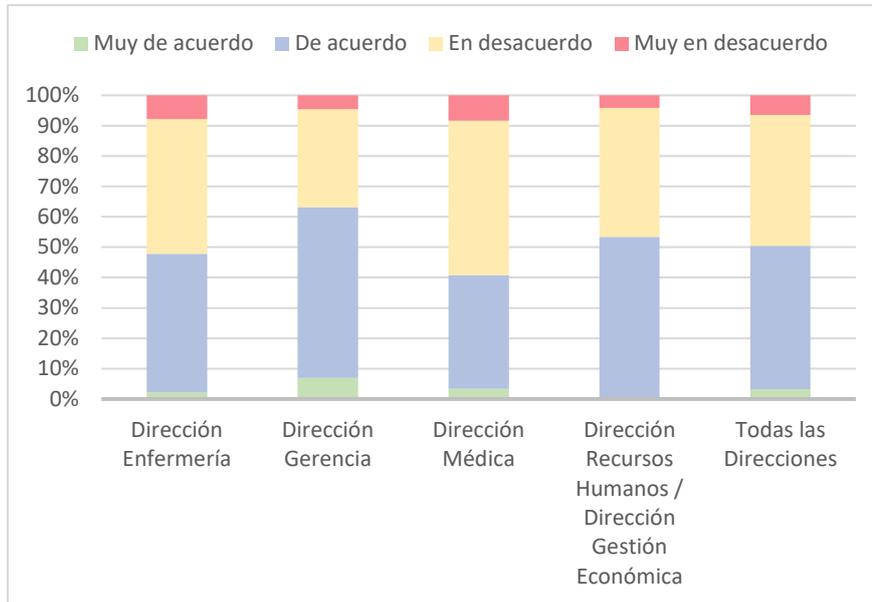
Gráfico 113. Suficiencia de la infraestructura interna de los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por CC.AA.¹⁹⁴



La opinión según el perfil profesional es mayoritariamente positiva (más del 50% de los encuestados opinan positivamente) en los perfiles de Dirección de Gerencia, Dirección de RRHH y/o Económica, a diferencia de la Dirección Médica y de la Dirección de Enfermería, con grado de acuerdo inferior al 50% (la primera 41% y la segunda un 47%):

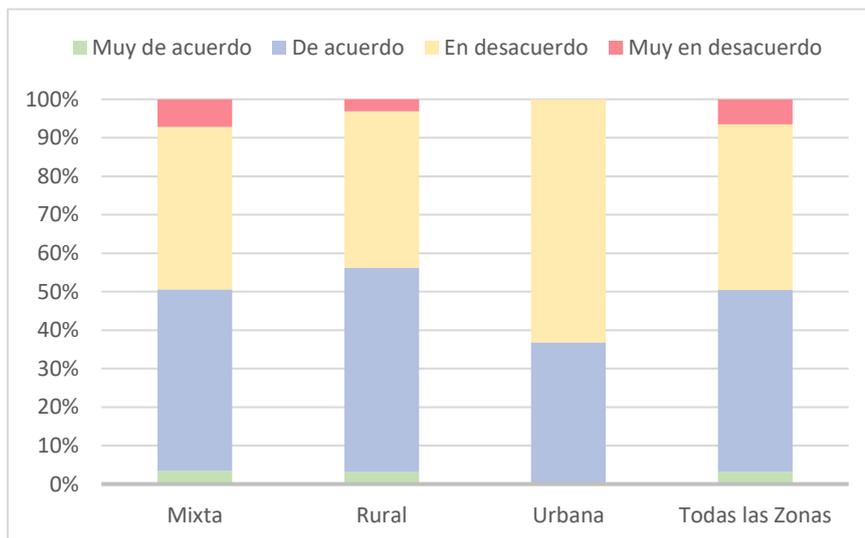
¹⁹⁴ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 114. Suficiencia de la infraestructura interna de los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.¹⁹⁵



Por tipo de zona, se observa un mayor grado de desacuerdo en los profesionales que trabajan en zonas urbanas (63% están “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”) respecto a los que trabajan en zonas mixtas y rurales, para los que el grado de desacuerdo con la afirmación es respectivamente 49% y 44%:

Gráfico 115. Suficiencia de la infraestructura interna de los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).¹⁹⁶



¹⁹⁵ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

¹⁹⁶ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

4.6.2.4. Equipamiento de los centros y consultorios locales de Atención Primaria

4.6.2.4.1. Establecimiento de las necesidades de equipamiento

Las respuestas recibidas en las entrevistas a los RSWG respecto al establecimiento de las necesidades de equipamiento son muy heterogéneas. En términos generales, las necesidades de equipamiento se establecen de forma dual según:

1. Las peticiones de los centros en base a obsolescencia del equipamiento;
2. Las estrategias territoriales en función de los cambios en la cartera de servicios de la comunidad autónoma.

En la Tabla 57 se resumen las respuestas recibidas por cada territorio:

Tabla 57. Establecimiento de las necesidades de equipamiento por comunidad autónoma ¹⁹⁷

Comunidad autónoma	Establecimiento de las necesidades de equipamiento
Andalucía	<i>“Se establece en base a las Instrucciones de la Dirección General de Gestión Económica y Servicios del Servicio Andaluz de Salud, en la cuales se indican cómo se ha de proceder, basado en un flujo de trabajo sistematizado en un sistema de información corporativo, además de un formulario. Así mismo existe un procedimiento de trabajo donde se indica cómo realizar dichas solicitudes a través de la citada herramienta corporativa”.</i>
Aragón	<i>“Se está planeando a nivel territorial la ecografía y la dermatoscopia, por lo que se tendrá que dotar a todos los centros”.</i>
Asturias (Principado de)	<i>“Anualmente se pide a cada Área de Salud un listado de necesidades, indicando prioridad alta, media o baja. Además, todos los años se revisan todos los equipos y se hace un análisis de los más antiguos para hacer compra centralizada de equipos. Las necesidades de equipamiento vienen dadas por 3 aspectos principales: 1) el Plan de Inversiones de cada Gerencia, el cual incorpora las necesidades de cada área; 2) las necesidades de equipamiento que tienen que ver con proyectos diferenciados; 3) las necesidades puntuales, idealmente serían mínimas”.</i>
Islas Baleares	<i>“Las necesidades se plantean a medida que se detectan a través de ayuntamientos, asociaciones, los equipos de las gerencias, pacientes activos, etc. pero no existe un Plan concreto establecido”.</i>
Canarias	<i>“En base a los proyectos y las estrategias se establece qué equipamiento es necesario para cada uno de los planes”.</i>
Cantabria	<i>“Existe ya un histórico del equipamiento que requiere reposición. Además, hay una reevaluación técnica del equipo, se compra para actualizarlo en base a las necesidades de la población y la situación del momento. También se ha creado una Comisión de Compra dedicada a determinar qué equipamiento se está comprando, cuándo y cuánto. Por otro lado, la Atención Primaria en pocos años ha crecido mucho, pero el equipamiento no ha acompañado y hay mucho equipamiento obsoleto que hay que ir reponiendo”.</i>
Castilla y León	<i>“Anualmente se solicitan las necesidades a las Gerencias y describen sus planes de equipamiento”.</i>
Castilla-La Mancha	<i>“Las necesidades de equipamiento se establecen de acuerdo con la cartera básica común. Todos los centros de Atención Primaria tienen que ser capaces de poder desarrollar la cartera básica común, por lo que se les dota del equipamiento necesario para ello”.</i>

¹⁹⁷ Fuente: entrevistas a los RSWG



Comunidad autónoma	Establecimiento de las necesidades de equipamiento
Cataluña	<i>“Las necesidades se establecen en función del a cartera de servicios y de cómo se ofrecen estos servicios a nivel territorial. Hay equipos que concentran todos los recursos en una misma localización, mientras que otros se distribuyen por los diferentes centros. También se tiene en cuenta la población. A nivel territorial, las regiones van haciendo seguimiento de la combinación de estos criterios. En base a estos y a las necesidades de ayuntamientos y otros actores del sistema sanitario, se establecen las necesidades”.</i>
Comunidad Valenciana	<i>“Se gestiona a través de los coordinadores de centro, estos informan a la Dirección de las necesidades y es la Dirección la que decide su priorización”.</i>
Extremadura	<i>“Actualmente se establecen las necesidades de equipamiento atendiendo a la cartera de servicios de la comunidad autónoma. Además, están implantando algunos procesos asistenciales integrados que obligan a dotar de una serie de equipamientos a los equipos de Atención Primaria”.</i>
Galicia	<i>“Existe una Guía de planificación para el diseño y equipamiento de los Centros de Salud a nivel de Servicio Gallego de Salud. En función del tipo de centro se establecen las áreas de trabajo, divididas a su vez en locales, que deben conformar los centros de Atención Primaria y se indica su superficie útil mínima. Este documento establece el equipamiento que será instalado en los centros de salud de nueva construcción o que se reformen, equipamiento que será considerado estándar para cada uno de los locales que componen las diferentes áreas. Adicionalmente se dotará a los centros de un equipamiento especial que no va ligado al tipo de local, sino que es común para todo el personal del centro o depende del número de profesionales que ejercen su labor en el centro o de la realización de programas específicos”.</i>
Madrid (Comunidad de)	<i>“Existen dos aspectos relevantes: el mantenimiento y la reposición de equipamiento. La inversión en nuevos recursos de equipamiento se basa en función de las necesidades de la población y el cumplimiento de la cartera común de servicios”.</i>
Murcia (Región de)	<i>“No hay criterios establecidos. En el momento en el que es necesario reemplazar un equipo, se comunica y se reemplaza. Las decisiones de reemplazo están muy condicionadas por la proximidad a la toma de decisiones. El gerente es quien decide el reemplazo del equipamiento y, al encontrarse físicamente en el hospital, las necesidades del hospital siempre van a ser más visibles para él que las necesidades de los centros de Atención Primaria de zonas rurales”.</i>
Navarra (Comunidad Foral de)	<i>“Desde la Gerencia se fijan las dotaciones mínimas de aparataje de cada centro. Por otro lado, los centros sanitarios pueden disponer en el plan anual de inversiones sus necesidades y trasladarlas”.</i>
País Vasco	<i>“Las necesidades de equipamiento se valoran de manera centralizada en las OSI. Se mantienen reuniones de seguimiento para poder identificar las necesidades y, a partir de estas, se desarrolla el plan de renovación. No se separan niveles asistenciales, sino que se hace en conjunto para la OSI”.</i>
La Rioja	<i>“Existe un Plan de Inversiones Anual, desde los centros hacen una solicitud a los Directores de zona y Responsables de Enfermería de las necesidades. Se incluyen aspectos como solicitudes de bienes de consumo, inventario, mobiliario, infraestructuras y tecnología. Tienen total libertad en base a proyectos para poder incluir en sus presupuestos todos estos aspectos, incluyendo así tanto al equipo de Atención Primaria como las unidades de apoyo”.</i>
Ceuta y Melilla	<i>“Se solicita a cada equipo asistencial que elabore un informe de necesidades anualmente. Este informe se evalúa en el Comité de Dirección y se decide si se puede atender o si no hay recursos suficientes”.</i>

4.6.2.4.2. Criterios utilizados para la renovación del equipamiento

Mediante el análisis de las respuestas de las entrevistas a los RSWG, se han detectado 4 criterios ampliamente comunes empleados para la renovación del equipamiento:

1. Antigüedad.
2. Reposición por avería o extravío.
3. Obsolescencia.
4. Adquisiciones de equipamiento debido a decisiones de inclusión de nuevas prestaciones.

A su vez, hay comunidades que reportan emplear otros criterios, así como comunidades que declaran no seguir criterios concretos. Una comunidad autónoma destaca especialmente ya que emplea una amplia batería de criterios tanto para renovación e incorporación de nuevo equipamiento, como para priorización en la adquisición. Dichos criterios también responden a decisiones de análisis económico coste-efectividad. En la Tabla 58 se resumen los criterios utilizados por cada comunidad:

Tabla 58. Criterios utilizados por cada comunidad autónoma para la renovación del equipamiento. ¹⁹⁸

Comunidad autónoma	Establecimiento de las necesidades de equipamiento
Andalucía	<p><i>“Los criterios para la renovación o incorporación de nuevo equipamiento son: 1. Evaluación técnico-económica de la medida; 2. Evaluación de los resultados en salud (incluir la población afectada con la medida), y de producción esperados; 3. Evaluación de ensayos clínicos que avalen la renovación o la introducción de la novedad; 4. Indicaciones de guías o evaluaciones de la agencia autonómica de evaluación de tecnologías sanitarias; 5. Justificación de si la medida no puede sustituirse por una modificación en el proceso o en otra fórmula de respuesta a la necesidad.</i></p> <p><i>Los criterios de priorización son: 1. Que el equipamiento solicitado responda a una situación de emergencia; 2. Disponibilidad presupuestaria; 3. Que el equipamiento solicitado responda a una situación de urgencia; 4. Que dé respuesta a los procedimientos más costosos, más frecuentes, o que afecta a más personas (accesibilidad); 5. Que se incluya en un Plan Integral de Salud; 6. Que se incluya en Planes Estratégicos; 7. Que permita la actualización del equipamiento para evitar la obsolescencia del mismo”.</i></p>
Aragón	<i>“Criterio de obsolescencia de la tecnología, ubicación y accesibilidad”.</i>
Asturias (Principado de)	<i>“La priorización se basa en el Plan de Inversiones de cada área. En las Áreas Sanitarias se priorizan las necesidades y en base a estas se desarrollan planes a nivel centralizado. No hay unos estándares, sino que se realizan un análisis concreto de cada área, ya que las dimensiones de cada Área Sanitaria son pequeñas y se puede particularizar”.</i>
Islas Baleares	<i>“No hay un plan que establezca los periodos de renovación de los equipamientos”.</i>
Canarias	<i>“Depende de la situación en la que se encuentre el equipo”.</i>
Cantabria	<i>“Se priorizan fundamentalmente las bajas (cuando un producto se da de baja el equipo de mantenimiento valora si se puede reparar; en caso de no poderse, se retira y sustituye por uno nuevo). Respecto a la electromedicina se está definiendo</i>

¹⁹⁸ Fuente: entrevistas a los RSWG



Comunidad autónoma	Establecimiento de las necesidades de equipamiento
	<i>un plan para determinar las necesidades de los próximos 5 años en relación también con la obsolescencia de los productos”.</i>
Castilla y León	<i>“Se tiene en cuenta la antigüedad del equipo, y en función del crédito disponible se decide si se renueva o no. Las gerencias son las encargadas de priorizar las renovaciones de equipamiento”.</i>
Castilla-La Mancha	<i>“No hay criterios de renovación. Se renueva según van surgiendo las necesidades”.</i>
Cataluña	<i>“Cada proveedor realiza su plan de amortización cuando compra el material, el cual incluyen en el plan de renovación global y a partir de este se ejecuta en función de las necesidades”.</i>
Comunidad Valenciana	<i>“Los Departamentos son los que determinan las prioridades. No hay unos criterios establecidos, normalmente va en función de las necesidades del momento, bien por reposición o compra nueva, y si hay una nueva situación que requiere nuevo equipamiento se dota de nuevo equipamiento a los centros”.</i>
Extremadura	<i>“El criterio que se utiliza es la obsolescencia, y si se añade algún servicio se provee de equipamiento para que se pueda prestar”.</i>
Galicia	<i>“-Criterios de obsolescencia técnica o tecnológica del equipamiento priorizando la renovación de aquellos equipos con mayor antigüedad, mayor número de averías o con mayor pérdida de funcionalidades. - Criterios de integración informática con los sistemas corporativos del Servicio Gallego de Salud. - Plan de necesidades derivado de un plan específico de Atención Primaria que actúa a modo de plan director en el que se recoge tanto obra nueva como reforma y ampliación que necesiten de dotación de equipamiento electro médico y mobiliario clínico. -Necesidades de ampliación de capacidad para fortalecer debilidades detectadas que permitan prevenir y afrontar posibles amenazas sanitarias globales”.</i>
Madrid (Comunidad de)	<i>“En función de la puesta en marcha de planes (por ejemplo, ecografía o telemedicina) y también se tienen en cuenta las percepciones de los propios profesionales y criterios económicos”.</i>
Murcia (Región de)	<i>“No existen criterios explícitos”.</i>
Navarra (Comunidad Foral de)	<i>“Los criterios principalmente responden a las características de la zona básica, en función de la población, la dispersión y el tipo de población usuaria del consultorio. Los equipos que se compran tienen que ser compatibles con los sistemas informáticos que hay”.</i>
País Vasco	<i>“Los principales criterios son la obsolescencia y las necesidades asistenciales”.</i>
La Rioja	<i>“Existe un Plan de Inversiones Anual, desde los centros hacen una solicitud a los Directores de zona y Responsables de Enfermería de las necesidades. Se incluyen aspectos como solicitudes de bienes de consumo, inventario, mobiliario, infraestructuras y tecnología. Tienen total libertad en base a proyectos para poder incluir en sus presupuestos todos estos aspectos, incluyendo así tanto al equipo de Atención Primaria como las unidades de apoyo”.</i>
Ceuta y Melilla	<i>“Se utilizan criterios como fin de vida útil equipos, avería que inutiliza u obsolescencia”.</i>

4.6.2.4.3. Plan de renovación del equipamiento de Atención Primaria

Excepto dos regiones, el resto de los territorios cuentan con un plan establecido de renovación de equipamientos, siendo la periodicidad de su renovación variable según territorio:

Tabla 59. Plan de renovación del equipamiento de Atención Primaria. Periodicidad de actualización por CC.AA.¹⁹⁹

Periodicidad	Comunidad autónoma	Observaciones
Anual	Asturias (Principado de)	"Todos los años se pide revisión de las necesidades a cada Área Sanitaria".
	Aragón	"Debido a la limitación presupuestaria, no se ejecutan todas las renovaciones planeadas".
	Castilla y León	"Los planes de renovación se actualizan anualmente".
	Cataluña	"El plan de renovación es anual".
	Comunidad Valenciana	"Se lleva a cabo una solicitud anual de renovación para ser incluida en la partida presupuestaria departamental".
	Navarra	"Por un lado, se revisa el equipo de obras y las actuaciones forzadas, y por otro, las áreas de mejora para un mejor aprovechamiento del espacio de los centros".
	La Rioja	"Se cuenta con un plan de obsolescencia".
	Ceuta y Melilla	"Se actualiza según las necesidades y tras una revisión anual".
	País Vasco	"Se realiza un seguimiento semestral; en base a este seguimiento se elabora el plan anual y se procede a la renovación de lo que se precise".
Bianual	Andalucía	"El último plan, denominado RENUVEVA, se llevó a cabo en febrero de 2020".
Superior a dos años	Canarias	"Se actualizan cada 5 años aproximadamente".
Sin periodicidad determinada	Cantabria	"El plan de renovación se actualiza según necesidad".
	Castilla-La Mancha	"No se tiene definida una periodicidad de renovación. Los equipos de los centros realizan demandas anuales de equipamiento, tanto sanitario como no sanitario y es la gerencia la que determina la prioridad de solicitar a servicios centrales la renovación. En base a estas solicitudes, se revisan también los presupuestos destinados a Infraestructura y Equipamiento. Si hay una rotura o se requiere una reposición inmediata, no sigue este proceso, sino que se repone directamente".
	Extremadura	"El plan de renovación se actualiza según necesidad".

¹⁹⁹ Fuente: entrevistas a los RSWG

Periodicidad	Comunidad autónoma	Observaciones
	Galicia	<i>“Existe un Plan de Infraestructuras Sanitarias de Atención Primaria, que identifica con criterios objetivos aquellos centros sobre los que es prioritaria una intervención para su reforma o sustitución enfocando las características de dicha intervención para garantizar su adaptación a los nuevos requerimientos asistenciales del modelo de Atención Primaria”.</i>
	Madrid (Comunidad de)	<i>“El plan de renovación se actualiza de manera continua. Existe un registro de propuestas priorizadas, en el que los centros indican los equipamientos o materiales que están obsoletos y se abordan según la capacidad presupuestaria. Hay una dirección de compras y suministros que trabaja para atender de forma proactiva el plan de renovación”.</i>

4.6.2.4.4. Plan de mantenimiento del equipamiento de Atención Primaria e Inventario de equipamiento médico y no médico

No todas las comunidades autónomas declaran disponer de planes de mantenimiento del equipamiento de Atención Primaria, así como de un Inventario del equipamiento médico y no médico. En la Tabla 60 se agrupan las comunidades autónomas en función de disposición de plan de mantenimiento e inventario:

Tabla 60. Disposición de Plan de mantenimiento e inventario según CC.AA.²⁰⁰

Comunidad autónoma	Plan de mantenimiento	Inventario
Andalucía	Sí	Sí
Aragón	No	Sí
Asturias (Principado de)	Sí	Sí
Islas Baleares	No	No
Canarias	Sí	Sí
Cantabria	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No	Sí
Cataluña	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí
Madrid (Comunidad de)	Sí	Sí
Murcia (Región de)	No	Sí
Navarra (Comunidad Foral de)	No	Sí
País Vasco	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí
Ceuta y Melilla	Sí	Sí

Respecto al inventario del equipamiento, la información incluida en este es dispar según territorio. En términos generales, estos incluyen equipamiento médico complejo (grandes equipos como desfibriladores, cardiógrafos, ecógrafos, etc.); de forma menos frecuente, también se incluye otro equipamiento médico más ligero (como camillas, sillas de traslado de pacientes, lámparas, otro mobiliario clínico de apoyo, material de rehabilitación, etc.) y equipamiento no médico (mesas, armarios,

²⁰⁰ Fuente: entrevistas a los RSWG

escritorios, sillas, archivadores, material de telefonía, etc.). El detalle sobre el material inventariado, así como las particularidades de los planes de mantenimiento por territorio se encuentra en la Tabla 61.

Tabla 61. Detalle sobre los planes de mantenimiento e inventario de equipamiento por CC.AA.²⁰¹

Comunidad autónoma	Plan de Mantenimiento (y periodicidad de actualización)	Existencia de Inventario con el equipamiento, médico y no médico	Observaciones
Andalucía	Existe Plan de mantenimiento (no se especifica periodicidad)	Se dispone de inventario	<i>“Cada órgano gestor (Distrito o Área de Gestión Sanitaria) es responsable del correcto mantenimiento de los equipos disponibles en las instalaciones bajo su dependencia. Habitualmente el mantenimiento del equipamiento es realizado por empresas externas especializadas. Los mantenimientos preventivos, técnico-legales y correctivos se gestionan a través del Sistema Corporativo de Gestión de Activos y Mantenimiento del Servicio Andaluz de Salud SIGMA-MANSIS. Estos mantenimientos se adecuan a lo establecido en la normativa vigente y a los protocolos de trabajo de las empresas especializadas. Existe un inventario de equipamiento médico y no médico que es mantenido por el órgano gestor a través de sus propios medios o por empresa especializada”.</i>
Aragón	No hay plan de mantenimiento	Se dispone de inventario (se actualiza cada año)	<i>“Las incidencias se resuelven en el momento que se producen”.</i>
Asturias (Principado de)	Existe Plan de mantenimiento	Se dispone de inventario	<i>“Hay inventarios de todo el equipamiento que se instale en cada centro, cuentan con una pegatina identificativa. El inventario es a nivel global, pero se puede parametrizar y extraer la información a nivel de Área Sanitaria o centro”.</i>
Islas Baleares	No hay plan de mantenimiento	No hay inventario	<i>“Todos los años se solicita un plan de necesidades, si surge algún imprevisto a lo largo del año también se plantea. Esta solicitud de necesidades es de forma escalada. En primer lugar, se le solicita a la gerencia de Atención Primaria, que a su vez se lo solicitan a las direcciones de área, lo cuales a su vez para saberlo se lo piden a los directores de los centros de salud o a los coordinadores”.</i>
Canarias	Existe Plan de mantenimiento	Se dispone de inventario	<i>“El inventario se mantiene actualizado constantemente”.</i>

²⁰¹ Fuente: entrevistas a los RSWG



Comunidad autónoma	Plan de Mantenimiento (y periodicidad de actualización)	Existencia de Inventario con el equipamiento, médico y no médico	Observaciones
Cantabria	No hay plan de mantenimiento	Se dispone de inventario	"Se van haciendo revisiones en base a la necesidad del momento".
Castilla y León	Plan de mantenimiento anual (en ocasiones bianual)	Se dispone de inventario	"Las gerencias se encargan de actualizar el inventario, utilizando como herramienta GMAU la aplicación MANSIS".
Castilla-La Mancha	No hay plan de mantenimiento	Se dispone de inventario	"El inventario en las Gerencias está completamente definido, tanto desde el departamento de suministros como desde el departamento de farmacia. Además, se hacen auditorías periódicas por parte de los farmacéuticos, que visitan periódicamente el almacenamiento. Desde el departamento de suministros también auditan periódicamente, pero no visitan las instalaciones".
Cataluña	Existe Plan de mantenimiento	Se dispone de inventario	"Cada proveedor se encarga de mantener actualizado el inventario. A los proveedores se les dota de un presupuesto y ellos realizan las compras, mantenimiento e inventario".
Comunidad Valenciana	Plan de mantenimiento a nivel departamental (no se especifica periodicidad)	Se dispone de inventario a nivel departamental	"Los Departamentos se encargan de ir reponiendo el equipamiento que queda obsoleto, hacer la reposición e implementar nuevas líneas en función de sus necesidades. También hacen un plan de inversión anual".
Extremadura	Plan de mantenimiento anual	Se dispone de inventario a nivel de áreas de salud	"El inventario se actualiza a medida que hay nuevas adquisiciones o se retira equipamiento".
Galicia	Existe Plan de mantenimiento (no se especifica periodicidad)	Se dispone de inventario	"Existe una aplicación informática única para toda la organización (MANSIS en la que se mantiene actualizado este tipo de inventarios (equipamiento médico y no médico). Este aplicativo permite planificar los mantenimientos periódicos y gestionar las incidencias puntuales, así como realizar el seguimiento y control de los contratos de mantenimiento del equipamiento más complejo que se realizan con empresas especializadas".
Madrid (Comunidad de)	Plan de mantenimiento actualizado anual, trimestral o mensualmente según material o equipamiento	Se dispone de inventario	"De manera continuada se revisan con cada uno de los nuevos expedientes que son objetos del contrato. En referencia a la actualización de los materiales y equipamiento, puede ser anual, trimestral o mensual, dependiendo de la obligación técnico-legal (por ejemplo, para el plan contra incendios de los centros de salud hay mantenimientos preventivos anuales y trimestrales). El inventario incluye equipamiento tanto médico (de todos

Comunidad autónoma	Plan de Mantenimiento (y periodicidad de actualización)	Existencia de Inventario con el equipamiento, médico y no médico	Observaciones
			<i>los grandes equipos: desfibriladores, cardiógrafos, ecógrafos, etc.) como no médico. Para el equipamiento no médico, tanto el inventario como el mantenimiento se hacen a través de empresas externas".</i>
Murcia (Región de)	No hay plan de mantenimiento	Se dispone de inventario	<i>"Sin embargo, se está intentando cambiar esto debido a la incorporación de las nuevas tecnologías".</i>
Navarra (Comunidad Foral de)	No hay plan de mantenimiento	Inventario parcial	<i>"El inventario es únicamente para equipos de electromedicina".</i>
País Vasco	Plan de mantenimiento anual	Se dispone de inventario	<i>"Existe un plan de actualización que se ejecuta anualmente y es conjunto para toda la OSI por lo que no se ciñe exclusivamente a Atención Primaria. Cuentan con listados de los equipamientos médicos más importantes para realizar la gestión, controlar el mantenimiento y los gastos. El mantenimiento lo realizan empresas externas que cumplen con los estándares de calidad establecidos. El inventario consta principalmente del equipamiento que requiere mantenimiento".</i>
Rioja (La)	Plan de mantenimiento anual	Se dispone de inventario	<i>"El plan de mantenimiento se actualiza anualmente en base a un catálogo de desarrollo propio en el que se codifica todo el equipamiento susceptible de ser inventariables, como por ejemplo la dotación de ecógrafos o elementos de atención al diabético, entre otras cosas. Existe un inventario con un plan de obsolescencia de la parte tecnológica".</i>
Ceuta y Melilla	Plan de mantenimiento anual	Se dispone de inventario	<i>"El inventario se mantiene con un contrato externo con una empresa de telemedicina".</i>

4.6.2.4.5. Estado del equipamiento tecnológico en los centros de Atención Primaria

La mayoría de las regiones (16 de 18) declaran que el equipamiento tecnológico de los centros de Atención Primaria se encuentra en buen estado, bien habiendo sido actualizado recientemente, bien existiendo planes de actualización que están siendo ejecutados, bien dándose reemplazos anuales según obsolescencia declarada. Una comunidad autónoma declara que existe un alto grado de obsolescencia generalizado, tanto de *hardware* como de *software*. No obstante, ya se ha llevado a cabo un estudio sobre la renovación de los equipos, estando previsto invertir 6 millones de euros en dicha renovación, teniendo en cuenta una dotación extraordinaria para la adquisición de los equipos necesarios para dar soporte a teleconsulta y video-consulta.

A partir de las entrevistas realizadas a los RSWG, se han recopilado algunas observaciones sobre el estado concreto por territorio, que pueden consultarse en la Tabla 62.

Tabla 62. Estado del equipamiento tecnológico en los centros de Atención Primaria por CC.AA.²⁰²

Comunidad autónoma	Estado del equipamiento tecnológico en los centros de Atención Primaria por CCAA
Andalucía	<u>Buen estado</u> : “renovación en los últimos años. A pesar de ellos sería necesario actualizarlo, incluir cámaras y micrófonos para video consultas en los centros de salud. Por otro lado, es necesario sustituir los electrocardiógrafos actuales por otros que puedan conectarse con la historia clínica, y adquirir ecógrafos, pulsioxímetros y medidores de Índice tobillo-brazo para todos los profesionales sanitarios”.
Aragón	<u>Buen estado</u> : “se han ido renovando en los últimos años y además se ha hecho una apuesta para renovar todo entre el 2022 y el 2023”.
Asturias (Principado de)	<u>Buen estado</u> : “se está instalando un nuevo sistema de receta electrónica, por lo que se han tenido que cambiar todos los equipos del ámbito asistencial. En 2020 se cambiaron todos los equipos de todos los profesionales sanitarios”.
Islas Baleares	<u>Buen estado</u> (sin observaciones).
Canarias	<u>Mal estado</u> : “hay que hacer una reinversión importante debido a que hay zonas que aún no se han adecuado a las Tecnologías de la Información y la Comunicación”.
Cantabria	<u>Buen estado</u> : “se renovaron todos los ordenadores de Atención Primaria, actualizando todo en los últimos dos años y cuentan con un equipo de TIC para mantenimiento”.
Castilla y León	<u>Buen estado</u> : “los PC se actualizan, básicamente, por motivos de obsolescencia y/o seguridad, acorde con las disponibilidades presupuestarias”.
Castilla-La Mancha	<u>Mal estado</u> : “planes de renovación (inversión de 6 millones de €)”.
Cataluña	<u>Buen estado</u> : “un proveedor se encarga de llevar a cabo la renovación del material informático. Actualmente, todos los proveedores tienen un nivel de renovación bueno”.
Comunidad Valenciana	<u>Buen estado</u> : “todos los centros están informatizados, pero se está trabajando en actualizar y renovar los equipos. En 2021 se actualizaron 5.600 equipos nuevos y se busca terminar de renovar todos priorizando los más antiguos”.
Extremadura	<u>Buen estado</u> (sin observaciones).
Galicia	<u>Buen estado</u> (sin observaciones).
Madrid (Comunidad de)	<u>Buen estado</u> : “se renuevan periódicamente según las necesidades que marca Madrid Digital. Además, a todos los centros se les ha dotado en el último año de material que permite las video-consultas como cámaras, micrófonos, etc., con la intención también de promover la telemedicina (e-consulta)”.
Murcia (Región de)	<u>Buen estado</u> (sin observaciones).
Navarra (Comunidad Foral de)	<u>Buen estado</u> : “actualmente los equipos tienen una edad media moderada”.
País Vasco	<u>Buen estado</u> : “una parte importante de los equipos se renovó en 2019 y, como cuentan con planes anuales, renuevan continuamente los equipos que se requiera. La acción 12 de la estrategia de Atención Primaria aborda la reposición de dispositivos informáticos y adecuación de software en toda la red de Atención Primaria”.
La Rioja	<u>Buen estado</u> : “en 2021 se hizo una revisión de todas las Zonas Básicas de Salud y de todos los consultorios locales y se les dotó de equipos informáticos a todos ellos. La intención es hacer un despliegue de tele consultas, incluido a nivel rural, con webcams entre otros”.
Ceuta y Melilla	<u>Buen estado</u> : “en términos generales se encuentran actualizados”.

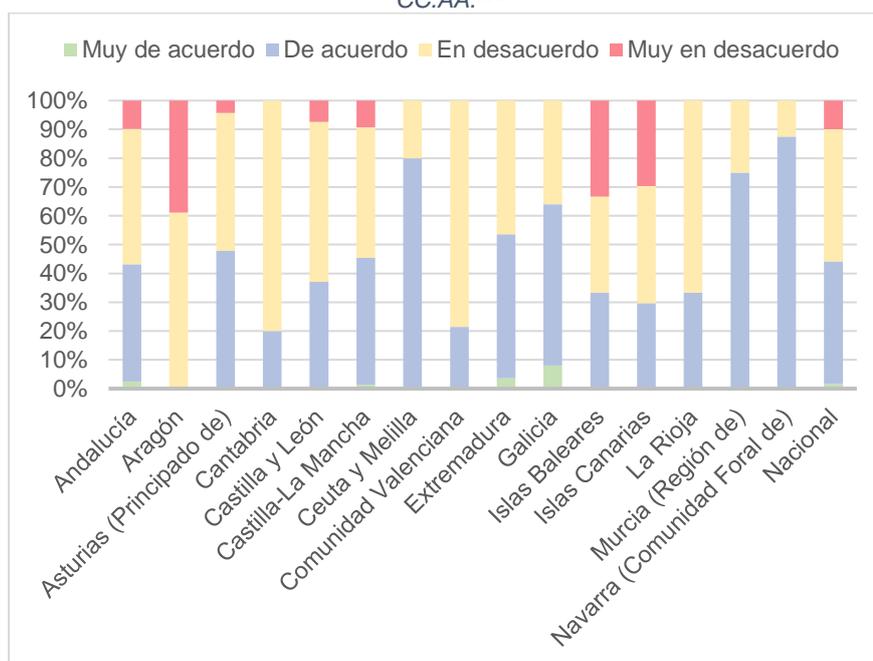
²⁰² Fuente: entrevistas a los RSWG

Además, hay dos comunidades autónomas que mencionan dotaciones especiales para territorios de difícil cobertura:

- En el primer caso, en lo referente a los consultorios locales que no tienen conexión física a la red del servicio de salud, los profesionales cuentan con ordenadores portátiles a los que se les dota de telefonía y datos de conexión mediante dispositivos MIFI (router inalámbrico) a dicha red con las garantías de seguridad debidas.
- En el segundo caso, en las zonas/puestos de difícil cobertura se han proporcionado portátiles, webcam y auriculares, ya que se está trabajando en una política de vídeo consultas.

Preguntadas en la encuesta *online* I por el buen o mal estado del equipamiento tecnológico de los centros de Atención Primaria, las regiones presentan opiniones dispares. 10 de las 15 regiones que han participado en la encuesta *online* I consideran mayoritariamente que su equipamiento tecnológico no se encuentra en buen estado, a diferencia de las otras 5 regiones que si lo consideran así:

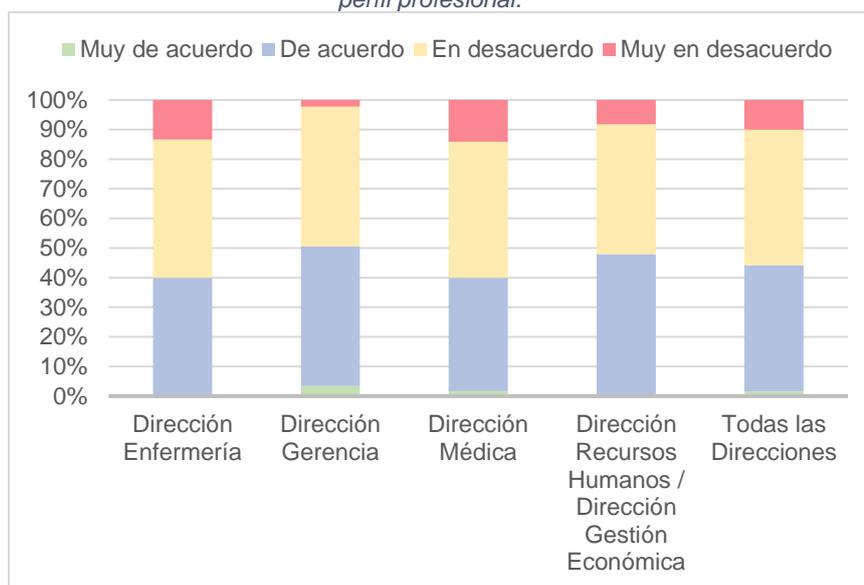
Gráfico 116. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por CC.AA.²⁰³



Por perfil profesional, la percepción es muy similar entre todos los perfiles de profesionales con competencias de gestión en AP, situándose los valores de opinión negativa (“en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”) sobre el buen estado del equipamiento tecnológico por encima del 50% en todas las Direcciones, a excepción de la Dirección gerencia que se encuentra en el 49%:

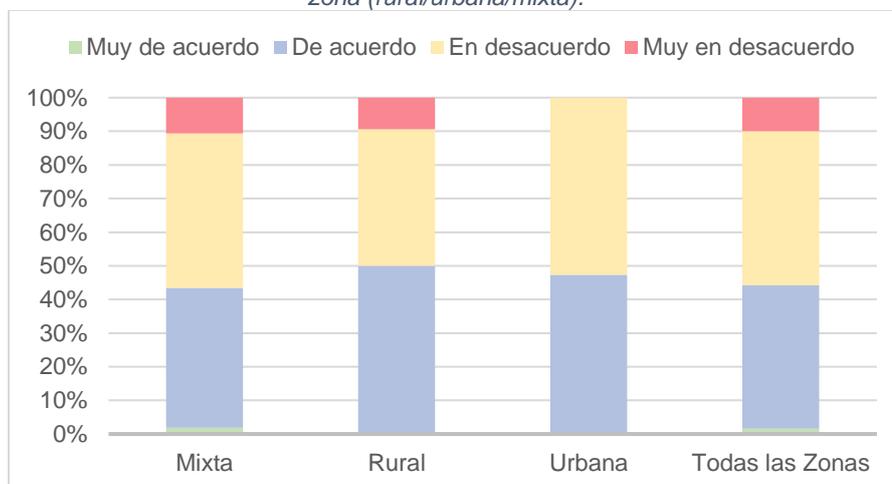
²⁰³ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 117. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.²⁰⁴



Los resultados son similares independientemente de la zona (rural, urbana o mixta), considerando alrededor del 50% de los profesionales con competencias de gestión encuestados que el estado no es bueno, tal y como muestra el Gráfico 118:

Gráfico 118. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).²⁰⁵

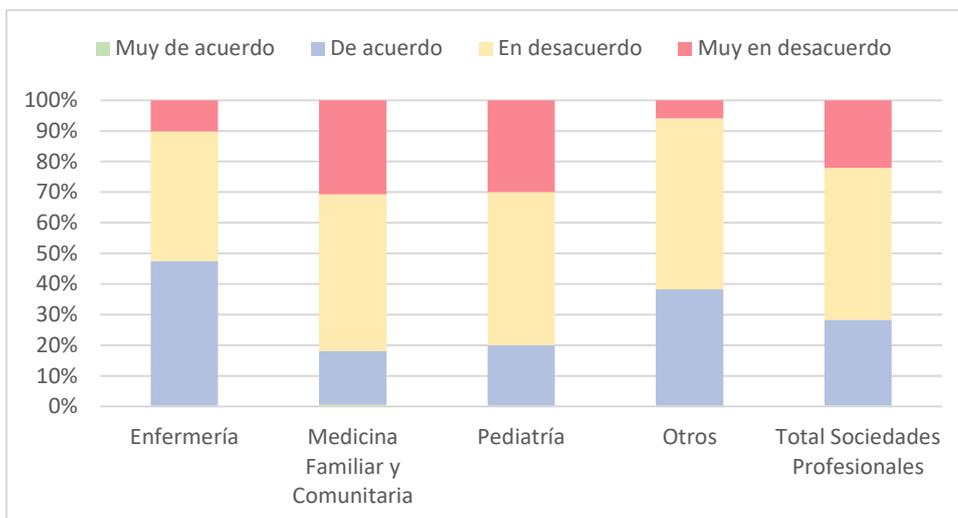


Se formuló la misma pregunta para los miembros de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes encuestados. Las Sociedades Profesionales coinciden con los profesionales con competencias de gestión mostrando su disconformidad con la afirmación (72% de las respuestas “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”). Los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria y de Pediatría son los que muestran mayor grado de desacuerdo con la afirmación (82% y 80% de respuestas “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo” respectivamente).

²⁰⁴ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

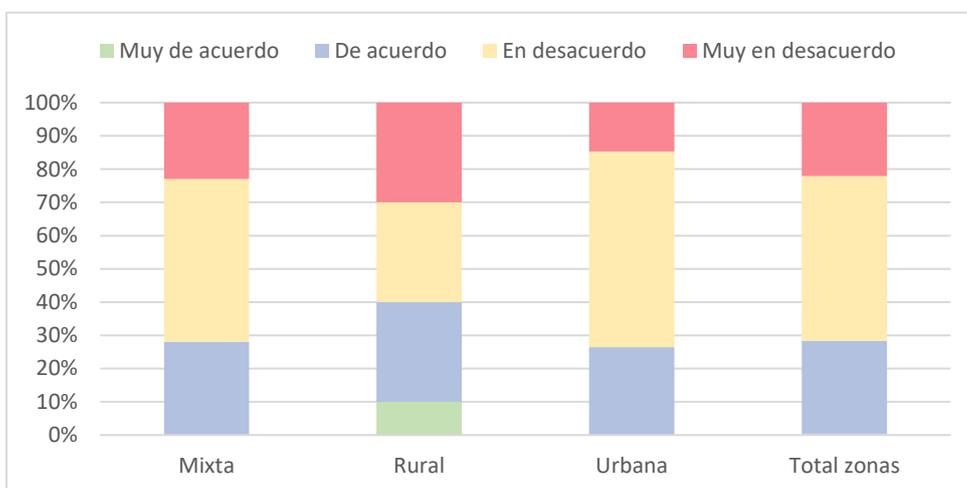
²⁰⁵ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 119. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por agrupación profesional²⁰⁶



Analizando las respuestas por zona en la que los miembros de las Sociedades Profesionales desarrollan su profesión, se observa que los profesionales de las zonas rurales son los que muestran conformidad con la afirmación en mayor porcentaje, sin embargo, un 60% considera que el equipamiento tecnológico no se encuentra en buen estado.

Gráfico 120. Buen estado del equipamiento tecnológico de los centros de AP, grado de acuerdo por zona (mixta/rural/urbana)²⁰⁷



Los miembros de las Asociaciones de Pacientes también han mostrado su desacuerdo con la afirmación “El equipamiento tecnológico de los centros de Atención Primaria se encuentra en buen estado”.²⁰⁸

Si atendemos a la apreciación extraída de la encuesta a profesionales con competencia de gestión en AP, acerca de si el equipamiento tecnológico disponible

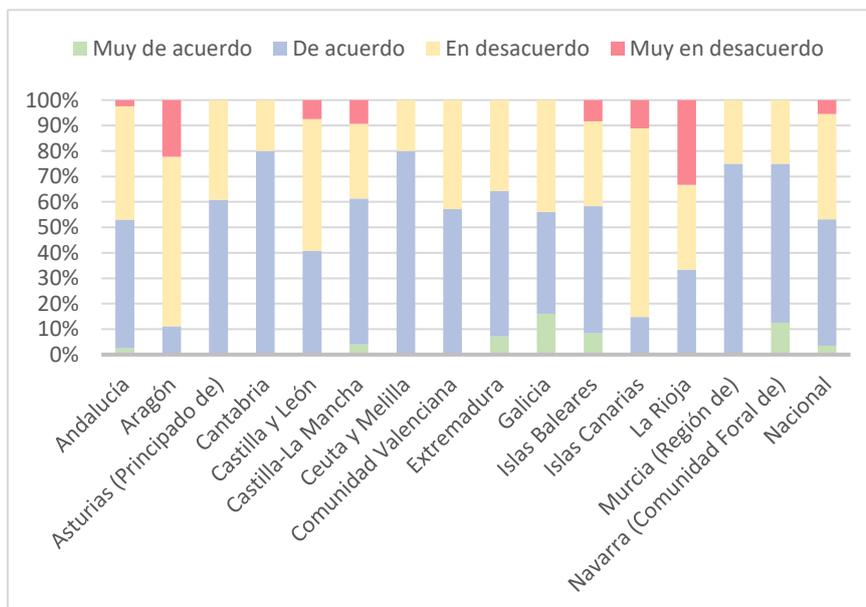
²⁰⁶ Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

²⁰⁷ Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

²⁰⁸ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

en los centros permite llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria, las apreciaciones varían. 11 de las 15 regiones que han participado en la encuesta online I están de acuerdo con la afirmación:

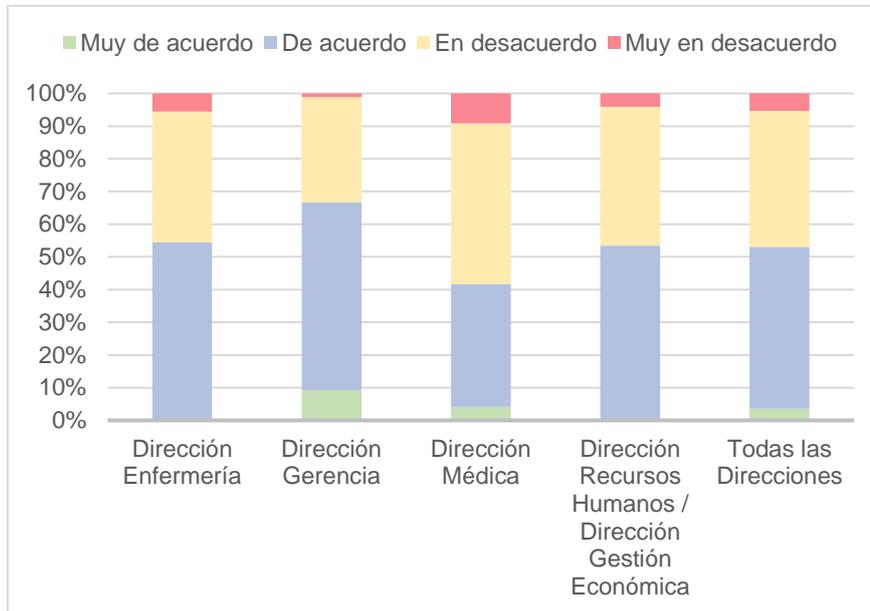
Gráfico 121. Suficiencia del equipamiento tecnológico disponible en los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por CC.AA.²⁰⁹



En este caso, un 47% de los profesionales con competencias de gestión en AP encuestados considera que el equipamiento tecnológico disponible en los centros no permite llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios (“en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”). Son los profesionales con perfil de Dirección de Gerencia lo que más de acuerdo están con el equipamiento tecnológico disponible en los centros (un 66%).

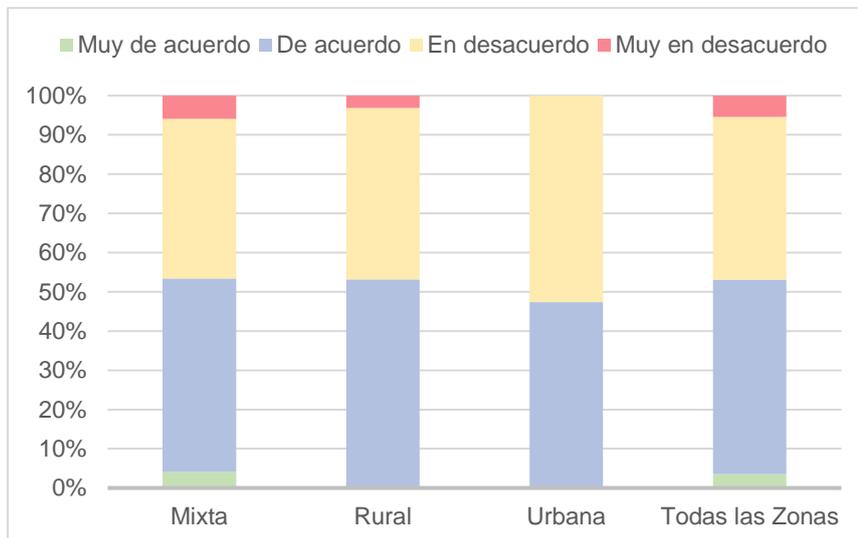
²⁰⁹ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 122. Suficiencia del equipamiento tecnológico disponible en los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por perfil profesional.²¹⁰



Por tipo de zona, los profesionales con competencias de gestión en AP que trabajan en zonas rurales o mixtas tienen una opinión ligeramente más positiva (53%) sobre esta afirmación que los que trabajan en zonas urbanas (47%):

Gráfico 123. Suficiencia del equipamiento tecnológico disponible en los centros para llevar a cabo las prestaciones contempladas en la Cartera Común de Servicios de AP, grado de acuerdo por zona (urbana/rural/mixta).²¹¹



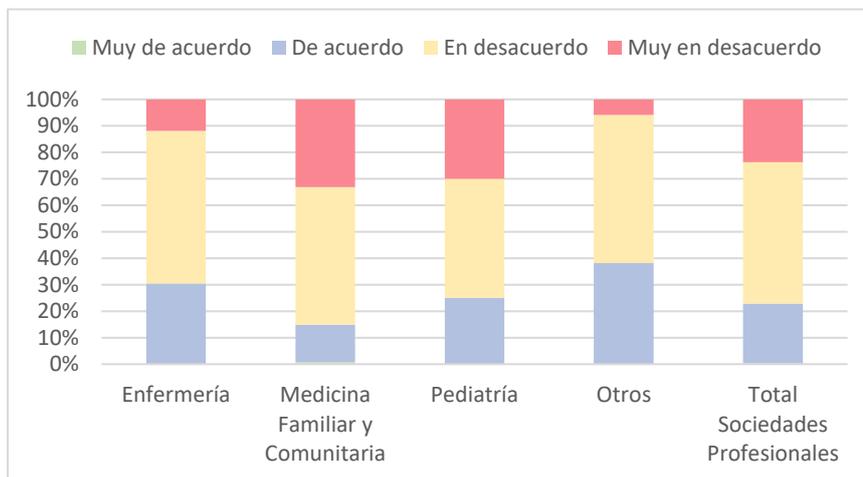
Las Sociedades Profesionales, por su parte, muestran su disconformidad con la afirmación “Existe coherencia entre la dotación en equipamiento y las prestaciones de la cartera de servicios de AP en su CC.AA.”, un 77% de los encuestados ha

²¹⁰ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

²¹¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

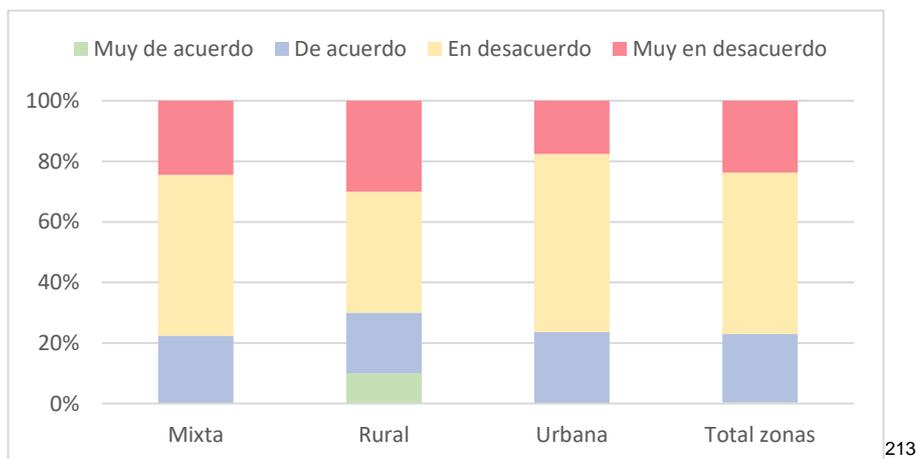
indicado estar “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo con esta afirmación. Los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria son los que mayor grado de desacuerdo muestran:

Gráfico 124. Coherencia entre la dotación en equipamiento y las prestaciones de la cartera de servicios de Atención Primaria, grado de acuerdo por agrupación profesional²¹²



El análisis por zonas (mixta/rural/urbana) muestra homogeneidad en las respuestas de los miembros de las Sociedades Profesionales de las diferentes zonas.

Gráfico 125. Coherencia entre la dotación en equipamiento y las prestaciones de la cartera de servicios de Atención Primaria, grado de acuerdo por zona (mixta/rural/urbana)



En consonancia con las respuestas obtenidas de los miembros de las Sociedades Profesionales, los miembros de las Asociaciones de Pacientes también indican que no existe consonancia entre la dotación de equipamiento y las prestaciones de la cartera común de servicios.²¹⁴

Además, para los miembros de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes se realizó una pregunta adicional. Se les solicitó que indicasen su grado

²¹² Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

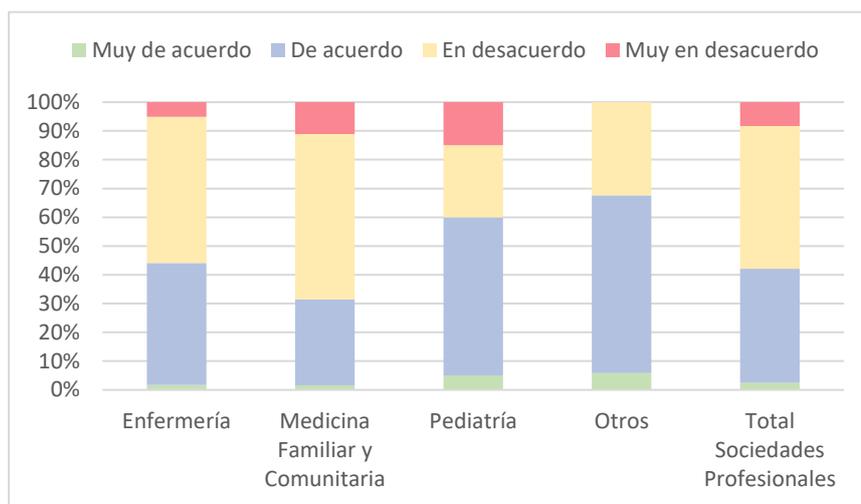
²¹³ Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

²¹⁴ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad

de acuerdo con la afirmación “*Existe suficiente capacitación y formación para utilizar el equipamiento actual*”.

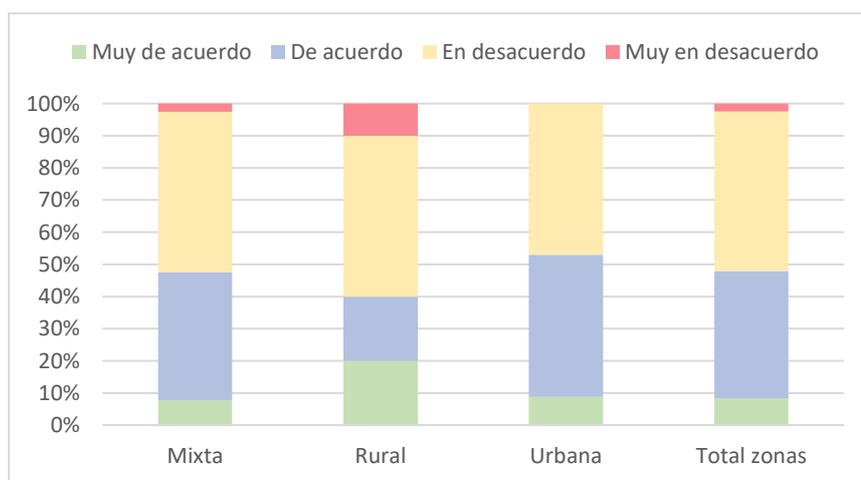
El 58% de los miembros de las Sociedades Profesionales están en desacuerdo con esta afirmación, en el caso de los profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria este porcentaje aumenta hasta el 68%, mientras que en la agrupación “Otros” (Psicología Clínica y Psicopatología, Fisioterapia, Matronas y Directivos de AP) el porcentaje desciende hasta el 32%.

Gráfico 126. Existencia de suficiente capacitación y formación para utilizar el equipamiento actual, grado de acuerdo por agrupación profesional²¹⁵



Analizando las respuestas de los miembros de las Sociedades Profesionales por zonas (mixta/rural/urbana), se observa homogeneidad en las respuestas, sin embargo, son los profesionales de las zonas rurales los que muestran mayor discrepancia con la afirmación (un 60%, frente al 53% y 47% de las zonas mixtas y urbanas).

Gráfico 127. Existencia de suficiente capacitación y formación para utilizar el equipamiento actual, por zonas (mixta/rural/urbana)²¹⁶



²¹⁵ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

²¹⁶ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Los miembros de las Asociaciones de Pacientes coinciden con las Sociedades Profesionales mostrando su desacuerdo con la afirmación.²¹⁷

4.6.2.4.6. Sistemas de Información

4.6.2.4.6.1. Historia Electrónica e integración de la información del paciente

El desarrollo de los sistemas de información de Atención Primaria en lo que respecta a la historia clínica electrónica son dispares en función del territorio. De esta forma, pueden encontrarse integrados con el nivel asistencial de la Atención Hospitalaria, conformando una Historia Electrónica Única, o pueden tener un desarrollo propio, el cual se comunica mediante interfaces comunes o módulos concretos con la Atención Hospitalaria. En la Tabla 63 se clasifican las comunidades autónomas según el tipo de integración de la Historia Electrónica:

1. Historia clínica electrónica única compartida entre los distintos niveles asistenciales.
2. Historia clínica electrónica exclusiva de Atención Primaria.

Tabla 63. Clasificación y observaciones por CCAA respecto a su sistema de información de atención primaria.²¹⁸

	Comunidad autónoma	Ámbitos asistenciales entre los que se comparte el sistema de información	Observaciones
Historia clínica electrónica única compartida entre los distintos niveles asistenciales	Andalucía	Atención Primaria y hospitalaria, incluyendo los centros concertados	Sin observaciones.
	Castilla y León	Atención Primaria y hospitalaria	“Existe una herramienta de Historia Clínica Electrónica única para todo el ámbito asistencial, con acceso a módulos de historia clínica compartidos con el ámbito hospitalario (Repositorio de Datos Clínicos, Prescripción, Vacunación, Documentos, Radiología, Alergias, etc.) así como acceso a módulos hospitalarios de su ámbito -hospital de referencia- (Sistema de Información de Laboratorio, etc.)”.
	Cataluña	Atención Primaria, atención hospitalaria y salud mental	“Hay un repositorio de información compartida con los hospitales y centros de atención intermedia y de salud mental. Pueden compartir también informes médicos, de ingreso y de altas, así como imágenes. Los servicios sociales no están incluidos en este repositorio de información. En cuanto a las residencias de mayores, por el momento no están integrados los sistemas de información,

²¹⁷ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

²¹⁸ Fuente: entrevistas a los RSWG



	Comunidad autónoma	Ámbitos asistenciales entre los que se comparte el sistema de información	Observaciones
			<i>pero pueden acceder a la historia de Atención Primaria y consultar datos del hospital".</i>
	Extremadura	Atención Primaria y hospitalaria, así como residencias públicas	<i>"Existe una historia clínica única que se comunica con las residencias públicas, las privadas no tienen acceso a esta información".</i>
	Galicia	Atención Primaria, Hospitalaria y servicios sociales.	<i>"Historia clínica electrónica única y compartida entre los distintos ámbitos asistenciales. Los aparatos de electromedicina también están integrados con la historia clínica para integrar las todas las pruebas que se le realizan al paciente".</i>
	País Vasco	Atención Primaria y hospitalaria (el ámbito sociosanitario tiene acceso limitado)	Sin observaciones.
	La Rioja	Atención Primaria, Hospitalaria y residencias geriátricas con concertos con el Servicio Riojano de Salud	<i>"Historia Clínica Electrónica Única con un modelo único de prescripción, historias compartidas completamente, un módulo único de vacunas, etc. Incluye un cuadro de mandos para los profesionales de tal forma que puedan ver los datos más relevantes de los pacientes. A nivel sociosanitario, las residencias públicas y concertadas al Servicio Riojano de Salud tienen acceso a la misma historia clínica y viceversa. Esto facilita la coordinación entre ámbitos".</i>
Historia clínica electrónica exclusiva de Atención Primaria	Aragón	No aplica	<i>"Dos historias clínicas electrónicas, una para Atención Primaria y otra para Atención Hospitalaria, son accesibles para ambos ámbitos asistenciales. Se está trabajando para tener una única historia clínica electrónica compartida a finales de este año. Hay una historia sociosanitaria, desde 2020, que es accesible por las residencias y permite incorporar los datos de historia clínica para que se visualicen en el ámbito residencial. Es diferente a la historia clínica sanitaria".</i>
	Asturias (Principado de)	No aplica	<i>"Existen distintas Historias Clínicas, dos en el ámbito hospitalario (dos hospitales con una historia clínica y el resto con otra) y una en Atención Primaria".</i>
	Islas Baleares	No aplica	<i>"No hay historia clínica única, pero se puede acceder desde distintos niveles asistenciales a otras historias clínicas. Hay un proyecto en marcha para desarrollar la historia clínica compartida en el que se están integrando los distintos sistemas de información progresivamente. Los sistemas de información compartida con la parte Sociosanitaria son más complejos".</i>



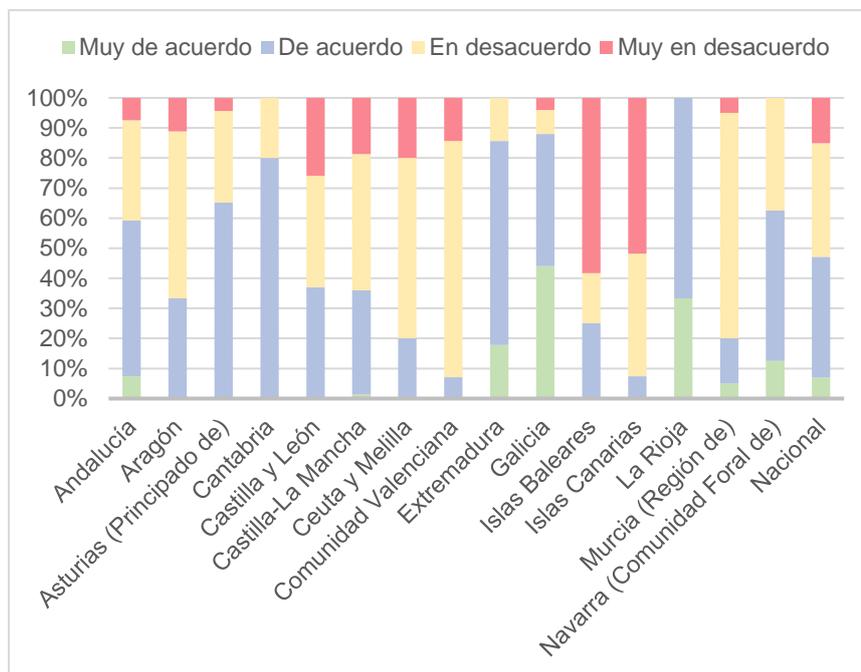
Comunidad autónoma	Ámbitos asistenciales entre los que se comparte el sistema de información	Observaciones
Canarias	No aplica	<i>"Hay dos historias clínicas, una para Atención Primaria y otra para Atención Hospitalaria. Se intenta compartir el máximo de información posible entre los dos niveles asistenciales a través de la Historia Clínica Compartida".</i>
Cantabria	No aplica	<i>"Historia clínica electrónica es única en todos los centros de salud, aunque distinta a la de los hospitales. Se debe mejorar la interoperabilidad de los sistemas con Atención Hospitalaria, que están en desarrollo. Cuentan con un visor corporativo en dónde se vuelca la información, pero no están integradas las historias clínicas de Atención Primaria con la de Atención Hospitalaria. Los servicios sociales no tienen interoperabilidad con sus redes por ahora".</i>
Castilla-La Mancha	No aplica	<i>"Dos plataformas de historia clínica, una para Atención Primaria y otra para Atención Hospitalaria, y entre ellas hay un visor que permite a los profesionales de un ámbito visualizar la información del otro ámbito, pero no trabajar sobre este. Están trabajando en un proyecto conjunto con el Servicio Canario de Salud para hacer una historia clínica para ambos niveles asistenciales".</i>
Comunidad Valenciana	No aplica	<i>"Existe una historia clínica hospitalaria y una de Atención Primaria y ambos niveles asistenciales pueden visualizar la información del otro nivel, en el propio programa hay un enlace directo. Además, ambas historias comparten el módulo de prescripción y de citación. Hay una integración parcial, pero están trabajando en que sea total. Las residencias públicas y concertadas tienen acceso a dichas historias y se está trabajando para que las privadas también puedan acceder. Además, casi todas las fundaciones que trabajan con ellos y están dentro del sistema tienen acceso a la historia del paciente".</i>
Madrid (Comunidad de)	No aplica	<i>"No hay integración con la historia clínica de los hospitales, con la cual se trabaja a través de visores. Existe una historia clínica compartida con las residencias públicas y los Centros de Atención Integral a Drogodependientes".</i>
Región de Murcia	No aplica	<i>"Atención Primaria y Atención Hospitalaria trabajan con programas distintos, pero con la misma interfaz de usuario. Existe la plataforma Ágora: portal de información con información de atención hospitalaria y de Atención Primaria del paciente en formato de "resumen" al cual puede acceder el ámbito sociosanitario".</i>



	Comunidad autónoma	Ámbitos asistenciales entre los que se comparte el sistema de información	Observaciones
	Navarra	No aplica	<i>“Hay una Historia Clínica para Atención Primaria y otra para Atención Hospitalaria, pero comparten cierta información y espacios. La información relacionada con imagen médica, prescripción y laboratorio es compartida entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. La Atención Sociosanitaria también tiene acceso”.</i>
	Ceuta y Melilla	No aplica	<i>“La Historia Clínica de Atención Primaria es distinta a la de Atención Hospitalaria. Para coordinar ambas, se provee a los profesionales de ambos ámbitos asistenciales las claves del otro. Servicios sociales pueden acceder a ello, aunque no tienen acceso a toda la información, así como los administrativos”.</i>

La integración entre las Historias Clínicas Electrónicas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria se encuentra en diferentes puntos según la región, y así también se recoge en la opinión de los profesionales con competencias de gestión en AP consultados en la encuesta online I. De acuerdo con la encuesta realizada, 8 de los 15 territorios consideran que la Historia Electrónica no está suficientemente integrada entre ambos niveles asistenciales en su comunidad, y en 5 territorios la opinión es muy mayoritaria (80% o más).

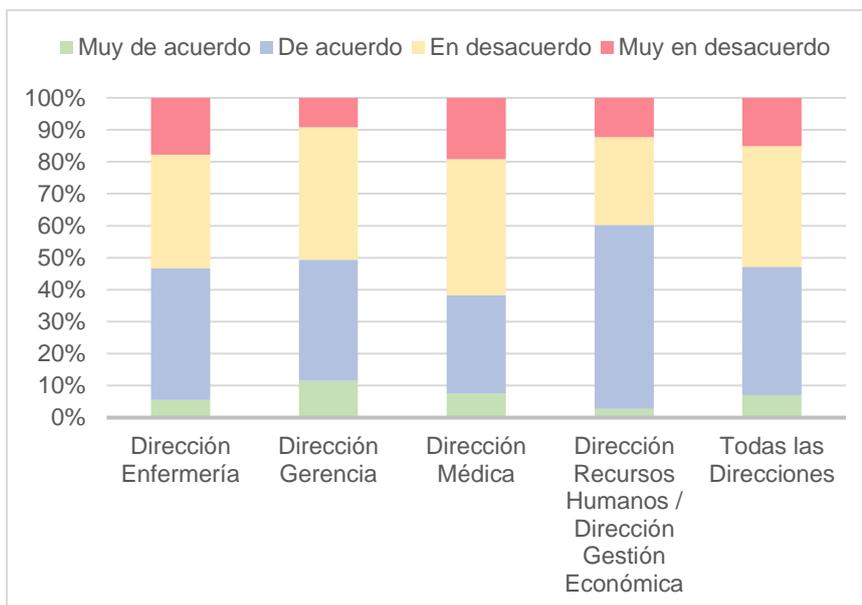
Gráfico 128. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y AH para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por CC.AA.²¹⁹



Por tipo de profesional, a excepción de las direcciones de RRHH y/o de Gestión Económica, tienen una opinión mayoritariamente negativa, más del 50% de los profesionales de las Direcciones de Enfermería, Gerencia y Médica opinan que la integración de historia clínica electrónica entre AP y AH para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas no es suficiente:

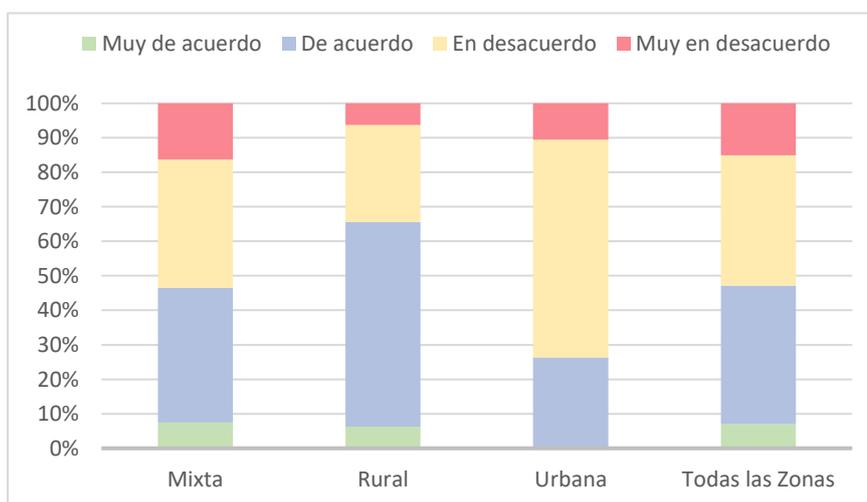
²¹⁹ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 129. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y AH para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por perfil profesional.²²⁰



Un 65% de los profesionales con competencias de gestión en AP que trabajan en el área rural están de acuerdo con la afirmación sobre la integración de la historia clínica. Sin embargo, teniendo en cuenta el total de encuestados, son más (un 53%) los que no están de acuerdo con el grado de integración:

Gráfico 130. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y AH para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas. Grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta).²²¹

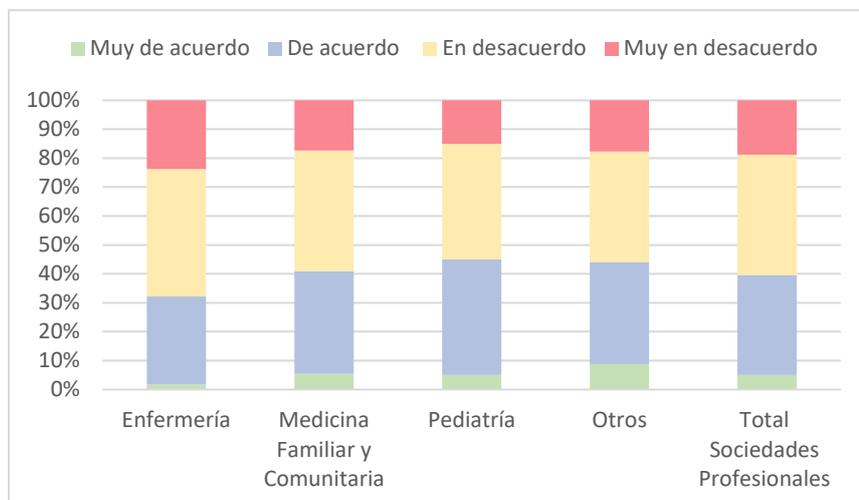


Las Sociedades Profesionales coinciden con los profesionales con competencias de gestión en AP, el 60% de los encuestados no consideran suficiente la integración de las historias clínicas de AP y Atención Hospitalaria. La agrupación profesional de enfermería es que más desacuerdo muestra, ascendiendo a 68%.

²²⁰ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

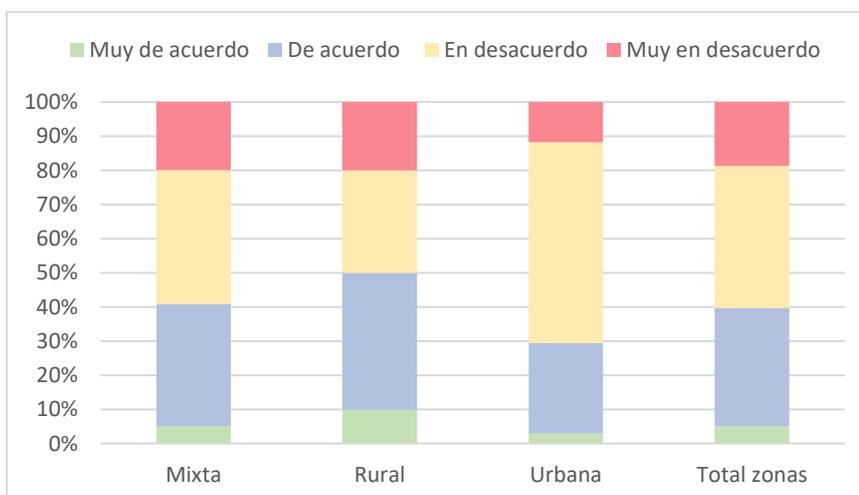
²²¹ Fuente: encuesta *online* I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 131. Suficiencia en la integración de las historias clínicas de AP y de Atención Hospitalaria, grado de acuerdo por agrupación profesional²²²



Los mismos resultados analizados por zonas (mixta/rural/urbana) muestran que los miembros de las Sociedades Profesionales de las zonas urbanas son los que discrepan en mayor porcentaje con la afirmación (71%) mientras que en las zonas rurales el mismo porcentaje desciende hasta el 50%.

Gráfico 132. Suficiencia en la integración de las historias clínicas de AP y de Atención Hospitalaria, grado de acuerdo por zona (mixta/rural/urbana)²²³



Los miembros de las Asociaciones de Pacientes que han participado en la encuesta también consideran que no es suficiente la integración de las historias clínicas de AP y Atención Hospitalaria.²²⁴

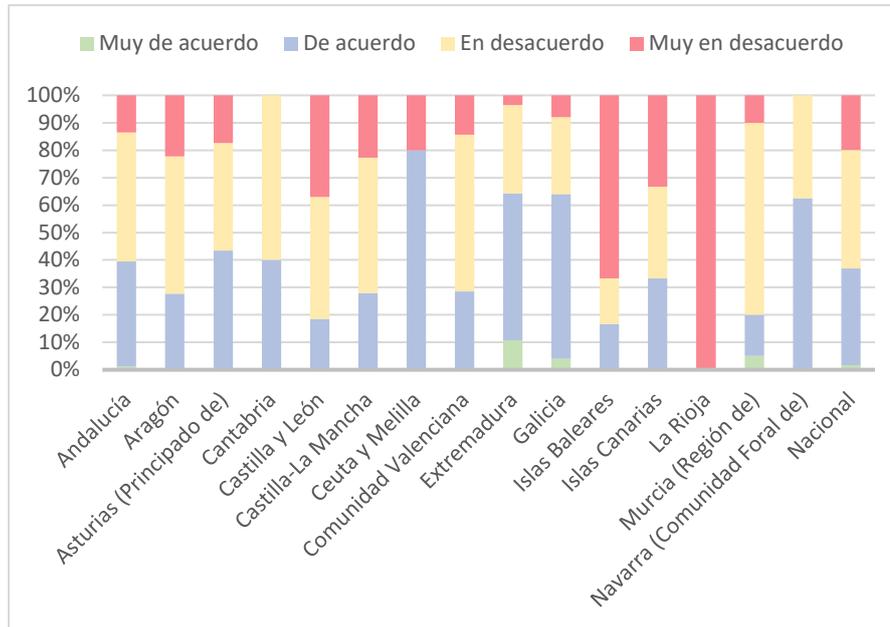
Sobre la integración de la Historia Electrónica de Atención Primaria con la de Servicios Sociales, la situación es también dispar, pero con mayor acuerdo generalizado -11 de los 15 territorios- en que dicha integración no es suficiente:

²²² Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

²²³ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

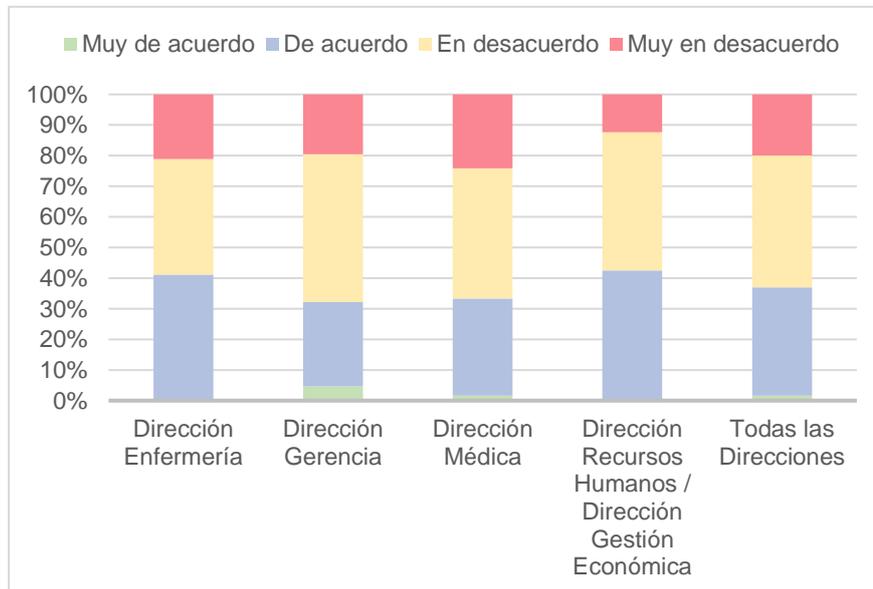
²²⁴ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad

Gráfico 133. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por CC.AA.²²⁵



Las apreciaciones por perfil profesional son mayoritariamente negativas en todos los casos:

Gráfico 134. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por perfil profesional.²²⁶



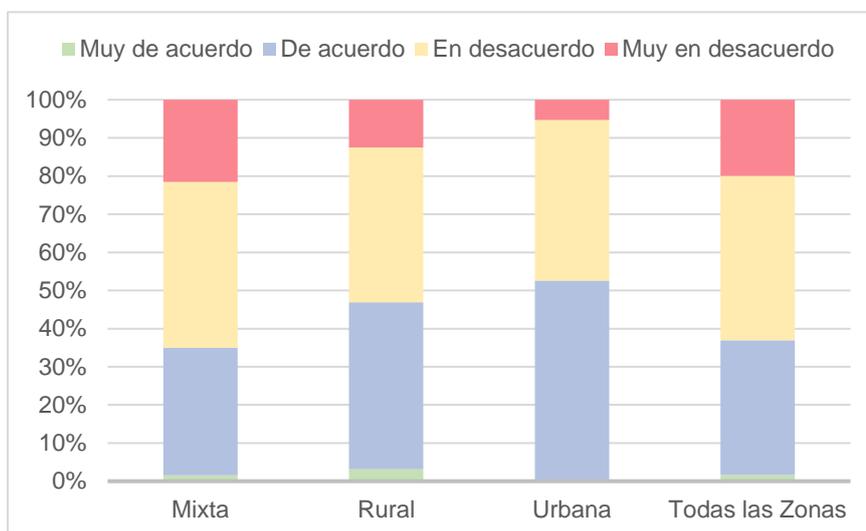
Respecto al tipo de zona, para los profesionales con competencias de gestión en AP que trabajan en las zonas urbanas existe una ligera mayor conformidad (53% de

²²⁵ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

²²⁶ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

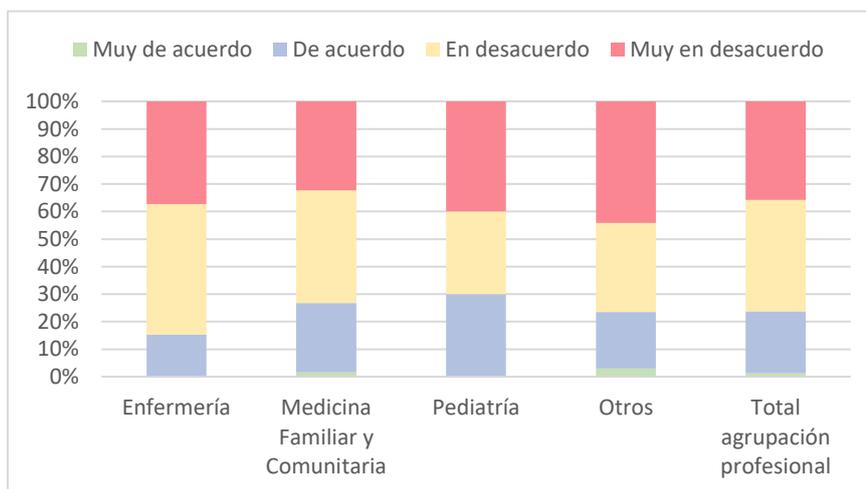
respuestas) respecto de los que trabajan en las rurales o mixtas (44% y 33% respectivamente).

Gráfico 135. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)²²⁷



Los miembros de las Sociedades Profesionales coinciden los profesionales con competencias en gestión, mostrando su desacuerdo el 76% de los encuestados. En la agrupación profesional de enfermería el porcentaje de desacuerdo aumenta hasta el 85%.

Gráfico 136. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por agrupación profesional²²⁸

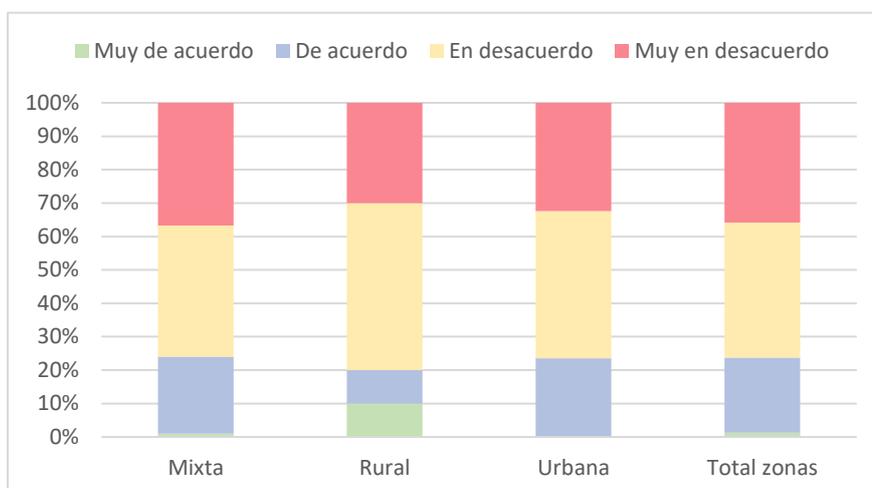


En relación con las respuestas de las Sociedades Profesionales analizadas por zonas (mixta/rural/urbana), se observa homogeneidad para todas las zonas, oscilando el grado de desacuerdo entre el 76% y el 80% en todas las zonas.

²²⁷ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

²²⁸ Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Gráfico 137. Suficiencia en la integración de historia clínica electrónica entre AP y servicios sociales para llevar a cabo las actividades asistenciales y administrativas, grado de acuerdo por zonas (mixta/rural/urbana)²²⁹



Las Asociaciones de Pacientes coinciden con las Sociedades Profesionales en que la integración de las historias clínicas de AP y de servicios sociales no están suficientemente integradas.²³⁰

4.6.2.4.6.2. Portal para el paciente

Todos los territorios declaran disponer de un portal digital (o lo están desarrollando) en el que los pacientes pueden consultar su información clínica, así como realizar algunos trámites administrativos como la gestión de citas o descarga de documentos.

El nivel de desarrollo de dicho portal, así como las funcionalidades o el acceso (vía web y/o APP móvil) es dispar según el territorio. En la Tabla 64 se presentan aquellas particularidades reportadas en las entrevistas por comunidad autónoma:

Tabla 64. Características del portal del paciente por comunidad autónoma²³¹

Comunidad autónoma	Características del portal del paciente por comunidad autónoma
Andalucía	“Se tiene acceso a través de una aplicación llamada ClicSalud+. En ella se incluye información sobre datos personales y administrativos de la persona, se tiene acceso a la historia clínica y a pruebas complementarias y se pueden realizar trámites administrativos como renovar la tarjeta sanitaria realizar un desplazamiento temporal o libre elección de centro y profesional. También se puede solicitar cita previa para consulta médica (medicina de familia o pediatría), consulta de enfermería, vacunaciones y gestiones administrativas. No se pueden solicitar citas en línea para algunas actividades (pruebas diagnósticas, cirugía menor, etc.) que requieren una indicación previa de un profesional o de condiciones especiales de preparación. Otra funcionalidad es consultar las citas previstas y la situación en lista de espera quirúrgica”.
Aragón	“El portal se llama “Salud Informa”. El ciudadano consulta toda su información y puede hacer trámites”.

²²⁹ Fuente: encuesta online II a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

²³⁰ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

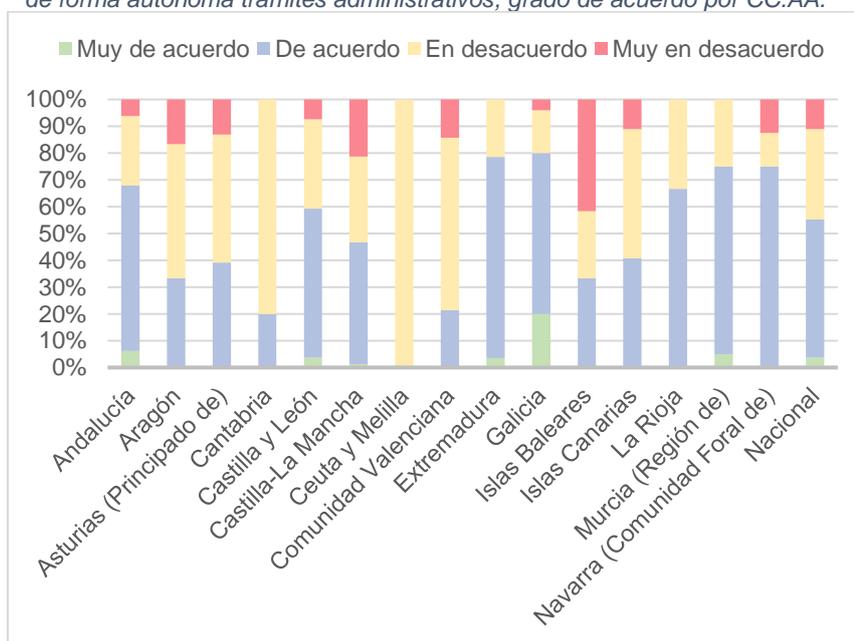
²³¹ Fuente: entrevistas a los RSWG

Comunidad autónoma	Características del portal del paciente por comunidad autónoma
Asturias (Principado de)	<p>“Hay un proyecto en desarrollo, la puesta en funcionamiento de la carpeta de salud del paciente está licitada y adjudicada. Está previsto que se ponga en funcionamiento en diciembre de 2022 la primera fase, y en el primer trimestre de 2023 ya habrá una segunda versión.</p> <p>Permitirá al paciente consultar sus informes y solicitar citas. Los trámites se irán desarrollando a medida que se ponga en marcha”.</p>
Islas Baleares	<p>“El portal se encuentra en fase incipiente. Se están integrando funcionalidades progresivamente: resultados de laboratorio, solicitud de citas, etc.”.</p>
Canarias	<p>“Está en proceso de desarrollo”.</p>
Cantabria	<p>“A día de hoy, el portal se encuentra muy poco desarrollado y la población apenas la utiliza debido a su difícil acceso y bajo rendimiento”.</p>
Castilla y León	<p>“Se dispone de la “Carpeta de Salud Personal”. Es un Repositorio de Datos Clínicos compartido por todos los ámbitos asistenciales que se va nutriendo progresivamente de información, pero no está integrado con todos los módulos del ámbito hospitalario. Esta Carpeta no permite la realización de gestiones. Sin embargo, existe una aplicación móvil que permite la gestión de citas de medicina, enfermería, extracciones o citas administrativas desplegada en la práctica totalidad de las Zonas Básicas de Salud. Por último, en el Portal de Salud existen formularios para la gestión de trámites relacionados con Tarjeta Sanitaria”.</p>
Castilla-La Mancha	<p>“Se dispone de una aplicación descargable que actualmente se está actualizando. Se pueden hacer diversas gestiones, como pedir cita con Atención Primaria, consultar las farmacias de guardia, etc. y se espera añadir más funcionalidades. De momento, los pacientes sólo pueden ver la historia clínica desde la página web, pero se prevé extender esto a la aplicación”.</p>
Cataluña	<p>“Se llama La Meva Salut. Se trata de una carpeta de información médica, medicamentos, vacunas, etc. Actualmente cuenta con más de 5,5 millones de personas registradas”.</p>
Comunidad Valenciana	<p>“Hay una página web a la que el paciente puede acceder y ver los datos mínimos de su historia, historia clínica resumida. También pueden gestionar sus bajas laborales, sus citas, altas hospitalarias, y puede realizar otros trámites administrativos”.</p>
Extremadura	<p>“Disponen del “Centro de Salud Online”. Los pacientes pueden consultar su historial y sus analíticas, pedir citas y hacer diversas gestiones”.</p>
Galicia	<p>“Está en proceso de implantación gracias a la nueva versión de la historia clínica que se está desplegando (IANUS v.5). Las gestiones y trámites administrativos se pueden realizar en su mayoría de forma online. Además, está previsto empezar a implementar que los pacientes puedan subir imágenes o documentos a la plataforma para que el médico pueda verlo. Cuentan también con una plataforma de tele seguimiento, a través de la cual el paciente introduce sus variables desde casa y el profesional lo puede evaluar desde la consulta”.</p> <p>Además, Galicia cuenta con É-Saúde que es una plataforma web con acceso desde el móvil mediante la App “sergas móvil” a través de la cual la ciudadanía puede consultar sus pruebas de laboratorio, de imagen, vacunas, informes COVID, tratamiento farmacológico, pautas sintrom, y también permite hacer trámites administrativos como cambios de médico y enfermera, solicitar cita en AP, activar los sistemas de notificación, cambias datos en tarjeta sanitarias, etc.”</p>
Madrid (Comunidad de)	<p>“Es Mi Carpeta de Salud, y se tiene acceso desde la tarjeta sanitaria virtual. Se está trabajando en más funcionalidades, la intención es tener todas incorporadas entre 2022 y 2023”.</p>
Murcia (Región de)	<p>“Existe un portal del paciente, pero solo el 15% de la población se ha dado de alta debido a un doble circuito de seguridad que dificulta el acceso. En este portal se</p>

Comunidad autónoma	Características del portal del paciente por comunidad autónoma
	<i>permite acceso al Certificado COVID-19, recibir resultados de analíticas, gestionar citas, receta electrónica, etcétera. Además, se está empezando a diseñar otra plataforma: El círculo del paciente, enfocado a niños con enfermedades raras, relacionándolo con el aspecto sociosanitario”.</i>
Navarra (Comunidad Foral de)	<i>“Es la Carpeta Personal de Salud. Cuenta con cuatrocientos mil usuarios. Se van añadiendo funcionalidades. Actualmente el paciente puede subir información, ver informes, analíticas y tiene una parte de bajas. También cuentan con cita web”.</i>
País Vasco	<i>“Existe un portal de acceso al sistema sanitario desde el cual se pueden solicitar citas y hacer diferentes gestiones. Además, cuenta con la carpeta de salud desde la cual el paciente puede acceder al visualizador de la información”.</i>
La Rioja	<i>“Es la Carpeta del Ciudadano, permite a los pacientes acceder a su historia clínica y portal de vacunación y prescripción. Sin embargo, no se pueden pedir citas ni realizar gestiones, solo tienen acceso a datos”.</i>
Ceuta y Melilla	<i>“Hay una aplicación para solicitar cita, es el único trámite disponible, pero no se pueden consultar datos”.</i>

De forma complementaria, las apreciaciones recogidas a través de la encuesta a profesionales con competencias de gestión en AP muestran que 8 de los 15 territorios consideran que las herramientas digitales disponibles no son suficientes para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos:

Gráfico 138. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por CC.AA.²³²

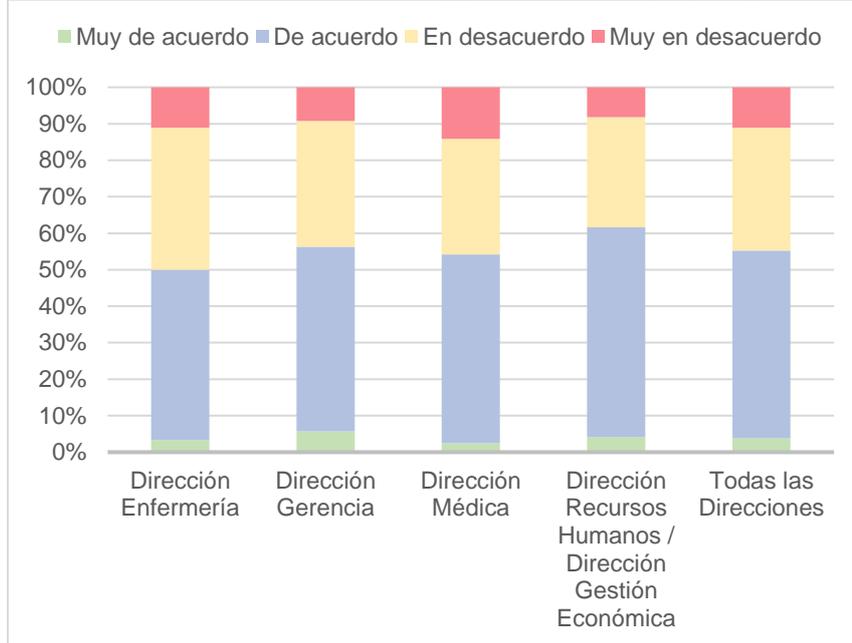


Desde el punto de vista de los perfiles profesionales, los resultados son similares, los profesionales con competencias de gestión en AP con perfil de Dirección de RRHH o de Gestión Económica son los que tienen una opinión más positiva que el resto de perfiles (un 62% de los profesionales con perfil de Dirección de RRHH o de Gestión económica están de acuerdo con la afirmación, frente al 56% del total), sobre la

²³² Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

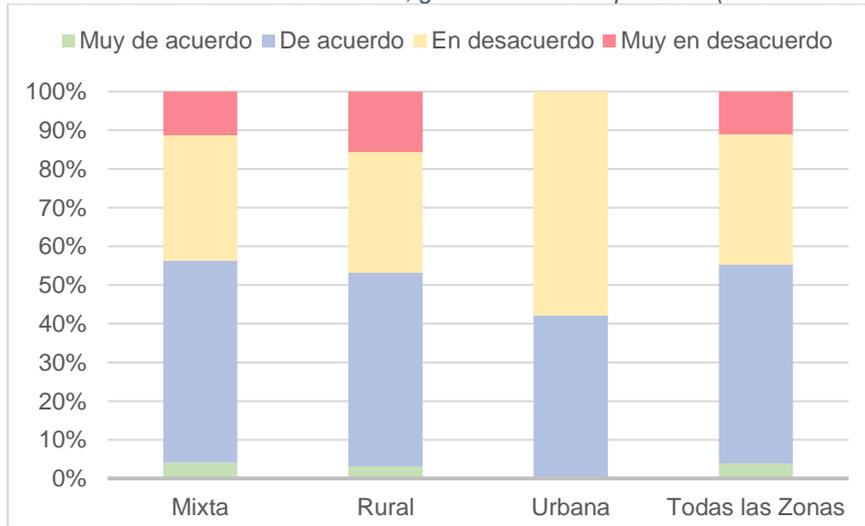
afirmación relacionada con las herramientas digitales disponibles tal y como muestra el Gráfico 139:

Gráfico 139. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por perfil profesional.²³³



Por tipo de zona, son los profesionales con competencias de gestión en AP que trabajan en zonas urbanas los que muestran un peor grado de acuerdo (un 58% no está de acuerdo con la afirmación) con la suficiencia de las herramientas digitales disponibles para el paciente:

Gráfico 140. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por zona (rural/urbana/mixta)²³⁴

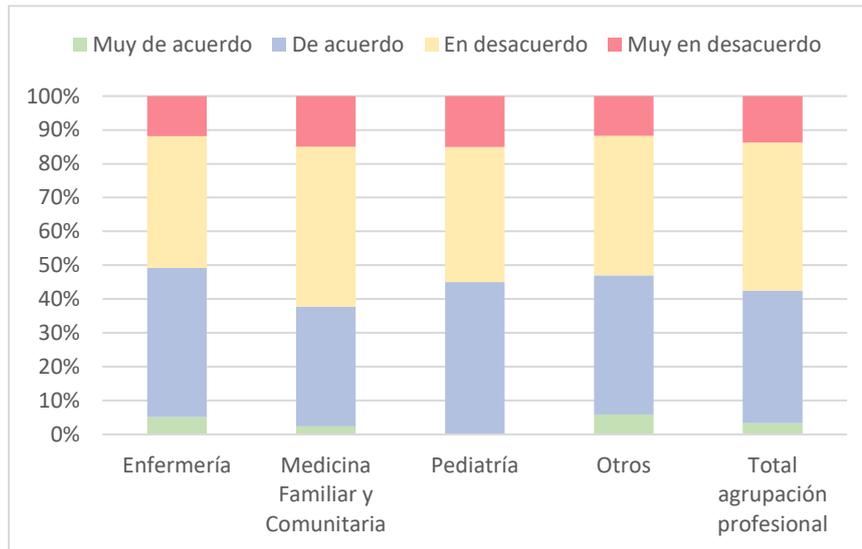


²³³ Fuente: encuesta *online* | a profesionales con competencias de gestión en AP

²³⁴ Fuente: encuesta *online* | a profesionales con competencias de gestión en AP

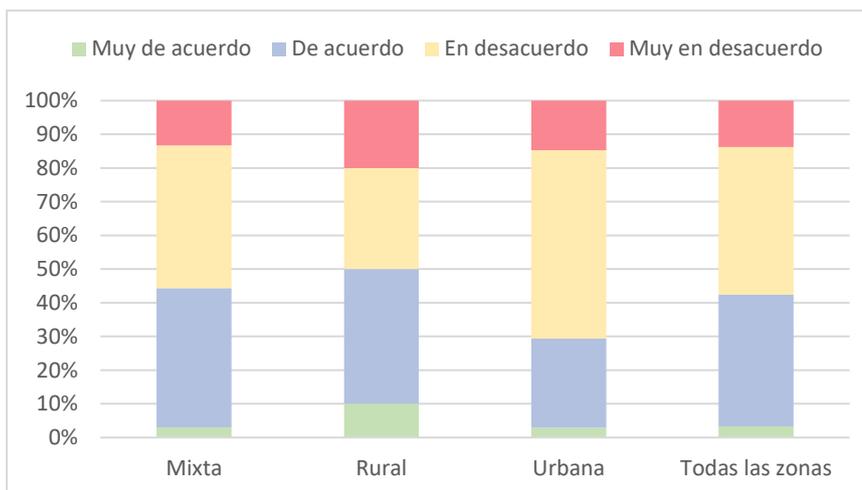
El análisis de las respuestas de las Sociedades Profesionales muestra que el 58% de los encuestados considera que las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos no son suficientes.

Gráfico 141. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por agrupación profesional²³⁵



Los resultados analizados por zonas (mixta/rural/urbana) muestran que es en las zonas urbanas en las que consideran en mayor porcentaje que las herramientas digitales para pacientes no son suficientes, un 71% frente a las zonas rurales, en las que el porcentaje desciende hasta el 50%.

Gráfico 142. Suficiencia de las herramientas digitales disponibles para que el paciente pueda realizar de forma autónoma trámites administrativos, grado de acuerdo por zona (mixta/rural/urbana)²³⁶



²³⁵ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

²³⁶ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Las Asociaciones de Pacientes coinciden al considerar que las herramientas digitales para pacientes no son suficientes.²³⁷

4.6.2.4.7. *Coherencia entre la dotación en equipamiento y la cartera de servicios de Atención Primaria*

Todas las comunidades autónomas consideran que sí existe coherencia entre la dotación en equipamiento y la cartera de servicios comunes de Atención Primaria, o al menos que la dotación está relativamente bien (a falta de renovar equipamiento obsoleto). No obstante, en las entrevistas a los RSWG también se han detectado varios matices realizados por varios los territorios. Estos apuntes se agrupan en 3 tipos de comentarios:

1. Es necesario mejorar el equipamiento si se quiere ampliar la cartera de servicios e incrementar la capacidad de resolución de los centros (por ejemplo, ecógrafos, telemedicina, nuevos servicios de fisioterapia, etc.).
2. No solo se debe seguir mejorando en la dotación de equipamiento sino en la formación en su uso.
3. Se debería medir el desempeño, quizá no aporta valor realizar algunos servicios.

4.6.2.5. *Previsión de necesidad de recursos en términos de infraestructura y equipamiento para los próximos años en Atención Primaria*

La gran mayoría de territorios (17 de 18) han declarado en las entrevistas necesidades concretas respecto a su infraestructura y equipamiento médico y no médico, en un ejercicio de previsión para los próximos años. En lo que respecta a infraestructura, se encuentra un denominador común en la necesidad de adecuación de los espacios actuales, bien para hacer frente a las nuevas asistencias telemáticas, bien para adaptarlos a nuevos procesos (usos compartidos de espacios entre profesionales, espacios para docencia, etc.). También se declara, en menor medida, la necesaria renovación y reforma de infraestructura antigua.

En cuanto a las necesidades de equipamiento previstas para los próximos años, se detecta una necesidad transversal: la adquisición de material tecnológico para consolidar la transición digital de los centros, especialmente centrada en la tele consulta y tele monitorización de los pacientes.

En la Tabla 65 se pueden consultar las necesidades declaradas por cada comunidad autónoma:

Tabla 65. *Previsión de necesidad de recursos en términos de infraestructura y equipamiento para los próximos años en Atención Primaria por CCAA*²³⁸

Comunidad autónoma	Necesidades de infraestructura previstas para los próximos años	Necesidades de equipamiento previstas para los próximos años
Andalucía	Es necesario llevar a cabo un exhaustivo análisis de necesidades de Atención	“Serán necesarios aparatos de química seca para la realización de analíticas

²³⁷Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.

²³⁸ Fuente: entrevistas con los RSWG



Comunidad autónoma	Necesidades de infraestructura previstas para los próximos años	Necesidades de equipamiento previstas para los próximos años
	Primaria bajo el requerimiento a cada uno de los centros.	<i>básicas en el centro o en domicilio, vehículos para transportar a las enfermeras a los domicilios para la realización del seguimiento proactivo de pacientes crónicos. Vehículos que deben ir equipados con equipos de soporte vital, más material para analíticas básicas, fluidoterapia, etc. Serán necesarios más dermatoscopias para que no tengan que compartir uno todos los profesionales del centro como sucede en la actualidad. Serán necesarias tablets para los avisos domiciliarios de profesionales sanitarios y trabadores sociales. También pulsioxímetros para todos los profesionales sanitarios, incrementar el número de ecógrafos, al menos uno por centro (independientemente de que se trate de consultorio local o auxiliar)".</i>
Aragón	Construcción de 5 centros que son prioritarios y están ya incluidos dentro del presupuesto.	Inversiones en tecnología no especificadas.
Asturias (Principado de)	Hay proyectos en desarrollo para implementar, como la ecografía, la retinografía, proyectos de diabetes, etc. Para dar respuesta a estos proyectos se debe tener en cuenta una serie de equipamiento, no sólo médico, también de infraestructuras	
Islas Baleares	No se declaran necesidades de infraestructura.	No se declaran necesidades de equipamiento.
Canarias	Inversiones en infraestructura no especificada	Nuevas tecnologías
Cantabria	<i>"Renovación de aquellas infraestructuras que requieren cambios. Hay 2-3 Centros de Salud que si se quisiera dotar de más médicos no habría espacio físico para poderlo poner".</i>	<i>"En el ámbito rural se necesita una mejor conectividad, un soporte tecnológico y apoyo de recursos humanos para poder lograr la conexión a distancia si es necesario".</i>
Castilla y León	<i>"Mantener y aumentar progresivamente el volumen de recursos e inversiones destinados a las infraestructuras sanitarias y su equipamiento".</i>	Telemedicina.
Castilla-La Mancha	No se declaran necesidades de infraestructura.	<i>"Recursos relacionados con la digitalización, que puedan proporcionar al paciente crónico una continuidad asistencial y poder monitorizarle sin necesidad de que acuda al centro de salud: wereables, ecografía digital, implantar la tele dermatología y las video consultas e interconsultas".</i>
Cataluña	<i>"Cuentan con un grupo de trabajo, CAPs del futuro que están realizando una proyección a 5-10 años de los centros de Atención Primaria, qué espacios será necesario reducir y qué espacios habrá que aumentar. En el futuro, el trabajo de los administrativos requerirá espacios</i>	<i>"En el futuro serán muy importantes las nuevas tecnologías, Además, la cartera común de servicios marcará las necesidades de equipamiento. Se prevé que será más tecnificada con más material diagnóstico. El equipamiento no médico estará marcado por las</i>

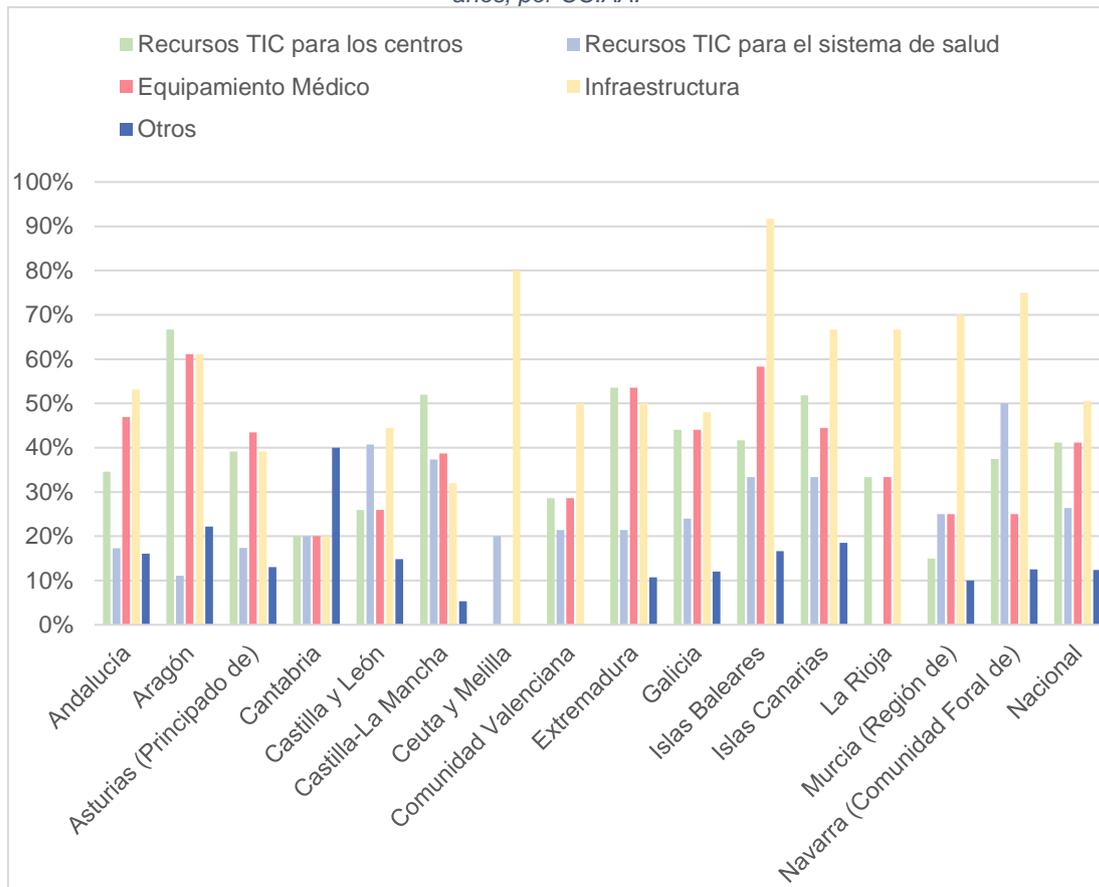


Comunidad autónoma	Necesidades de infraestructura previstas para los próximos años	Necesidades de equipamiento previstas para los próximos años
	<i>fuera del mostrador, más individualizados para los usuarios, no serán necesarias salas de espera tan grandes ni consultas específicas para cada médico, sino que se tratará de consultas polivalentes que podrán utilizar diferentes profesionales</i> .	<i>necesidades que comportan llevar a cabo las consultas no presenciales</i> .
Comunidad Valenciana	<i>“Actualmente se está dotando de nuevas infraestructuras y equipamientos y (mejorando los actuales) a los centros de los medios que se prevé que necesitarán en los próximos años, con el objetivo de aumentar la autonomía y la digitalización”.</i>	
Extremadura	<i>“Aquellos que tienen que ver con la futura modificación de la cartera de servicios que se va a realizar como consecuencia de la puesta en marcha del plan de acción”.</i>	
Galicia	<i>“Mejora de los espacios físicos de las áreas administrativas de los centros de salud, proporcionando consultas o mostradores individuales a los administrativos”.</i>	Se dotará a los centros de salud de nuevo material diagnóstico para ampliar su capacidad de resolución, así como también renovar el de mayor antigüedad.
Madrid (Comunidad de)	<i>“Se está desarrollando el Plan de mejora de la Atención Primaria 2022-2023”. El Plan incluye, a nivel de Infraestructuras, la construcción de nuevos centros de salud, así como el aumento de los espacios de trabajo, su remodelación y modernización²³⁹.</i>	No se declaran necesidades de equipamiento.
Murcia (Región de)	<i>“Espacios comunes para que los médicos realicen sus consultas en lugar de despachos exclusivos”.</i>	Mejora en la estandarización y automatización de los procesos gracias al apoyo tecnológico (tele monitorización de pacientes mediante wearables).
Navarra (Comunidad Foral de)	<i>“En términos generales, se va a necesitar más espacio en los centros”.</i>	Equipos más avanzados y más recursos digitales.
País Vasco	<i>“Renovación de los centros (tienen muchos años) y dotación de espacios para docencia e investigación”.</i>	No se declaran necesidades de equipamiento.
La Rioja	<i>“Salas docentes para la formación de los residentes (de los 20 centros de salud, solo existen dos áreas docentes), espacios para la promoción de la salud y atención comunitaria, y otros espacios para pruebas diagnósticas con requisitos de seguridad”.</i>	No se declaran necesidades de equipamiento.
Ceuta y Melilla	<i>“Ceuta: Centro nº1 para dotarlo de más espacio para cubrir la cartera de servicios. Además, se está terminando la obra de ampliación del Centro nº3, en junio o julio debería estar finalizada”.</i>	No se declaran necesidades de equipamiento.

²³⁹ [Plan Integral de Mejora de Atención Primaria | Atención Primaria \(Comunidad.Madrid\)](#)

La percepción sobre los recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años que ahora no lo son para la Atención Primaria obtenida en las respuestas de la encuesta online I realizada a profesionales con competencias de gestión en AP, muestra una clara necesidad de inversión en Infraestructura, entendida como la creación, adaptación y/o mantenimiento de espacios. Esta necesidad es manifestada por el 51% de los encuestados a nivel nacional. Otra gran necesidad, mencionada por el 41% de los encuestados, es la inversión en Recursos TIC para los centros (Recursos TIC para los centros: ordenadores, conexiones / redes, sistemas de información, etc.). También la adquisición de equipamiento médico es considerada necesaria para un 41% de los encuestados (equipamiento médico entendido como ecógrafos, retinógrafos, dermatoscopios, espirógrafos, equipos de rayos X, TAC, laboratorios, test rápidos, equipamiento para salas de exploración, etc.). En menor medida, también se ha detectado una necesidad de inversión en recursos TIC para el sistema de salud (telemedicina, integración de sistemas de información HCE y otros sistemas, portal del paciente, TIC en atención domiciliaria, formación TIC a profesionales, *Big Data*, IA, etc.), siendo mencionado por un 26% de los encuestados. Por último, en un 12% de las respuestas se marcan otras necesidades, agrupadas en la categoría de “otros”, entre las que destaca la formación para profesionales y sanitarios, recursos materiales como vehículos, climatización, material para fisioterapia, etc.

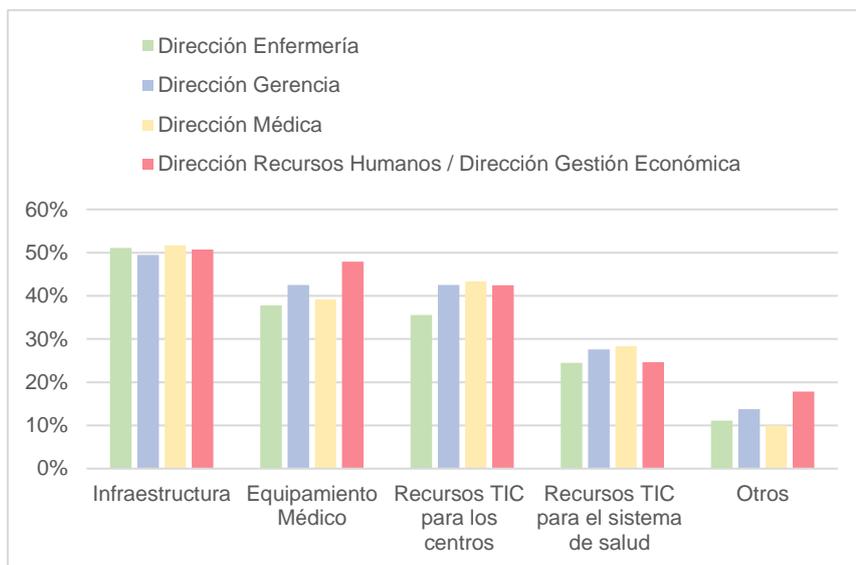
Gráfico 143. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por CC.AA.²⁴⁰



El análisis de la encuesta *online I* por perfil profesional muestra homogeneidad en las respuestas y en la priorización de las necesidades de infraestructura y equipamiento que serán necesario en los próximos 2 a 5 años.

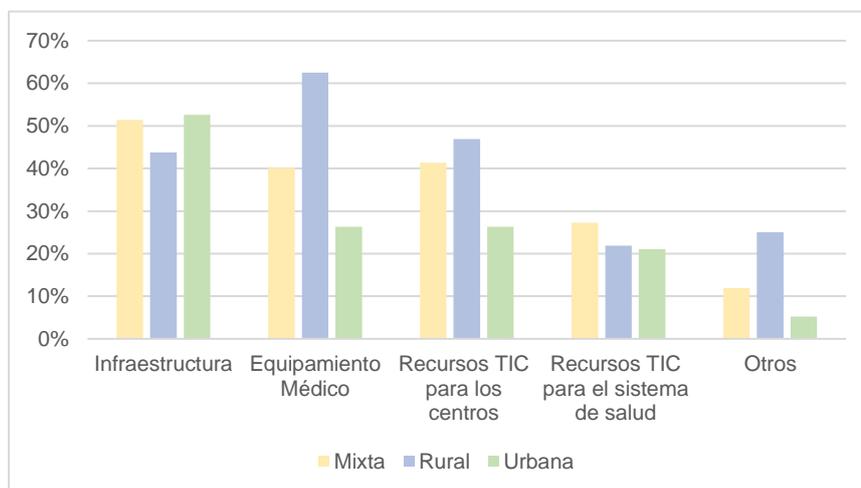
²⁴⁰ Fuente: encuesta *online I* a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 144. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por perfil profesional²⁴¹



Sin embargo, por zona se puede observar que la prioridad de los profesionales con competencias de gestión en AP en las zonas rurales es el equipamiento médico (63%) seguido de los recursos TIC para los centros (47%), mientras que las zonas mixtas y urbanas la prioridad de financiación es la Infraestructura (51% y 53% respectivamente).

Gráfico 145. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por zona (mixta/rural/urbana)²⁴²

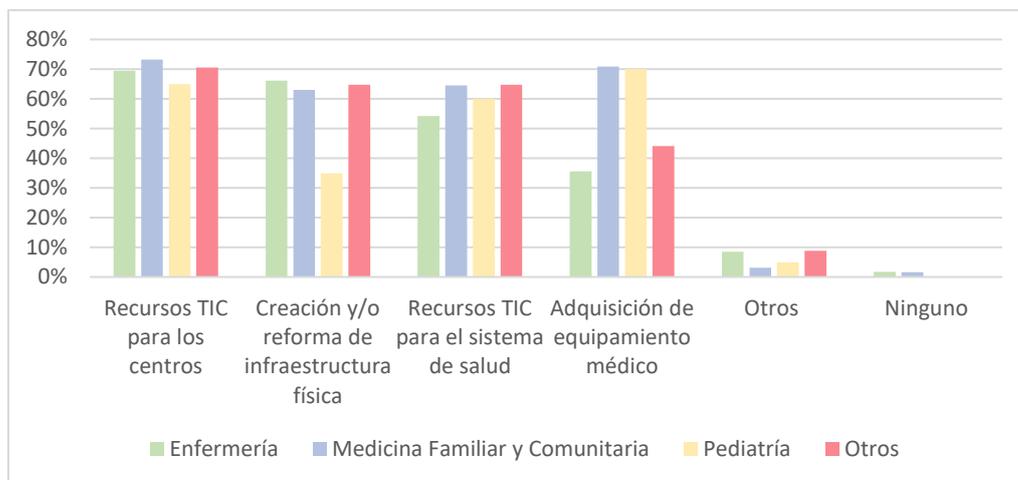


La prioridad de los recursos que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años cambia de acuerdo con las respuestas de las Sociedades Profesionales. El 71% de los encuestados considera serán necesarios recursos TIC para los centros, 20 puntos porcentuales por debajo de la percepción de los profesionales con competencias de gestión en AP (41%).

²⁴¹ Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

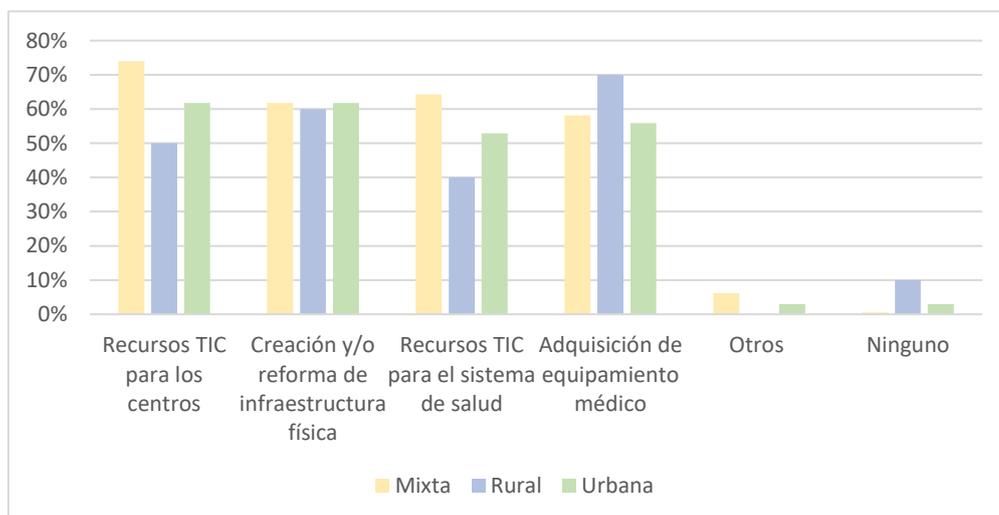
²⁴² Fuente: encuesta online I a profesionales con competencias de gestión en AP

Gráfico 146. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por agrupación profesional²⁴³



El análisis de las respuestas de las Sociedades Profesionales por zonas (mixta/rural/urbana) muestra que los profesionales de las zonas rurales indican como principal necesidad la adquisición de equipamiento médico (un 70% de los encuestados de las zonas rurales lo indica como necesidad). Además, destaca que un 10% de ellos indica que no hay ningún recurso que previsiblemente será necesario en los próximos 2 a 5 años.

Gráfico 147. Recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años, por zona (mixta/rural/urbana)²⁴⁴



Las Asociaciones de Pacientes, por su parte, indican como necesidades la adquisición de equipamiento médico, y los recursos TIC para los centros. Además, dentro de la categoría de “Otros” indican que será necesaria infraestructura suficiente para la atención domiciliaria.²⁴⁵

²⁴³ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

²⁴⁴ Fuente: encuesta *online II* a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

²⁴⁵ Las respuestas de Asociaciones de Pacientes se han analizado de forma cualitativa debido a la menor representatividad.



Financiado por
la Unión Europea



AARC

NTT DATA