

PLAN DE ACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA 2025-2027

Diciembre 2024

Sanidad 2024

Ministerio de Sanidad

Documento presentado en el Pleno del Consejo Interterritorial de Salud del día 16 de diciembre de 2024.

Este informe ha sido realizado por el Ministerio de Sanidad.

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual pertenecen al Ministerio de Sanidad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Edita y distribuye: © MINISTERIO DE SANIDAD CENTRO DE PUBLICACIONES Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO en línea: pendiente (este documento es un anticipo de edición, pendiente de edición definitiva).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CONTENIDO DEL PLAN.....	11
LÍNEA 1: FIDELIZACIÓN Y ATRACCIÓN DEL TALENTO	11
1.1. Monitorización de las ofertas de empleo de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria	11
1.2 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 los profesionales.	12
1.3 Definir un modelo de recertificación de profesionales que permita la acreditación periódica de su competencia profesional	12
1.4 Propuesta de un modelo común de cálculo de necesidades de RRHH de aplicación en todo el SNS en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud	13
1.5 Establecimiento de medidas para el fomento de la longitudinalidad en Atención Primaria	13
1.6 Incentivar el retorno a Atención Primaria de los profesionales que prestan servicios en otros ámbitos asistenciales y abordar la fuga de talento.	14
1.7 Seguimiento anual de la aplicación de los acuerdos de la CRHCISNS en las CCAA	15
1.8 Fomento de los nombramientos de Enfermeras/os de AP, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFYC) arbitrando las medidas organizativas necesarias	16
1.9 Mejora continua de la calidad de la formación sanitaria especializada de los profesionales que realizarán su actividad en Atención Primaria.....	16
1.10 Fomento de la Atención Primaria en los grados universitarios que pueden desarrollar su actividad profesional en este nivel asistencial	17
1.11 Definir una estrategia estatal de Recursos Humanos de aplicación en Atención Primaria que garantice la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y reducción de la temporalidad permitiendo la Sostenibilidad y la Calidad de la atención a largo plazo y alineada con la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 de la OMS.	17
LÍNEA 2: ENSANCHAR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO GARANTE DE LOS CUIDADOS A LA POBLACIÓN.....	19
2.1 Desarrollo de los mapas de competencias y mecanismos de coordinación de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles	19
2.2 Publicación de guías para el uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras e implantación en el SNS.....	20
LÍNEA 3: CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y GESTIÓN DE LA DEMANDA	21
3.2 Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS	22
3.3 Seguir mejorando los procesos y tareas administrativas en Atención Primaria para lograr una mayor agilidad en su ejecución y optimizar su desarrollo	22
3.4 Análisis de procesos de salud susceptibles de ser resueltos en Atención Primaria.....	23
3.5 Adecuación e implantación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención del conjunto de los profesionales de Atención Primaria, basado en el mapa de competencias, adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.	24

3.6 Renovación de la infraestructura y equipamiento en consonancia con la Actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria nivel autonómico.....	25
LÍNEA 4: LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	26
4.1 Implantación de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS, planes nacionales y comisiones del CISNS que se refieran al ámbito asistencial de Atención Primaria dedicando los recursos necesarios para tal fin con actualización anual.....	26
LÍNEA 5: GOBERNANZA Y RENDICIÓN DE CUENTAS.....	30
<i>Objetivo: Reforzar la gobernanza y rendición de cuentas en Atención Primaria impulsando la planificación, la calidad de los datos, la transparencia y la participación ciudadana.</i>	<i>30</i>
5.1 Consensuar en el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) recomendaciones sobre vinculación entre el crecimiento del gasto sanitario público total y el incremento presupuestario a Atención Primaria .30	30
5.2 Implementación de Mejoras en la Medición de Calidad y Sistemas de Información en AP, Incluyendo Benchmarking con las CCAA.....	30
5.3 Potenciar / impulsar la innovación y la orientación estratégica para analizar, evaluar y proponer mejoras en el modelo de Atención Primaria y Comunitaria (APyC) a través de la Oficina Ejecutiva del Marco Estratégico de APyC.....	31
5.4 Impulsar la evaluación periódica de las necesidades de salud de la población a nivel zona básica de salud.....	31
5.5 Análisis de las necesidades de las zonas rurales más despobladas (España vaciada).....	32
5.6 Integrar la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones de las políticas sanitarias de Atención Primaria y Comunitaria (APyC).	32
5.7 Actualizar el contenido y la metodología de los planes de gestión anuales de los centros de salud e impulsar la profesionalización de la gestión en Atención Primaria.	33
LÍNEA 6: ATENCIÓN INTEGRADA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	34
6.1 Definición de un marco de referencia de coordinación sociosanitaria a nivel de SNS que incluya planes de atención sociosanitarios a nivel autonómico, con una visión holística y abordaje comunitario.	34
6.2 Ampliar y mejorar los servicios de integración e interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como herramienta fundamental para la continuidad asistencial.	34
6.3 Impulso a la atención familiar en el hogar como actividad imprescindible de los equipos de atención primaria.....	35
6.4 Promover acciones para la mejora de la continuidad asistencial y gestión de casos especialmente en pacientes en situación de vulnerabilidad y en zonas de difícil acceso/cobertura.	36
6.5 Promover acciones para la mejora de la continuidad asistencial y gestión de casos de pacientes con problemas de salud mental.....	36
6.6 Establecer sistemas de comunicación bidireccional entre las farmacias comunitarias y los centros de salud / consultorios.....	37
6.7 Optimización de la terapia farmacológica en pacientes polimedificados.	37
LÍNEA 7: SALUD COMUNITARIA.....	39
7.1 implementar, visibilizar y evaluar las Estrategias de Salud Comunitaria a nivel de CCAA.....	39
7.2 Formar a los/las profesionales de Atención Primaria en los tres niveles de orientación comunitaria.....	40
7.3 Adecuar los servicios de atención comunitaria autonómicos en base a la actualización cartera básica común de Atención Primaria.....	40

7.4. Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital	40
7.5 Incorporar los condicionantes sociales y del contexto familiar en la Historia de Salud Digital	41
LÍNEA 8: ACCESIBILIDAD	43
8.1 Asegurar la equidad en el acceso a la atención sanitaria en AP mediante la adecuación de las modalidades de atención a las necesidades de la población, así como la reducción de las barreras derivadas de la brecha digital en colectivos en situación de vulnerabilidad y personas de edad avanzada.	43
8.2 Acciones para impulsar la atención a personas sin hogar según las recomendaciones desarrolladas por el Ministerio de Sanidad.	43
LINEA 9: I+D+I	45
9.1. Actualizar el mapa de situación de I+D en Atención Primaria (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de salud, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas, participación en Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, unidades de investigación en gerencias de Atención Primaria...)	45
9.2. Disponer de un sistema de identificación de potenciales colaboradores entre diferentes áreas sanitarias y CC.AA., dirigido a potenciar sinergias, fortalecer líneas de investigación con equipos de investigación más numerosos abiertos a la participación de diferentes territorios.	45
9.3. Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para Atención Primaria que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.	46
9.4 Promoción de la investigación cooperativa en Red específica de Atención Primaria: priorización en las convocatorias de redes en la Acción Estratégica en Salud (AES)	46
9.5. En el programa de intensificación de actividad investigadora de la AES, continuar promoviendo la participación de investigadores con actividad clínica en Atención Primaria.	47
9.6. Seguimiento anual del porcentaje de investigadores de Atención Primaria incorporados dentro de los Institutos de Investigación Sanitaria, como criterio para mantener su acreditación por el ISCIII.	47
9.7. Promoción y soporte de la participación de Grupos de Investigación de Atención Primaria en proyectos europeos: difusión y apoyo dirigido.	48
ANEXOS	48
Anexo I. Correlación de acciones con los objetivos del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC)	48
Anexo II. Responsables de ejecución y seguimiento de las acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027	52

INTRODUCCIÓN

Situación Actual de la Atención Primaria en España

La Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS) y, como tal, tiene un papel central en la provisión de servicios de salud accesibles, integrales y continuos. En los últimos años, el SNS ha enfrentado un crecimiento exponencial de la demanda, derivado de varios factores como el envejecimiento de la población, el incremento de enfermedades crónicas (desde 2019 se ha registrado un aumento de 10.84% de personas que padecen 1 ó más problemas de salud crónicos, lo que supone 2.343.657 de ciudadanos¹); y las nuevas expectativas de los usuarios, que exigen una atención más personalizada y próxima. Este panorama ha puesto de manifiesto la necesidad urgente de fortalecer y modernizar la AP, asegurando su capacidad para adaptarse a los nuevos desafíos y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

Para contextualizar la AP en España, cabe hacer un recorrido por algunas generalidades que reflejen el punto de partida desde el que arranca el presente Plan de Acción. En España, 47.755.450 personas tienen acceso a asistencia sanitaria a través del **Sistema Nacional de Salud**². Nuestro país ocupa el octavo puesto global en esperanza de vida al nacer³, siendo este valor de 85,7 años en mujeres y de 80,4 en hombres. La principal causa de muerte entre las mujeres es la enfermedad cerebrovascular, seguida por la enfermedad isquémica del corazón. Esta última lidera la mortalidad en hombres, con el cáncer de pulmón en segundo lugar⁴. Todo ello sin olvidar que la primera causa de muerte externa, independientemente del género, es la caída accidental, íntimamente relacionada con la fragilidad en el colectivo de mayores de 65 años, detectándose un incremento en 2023 del 6.3%⁵. Además de su impacto en la mortalidad, las enfermedades cardiovasculares y oncológicas, igual que otras como el malestar emocional o las respiratorias, conllevan una alta carga de morbilidad. En la detección y el manejo de estas patologías tiene un papel imprescindible la AP.

Asimismo, el primer nivel de atención es crucial en el control de los factores de riesgo para la salud. Se calcula que, en España, el 16,5% de los hombres y el 15,5% de las mujeres presentan obesidad, si bien con cifras de sedentarismo en el tiempo libre más elevadas en mujeres (40,3%) que en hombres (32,3%). Sin embargo, el tabaquismo y el consumo de alcohol son más frecuentes entre los hombres (23,3% y 1,5% respectivamente, frente a 16,4% y 1,0% en

¹ Según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria.

² Datos de 2023 de la Base de Datos de Población Protegida del SNS, obtenidos a partir del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023.

³ Datos de 2021 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁴ Datos de 2022 del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023.

⁵ [Nota de Prensa del Instituto Nacional de Estadística, “Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte”, 26/06/2024](#)

mujeres)⁶. En este sentido, a la hora de abordar estos y otros factores de riesgo para la salud, cabe prestar especial atención a los determinantes sociales que influyen en su aparición y mantenimiento, para lo que deben alinearse las actuaciones en AP con las de **otras instituciones públicas**, tanto sanitarias (Atención Especializada, Salud Pública) como no sanitarias (Atención sociosanitaria).

Recursos

El gasto sanitario público anual en España es de 1.926,25€ por habitante, de los cuales el 14,14% se destina a AP⁷. Este nivel asistencial cuenta con 3.055 centros de salud y 10.036 consultorios locales distribuidos en el territorio nacional. Desempeñan su labor como parte de los equipos de atención primaria (EAP) 96.016 profesionales, de los cuales 30.899 pertenecen a la categoría de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), 6.699 a la de Pediatría y 34.875 a la de Enfermería. Esto representa una media de población asignada por profesional de 1.351, 901 y 1.370 personas respectivamente. A todo ello hay que sumar los 12.278 profesionales asistenciales que trabajan en Urgencias de AP de manera exclusiva, sin formar parte de los EAP⁸.

Actividad

El número de consultas anuales ordinarias en AP es de 385.044.130. De éstas, 213.394.133 corresponden a MFyC (siendo 144.910.671 las realizadas en el centro sanitario, 65.301.366 a través de teleconsulta y 3.182.096 en el domicilio del paciente), 28.512.252 a Pediatría (22.503.347, 6.001.047 y 7.858 según las modalidades de atención mencionadas anteriormente) y 143.137.745 a Enfermería (116.902.055, 15.960.252 y 10.275.438). Respecto a la frecuentación general ordinaria (entendida como número medio de consultas anuales por habitante en atención no urgente), ésta es de 5,11 en MFyC, de 4,73 en Pediatría y de 3 en Enfermería. La atención en Urgencias de AP registra un total de 33.608.094 consultas anuales (desglosadas en 31.929.132 las atendidas en un centro sanitario y 1.678.962 en el domicilio del paciente)⁹. El número anual de urgencias atendidas en el ámbito hospitalario es similar (31.152.378)¹⁰.

Resultados clínicos

El adecuado control en AP de dos patologías de alta prevalencia como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (medido como PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg en el primer caso, y como hemoglobina glicosilada < 7,5% en el segundo) se da en el 68,8% y el 76,2% de los pacientes respectivamente¹¹. La tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables, signo indirecto del control de determinadas patologías en AP, es de 31,0 por 10.000 habitantes para un agregado de patologías agudas (neumonía bacteriana, infección del tracto urinario y deshidratación

⁶ Datos de 2022 del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023.

⁷ Datos de 2022 de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), obtenidos a partir del portal de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

⁸ Datos de 2023 del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

⁹ Datos de 2023 del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

¹⁰ Datos de 2022 del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

¹¹ Datos de 2022 de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), obtenidos a partir del portal de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

aguda) y de 52,4/10.000 hab. para un agregado de patologías crónicas (diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca congestiva e hipertensión arterial)¹².

Percepción de los pacientes¹³

El 20,6% de los pacientes que solicitan una cita con su médico de AP la obtienen en el mismo día o en el siguiente, mientras que el 71,8% han de retrasarla más allá de esa fecha por falta de disponibilidad anterior. Un 13,5% de la población afirma haber intentado solicitar una cita con su médico de AP en los últimos 12 meses y no haber conseguido establecer contacto con su centro de salud. De aquellos que obtienen una cita en un plazo que juzgan demasiado largo, la mayoría decide acudir a Urgencias (el 33,9% de los que declaran problemas para ser atendidos), frente a otras opciones como recurrir a la sanidad privada (5,2%).

Así y todo, la percepción general sobre la atención en la consulta médica de AP es favorable (un 82,2% de la población la califica como buena o muy buena), y el 70,4% acudiría al médico de AP del sistema sanitario público en caso de poder optar también por el sistema privado. La satisfacción es algo menor en el caso de la consulta telefónica (el 69,0% de los pacientes se declara bastante o muy satisfecho tras dicha consulta). En cuanto a la coordinación entre la AP y los centros de especialidades y hospitales, un 50,3% de los encuestados la encuentra regular, mala o muy mala (frente a un 46,9% que opina que es buena o muy buena). La mayoría de la población considera que la sanidad pública presta los mismos servicios a todas las personas independientemente de su nacionalidad (lo piensa el 75,8%), su edad (77,3%), su nivel socioeconómico (82,0%) y su estatus legal en España (71,1%), pero no ocurre así con la comunidad autónoma de residencia (donde solo el 46,5% aprecia tal independencia). También existe más discrepancia en relación con la capacidad de uso de herramientas digitales por los pacientes (solo un 57,0% cree que la atención prestada es independiente de ello).

Un 50,3% de las citas en AP se solicitan para consultar sobre síntomas o cuadros clínicos de nueva aparición. Porcentajes similares ocupan las consultas sobre patologías ya diagnosticadas (44,4%) y las destinadas a renovar recetas o a consultar sobre las mismas (42,2%). Las relativas a bajas laborales motivan un 11,6%, mientras que otras causas (vacunaciones, chequeos, petición de pruebas, etc.) muestran porcentajes inferiores. En el ámbito de la salud mental, un 19,2% de la población afirma haber consultado a un profesional sanitario por problemas de este tipo en los últimos 12 meses. De ellos, el 61,3% acudió inicialmente a la sanidad pública, siendo el 50,0% los que finalmente fueron atendidos de forma principal en esta área de la atención sanitaria. El profesional que asiste a estos pacientes es, por orden de frecuencia, un médico de familia (36,6%), un psiquiatra (35,4%) o un psicólogo (22,2%).

Medidas para la Mejora de la Atención Primaria

Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria

¹² Datos de 2021 del Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD).

¹³ Todos los datos de este apartado provienen del Barómetro Sanitario 2024 (segunda oleada, julio 2024).

Con el objetivo de alcanzar una AP de calidad, orientada a la ciudadanía, con una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial tras años de políticas de austeridad y cambios sociales, en abril de 2019 se aprobó el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) (BOE nº 109, de 7 de mayo de 2019).

El MAPyC se divide en 6 líneas estratégicas:

- Estrategia A: Reforzar el compromiso del CISNS con el liderazgo de la AP.
- Estrategia B: Consolidar una política presupuestaria y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la AP.
- Estrategia C: Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.
- Estrategia D: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en AP.
- Estrategia E: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs).
- Estrategia F: Impulsar la Formación e Investigación en AP;

Cada línea estratégica conlleva una serie de objetivos y acciones concretos para su desarrollo, contando con 23 objetivos y 100 acciones en total.

La implementación del MAPyC se vio frenada por la crisis sanitaria originada por la pandemia de COVID-19 en el año 2020 y por ello algunas acciones sufrieron demoras en su desarrollo y su ejecución.

Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023

Para implantar de forma efectiva las acciones prioritarias contenidas en el MAPyC, se incluyó como hito del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia la elaboración de un Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria en el año 2021 con horizonte temporal 2022-2023.

Una vez finalizado el citado Plan, se procedió a evaluar el cumplimiento de las actuaciones que recoge, cuyos resultados están disponibles en el [Informe de evaluación sobre el impacto de la Primera Reforma del Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia en el Sistema Nacional de Salud](#). Este informe de evaluación muestra el avance de la AP en los últimos años, a la vez que identifica áreas de mejora para el futuro. De los 75 indicadores incluidos en este análisis (33 de ellos responsabilidad del Ministerio de Sanidad y del ISCIII, y 42 de las Comunidades Autónomas y del INGESA), en 31 (el 41,3%) se obtuvo el resultado esperado, y en 36 (el 48,0%) se realizaron progresos significativos.

Con un cumplimiento parcial o total de aquellas acciones superior al 80%, cabe señalar algunas de las mejoras en que éstas se traducen a modo de resumen:

Línea Estratégica: Financiación.

Todas las comunidades autónomas desarrollaron un Proyecto Integral de Atención Primaria que sentó las bases de las líneas de trabajo a implementar, y el 64,7% de ellas dispuso de un presupuesto finalista específico para la mejora de la AP. Asimismo, desde el Ministerio de Sanidad se ha contribuido con una notable inversión que se concretará en el apartado de Financiación.

Línea Estratégica: Recursos Humanos.

En el ámbito de la gestión de recursos humanos y la mejora de las condiciones laborales y estabilidad, se puede destacar la publicación de las convocatorias de estabilización de empleo por parte de todas las CCAA, así como su resolución antes de que finalice 2024; la cobertura del 60%, como media ponderada de todas las CCAA, de las plazas vacantes con la contratación de profesionales como fijos, interinos o con contratos de una duración de al menos dos años al finalizar la residencia; o la implementación por parte del 76% de las CCAA, del acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS sobre los criterios para la identificación de puestos de difícil cobertura; entre otros.

Línea Estratégica: Capacidad de Resolución.

Para ganar agilidad operativa y hacer frente a la demanda asistencial con mayor eficiencia, resulta de interés destacar que más del 75% de los procedimientos administrativos identificados a nivel nacional (como la gestión y consulta sobre citas, o la renovación del tratamiento crónico), han sido optimizados, gracias a la potenciación del administrativo en salud. Asimismo, el porcentaje de Comunidades Autónomas con acceso al 100% de las pruebas diagnósticas desde el ámbito de la AP, definidas por el Ministerio de Sanidad para esta evaluación, es del 58.8%.

Línea Estratégica: Digitalización.

En el área de la digitalización del sistema sanitario, se han conseguido avances significativos hacia la modernización digital en múltiples niveles del sistema de salud, desde los servicios digitales dirigidos a Centros Sanitarios Inteligentes, hasta el acceso a tecnología que facilita el diagnóstico y seguimiento de pacientes, pasando por herramientas para el apoyo al cuidado de personas con altas necesidades y patologías crónicas, entre otros.

Línea Estratégica: Equipo de Atención Primaria.

En relación a los Equipos de Atención Primaria, casi la totalidad de las CCAA han creado la categoría de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), incluso dotando de plazas y priorizando los nombramientos en algunas de ellas, si bien de manera desigual por lo que su implementación sigue en proceso. En este sentido, también se ha conseguido avanzar en la publicación e implantación de las guías estatales de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por parte de las enfermeras

Línea Estratégica: Cartera de servicios.

En este punto, resulta de interés destacar que el 100% de los colectivos prioritarios tienen acceso a las prestaciones de servicios de salud bucodental; así como resaltar los progresos llevados a cabo en la actualización de la cartera común de servicios de AP, y la ampliación de servicios de Atención Comunitaria.

Línea Estratégica: Calidad Asistencial.

En el terreno de la calidad asistencial, cabe remarcar que todas las CCAA han presentado evidencias de haber instaurado las recomendaciones de “no hacer” en AP y aquellas recogidas en las Estrategias de Salud del SNS. A esto podemos sumar el significativo avance en los sistemas de interoperabilidad de la Historia de Salud Digital entre AP y Hospitalaria, a la hora de integrar la información y ofrecer una continuidad asistencial de calidad.

Línea Estratégica: Orientación a la Comunidad.

Se observan avances en el refuerzo de la orientación comunitaria, así como en la promoción de la salud y la prevención en AP, a través de la publicación de sendos documentos (la Guía Didáctica en Acción Comunitaria, y la recopilación de condicionantes sociales y familiares que deberían incluirse en la Historia de Salud Digital). En la vertiente autonómica, casi todas las CCAA han desarrollado estrategias de salud comunitaria, donde destaca la aplicación de mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria, entre otros.

Línea Estratégica: Empodera - Atención Primaria.

Para poner en valor la AP, se han llevado a cabo medidas para visibilizar la labor desarrollada por este ámbito sanitario, tales como la campaña “El Centro de tu Salud: La Atención Primaria”, o la celebración de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en noviembre de 2022, entre otras.

Línea Estratégica: Gobernanza en Atención Primaria.

En cuanto a la gobernanza, todas las CCAA han desarrollado un modelo de acuerdos de gestión clínica con indicadores de seguimiento, donde se incluye la autonomía en la gestión de agendas y contratos programas en función de la organización y la propia situación de cada territorio.

Línea Estratégica: Accesibilidad y Gestión de la Demanda.

Paralelamente a la línea anterior, la mayoría de las CCAA han implantado modelos de gestión integral de la demanda en todos sus centros de salud, lo que permite redistribuir las tareas y optimizar los procesos administrativos incidiendo en la capacidad de resolución. En este sentido, cabe mencionar que la totalidad de las CCAA cuentan con un procedimiento para gestionar los problemas de salud no demorables.

Línea Estratégica: I+D+i

Respecto al campo de la I+D+i, cabe destacar la elaboración de un mapa de situación de la investigación en este ámbito, además del desarrollo de la red cooperativa a nivel estatal RICAPPS (Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud) formada por 26 grupos, de los cuales 25 cuentan con profesionales de AP entre sus miembros.

Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027

Tras el análisis de la situación de la Atención Primaria, que ha servido para identificar las principales áreas de mejora, nace el actual Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 como herramienta de continuidad en la implementación del MAPyC. Las líneas estratégicas de este nuevo plan, al igual que ocurría con el Plan anterior, guardan correlación con cada una de las líneas establecidas en el MAPyC, como se recoge en la tabla del Anexo I. [Correlación de acciones con los objetivos del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria \(MAPyC\).](#)

Metodología

Este nuevo Plan de Acción ha sido diseñado mediante un proceso de reflexión participativa, para lo que se ha contado con la colaboración de las Comunidades Autónomas, Asociaciones y Sociedades Científicas, Organizaciones Sindicales, además de Organizaciones de Pacientes y Ciudadanos, en línea con el marco conceptual propuesto por la OMS ([documento completo](#)) en el año 2022 y con la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud 2021-2026.

Este desarrollo ha abarcado temporalmente desde enero a noviembre de 2024, y ha superado las siguientes fases:

1. Identificación de acciones en Atención Primaria y Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud.
2. Priorización de las acciones.
3. Análisis de la información generada.
4. Elaboración del borrador inicial.
5. Recogida de las aportaciones recibidas por parte de los interlocutores.
6. Presentación y discusión en reuniones del Comité Institucional y Técnico.
7. Presentación en la Comisión de Atención Primaria y Comunitaria (CAPYCO)

1. Identificación de acciones en Atención Primaria y Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud.

Entre enero y mayo de 2024, se realizó un análisis documental exhaustivo basado en fuentes bibliográficas relevantes, tales como *Primary Health Care Transformation in Spain: Current Challenges and Opportunities* (OMS, octubre 2023), el *Informe sobre la Adaptación de la Atención Primaria a las Necesidades Actuales de la Población Española* (Ministerio de Sanidad, abril 2023), *Realizing the Potential of Primary Health Care: Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic in the WHO European Region* (OMS, abril 2022), el *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria* (Ministerio de Sanidad, abril 2019), el *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023* (Ministerio de Sanidad, diciembre 2021) junto con los resultados de su evaluación (Ministerio de Sanidad, noviembre 2024), y la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS* (Ministerio de Sanidad, junio 2012), entre otros.

2. Priorización de las acciones.

Tras la revisión bibliográfica, en mayo de 2024 se diseñó una matriz de priorización empleando una metodología Delphi para someter las acciones identificadas previamente a la valoración de los agentes involucrados, incluidos los miembros de los Comités Institucional y Técnico de Atención Primaria y Comunitaria, así como los Centros Directivos del Ministerio de Sanidad. Este proceso incluyó la consulta sobre el grado de acuerdo respecto a la inclusión de cada acción, además de la recopilación de propuestas adicionales mediante texto libre. En total, se recibieron más de 400 aportaciones.

3. Análisis de la información generada.

Entre junio y septiembre de 2024, se llevó a cabo el análisis, síntesis y reorganización temática de la información recopilada.

4. Elaboración del borrador inicial.

Tras depurar los datos y seleccionar las acciones con mayor consenso, entre septiembre y octubre de 2024, se elaboró un borrador inicial de las líneas estratégicas del Plan de Acción 2025-2027.

5. Recogida de las aportaciones recibidas por parte de los interlocutores.

El borrador fue enviado nuevamente a los interlocutores para su revisión, recibiendo comentarios y sugerencias al respecto. En este sentido, se organizaron reuniones bilaterales con los participantes para integrar las nuevas aportaciones.

6. Presentación y discusión en reuniones de Comité Institucional y Técnico.

Tras el análisis de las aportaciones, se celebraron sendas reuniones con el Comité Institucional (30 de octubre de 2024), y con el Comité Técnico (31 de octubre de 2024) en las que se alcanzó el acuerdo conjunto entre la Oficina Primaria, los Centros Directivos del Ministerio de Sanidad, y ambos Comités, consolidando finalmente las bases del Plan de Acción 2025-2027.

De tal manera que, bajo la coordinación de la Secretaría de Estado de Sanidad, se ha trazado este Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 con los siguientes objetivos:

1. Fidelización y atracción de talento.
2. Ensanchar el equipo de Atención Primaria como garante de los cuidados a la población.
3. Mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria y gestión de la demanda.
4. Mejora de la calidad asistencial a través de la implantación y seguimiento de recomendaciones en Atención Primaria.
5. Gobernanza y rendición de cuentas.
6. Atención integrada y continuidad asistencial.
7. Salud comunitaria.
8. Accesibilidad.
9. I+D+i

7. Presentación en la Comisión de Atención Primaria y Comunitaria (CAPYCO)

El pasado 12 de noviembre de 2024, se celebró la segunda reunión de la Comisión de Atención Primaria y Comunitaria (CAPYCO) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en

el que los miembros acordaron elevar el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 a aprobación en el Pleno del CISNS.

Evaluación y Seguimiento

A lo largo del primer trimestre de 2025 se trabajará de forma consensuada la metodología de evaluación y seguimiento del PAPyC 2025-2027 previéndose la colaboración de los mismos actores que han participado en el desarrollo del Plan.

Se pondrá especial énfasis en identificar indicadores que permitan estimar el impacto de las acciones del PAPyC 2025-2027, al menos en términos de resultados en salud y de accesibilidad.

El valor de dichos indicadores se analizará con fecha del inicio del Plan a fin de permitir realizar comparaciones en el momento de realizar una evaluación intermedia y final.

Asimismo, se acordarán las definiciones, periodicidad, fuentes y canales de reporte de información a fin de establecer y consensuar un calendario de evaluación que permita la adecuada planificación y anticipación por parte de las propias CCAA y el Ministerio de Sanidad.

Definida la metodología de evaluación y seguimiento, esta será presentada y aprobada en última instancia en el pleno del CISNS, cuyo acuerdo será incorporado como anexo al PAPyC 2025-2027.

Financiación

En el marco temporal establecido por el Plan de acción 2022-2023, se destinaron 172 y 85,3 millones de euros, respectivamente, a la implementación de las acciones recogidas en el mismo por parte de las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas a través del INGESA. A esta cuantía, en 2023, se sumaron los fondos para infraestructuras de Atención Primaria, que ascendieron a 493 millones, correspondientes al Plan de Mejora de Infraestructuras de Atención Primaria (MINAP).

Siguiendo esta línea, en 2024 se han destinado 172 millones de euros para el impulso de una serie de acciones priorizadas desde el Ministerio de Sanidad, desglosados en las siguientes cuantías y objetivos:

- 85 millones de euros, dirigidos a la formación de profesionales, el desarrollo de acciones en AP que recogen las Estrategias de Salud, la mejora de la calidad asistencial, el impulso de la práctica basada en la evidencia, y el desarrollo de Estrategias de Salud Comunitaria.
- Y 87 millones de euros, dedicados a la continuidad de las actuaciones en materia de infraestructuras y equipamiento en Atención Primaria y Comunitaria.

En cuanto al horizonte que se plantea con este Plan de Acción 2025-2027, en caso de que su ejecución venga impulsada por un marco de cofinanciación como en años anteriores, se han identificado los siguientes ámbitos de financiación, sin menoscabo de que puedan actualizarse durante los años de vigencia del Plan de Acción:

- Mejora de la capacidad de resolución de Atención Primaria y de la gestión de la demanda incluyendo la optimización de los procedimientos administrativos y la renovación de infraestructuras y equipamiento.
- Impulso a la integralidad de la Atención y la coordinación entre ámbitos asistenciales con especial énfasis en la continuidad asistencial. Concretamente se potenciará la atención domiciliaria desde Atención Primaria, así como iniciativas para la mejora de la coordinación con otros niveles asistenciales y con las farmacias comunitarias. Se destinarán esfuerzos, así mismo, para seguir desarrollando la interoperabilidad de las historias clínicas digitales.
- Refuerzo de la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud
- Mejora de la accesibilidad de colectivos vulnerables a los servicios de atención primaria
- Impulso a la mejora de la calidad asistencial a través de la implantación de las acciones prioritarias relacionadas con este ámbito asistencial recogidas en otras estrategias en salud y planes de ámbito nacional.

La distribución de crédito entre las CCAA e INGESA podría estar supeditado al cumplimiento de acciones recogidas en el presente Plan y se hará conforme a los criterios que serán debatidos y trabajados en la CAPyCO, además de sometidos a aprobación posteriormente en el Pleno del CISNS.

El contenido de los acuerdos del CISNS con respecto a la distribución de crédito a las CCAA se incluirán al presente plan de forma anual en forma de anexos.

CONTENIDO DEL PLAN

LÍNEA 1: FIDELIZACIÓN Y ATRACCIÓN DEL TALENTO

Objetivo: Potenciar el atractivo de la Atención Primaria como ámbito profesional, fomentando su elección y asegurando la fidelización de los profesionales que desarrollan su labor en este nivel asistencial. Este enfoque garantiza la continuidad y la longitudinalidad en los cuidados a la población, contribuyendo a mejorar significativamente la calidad de la atención prestada.

1.1. Monitorización de las ofertas de empleo de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria

Se pretende realizar un seguimiento de las plazas aprobadas, convocatorias y resoluciones efectuadas para todas las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria a lo largo de los años de vigencia del Plan de Acción de Atención Primaria 2025-2027 impulsando su homogenización en todo el territorio nacional.

Indicador 1: Porcentaje de CCAA con convocatoria de estabilización de empleo resuelta antes del 31/12/2024 para todas las categorías de AP. (art. 2 del RD-Ley 14/2021).

Resultado 1.1: 100% de las CCAA con convocatoria de estabilización de empleo resuelta antes del 31/12/2024 para todas las categorías de AP.

Resultado 1.2: Porcentaje conseguido por comunidad autónoma, entendido como el número de plazas cubiertas a 31/12/2024 con respecto al número de plazas ofertadas para todas las categorías de AP.

Indicador 2: Porcentaje de CCAA con oferta de empleo anual aprobada, para todas las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria.

Resultado 2: El 100% de las CCAA han aprobado, una nueva oferta de empleo para todas las categorías profesionales de Atención Primaria antes del 31 de diciembre de 2027.

Indicador 3: Porcentaje de CCAA con oferta de empleo convocada y resuelta, para todas las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria, al menos una convocatoria a diciembre de 2027.

Resultado 3: Porcentaje de temporalidad ajustado al 8% a diciembre de 2027 en todas las categorías de AP.

1.2 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 los profesionales.

Se pretende impulsar acuerdos en la CRHSNS que recojan las acciones necesarias para la mejora de las condiciones laborales en AP que agilicen la actualización del Estatuto Marco en curso.

Indicador 1: Al menos un acuerdo y catálogo de medidas de la CRHSNS que incluya un compromiso de seguimiento y evaluación anual de éstas antes de 2027.

Resultado 1: Relación de medidas para la mejora de las condiciones laborales antes del 31 de diciembre de 2025.

Indicador 2: Porcentaje de las CCAA que han implantado las medidas para la mejora de las condiciones laborales

Resultado 2.1: La totalidad de las CCAA han implantado al menos el 50% de las medidas para la mejora de las condiciones laborales antes del 31 de diciembre de 2026

Resultado 2.2: La totalidad de las CCAA han implantado al menos el 80% de las medidas para la mejora de las condiciones laborales antes del 31 de diciembre de 2027

1.3 Definir un modelo de recertificación de profesionales que permita la acreditación periódica de su competencia profesional

Continuar impulsando el desarrollo profesional continuo de las y los profesionales de AP, así como su reconocimiento a través de la carrera profesional establecida en las CCAA. Para ello se acordarán una serie de elementos básicos (asistenciales, comunitarios, implicación con la organización, investigación, innovación, docencia o transferencia) para definir un modelo común de recertificación de profesionales a nivel nacional. Para su implantación se deberá complementar con la formación pertinente a los profesionales sanitarios.

Indicador 1: Presentación y aprobación en la CRHSNS de un modelo común de recertificación de profesionales sanitarios a nivel nacional.

Resultado 1: Elementos del modelo común de recertificación de profesionales sanitarios antes del 31 de diciembre de 2025.

Indicador 2: Número de CCAA que han incluido en su plan de formación anual formación específica sobre el modelo común de recertificación de profesionales sanitarios antes del primer semestre de 2026.

Resultado 2: La totalidad de las CCAA han incluido en su plan de formación anual formación específica sobre el modelo común de recertificación de profesionales sanitarios antes del primer semestre de 2026

Indicador 3: Número de profesionales de AP que se recertifican antes del 31 de diciembre de 2027.

Resultado 3: Al menos un 5% de los profesionales de AP se recertifican antes del 31 de diciembre de 2027.

1.4 Propuesta de un modelo común de cálculo de necesidades de RRHH de aplicación en todo el SNS en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud

Se solicitará a las CCAA la presentación de los modelos puestos en marcha para el cálculo de necesidades de RRHH en Atención Primaria. Sobre su análisis se identificarán y se consensuarán una serie de elementos mínimos que serán recomendables para todas las CCAA. En base a ello, las CCAA dimensionarán las plantillas de los equipos de AP estableciendo la dotación de puestos de las profesiones sanitarias y no sanitarias, que permita responder a las necesidades de atención a la población adscrita de manera alineada con el mapa de competencias actualizado (ver apartado 2.1) y la evaluación de las necesidades en salud de la población (Ver apartados 5.4 y 5.5). La propuesta de modelo deberá ser adaptable a las especificaciones técnicas de los respectivos sistemas de información de las diferentes CCAA para permitir su rápida aplicabilidad.

Indicador 1: Análisis de los modelos puestos en marcha por las CCAA.

Resultado 1: El 100% de los modelos puestos en marcha por las CCAA analizados en 2025.

Indicador 2: Aprobación de una serie de recomendaciones mínimas para la elaboración e implantación de modelos para el cálculo de necesidades de RRHH en AP en 2026.

Indicador 3: Aprobación del modelo para el cálculo de las necesidades de RRHH en AP en 2026 en cada comunidad autónoma.

Indicador 4: Informe de necesidades de plantilla por categoría profesional y comunidad autónoma en base al modelo publicado, el mapa de competencias y las necesidades de salud identificadas en cada comunidad autónoma.

Resultado 3.1: La totalidad de las CCAA han identificado las necesidades de plantilla por categoría profesional en el 50% de las áreas de salud siguiendo el modelo aprobado antes del 31 de diciembre de 2026.

Resultado 3.2. La totalidad de las CCAA han identificado las necesidades de plantilla por categoría profesional en el 100% de las áreas de salud siguiendo el modelo aprobado antes del 31 de diciembre de 2027.

1.5 Establecimiento de medidas para el fomento de la longitudinalidad en Atención Primaria

En colaboración con expertos a nivel nacional y de la Oficina Regional de la OMS para Europa se realizará un análisis de las principales medidas puestas en marcha en la región europea y Buenas Prácticas (BBPP) en las CCAA para fomentar la longitudinalidad del Equipo de Atención Primaria y su impacto en los resultados en salud de población. En base a ello se emitirá un paquete de recomendaciones a aplicar a corto y medio plazo

por parte de las CCAA y /o el Ministerio de Sanidad adaptadas a sus particularidades en materia sanitaria. Además, aquellas relacionadas con el fomento de la permanencia de los profesionales en el mismo puesto/cupo deberán ser consensuadas e incluidas en la actualización del estatuto marco.

Indicador 1: Documento de recomendaciones para el fomento de la longitudinalidad del equipo de profesionales de Atención Primaria publicado en 2025.

Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han implantado las recomendaciones para el fomento de la longitudinalidad en Atención Primaria identificadas como a corto plazo.

Resultado 2: El 100% de las CCAA han implantado al menos el 50% de las recomendaciones para el fomento de la longitudinalidad en Atención Primaria identificadas como a corto plazo en 2026.

Indicador 3: Porcentaje de CCAA que han incorporado las recomendaciones a medio plazo para el fomento en la longitudinalidad en Atención Primaria en la redacción de su Plan de RRHH, teniendo en cuenta especialmente la actualización del estatuto marco.

Resultado 3: El 100% de las CCAA han adaptado las recomendaciones para el fomento en la longitudinalidad en Atención Primaria en su Plan de RRHH a 31 de diciembre de 2027.

1.6 Incentivar el retorno a Atención Primaria de los profesionales que prestan servicios en otros ámbitos asistenciales y abordar la fuga de talento.

En colaboración con las sociedades científicas y expertos nacionales e internacionales, se analizarán los principales factores que están relacionados con el aumento del porcentaje de profesionales con trayectorias en el ámbito de Atención Primaria que se encuentran actualmente prestando servicios en otros ámbitos asistenciales nacionales e internacionales. Fruto de este análisis se emitirán recomendaciones a corto y medio plazo para estimular el retorno a Atención Primaria por categoría profesional que deberán adaptarse a cada uno de los territorios. Además, se impulsará un acuerdo entre las CCAA para consensuar la cobertura de un porcentaje común de las plazas de Atención Primaria por enfermeras especialistas en familiar y comunitaria que se encuentren trabajando en hospitales en la próxima convocatoria de concursos de traslados.

Indicador 1: Documento de recomendaciones para incentivar el retorno a Atención Primaria de los profesionales que prestan servicios en otros ámbitos asistenciales por categoría profesional publicado en 2025.

Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han implantado las recomendaciones para la promoción del retorno a Atención Primaria identificadas como a corto plazo adaptadas a su territorio.

Resultado 2: El 100% de las CCAA han implantado las recomendaciones para la promoción del retorno a Atención Primaria identificadas como a corto plazo en 2026.

Indicador 3: Porcentaje de CCAA que han incorporado las recomendaciones para la promoción del retorno a Atención Primaria en la redacción de su Plan de RRHH adaptadas a su territorio.

Resultado 3: El 100% de las CCAA han incorporado las recomendaciones para la promoción del retorno a Atención Primaria en su Plan de RRHH a 31 de diciembre de 2027.

Indicador 4: Porcentaje de CCAA que incorporan el porcentaje consensuado de plazas para enfermeras EFyC provenientes de hospitales en sus concursos de traslados antes de 2027.

Resultado 4: Al menos un 90% de las CCAA incorporan el porcentaje consensuado de plazas para enfermeras EFyC provenientes de hospitales en sus concursos de traslados antes de 2027.

1.7 Seguimiento anual de la aplicación de los acuerdos de la CRHCISNS en las CCAA

Anualmente, se realizará la monitorización del cumplimiento y la implantación efectiva de las acciones establecidas en los acuerdos planteados en el Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023, que incluían aspectos sobre plazas de difícil cobertura e incentivos para la función tutorial. Además, se incorporará el seguimiento del cumplimiento de los acuerdos contemplados en el Plan de Acción de Atención Primaria 2025-2027. Para dicho seguimiento se tendrán en cuenta las particularidades de cada comunidad autónoma.

Indicador 1: porcentaje de CCAA que han implantado el Acuerdo por el que se determinan los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura en atención primaria y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y fidelización en dichos puestos aplicables a su territorio.

Resultado 1: el 100% de las CCAA han implantado las acciones acordadas para su comunidad autónoma, del acuerdo por el que se determinan los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura en atención primaria y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y fidelización en dichos puestos en 2026

Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han implantado las acciones acordadas para su comunidad autónoma, del acuerdo por el que se fijan criterios generales para incentivar la función tutorial de las especialidades que se forman en las unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria en 2026.

Resultado 2: El 100% de las CCAA han implantado la totalidad de acciones acordadas para su comunidad autónoma, del acuerdo por el que se fijan criterios generales para incentivar la función tutorial de las especialidades que se forman en las unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria en 2026.

1.8 Fomento de los nombramientos de Enfermeras/os de AP, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFYC) arbitrando las medidas organizativas necesarias

Una vez acometidos los cambios normativos necesarios para definir la categoría profesional de enfermera/o especialista en Enfermería familiar y comunitaria recogidos en el PAPyC 2022-2023 se monitorizará la incorporación de estas y estos especialistas a los equipos de AP apoyando la atención comunitaria, la promoción y la prevención de la salud.

Indicador 1: N.º de CCAA que realizan los cambios necesarios en las normativas para que los nombramientos de enfermería en AP sean cubiertos de forma preferente por enfermeras y enfermeros especialistas en EFYC.

Resultado 1: El 100% de las CCAA actualizarán su normativa para la contratación prioritaria de enfermeras/os especialistas en EFYC en AP en 2025.

Indicador 2: N.º de CCAA que crean y dotan plazas en la categoría de EFyC.

Resultado 2: El 100% de las plazas de EFyC creadas sean ocupadas por especialistas a diciembre de 2025.

Resultado 2.1: Incremento al menos del 20% anual de la dotación y cobertura de plazas de EFyC a diciembre de 2027.

1.9 Mejora continua de la calidad de la formación sanitaria especializada de los profesionales que realizarán su actividad en Atención Primaria.

Se pretende impulsar medidas que favorezcan la estabilidad de las unidades docentes multiprofesionales para garantizar la oferta de plazas acreditadas y la mejora continua de la calidad de la formación. En este sentido se deberán cumplir como mínimo los estándares del manual de auditoría tanto para las comisiones de docencia como para las unidades multiprofesionales. Así mismo se realizará la revisión del programa formativo de las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

Indicador 1: Número de CCAA que establecen medidas para asegurar la estabilidad de los centros docentes acreditados y de sus profesionales.

Resultado 1: Al menos mantenimiento del porcentaje de centros acreditados con respecto a la totalidad de centros en todas las CCAA en los años 2025, 2026 y 2027.

Indicador 2: Número de CCAA que establecen medidas para asegurar la calidad de las comisiones de docencia y unidades multiprofesionales de Atención Primaria en los años 2025, 2026 y 2027.

Resultado 2: El 100% las comisiones de docencia y unidades multiprofesionales de Atención Primaria auditadas cumplen los estándares mínimos de calidad en la totalidad de las CCAA en los años 2025, 2026 y 2027.

Indicador 3: Aprobación del nuevo programa formativo de las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en 2027.

1.10 Fomento de la Atención Primaria en los grados universitarios que pueden desarrollar su actividad profesional en este nivel asistencial

El objetivo es aumentar el peso de la Atención Primaria en los Grados Universitarios de ciencias de la salud y ciencias sociales que pueden desarrollar su actividad profesional en este nivel asistencial para fomentar la investigación e innovación en APS y la promoción de la atención basada en la evidencia, mejorar la formación teórico-práctica y aumentar el interés reteniendo a los mejores profesionales. Para ello, es necesario facilitar y agilizar la colaboración y acceso de los profesionales de APS con las universidades y fomentar su participación prioritaria en la docencia de las materias relacionadas con este ámbito asistencial. Se desarrollará una propuesta conjunta con representantes de CCAA y sociedades científicas a elevar al Ministerio de Universidades y a los organismos autonómicos correspondientes.

Indicador 1: Elaborar una propuesta al Ministerio de Universidades y a los organismos autonómicos correspondientes para reconocer la APS como un área de conocimiento dentro de los programas universitarios de ciencias de la salud en 2026.

Resultado 1.1: Propuesta emitida por el Ministerio de Sanidad al Ministerio de Universidades.

Resultado 1.2: Propuesta emitida por las CCAA a las Universidades.

Indicador 2: Elaborar una propuesta al Ministerio de Universidades y Universidades para garantizar la acreditación adecuada del personal docente universitario en APS para facilitar la integración de profesionales sanitarios en puestos académicos dentro de las Universidades.

Resultado 2.1: Seguimiento de la actualización de los criterios de acreditación de la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación (ANECA) para profesorado de CCSS.

Resultado 2.2: Incremento del número de profesionales de AP acreditados como profesorado en CCSS a diciembre de 2027.

1.11 Definir una estrategia estatal de Recursos Humanos de aplicación en Atención Primaria que garantice la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y reducción de la temporalidad permitiendo la Sostenibilidad y la Calidad de la atención a largo plazo y alineada con la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 de la OMS.

El Ministerio de Sanidad elaborará antes de 2027 una Estrategia Estatal de Recursos Humanos de manera consensuada con los actores necesarios y teniendo en consideración los objetivos recogidos en la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 de la OMS. Para apoyar en su diseño y de manera específica para el ámbito de la Atención Primaria se seleccionarán buenas prácticas

llevadas a cabo en las CCAA que puedan ser replicables en todo el territorio nacional y alineadas con el citado documento. Con todo ello, las CCAA deberán elaborar un plan de RRHH de Atención Primaria a 10 años en base a la estrategia estatal que recoja, además, las recomendaciones y medidas acordadas en las acciones anteriores del PAPyC 2025-2027¹⁴. Para el diseño de la estrategia estatal y los diferentes planes autonómicos se emplearán las herramientas promovidas por el Ministerio de Sanidad, con especial énfasis en la necesidad de un adecuado reporte en el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

Indicador 1: Análisis de Buenas Prácticas llevadas a cabo por las CCAA en materia de gestión de RRHH y consenso de aquellas que puedan ser replicadas en todo el territorio nacional.

Resultado 1: Listado de BBPP en materia de gestión de RRHH para replicación en todo el territorio nacional consensuadas con las CCAA antes del 31 de diciembre de 2026.

Indicador 2: Estrategia estatal de RRHH publicada antes de primer trimestre de 2026.

Indicador 3: Número de CCAA con un Plan de RRHH de Atención Primaria publicado en base a la estrategia estatal y las recomendaciones y medidas acordadas en las acciones anteriores del PAPyC 2025-2027.

Resultado 3: El 100% de las CCAA han publicado su Plan de RRHH de AP antes del 31 de diciembre de 2027.

¹⁴ El plan de RRHH de AP elaborado por las CCAA deberá contemplar un plazo de actuación a 10 años y en todo caso abordará los siguientes aspectos:

- Censo de profesionales y previsión a medio y largo plazo de jubilaciones y nuevos profesionales formados
- Dotación en puestos de difícil cobertura
- Previsión de publicación OPEs
- Actuaciones ante periodos de elevada demanda asistencial y/o incidencias, vacaciones, bajas etc.
- Contratos de interinidad al finalizar residencia.
- Favorecer longitudinalidad en concursos de traslados y OPEs

LÍNEA 2: ENSANCHAR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO GARANTE DE LOS CUIDADOS A LA POBLACIÓN

Objetivo: Optimizar la distribución de competencias y roles en los equipos de Atención Primaria promoviendo una distribución eficiente de las tareas entre los distintos perfiles profesionales de este nivel asistencial. La reorganización de los equipos tiene como propósito garantizar que cada necesidad de la población sea atendida por el profesional más adecuado, mejorando así la calidad y efectividad de la atención prestada.

2.1 Desarrollo de los mapas de competencias y mecanismos de coordinación de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles

Se pretende la identificación y adecuación de las competencias y roles de los profesionales sanitarios y de servicios y gestión que ejercen su actividad en el ámbito de Atención Primaria (médicos de familia, pediatras, enfermeras especialistas en familiar y comunitaria, enfermeras especialistas en pediatría, enfermeras generalistas, matronas, TCAEs, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, nutricionistas, trabajadores sociales, podólogos, ópticos/optometristas, farmacéuticos de Atención Primaria etc.) en consonancia con el Marco Estratégico para los Cuidados del SNS, el modelo de gestión integral de la demanda (Ver apartado 3.5) y la cartera de servicios. Para cada perfil se analizarán las necesidades de formación específica, canalización, derivación, la definición de cupos y/o los mecanismos de coordinación necesarios para la mejora de la gestión de casos. El objetivo que se persigue es redistribuir las tareas entre los distintos perfiles en AP, reestructurando los equipos para asignar la resolución de cada necesidad de la población por el profesional más adecuado. Finalmente, las CCAA deberán elaborar un plan de implantación de dichos perfiles a nivel de Zona Básica de Salud, así como un modelo de gestión por competencias que incluya una metodología de evaluación continua.

Indicador 1: Definición y aprobación del perfil y de las competencias del administrativo en salud en CHRNS.

Resultado 1: 100% de la CCAA adaptan las competencias del administrativo en salud en 2026.

Indicador 2: Acuerdo de la CRHSNS sobre la delimitación competencial de los perfiles existentes y los nuevos perfiles de Atención Primaria

Resultado 2: Existencia de mapa de competencias de distintos profesionales de AP y sus perfiles en 2027.

Indicador 3: Desarrollo de planes autonómicos para implementar el mapa de competencias en cada zona básica de salud, junto con un modelo de gestión por competencias adaptado al contexto local.

Resultado 3: 100% de CCAA cuentan con planes para implementar el mapa de competencias en cada zona básica de salud, junto con un modelo de gestión por competencias antes del 31 de diciembre de 2027.

2.2 Publicación de guías para el uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras e implantación en el SNS.

El objetivo que se persigue es continuar impulsando el uso, indicación y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica por parte de enfermeras para mejorar los resultados en salud de las personas que atienden, a través de una atención sanitaria integral, segura, colaborativa, de calidad, basada en la evidencia y centrada en la persona. Estas guías se seguirán desarrollando según lo establecido en el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de enfermeras/os, así como las modificaciones realizadas por el Real Decreto 1302/2018 de 22 de octubre y se adaptarán a los posibles cambios que se produzcan a esta normativa. En el caso de producirse alguna modificación legislativa que supusiera un cambio sustancial en el abordaje de estos procedimientos, se modificará este punto de acuerdo con dicho cambio normativo. Así mismo el ministerio monitorizará y apoyará a las CCAA en la implantación de las guías y en la elaboración de los protocolos necesarios para su puesta en marcha efectiva.

Indicador 1: Plan de apoyo a la implantación de las guías de indicación enfermera a nivel de CCAA publicado antes de 2026.

Indicador 2: Número de CCAA que han implantado la totalidad de las guías de indicación enfermera publicadas¹⁵.

Resultado 2: El 80% de las CCAA han implantado el 80% de las guías de indicación enfermera publicadas antes de 2027.

Indicador 3: Número de guías aprobadas y publicadas en el BOE en los años 2025, 2026 y 2027

Resultado 3: Al menos 10 guías aprobadas y publicadas en el BOE entre los años 2025 y 2027.

¹⁵ En el seguimiento de la implantación de las guías de indicación enfermera publicadas en las CCAA se analizarán aquellas no inmersas en recursos de carácter administrativo.

LÍNEA 3: CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y GESTIÓN DE LA DEMANDA

Objetivo: Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria y rediseñar los procesos para lograr una gestión más eficaz y eficiente de la demanda en este nivel asistencial.

3.1 Publicación de la actualización de la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria

El objetivo que se persigue es publicar la actualización de la cartera común de servicios del SNS como continuación del objetivo 7 del Plan de acción 2022-2023 completado con la publicación de la orden ministerial SND/606/2024, de 13 de junio para actualización de la cartera común de servicios del SNS. Esta actualización incluye procedimientos diagnósticos, atención no presencial y salud comunitaria. "Una vez publicada la actualización, se realizará seguimiento de la implantación de la ampliación de los procedimientos diagnósticos en las CCAA e INGESA. Asimismo, se valorará en la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación las propuestas de actualización de la cartera común de servicios de atención primaria para su adecuación a las necesidades actuales y futuras. Se tendrá en cuenta la información previa reportada por las CCAA e INGESA que se reflejó en el informe de evaluación del PAPyC 2022-2023.

Indicador 1: Publicación de la actualización de la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria.

Resultado 1: Actualización publicada en el primer semestre de 2025.

Indicador 2: Porcentaje de implementación en las CCAA e INGESA de la actualización de los procedimientos diagnósticos realizados en atención primaria de la cartera común de servicios

Resultado 2.1: Al menos un 60% de las CCAA e INGESA han incorporado el 50% del contenido de la actualización de la cartera común de servicios antes del 31 de diciembre de 2025.

Resultado 2.2: Al menos un 80% de las CCAA e INGESA han incorporado el 70% del contenido de la actualización de la cartera común de servicios antes del 31 de diciembre de 2027.

Indicador 3: Porcentaje de implementación en las CCAA e INGESA de la actualización de los procedimientos diagnósticos con acceso desde atención primaria de la cartera común de servicios.

Resultado 3.1: Al menos un 60% de las CCAA e INGESA han incorporado el 50% del contenido de la actualización de la cartera común de servicios antes del 31 de diciembre de 2025.

Resultado 3.2: Al menos un 80% de las CCAA e INGESA han incorporado el 70% del contenido de la actualización de la cartera común de servicios antes del 31 de diciembre de 2027

Indicador 4: Valoración en la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación de las necesidades y propuestas de nuevas actualizaciones de la cartera común de servicios de atención primaria antes de 2026

Resultado 4: Acuerdo para propuesta de texto para ampliación de cartera común de servicios de Atención Primaria antes del 31 de diciembre de 2027.

3.2 Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS

El objetivo que se persigue es doble: 1) Homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso independientemente del lugar de residencia; 2) Realizar el seguimiento de la implantación autonómica de los servicios comunes de reciente incorporación así como incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando a los siguientes colectivos donde la inversión en salud es manifiesta: infanto-juvenil, embarazadas, personas con discapacidad, personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial y mayores de 65 años.

Indicador 1: Incorporación del colectivo que se priorice entre el grupo de mayores de 65 años en la cartera común de servicios del SNS

Resultado 1: Incorporación del colectivo que se priorice entre el grupo de mayores de 65 años en la cartera común de servicios del SNS en el primer trimestre de 2027.

Indicador 2: Porcentaje de colectivos prioritarios que reciben las prestaciones incluidas en la ampliación de la cartera común de servicios del SNS, según el cronograma establecido en el SNS.

Resultado 2: 70% del colectivo priorizado en el Plan de Ampliación de salud bucodental en 2027.

Resultado 2.1: el 30% del colectivo que se priorice entre el grupo de mayores de 65 años en 2027.

3.3 Seguir mejorando los procesos y tareas administrativas en Atención Primaria para lograr una mayor agilidad en su ejecución y optimizar su desarrollo

El objetivo que se persigue es realizar una reingeniería de los procesos administrativos para eliminar los pasos innecesarios que no aportan valor introduciendo, en aquellos ámbitos donde no lo esté, los sistemas de información necesarios para que sean más eficientes. Así mismo se favorecerá la incorporación de los avances tecnológicos que permitan aligerar la carga administrativa en las consultas, en línea con los procesos identificados y priorizados en la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de

Salud, el Plan de Transformación Digital de Atención Primaria y el programa de despliegue de la Inteligencia Artificial en el SNS (IASNS). Por último, se fomentarán los acuerdos necesarios para impulsar la autodeclaración responsable entre el Ministerio de Sanidad y los Organismos Públicos Competentes.

Indicador 1: Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y los Organismos Públicos Competentes para el impulso de la autodeclaración responsable antes de 2026.

Resultado 1: Identificación de las modificaciones normativas y otros procedimientos necesarios para la autodeclaración responsable antes de 2026.

Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han adecuado e implantado la autodeclaración responsable en 2026.

Resultado 2: 100% de las CCAA han adecuado e implantado la autodeclaración responsable en 2026.

Indicador 3: Incremento del número de procesos optimizados con respecto a la situación a 31 de diciembre de 2024.

Resultado 3: al menos un incremento del 50% hasta el fin del Plan de Acción de Atención Primaria.

Indicador 4: Definición del procedimiento para incorporar la IA orientada a la transcripción conversacional en consulta en el marco del Plan de despliegue de la IA en el SNS (IASNS) de la estrategia de Salud Digital.

Resultado 4: Procedimiento de implantación definido en la Comisión de Salud Digital del SNS antes del fin de 2026.

Resultado 4.1: Implantación de IA orientada a la transcripción conversacional en consulta antes de 2027 en todas las CCAA.

3.4 Análisis de procesos de salud susceptibles de ser resueltos en Atención Primaria.

Se persigue identificar y definir junto con Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes los procesos de salud que pueden resolverse en Atención Primaria consensuando su implantación con CCAA para mejorar así su capacidad resolutoria. Se pretende identificar aquellos motivos de demanda de atención que potencialmente pueden ser gestionados desde este nivel asistencial una vez publicada la ampliación de la Cartera Común de Servicios en Atención Primaria (ver apartado 3.1) y en base a la financiación destinada en los últimos años por parte del Ministerio de Sanidad y CCAA para la mejora de las infraestructuras y adquisición de equipamiento clínico y diagnóstico en los centros de salud y consultorios.

Indicador 1: Aprobación de una relación actualizada y priorizada de los procesos de salud que pueden resolverse en AP del SNS antes de 2027.

Resultado 1: Relación actualizada y publicada de procesos de salud que pueden resolverse en AP antes del 31 de diciembre de 2026.

Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han incrementado el número de procesos de salud que pueden resolverse en AP al menos en un 25% antes del 31 de diciembre de 2027 con respecto a su situación a 31 de diciembre de 2026.

Resultado 2: Al menos un 60% de las CCAA han incrementado en un 25% el número de procesos de salud que pueden resolverse en AP antes del 31 de diciembre de 2027 con respecto a su situación a 31 de diciembre de 2026.

Resultado 3: Al menos un 80% de las CCAA pueden resolver el 50% de los procesos de salud recogido en la relación actualizada antes del 31 de diciembre de 2027.

3.5 Adecuación e implantación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención del conjunto de los profesionales de Atención Primaria, basado en el mapa de competencias, adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.

Se persigue resolver de forma efectiva, eficiente y satisfactoria las necesidades y los problemas de salud de los/las pacientes mediante la definición de un modelo de gestión integral de la demanda que estructure la atención para alcanzar estos objetivos y que, a su vez, promueva proactivamente la gestión de la salud y los cuidados, la prevención del incremento de la carga de enfermedad en los pacientes y la promoción de la salud. Para ello, se analizarán buenas prácticas puestas en marcha en las CCAA y en base a lo desarrollado en el Mapa de Competencias de los profesionales de Atención Primaria (ver apartado 2.1) se consensuará y propondrá un modelo de gestión integral de la demanda como recomendación nacional, en colaboración con el Comité Institucional y Técnico del MAPyC. En la elaboración del modelo se tendrá en cuenta también el trabajo realizado por el Grupo de Trabajo 3 “GT 3: CANAL DEL CIUDADANO” y su línea de actuación “Gestión Inteligente de la Demanda” del Plan de Transformación Digital de Atención Primaria.

Indicador 1: Valoración y selección de buenas prácticas puestas en marcha en las CCAA relacionadas con la gestión integral de la demanda asistencial.

Resultado 1: Selección de Buenas Prácticas replicables en todo el territorio nacional publicada antes de finales de 2025.

Indicador 2: Consenso y propuesta de un modelo de gestión integral de la demanda como recomendación nacional en base al Mapa de Competencias de los profesionales de AP.

Resultado 2: Publicación del modelo de gestión integral de la demanda basado en el mapa de competencias a nivel del Sistema Nacional de Salud en el segundo semestre de 2027.

3.6 Renovación de la infraestructura y equipamiento en consonancia con la Actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria nivel autonómico

El objetivo es establecer planes autonómicos para la renovación de infraestructuras y equipamientos en Atención Primaria, así como sistematizar los procesos de mantenimiento en los centros de salud, para adecuarlos a las necesidades de la población y a la labor asistencial y docente que en ellos se realiza. Se pretende definir criterios de dotación y realizar un análisis local de necesidades contando con la participación de agentes del ecosistema de Atención Primaria. Se prevé que el ministerio de sanidad disponga de un presupuesto finalista con el que continuar cofinanciando las actuaciones de las CCAA en materia de adquisición de equipamiento clínico y no clínico y adecuación de las infraestructuras de los centros de salud y consultorios.

Indicador 1: Porcentaje de CCAA con planes autonómicos de renovación de Infraestructura y Equipamiento aprobados.

Resultado 1: El 100% de las CCAA ha publicado un plan autonómico de renovación de Infraestructura y Equipamiento antes de diciembre 2025.

NOTA: como soporte: Plan de Transformación Digital de Atención Primaria:
GT1.2: Cuadros de mando y GT1.3: procesos para la eficiencia en la gestión.
GT2: RRHH y Gestión del conocimiento: 1) Profesional digital. 2) Plataformas colaborativas de formación
GT3: 2) gestión inteligente de la demanda . Canal del ciudadano: Teleconsulta/ Interconsulta.
GT5: Integración de dispositivos de imagen médica: 1) imagen médica 2) Dispositivos en centros
GT6: Telemonitorización de pacientes: 1) telemonitorización 2) integración de señales de IoT
GT7: Soporte a la decisión clínica: servicios y casos de uso de inteligencia artificial.

LÍNEA 4: LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo: elevar la calidad de la atención en el primer nivel asistencial mediante la implantación y seguimiento de recomendaciones priorizadas y fundamentadas en la mejor evidencia disponible.

4.1 Implantación de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS, planes nacionales y comisiones del CISNS que se refieran al ámbito asistencial de Atención Primaria dedicando los recursos necesarios para tal fin con actualización anual

De manera anual se llevará a cabo un análisis conjunto para identificar y priorizar las recomendaciones sobre AP recogidas en las diferentes Estrategias de Salud del SNS y Planes nacionales. Para el año 2025 las recomendaciones a implantar provienen de: las estrategias de para el Abordaje a la Cronicidad, Promoción de la Salud y Prevención, Área de Práctica Basada en la evidencia, Plan de Acción para la prevención del Suicidio 2025-2027, Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil, Comisión contra la Violencia de Género (COVIGE) del CISNS y Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA) del CISNS. El Ministerio de Sanidad monitorizará su implementación en las distintas CCAA de forma periódica.

Indicador 1: Actualización anual de las acciones priorizadas en Estrategias y Planes del SNS.

Resultado 1: emisión de actualización del listado de manera anual si se requiere.

- Estrategia de Abordaje de la Cronicidad
 - o Impulso a la alfabetización sanitaria para mejorar capacitación en salud y autogestión de la enfermedad a través de la red de Escuelas de Salud para la ciudadanía:

Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han incorporado acciones para impulsar las Escuelas de Salud para la Ciudadanía y Programas de Paciente Experto y Cuidador Experto

Resultado 2: El 80% de las CCAA presentan evidencias de implantación (informe, publicaciones y/o URL) en 2026.

- Práctica basada en la evidencia
 - o Implementación de las recomendaciones de “no hacer” /adecuación de la práctica clínica” en el ámbito de la Atención Primaria:

Indicador 3: Porcentaje de CCAA que implantan las recomendaciones.

Resultado 3: El 80% de las CCAA presentan evidencias de implantación (informe, publicaciones y/o URL) en 2026.

- o Implementación de las recomendaciones sobre manejo de la persona mayor con polimedicación en Atención Primaria publicadas y las recomendaciones de conciliación de la medicación y medicamentos de alto riesgo¹⁶:

Indicador 4: Número de CCAA que han implementado las recomendaciones relativas a la Atención Primaria sobre manejo de la persona mayor con polimedicación, priorizando las situaciones de uso de 8 o más fármacos, conciliación de la medicación y medicamentos de alto riesgo.

Resultado 4: el 80% de las CCAA presentan evidencias de implantación (informe, publicaciones y/o URL) en 2026.

– Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención:

- o Implementación íntegra de la actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor publicado en 2022:
Indicador 5: Número de CCAA que han implementado la Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor en 2027.

Resultado 5: el 50% de las CCAA presentan evidencias de implantación (informe, publicaciones y/o URL) en 2027

– Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA) del CISNS¹⁷

- o Implementación del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia publicado en 2023:

Indicador 6: Número de CCAA que han implementado el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia en 2027.

Resultado 6: el 50 % de las CCAA presentan evidencias de implantación (informe, publicaciones y/o URL) en 2027.

16 Recomendaciones para el uso seguro de medicamentos de alto riesgo:

https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/docs/Recomendaciones_uso_seguro_medicamentos_alto_riesgo.pdf

Infografía para el uso seguro de medicamentos de alto riesgo:

<https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/home.htm>
Conciliación de la medicación:

https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/docs/Documento_final_-_Octubre_2022._ACCESIBLE.pdf

17 Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA) del CISNS

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/CoViNNA.htm>

- [ACUERDO 1411 DEL CISNS para la implementación de MEDIDAS SANITARIAS](#)” para el desarrollo de las Medidas 4 y 5 del [Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género](#) (5 agosto 2021):

- o “Implantación progresiva del [Instrumento](#) Estandarizado para la mejora de la Detección temprana de la violencia de género desde los servicios sanitarios que integran el SNS:

Indicador 7: N° de CCAA que han implementado programas de detección temprana de VG en AP utilizando el Instrumento estandarizado aprobado por el CISNS

Resultado 7: el 40% de CCAA haya implantado programas de detección temprana basados en el Instrumento estandarizado en 2026.

- o Plan de [Formación Específica](#) de profesionales de los servicios sanitarios que integran el SNS (ámbito de la formación continuada). 3 cursos: equipos AP, equipos Salud Mental y equipos Atención al embarazo, parto y puerperio:

Indicador 8: N° de profesionales que integran el Grupo Motor de formadoras y formadores del conjunto del SNS¹⁸.

Resultado 8: En 2026 el Grupo Motor estará constituido por 120 profesionales (*equipos de AP, S. Mental, Atención al embarazo, parto y puerperio*).

Indicador 9: N° de CCAA que cuentan con profesionales en el Grupo Motor.

Resultado 9: En 2026 el 90% CCAA tendrán profesionales dentro del Grupo Motor de formadoras y formadores del SNS.

Indicador 10: N° de CCAA que han implantado un programa de formación según el Plan de Formación Específica VG acordado por el CISNS.

Resultado 10: En 2026 el 40% de CCAA presentan evidencias (informe, publicaciones y/o URL) de haber implantado un programa de formación según el Plan de Formación Específica VG acordado por el CISNS

¹⁸ Como esta formación específica -en cada curso mencionado-finaliza para cada profesional presentando obligatoriamente un proyecto-propuesta para realizar la formación de formadores/es en su área o ZBS de influencia, y poder implementar programas de prevención y detección temprana de la VG en sus ámbitos respectivos (AP, S. Mental, atención durante el embarazo, parto y puerperio), el total de alumnado que finaliza con éxito su curso es lo que se denomina “GRUPO MOTOR DEL SNS” para formar a otras y otros profesionales en esta materia.

- Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil¹⁹:
 - o Promoción y apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria siguiendo las recomendaciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN):

Indicador 11: Número de centros de salud acreditados IHAN por comunidad autónoma

Resultado 11: Aumento de un 5% el número de centros de salud acreditados IHAN por comunidad autónoma

- Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027:
 - o Establecer mecanismos para la identificación de personas que se encuentran en situación de soledad no deseada que acuden al sistema sanitario, con el fin de facilitar su vinculación con la red comunitaria:

Indicador 12: % de CCAA que trabajan en la identificación de persona que se encuentra en situación de soledad no deseada

Resultado 12: al menos el 80% de las CCAA

NOTA 1 : como soporte: Plan de Transformación Digital de Atención Primaria:
CT1.2: Cuadros de mando
GT3: Canal del ciudadano: 1) escuela de paciente y promoción de la salud
GT4: Integración información sociosanitaria
GT7: Soporte a la decisión clínica: servicios y casos de uso de inteligencia artificial.

¹⁹ Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil: Medida 21: Programas de apoyo a la lactancia en hospitales y centros de salud

LÍNEA 5: GOBERNANZA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Objetivo: Reforzar la gobernanza y rendición de cuentas en Atención Primaria impulsando la planificación, la calidad de los datos, la transparencia y la participación ciudadana.

5.1 Consensuar en el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) recomendaciones sobre vinculación entre el crecimiento del gasto sanitario público total y el incremento presupuestario a Atención Primaria

El Ministerio de Sanidad, junto con las CC.AA. y expertos en economía de la salud, elaborará una serie de recomendaciones que establezcan una relación entre el aumento del gasto sanitario público total y el incremento del presupuesto asignado a Atención Primaria. Dicha propuesta será aprobada en el CISNS y se establecerá su sistema de seguimiento.

Indicador 1: Acuerdo del CISNS antes del 2027

Indicador 2: Porcentaje de CCAA que implementan el acuerdo de recomendaciones del CISNS.

Resultado: 100% implementan el acuerdo de recomendaciones del CISNS

5.2 Implementación de Mejoras en la Medición de Calidad y Sistemas de Información en AP, Incluyendo Benchmarking con las CCAA

Se avanzará hacia la selección de un conjunto de indicadores que permitan monitorizar el estado de la AP en el conjunto del SNS y en cada una de las CCAA así como su impacto en términos de Resultados en Salud y Experiencia del Paciente. Además, se definirán estándares de calidad para los servicios de Atención Primaria, garantizando una atención eficiente y centrada en el usuario. Finalmente, se mejorará la difusión pública de estos datos con el objetivo de promover la transparencia y la comparación de resultados entre distintos territorios.

Indicador 1: Selección de un conjunto de indicadores para monitorizar, a nivel SNS, la APS y darle mayor visibilidad. Se priorizarán aquellos indicadores que ya existen en los SSII de AP-SNS actuales, cuya serie está validada

Resultado 1: Publicación de la selección de indicadores seleccionados antes de fin de 2025.

Indicador 2: Publicación del resultado de los indicadores seleccionados antes del fin de 2026.

Resultado 2: Evidencia de publicación del conjunto de indicadores seleccionados antes del 31 de diciembre de 2026.

Indicador 3: Diseñar un entorno de presentación de los indicadores seleccionados que permita el conocimiento público y los procesos de benchmarking de la APS

Resultado 3: Evidencia de la existencia de un entorno público donde se presenten los indicadores y sus resultados antes de fin 2027.

5.3 Potenciar / impulsar la innovación y la orientación estratégica para analizar, evaluar y proponer mejoras en el modelo de Atención Primaria y Comunitaria (APyC) a través de la Oficina Ejecutiva del Marco Estratégico de APyC

Se implementará un procedimiento para identificar, seleccionar y evaluar prácticas innovadoras y/o Buenas Prácticas (BBPP) en el ámbito de la APyC y se promoverá el desarrollo de éstas a nivel autonómico o Área de Salud con especial énfasis en la participación de los profesionales de Atención Primaria. Además, se creará un Plan de Comunicación para difundir tanto estas prácticas como las acciones de la Oficina Ejecutiva del Marco Estratégico de APyC.

Indicador 1: Desarrollo del procedimiento para la identificación, selección y evaluación de prácticas innovadoras y/o BBPP en APyC en el SNS antes de 2026 así como de su Plan de Difusión

Resultado 1: Procedimiento aprobado (Sí/No).

Resultado 2: Primera convocatoria publicada antes de 2027.

Resultado 3: Número de prácticas innovadoras y/o BBPP recibidas en la primera convocatoria.

Resultado 4: Plan de comunicación aprobado antes de 2027.

5.4 Impulsar la evaluación periódica de las necesidades de salud de la población a nivel zona básica de salud.

Alineado con el modelo de gestión integral de la demanda (Ver apartado 3.5), con el modelo de cálculo de recursos humanos (ver apartado 1.4) y teniendo en cuenta otras herramientas desarrolladas por parte del Ministerio de Sanidad (por ejemplo: proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud) se consensuarán en colaboración con los comités técnico e institucional las variables clave con las que llevar a cabo un análisis de la situación de salud a nivel zona básica de salud teniendo en cuenta el enfoque de determinantes sociales de la salud. Dichas variables se emplearán para llevar a cabo un análisis a nivel ZBS en todas las CCAA con el objetivo último de adaptar los recursos y servicios disponibles a las necesidades de la población detectadas.

Indicador 1: Consenso y publicación de las variables clave para elaborar un análisis de la situación de salud a nivel ZBS

Resultado 1: Documento de consenso publicado antes de 2027.

Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han realizado una evaluación de las necesidades de salud de su población a nivel ZBS.

Resultado 2: Al menos el 80% de las CCAA han analizado las necesidades de salud del 50% de sus ZBS antes del 31 de diciembre de 2027.

5.5 Análisis de las necesidades de las zonas rurales más despobladas (España vaciada).

Se constituirá un grupo de trabajo específico con representantes de las CCAA más afectadas por la despoblación a escala municipal en las áreas rurales para definir las necesidades específicas en términos de reordenación de recursos humanos dentro del medio rural y necesidades de inversión en las zonas más afectadas (equipamiento diagnóstico y clínico, nuevas infraestructuras, tecnologías de la información y comunicación, transporte a la demanda etc...) con actualización del mapa sanitario en los casos en los que sea necesario.

Indicador 1: Consenso y publicación de criterios específicos comunes para las zonas rurales despobladas.

Resultado 1: Documento de consenso de criterios publicado antes de 2026.

Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han evaluado las necesidades específicas para las zonas rurales despobladas identificadas para la reorganización de los recursos e inversiones.

Resultado 2: El 100% de las CCAA más afectadas por la despoblación han analizado las necesidades para la reorganización de los recursos e inversiones.

5.6 Integrar la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones de las políticas sanitarias de Atención Primaria y Comunitaria (APyC).

Se pretende identificar y, si es necesario, crear mecanismos de participación y canales de comunicación entre los órganos decisores y la comunidad a nivel de área de salud definiendo las fases del desarrollo de las políticas sanitarias en las que se consultará a los agentes de participación comunitaria.

Indicador 1: Mapa de canales de comunicación existentes realizado antes de 2026

Resultado 1: El 100% de las CCAA han mapeado los canales de comunicación entre órganos decisores y la comunidad antes de 2026

Indicador 2: Número de CCAA que han establecido al menos una consulta a los agentes de participación comunitaria en sus procesos de desarrollo de políticas sanitarias.

Resultado 2: El 100% de las CCAA han incluido al menos una consulta a los agentes de participación comunitaria en sus procesos de desarrollo de políticas sanitarias antes de 2027.

5.7 Actualizar el contenido y la metodología de los planes de gestión anuales de los centros de salud e impulsar la profesionalización de la gestión en Atención Primaria.

Se pretende continuar con el establecimiento de acuerdos de gestión anuales a nivel centro de salud en la totalidad de las CCAA con orientación a resultados en salud, la participación de todos los profesionales y sostenibilidad del SNS. Dichos planes impulsarán la autonomía en la gestión de recursos y la adaptación a las necesidades de la población identificadas. Se fomentará la elaboración de un marco de evaluación común a nivel regional de los planes anuales de gestión que incluya objetivos, metas y variables clave de desempeño. El marco común permitirá sistematizar la evaluación e identificar propuestas de mejora. Alineadamente, se consensuarán los criterios de acceso y competencias necesarias para el ejercicio de las figuras de los directores de centro acompañándolo de un plan de profesionalización de la gestión con formación continuada específica para profesionales de AP.

Indicador 1: Marco de evaluación aprobado antes de 2026

Indicador 2: Porcentaje de planes de gestión anuales evaluados según el marco.

Resultado 2: El 100% de las CCAA han evaluado al menos el 50% de sus planes de gestión según el marco aprobado para 2027

Indicador 3: Porcentaje de profesionales de Atención Primaria que han recibido formación en materia de gestión por comunidad autónoma.

Resultado 3: Al menos el 10% de los profesionales de Atención Primaria han recibido formación en materia de gestión en el 100% de las CCAA.

NOTA: como soporte: Plan de Transformación Digital de Atención Primaria:
GT1: Tecnologías transversales: 2) Cuadro de Mandos 3) Procesos para la eficiencia en la Gestión

LÍNEA 6: ATENCIÓN INTEGRADA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Objetivo: reforzar la coordinación y comunicación entre Atención Primaria y otros ámbitos asistenciales y actores necesarios para la mejora de la continuidad asistencial .

6.1 Definición de un marco de referencia de coordinación sociosanitaria a nivel de SNS que incluya planes de atención sociosanitarios a nivel autonómico, con una visión holística y abordaje comunitario.

De manera conjunta entre el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Derechos Sociales y con la colaboración de representantes de las CCAA, sociedades profesionales y asociaciones de pacientes se crearán grupos de trabajo para definir los elementos del marco referencial sobre coordinación sociosanitaria (perfiles de personas que requieren atención sanitaria y social integrada; ejes de actuación, mapa de los procesos sociosanitarios e intervenciones y recursos necesarios para cada perfil). Posteriormente se identificarán los mecanismos de coordinación del marco de referencia y se detallará una hoja de ruta para la implementación de este, que permita cierta flexibilidad de adaptación al modelo organizativo de cada CC.AA.

Indicador 1: perfiles de personas definidos.

Indicador 2: mapa de procesos de actuación e intervenciones definidos.

Indicador 3: recursos sanitarios y sociales identificados.

Indicador 4: marco de referencia publicado antes del 31 de diciembre de 2027.

Indicador 5: número de CCAA con una hoja de ruta de implantación del marco publicada.

Resultado: 100% de CCAA publican una hoja de ruta de implantación del marco antes del 31 de diciembre de 2027.

6.2 Ampliar y mejorar los servicios de integración e interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como herramienta fundamental para la continuidad asistencial.

Continuar promoviendo la mejora constante de la interoperabilidad de las historias clínicas digitales autonómicas, como componente clave para el intercambio de información entre profesionales de diferentes niveles asistenciales, especialmente entre Atención Primaria y Atención hospitalaria. Seguir fomentando el desarrollo de herramientas digitales que permitan la visualización de información compartida con la Atención Sociosanitaria.

Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantado un sistema de interoperabilidad de Historia de Salud Digital entre distintos ámbitos asistenciales, al menos entre AP y atención hospitalaria.

Resultado 1: El 100% de CCAA tienen implantado un sistema de interoperabilidad de Historia de Salud Digital entre distintos ámbitos asistenciales, al menos entre AP y atención hospitalaria al finalizar el Plan en 2027.

Indicador 2: Número de CCAA que tienen implantadas herramientas para la visualización de información compartida con la Atención Sociosanitaria

Resultado 2: El 50% de CCAA tienen implantadas herramientas para la visualización de información compartida con la Atención Sociosanitaria en 2027.

6.3 Impulso a la atención familiar en el hogar como actividad imprescindible de los equipos de atención primaria.

La atención familiar en el hogar es un aspecto crucial para la atención de pacientes, especialmente aquellos con enfermedades crónicas complejas o en situación de últimos días. La atención en el hogar debe ser realizada por los equipos de atención primaria (gestionados fundamentalmente por enfermeras) con protocolos de actuación basados en evidencia, lo que permite proporcionar cuidados adecuados en el hogar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Se propone fortalecer el papel de los equipos de atención primaria como responsables y garantes de la longitudinalidad de la atención en el ámbito del hogar, garantizando así una atención continua y accesible.

Además, se enfatiza la necesidad de coordinar la atención domiciliaria con otros servicios, incluyendo atención hospitalaria y atención al final de la vida para asegurar una respuesta integral a las necesidades de salud de los pacientes. En este sentido, resulta fundamental la colaboración con el desarrollo e implantación de la [*Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad*](#)²⁰ desarrollada por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Indicador 1: Publicación de documento de impulso a la atención familiar en el hogar desde Atención Primaria para 2026

Indicador 2: Número de CCAA con protocolo de planificación y coordinación de atención familiar en el hogar desde Atención Primaria en base al documento estatal publicado

Resultado: El 100% de las CCAA con protocolo de planificación y coordinación de atención familiar en el hogar desde Atención Primaria en base al documento estatal publicado para 2027.

²⁰ Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/Estrategia-nuevo-modelo-cuidados.pdf>

6.4 Promover acciones para la mejora de la continuidad asistencial y gestión de casos especialmente en pacientes en situación de vulnerabilidad y en zonas de difícil acceso/cobertura.

Se implementarán acciones destinadas a identificar los perfiles de pacientes en situación de vulnerabilidad, estableciendo procedimientos de actuación y sistemas de coordinación, con la Atención Hospitalaria y otros ámbitos asistenciales.

A tal efecto se define como paciente vulnerable a aquellas personas que debido a su estado de salud, red de apoyo social, funcionalidad, edad avanzada o factores sociales y económicos, presentan un mayor riesgo de complicaciones, de deterioro de su calidad de vida o de dificultades para acceder y mantener una atención sanitaria adecuada, requiriendo un seguimiento continuo y coordinado entre los distintos niveles asistenciales y profesionales del sistema nacional de salud para evitar la fragmentación y los efectos negativos asociados a ésta.

Este enfoque busca asegurar una atención sanitaria continua y fluida. Al adoptar una perspectiva integral, se considerarán las particularidades de cada paciente y las barreras que puedan enfrentar, garantizando así una atención segura, eficiente y de calidad.

Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantado un sistema para la identificación de pacientes en situación de vulnerabilidad.

Resultado 1: El 100% de CCAA tienen implantado un sistema para la identificación de pacientes en situación de vulnerabilidad antes de 2026

Indicador 2: Número de CCAA que han definido procedimientos de actuación y sistemas de coordinación al menos con Atención Hospitalaria

Resultado 2: El 100% de CCAA han implantado procedimientos de actuación y sistemas de coordinación al menos con Atención Hospitalaria antes de 2027.

6.5 Promover acciones para la mejora de la continuidad asistencial y gestión de casos de pacientes con problemas de salud mental

Se implementarán acciones destinadas a mejorar la coordinación y relación entre la red de APS y la de SM, a través del desarrollo o mantenimiento de equipos multidisciplinares de SM (psiquiatra, profesional de psicología, enfermería y trabajo social) con programas específicos de corte colaborativo en APS²¹. El equipo colaborativo se integra en el equipo

21 Modelo de colaboración: bajo este modelo, el médico/a de familia sigue siendo el principal responsable del tratamiento del paciente, mientras que el profesional de la salud mental desempeña una función de asesoría y apoyo tanto para el paciente como para el médico/a de familia. Las tareas a desarrollar por parte del profesional de salud mental pueden incluir aspectos tanto de formación, consulta y enlace. El/la profesional de salud mental podría colaborar en el cribado para mejorar la detección de problemas, ayudaría a desarrollar las habilidades de intervención en salud mental del personal de AP y proporcionaría atención directa al paciente mediante intervenciones breves, tanto en formato individual como grupal. Una definición aceptada del modelo colaborativo destaca que se caracteriza por ser un enfoque multidisciplinar de la atención, que sigue un plan de manejo clínico y seguimiento estructurados y se centra también en mejorar la comunicación interprofesional.

de APS con los objetivos de tener una buena accesibilidad desde APS con los objetivos de tener una buena accesibilidad desde APS (mediante diferentes medios de comunicación), poder atender pacientes por parte de ese equipo en el mismo centro de salud, sesiones conjuntas quincenales donde se aborden problemas específicos, así como formación conjunta.

Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantados Programas Colaborativos entre APS y SM.

Resultado 1: El 100% de CCAA tienen implantado Programas Colaborativos antes de 2026

Indicador 2: Número de Programas de estas características según áreas sanitarias de cada comunidad autónoma puestos en marcha

Resultado 2: Al menos el 60 % de las áreas sanitarias de las CCAA tienen programas colaborativos entre APS y SM antes de 2027.

6.6 Establecer sistemas de comunicación bidireccional entre las farmacias comunitarias y los centros de salud / consultorios.

Se pretende que las farmacias comunitarias contribuyan en la mejora del uso racional y seguro de los medicamentos. La mejora de la comunicación entre los profesionales de AP y los farmacéuticos comunitarios permitirá optimizar la farmacoterapia y reducir el uso inadecuado de medicamentos, así como identificar de forma temprana posibles errores en la prescripción y detección de potenciales eventos adversos

Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantado algún tipo de sistema para la comunicación bidireccional entre las farmacias comunitarias y los profesionales de los centros de salud / consultorios

Resultado 1: Al menos el 80% de las CCAA tienen implantado algún sistema de comunicación bidireccional entre las farmacias comunitarias y los profesionales de los centros de salud / consultorios antes de 2027.

6.7 Optimización de la terapia farmacológica en pacientes polimedicados.

La optimización de la terapia farmacológica en pacientes polimedicados es fundamental en un contexto de incremento de la complejidad clínica y la multimorbilidad. Para ello, el desarrollo de las funciones y capacidades de los farmacéuticos y farmacéuticas de Atención Primaria ha de ser fundamental, tanto en la revisión de los regímenes farmacoterapéuticos de los pacientes complejos como en la labor de resolución de dudas que puedan tener los profesionales de Atención Primaria, así como en el establecimiento de marcos de coordinación formal con los profesionales de las oficinas de farmacia comunitaria a nivel de zona básica de salud.

Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantado algún modelo de optimización de la terapia farmacológica en pacientes polimedificados con participación de los farmacéuticos de Atención Primaria.

Resultado 1: Al menos un incremento del 50% en el número de CCAA que tienen implantado algún modelo de optimización de la terapia farmacológica en pacientes polimedificados con participación de los farmacéuticos de Atención Primaria

Indicador 2: Número de CCAA que tienen implantado algún modelo de coordinación farmacoterapéutica centrado en Atención Primaria y que contemple la participación de profesionales prescriptores de los centros de salud, farmacéuticos de Atención Primaria y profesionales de las oficinas de farmacia comunitaria.

Resultado 2: Al menos un incremento del 30% de las CCAA tienen implantado algún modelo de coordinación farmacoterapéutica centrado en Atención Primaria y que contemple la participación de profesionales prescriptores de los centros de salud, farmacéuticos de Atención Primaria y profesionales de las oficinas de farmacia comunitaria.

NOTA: como soporte: Plan de Transformación Digital de Atención Primaria:

GT1.3 procesos para la eficiencia en la gestión. GT3: canal del ciudadano: teleconsulta.

GT4: Historia de Salud Digital: 1) historia clínica inteligente 2)3) Integración Información Sociosanitaria

GT6: Telemonitorización de pacientes: 1) telemonitorización 2) integración de señales de IoT

G7: Servicios y Casos de Uso de Inteligencia Artificial

LÍNEA 7: SALUD COMUNITARIA.

Objetivo: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud.

7.1 implementar, visibilizar y evaluar las Estrategias de Salud Comunitaria a nivel de CCAA

Cada comunidad autónoma continuará con el desarrollo e implementación de su Estrategia de Salud Comunitaria, con la implicación en todo el proceso de los diferentes agentes implicados, incluida la ciudadanía.

Se visibilizarán y difundirán las Estrategias de Salud Comunitaria, para llegar a todos los grupos poblacionales, profesionales de Atención Primaria y territorios.

Se articularán los mecanismos necesarios para la evaluación participada de la implementación de las Estrategias de Salud Comunitaria, así como de aquellos indicadores comunes que se consensuen en el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria.

Indicador 1: % de CCAA que tienen publicada su Estrategia de Salud Comunitaria.

Resultado 1: El 100% de las CCAA tienen publicada su Estrategia de Salud Comunitaria en diciembre de 2027.

Indicador 2: Publicado documento de indicadores comunes de evaluación de estrategias de salud comunitaria consensuados en el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria.

Resultado 2: Se publica documento de indicadores comunes de evaluación de estrategias de salud comunitaria consensuados en el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria en diciembre de 2025.

Indicador 3: % de CCAA que publican anualmente la evaluación de la implementación de sus Estrategias de Salud Comunitaria, incluyendo los indicadores comunes que se consensuen en el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria.

Resultado 3: 100% de CCAA publican anualmente la evaluación de la implementación de sus Estrategias de Salud Comunitaria, incluyendo los indicadores comunes que se consensuen en el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria a partir de 2026.

Indicador 4: Se publican en la [web de Salud Comunitaria del Ministerio de Sanidad](#) todas las Estrategias de Salud Comunitaria de las CCAA y sus evaluaciones.

7.2 Formar a los/las profesionales de Atención Primaria en los tres niveles de orientación comunitaria

Dentro del Plan de Capacitación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS se van a continuar desarrollando diferentes ediciones de cursos on-line, acreditados y gratuitos, para los tres niveles de orientación comunitaria:

Nivel 1: “[Equidad en salud. Aprendiendo con el pueblo gitano](#)”

Nivel 2: “[Educación para la salud grupal sobre estilos de vida](#)”

Nivel 3: “[Acción comunitaria para la salud](#)”

Las CCAA, dentro del desarrollo de sus Estrategias de Salud Comunitaria, llevarán a cabo formación práctica en competencias y habilidades en salud comunitaria.

Indicador 1: Número de profesionales formados por las CCAA en 2025-2027 desagregado por: año de formación, nivel de orientación comunitaria, perfil profesional, profesionales en formación especializada, tutores/as y formación presencial/online.

Indicador 2: Número de profesionales formados por el Ministerio de Sanidad en 2025-2027 desagregado por: año de formación, nivel de orientación comunitaria, perfil profesional, profesionales en formación especializada, tutores/as y formación presencial/online.

7.3 Adecuar los servicios de atención comunitaria autonómicos en base a la actualización cartera básica común de Atención Primaria

Una vez publicada la actualización de Cartera de Servicios de Salud Comunitaria, se incorporará a la Cartera de Servicios de cada sistema autonómico de salud.

Indicador: % de CCAA con la nueva actualización del servicio de atención comunitaria recogido en su cartera de servicios autonómica de Atención Primaria

Resultado: 100% de CCAA con la nueva actualización del servicio de atención comunitaria recogido en su cartera de servicios autonómica de Atención Primaria en diciembre de 2027.

7.4. Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital

La recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios es una herramienta efectiva para dar a conocer aquellos recursos que generan salud y bienestar y favorecen vínculos en la comunidad, lo cual, a su vez, puede generar condiciones de vida más saludables. El enlace desde la Historia de Salud Digital a herramientas de recomendación de activos y recursos comunitarios favorece la generalización de su uso, ya que, sin salirse del contexto de la consulta, el/la profesional puede acceder con facilidad a los activos y recursos del lugar donde vive o trabaja la persona, pudiendo realizar un consejo integral adaptado al aspecto o conducta que se quiere reforzar.

Desde el Ministerio de Sanidad se ofrece el mapa de recursos comunitarios [Localiza Salud](#), y se está trabajando en el aumento de su capacidad y en su vinculación con otros mapas, como el mapa de la Alianza de Salud Comunitaria.

Indicador: % de CCAA que enlazan a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios desde la Historia de Salud Digital.

Resultado: 100 % de CCAA enlazan a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios desde la Historia de Salud Digital en diciembre de 2027.

7.5 Incorporar los condicionantes sociales y del contexto familiar en la Historia de Salud Digital

Es una herramienta para facilitar el abordaje biopsicosocial en la consulta, para tener en cuenta las condiciones de vida de la persona a la hora de hacer un diagnóstico, una recomendación, un seguimiento o una propuesta de manejo o de cuidados. Para ello es necesario incluir en la Historia de Salud Digital las modificaciones necesarias para recoger los condicionantes sociales y del contexto familiar de la persona.

Algunos condicionantes que no dependan del registro de los y las profesionales, serán de utilidad también para la planificación de la organización de la asistencia en función de las necesidades y para la vigilancia en salud pública.

Se está revisando por un amplio grupo de trabajo el documento [Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital](#), con el fin de aumentar la participación en el documento de todos los agentes implicados, ampliar la justificación y facilitar su implementación. Se va a impulsar que algunos de estos condicionantes formen parte de la Historia Clínica Digital Interoperable del Sistema Nacional de Salud. Así mismo, se va a consensuar en los Grupos de Trabajo de Salud Comunitaria e Historia Social Sanitaria y Plan de Transformación Digital de Atención Primaria un conjunto mínimo de condicionantes sociales a priorizar su inclusión en la HSD.

Indicador 1: Publicación de versión actualizada del documento Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital.

Resultado 1: Se publica la versión actualizada del documento Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital en diciembre de 2025.

Indicador 2: % de CCAA que han incorporado el conjunto mínimo de condicionantes sociales y del contexto familiar a incluir en la Historia de Salud Digital, consensuado en el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria y Plan de Transformación Digital de Atención Primaria.

Resultado 2: 100 % de CCAA han incorporado el conjunto mínimo de condicionantes sociales y del contexto familiar a incluir en la Historia de Salud Digital, consensuado en

el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria y Plan de Transformación Digital de Atención Primaria en diciembre de 2027.

NOTA: como soporte: Plan de Transformación Digital de Atención Primaria:

GT2: 2) Plataformas colaborativas de formación

GT3: 2) escuela de paciente y promoción de la salud

GT4: Integración de Información sociosanitaria.

LÍNEA 8: ACCESIBILIDAD

Objetivo: Asegurar el acceso equitativo a la asistencia sanitaria en el primer nivel asistencial.

8.1 Asegurar la equidad en el acceso a la atención sanitaria en AP mediante la adecuación de las modalidades de atención a las necesidades de la población, así como la reducción de las barreras derivadas de la brecha digital en colectivos en situación de vulnerabilidad y personas de edad avanzada.

En base a las conclusiones del informe de la RedETS *de evaluación de la seguridad, eficacia/efectividad y eficiencia de la teleconsulta en atención primaria, y de los aspectos organizativos, éticos, sociales y legales ligados a su uso* y teniendo en cuenta la existencia de documentos técnicos que analizan los requisitos y las recomendaciones mínimas para llevar a cabo este tipo de modalidad de atención (por ejemplo norma UNE 179011:2023), así como el modelo conceptual de telemonitorización definido en el Plan de Transformación Digital de Atención Primaria, se pretende llevar a cabo una evaluación de la implantación de la modalidad de atención no presencial en las CCAA. Las mejores prácticas implantadas por las CCAA formarán parte del modelo de gestión integral de la demanda.

Indicador 1: Evaluación de la implantación de la modalidad de atención no presencial en las CCAA antes de 2026.

Indicador 2: Evaluación de medidas implantadas para la reducción de las barreras derivadas de la brecha digital en colectivos en situación de vulnerabilidad y personas de edad avanzada.

Indicador 3: Incorporación de mejores prácticas para la modalidad de atención no presencial en el modelo de gestión integral de la demanda antes de 2027.

8.2 Acciones para impulsar la atención a personas sin hogar según las recomendaciones desarrolladas por el Ministerio de Sanidad.

El sinhogarismo es una condición que afecta de manera importante a la capacidad de las personas para lograr un buen estado de salud, así como una barrera en el acceso al sistema sanitario. Las actuaciones específicas en la mejora de la salud de las personas sin hogar en muchas ocasiones se han mostrado como una forma de mejorar, además, su bienestar de manera global, reducir su número el número de ingresos y reingresos de las personas con enfermedades crónicas y, además, garantizar una adecuada atención en el punto de asistencia correcto.

Indicador 1: Documento de recomendaciones para la mejora del acceso al sistema sanitario y mejora del cuidado de la salud de las personas sin hogar.

Resultado 1: Publicación, por parte del Ministerio de Sanidad, del documento de recomendaciones para la mejora del acceso al sistema sanitario y mejora del cuidado de la salud de las personas sin hogar, antes de que finalice el primer semestre de 2026.

Indicador 2: Puesta en marcha de las recomendaciones recogidas en el documento de recomendaciones para la mejora del acceso al sistema sanitario y mejora del cuidado de la salud de las personas sin hogar.

Resultado 2: Al menos un 50% de las CCAA han puesto en marcha al menos un 30% de las recomendaciones recogidas en el documento de recomendaciones para la mejora del acceso al sistema sanitario y mejora del cuidado de la salud de las personas sin hogar, en 2027.

NOTA: como soporte: Plan de Transformación Digital de Atención Primaria:

GT3: GT3: canal del ciudadano: teleconsulta.

GT6: GT6: Telemonitorización de pacientes: 1) telemonitorización

LINEA 9: I+D+I

Objetivo: Potenciar la investigación en el ámbito de Atención Primaria así como la transferencia de sus resultados.

9.1. Actualizar el mapa de situación de I+D en Atención Primaria (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de salud, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas, participación en Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, unidades de investigación en gerencias de Atención Primaria...)

El objetivo es conocer los recursos, infraestructuras y capacidades existentes relacionadas con el desarrollo de I+D en el ámbito de AP. Este repositorio actualizado permitirá: aportar información para una planificación eficiente de actuaciones, priorizada en función de las necesidades; identificar sinergias y establecer economías de escala para optimizar las capacidades existentes; dar visibilidad a la actividad de investigación realizada en el ámbito de AP.

Indicador 1: Actualización anual (en los años 2025, 2026 y 2027) de la información disponible en el mapa. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

Resultado 1: Disponer de un mapa de situación de la I+D en AP como repositorio actualizado de ámbito estatal sobre los recursos, actividad y resultados en investigación en AP. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

9.2. Disponer de un sistema de identificación de potenciales colaboradores entre diferentes áreas sanitarias y CC.AA., dirigido a potenciar sinergias, fortalecer líneas de investigación con equipos de investigación más numerosos abiertos a la participación de diferentes territorios.

Desarrollo de un módulo específico en el mapa de I+D en AP, que permita la búsqueda e identificación de: personas o grupos de investigación con intereses afines; ofertas para incorporación a líneas de investigación; oferta de estancias formativas en investigación. Considerando la dispersión de los centros de atención primaria, esta actuación se orienta a facilitar la búsqueda de grupos o personas investigadoras con líneas comunes en todo el territorio, como base para establecer colaboraciones, en desarrollo de proyectos o estancias formativas, entre centros de trayectoria consolidada y centros o áreas geográficas con mayor limitación en su actividad investigadora. Asimismo, potenciar el progreso de los perfiles clínicos jóvenes en sus etapas iniciales de investigación.

Indicador 1: Número de consultas realizadas anualmente como resultado de esta utilidad en los años 2026 y 2027

Indicador 2: Número de estancias formativas ofertadas en el sistema que han sido realizadas por una persona perteneciente a una institución distinta a la que la ofrece.

Evolución anual en los años 2026 y 2027. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

Resultado: Disponer en el primer trimestre de 2026 del sistema de búsqueda de personas investigadoras potencialmente colaboradores y ofertas formativas en I+D en AP de ámbito estatal. Actualización anual de la información, en el primer trimestre de cada año.

9.3. Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para Atención Primaria que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.

Esta actuación se dirige a las etapas iniciales de la actividad investigadora, con especial atención a las y los jóvenes profesionales del ámbito de la atención primaria, para facilitar el desarrollo curricular investigador necesario para el acceso a convocatorias de ámbito estatal e internacional, en condiciones de igualdad. Con estas convocatorias de financiación para grupos y personas investigadoras emergentes se apoya la incorporación de las y los profesionales jóvenes a la investigación.

Indicador 1: Número de convocatorias específicas de investigación, dirigidas a investigadoras/es y grupos emergentes en el ámbito de AP, resueltas anualmente en los años 2025, 2026 y 2027 (desglosando entre competitivas y no competitivas) en cada CA. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

Indicador 2: Seguimiento anual en los años 2025, 2026 y 2027 de evolución en cada CA: número de propuestas financiadas/ número de propuestas presentadas en cada convocatoria lideradas por personas investigadoras de AP. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

Resultado: Incremento en las convocatorias específicas en todas las CCAA para AP dirigidas a la incorporación de las y los profesionales jóvenes en la investigación con respecto a 2023. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

9.4 Promoción de la investigación cooperativa en Red específica de Atención Primaria: priorización en las convocatorias de redes en la Acción Estratégica en Salud (AES)

Las características de la AP, con importante dispersión de los centros de salud, cargas asistenciales, etc., constituyen una barrera para el trabajo cooperativo de investigadores y grupos de investigación que comparten líneas de interés. Por otra parte, la creciente complejidad de los problemas de salud requiere la participación coordinada de equipos multidisciplinares para abordar la investigación. Con el objetivo de facilitar esta generación y transferencia de conocimiento, la AES establece AP como área prioritaria en la convocatoria de Redes de Investigación Cooperativa orientadas a Resultados en Salud (RICORS).

Indicador 1: Incremento en el número de grupos liderados por una persona con actividad clínica en AP financiados en convocatorias de redes cooperativas de la AES con respecto a 2024. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

Indicador 2: Incremento en grupos de investigación con profesionales de AP en el equipo por comunidad autónoma, por sexo y por tipo de profesional con respecto a 2024.

Resultado: Disponer de una red cooperativa de investigación en AP de ámbito estatal, liderada por profesionales de AP y financiada con cargo a la AES durante el periodo 2025-2027.

9.5. En el programa de intensificación de actividad investigadora de la AES, continuar promoviendo la participación de investigadores con actividad clínica en Atención Primaria.

El objetivo de esta actuación es facilitar tiempo de dedicación a sus líneas de investigación para profesionales con actividad clínica en AP. La actividad investigadora requiere una dedicación que con frecuencia se ve limitada por las exigencias de la actividad clínica, de forma especial en AP.

Indicador 1: Tasa de éxito anual en los años 2025, 2026 y 2027 en la convocatoria AES de intensificación (Nº de profesionales de AP con financiación concedida/Nº profesionales que solicitan financiación en la convocatoria). Tiempo de dedicación asistencial liberado. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

Resultado: En diciembre de 2027 haber incrementado la tasa de éxito alcanzada por profesionales de AP en la convocatoria de intensificación de actividad investigadora de la AES con respecto a 2023. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

9.6. Seguimiento anual del porcentaje de investigadores de Atención Primaria incorporados dentro de los Institutos de Investigación Sanitaria, como criterio para mantener su acreditación por el ISCIII.

Los Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el ISCIII son estructuras en las que equipos multidisciplinares de personas investigadoras, con perfil básico y clínico, que colaboran realizando líneas de investigación orientadas a necesidades del SNS. Cuentan con infraestructuras de uso común, plataformas de apoyo técnico y de gestión. La participación de personas investigadoras de AP en los IIS es necesaria tanto para incorporar prioridades de investigación en áreas que lideran (multimorbilidad, estilos de vida, prevención y promoción de salud...), como para dar acceso a los recursos de los IIS a estas personas investigadoras.

Indicador 1: Porcentaje de personas investigadoras en cada IIS acreditado que son profesionales de AP desglosado por comunidad autónoma y por tipo de profesional. Incremento en cada IIS acreditado igual o superior al 15% respecto a la situación de enero 2024, en el periodo 2025-2027 con evaluación anual en diciembre de 2025, 2026 y 2027. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

Resultado: En diciembre de 2027, en todos los IIS acreditados existe, al menos, una participación superior al 5% del total o un número de 40 personas investigadoras de AP integrados en los grupos de investigación con consideración de personal investigador adscrito.

9.7. Promoción y soporte de la participación de Grupos de Investigación de Atención Primaria en proyectos europeos: difusión y apoyo dirigido.

Esta actuación se dirige a promover la participación de grupos de investigación de AP en proyectos financiados en convocatorias europeas estableciendo cauces de información sobre las convocatorias: calendario, procedimientos de solicitud y búsqueda de socios.

Indicador 1: Porcentaje de proyectos europeos concedidos que cuentan con profesionales de AP en sus equipos de investigación. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.

Resultado: En diciembre de 2027 se objetiva una participación de profesionales de AP superior al 1% de los proyectos con financiación de convocatorias europeas.

ANEXOS

Anexo I. Correlación de acciones con los objetivos del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC)

Acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria	MAPyC
LÍNEA 1: FIDELIZACIÓN Y ATRACCIÓN DEL TALENTO	
1.1. Monitorización de las ofertas de empleo de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria	Objetivo B.2.1 B.2.2
1.2 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 los profesionales.	B.2.6 B.2.8 B.4.1 B.4.6
1.3 Definir un modelo de recertificación de profesionales que permita la acreditación periódica de su competencia profesional	F.3.3
1.4 Propuesta de un modelo común de cálculo de necesidades de RRHH de aplicación en todo el SNS en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud	B.2.4 F.3.1
1.5 Establecimiento de medidas para el fomento de la longitudinalidad en Atención Primaria	B.2.3 B.2.7
1.6 Incentivar el retorno a Atención Primaria de los profesionales que prestan servicios en otros ámbitos asistenciales y abordar la fuga de talento.	B.2.9
1.7 Seguimiento anual de la aplicación de los acuerdos de la CRHCISNS en las CCAA	B.2.4 F.3.4

1.8 Fomento de los nombramientos de Enfermeras/os de AP, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFYC) arbitrando las medidas organizativas necesarias	B.3.2
1.9 Mejora continua de la calidad de la formación sanitaria especializada de los profesionales que realizarán su actividad en Atención Primaria.	F.4.1
1.10 Fomento de la Atención Primaria en los grados universitarios de ciencias de la Salud.	F.1.1 F.1.2
1.11 Definir una estrategia estatal de Recursos Humanos de aplicación en Atención Primaria que garantice la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y reducción de la temporalidad permitiendo la Sostenibilidad y la Calidad de la atención a largo plazo y alineada con la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 de la OMS.	B.2.4
LÍNEA 2: ENSANCHAR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO GARANTE DE LOS CUIDADOS A LA POBLACIÓN	
2.1 Desarrollo de los mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles	A.4.4 C.1.2
2.2 Publicación de guías para el uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras e implantación en el SNS.	E.2.1
LÍNEA 3: MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y GESTIÓN DE LA DEMANDA	
3.1 Publicación de la actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria	A.4.1
3.2 Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS	A.4.5
3.3 Seguir mejorando los procesos y tareas administrativos en Atención Primaria para lograr una mayor agilidad en su ejecución y optimizar su desarrollo	Estrategia E
3.4 Análisis de procesos de salud susceptibles de ser resueltos en Atención Primaria.	C.1.1
3.5 Adecuación e implementación de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención del conjunto de los profesionales de Atención Primaria, basado en el mapa de competencias, adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.	C.1.2
3.6 Renovación de la infraestructura y equipamiento en consonancia con la Actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria nivel autonómico	A.4.5
LÍNEA 4: MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA	
4.1 Implantación de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS, planes nacionales y comisiones del CISNS que se refieran al ámbito asistencial de Atención Primaria dedicando los recursos necesarios para tal fin con actualización anual	A.3
Estrategia de Abordaje de la Cronicidad: Impulso a la alfabetización sanitaria para mejorar capacitación en salud y autogestión de la enfermedad a través de la red de Escuelas de Salud para la ciudadanía.	D.3.2

Práctica basada en la evidencia: Implementación de las recomendaciones de “no hacer” /adecuación de la práctica clínica” en el ámbito de la Atención Primaria.	A.4.3
Práctica basada en la evidencia: Implementación de las recomendaciones sobre manejo de la persona mayor con polimedición en Atención Primaria publicadas y las recomendaciones de conciliación de la medicación y medicamentos de alto riesgo ² .	A.3.4
Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención: Implementación íntegra de la actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor publicado en 2022.	A.3.3
Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA) del CISNS: Implementación del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia publicado en 2023	A.4.4 C.2.6
Acuerdo 1411 del CISNS para la implementación de Medidas Sanitarias para el desarrollo de las Medidas 4 y 5 del Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género: Implantación progresiva del Instrumento Estandarizado para la mejora de la Detección temprana de la violencia de género desde los servicios sanitarios que integran el SNS	A.4.4
Acuerdo 1411 del CISNS para la implementación de Medidas Sanitarias para el desarrollo de las Medidas 4 y 5 del Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género: Plan de Formación Específica de profesionales de los servicios sanitarios que integran el SNS (ámbito de la formación continuada). 3 cursos: equipos AP, equipos Salud Mental y equipos Atención al embarazo, parto y puerperio	A.4.4 F.2.3 F.4.1
Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil: Promoción y apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria siguiendo las recomendaciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).	A.4.1 A.4.4
Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027: Establecer mecanismos para la identificación de personas que se encuentran en situación de soledad no deseada que acuden al sistema sanitario, con el fin de facilitar su vinculación con la red comunitaria	A.4.4
LÍNEA 5: GOBERNANZA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	
5.1 Consensuar en el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) recomendaciones sobre vinculación entre el crecimiento del gasto sanitario público total y el incremento presupuestario a Atención Primaria	B.1
5.2 Implementación de Mejoras en la Medición de Calidad y Sistemas de Información en AP, Incluyendo Benchmarking con las CCAA	F.5.5
5.3 Potenciar / impulsar la innovación y la orientación estratégica para analizar, evaluar y proponer mejoras en el modelo de Atención Primaria y Comunitaria (APyC) a través de la Oficina Ejecutiva del Marco Estratégico de APyC	A.1.2
5.4 Impulsar la evaluación periódica de las necesidades de salud de la población a nivel zona básica de salud.	A.4.2 F.3.1 F.4.1

5.5 Análisis de las necesidades de las zonas rurales más despobladas (España vaciada).	B.2.4
5.6 Integrar la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones de las políticas sanitarias de Atención Primaria y Comunitaria (APyC).	A.1.4
5.7 Actualizar el contenido y la metodología de los planes de gestión anuales de los centros de salud e impulsar la profesionalización de la gestión en Atención Primaria.	B.4.2
LÍNEA 6: ATENCIÓN INTEGRADA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL	
6.1 Definición de un marco de referencia de coordinación sociosanitaria a nivel de SNS que incluya planes de atención sociosanitarios a nivel autonómico, con una visión holística y abordaje comunitario.	D.1.1
6.2 Ampliar y mejorar los servicios de integración e interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como herramienta fundamental para la continuidad asistencial.	E.1.2
6.3 Impulso a la atención domiciliaria como actividad imprescindible de los equipos de atención primaria.	A.3.6
6.4 Promover acciones para la mejora de la continuidad asistencial y gestión de casos especialmente en pacientes en situación de vulnerabilidad y en zonas de difícil acceso/cobertura.	C.2.1
6.5 Promover acciones para la mejora de la continuidad asistencial y gestión de casos de pacientes con problemas de salud mental	C.2.1
6.6 Establecer sistemas de comunicación bidireccional entre las farmacias comunitarias y los centros de salud / consultorios.	C.2.5
6.7 Optimización de la terapia farmacológica en pacientes polimedcados.	C.2.4
LÍNEA 7: SALUD COMUNITARIA	
7.1 implementar, visibilizar y evaluar las Estrategias de Salud Comunitaria a nivel de CCAA	D.1
7.2 Formar a los/las profesionales de Atención Primaria en los tres niveles de orientación comunitaria	F.4
7.3 Adecuar los servicios de atención comunitaria autonómicos en base a la actualización cartera básica común de Atención Primaria	A.4
7.4. Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital	E.2.1
7.5 Incorporar los condicionantes sociales y del contexto familiar en la Historia de Salud Digital	E.1.4
LÍNEA 8: ACCESIBILIDAD	
8.1. Asegurar la equidad en el acceso a la atención sanitaria en AP mediante la adecuación de las modalidades de atención a las necesidades de la población, así como la reducción de las barreras derivadas de la brecha digital en colectivos en situación de vulnerabilidad y personas de edad avanzada.	E.3
8.2 Acciones para impulsar la atención a personas sin hogar según las recomendaciones desarrolladas por el Ministerio de Sanidad.	A.4.4
LÍNEA 9: I+D+i	
9.1. Actualizar el mapa de situación de I+D en Atención Primaria (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de salud, grupos de investigación reconocidos, personas	F.5.1

investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas, participación en Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, unidades de investigación en gerencias de Atención Primaria...)	
9.2. Disponer de un sistema de identificación de potenciales colaboradores entre diferentes áreas sanitarias y CC.AA., dirigido a potenciar sinergias, fortalecer líneas de investigación con equipos de investigación más numerosos abiertos a la participación de diferentes territorios.	F.5.1
9.3. Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para Atención Primaria que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.	F.5
9.4 Promoción de la investigación cooperativa en Red específica de Atención Primaria: priorización en las convocatorias de redes en la Acción Estratégica en Salud (AES)	F.5
9.5. En el programa de intensificación de actividad investigadora de la AES, continuar promoviendo la participación de investigadores con actividad clínica en Atención Primaria.	F.5
9.6. Seguimiento anual del porcentaje de investigadores de Atención Primaria incorporados dentro de los Institutos de Investigación Sanitaria, como criterio para mantener su acreditación por el ISCIII.	F.5
9.7. Promoción y soporte de la participación de Grupos de Investigación de Atención Primaria en proyectos europeos: difusión y apoyo dirigido.	F.5

Anexo II. Responsables de ejecución y seguimiento de las acciones del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027

	Responsable de la acción	Responsable del seguimiento
1.1. Monitorización de las ofertas de empleo de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria		
Indicador 1: Porcentaje de CCAA con convocatoria de estabilización de empleo resuelta antes del 31/12/2024 para todas las categorías de AP. (art. 2 del RD-Ley 14/2021).	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de CCAA con oferta de empleo anual aprobada, para todas las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 3: Porcentaje de CCAA con oferta de empleo convocada y resuelta, para todas las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria, al menos una convocatoria a diciembre de 2027	CCAA	MINISTERIO
1.2 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 los profesionales.		
Indicador 1: Al menos un acuerdo de la CRHSNS que incluya un compromiso de seguimiento y evaluación anual de las medidas adoptadas antes de 2027.	CONJUNTA	MINISTERIO

Indicador 2: Porcentaje de las CCAA que han implantado las medidas para la mejora de las condiciones laborales.	CCAA	MINISTERIO
1.3 Definir un modelo de recertificación de profesionales que permita la acreditación periódica de su competencia profesional		
Indicador 1: Presentación y aprobación en la CRHSNS de un modelo común de recertificación de profesionales sanitarios a nivel nacional.	CONJUNTA	MINISTERIO
Indicador 2: Número de CCAA que han incluido en su plan de formación anual formación específica sobre el modelo común de recertificación de profesionales sanitarios antes del primer semestre de 2026.	CONJUNTA	MINISTERIO
Indicador 3: Número de profesionales de AP que se recertifican antes del 31 de diciembre de 2027.	CONJUNTA	MINISTERIO
1.4 Propuesta de un modelo común de cálculo de necesidades de RRHH de aplicación en todo el SNS en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud		
Indicador 1: Análisis de los modelos puestos en marcha por las CCAA	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Aprobación de una serie de recomendaciones mínimas para la elaboración e implantación de modelos para el cálculo de necesidades de RRHH en AP en 2026	CONJUNTA	MINISTERIO
Indicador 3: Aprobación del modelo para el cálculo de las necesidades de RRHH en AP en 2026 en cada comunidad autónoma	CCAA	MINISTERIO
Indicador 4: Informe de necesidades de plantilla por categoría profesional y comunidad autónoma en base al modelo publicado, el mapa de competencias y las necesidades de salud en cada CCAA.	CCAA	MINISTERIO
1.5 Establecimiento de medidas para el fomento de la longitudinalidad en Atención Primaria		
Indicador 1: Documento de recomendaciones para el fomento de la longitudinalidad del equipo de profesionales de Atención Primaria publicado en 2025.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han implantado la totalidad de las recomendaciones para el fomento de la longitudinalidad en Atención Primaria identificadas como a corto plazo	CCAA	MINISTERIO
Indicador 3: Porcentaje de CCAA que han incorporado las recomendaciones para el fomento en la longitudinalidad en Atención Primaria en la redacción de su Plan de RRHH, teniendo en cuenta especialmente la actualización del estatuto marco.	CCAA	MINISTERIO
1.6 Incentivar el retorno a Atención Primaria de los profesionales que prestan servicios en otros ámbitos asistenciales y abordar la fuga de talento.		
Indicador 1: Documento de recomendaciones para incentivar el retorno a Atención Primaria de los profesionales que prestan servicios en otros ámbitos asistenciales por categoría profesional publicado en 2025.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han implantado las recomendaciones para la promoción del retorno a Atención Primaria identificadas como a corto plazo adaptadas a su territorio.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 3: Porcentaje de CCAA que han incorporado las recomendaciones para la promoción del retorno a Atención Primaria en la redacción de su Plan de RRHH adaptadas a su territorio.	CCAA	MINISTERIO

Indicador 4: Porcentaje de CCAA que incorporan el porcentaje consensuado de plazas para enfermeras EFyC provenientes de hospitales en sus concursos de traslados antes de 2027.	CCAA	MINISTERIO
1.7 Seguimiento anual de la aplicación de los acuerdos de la CRHCISNS en las CCAA		
Indicador 1: porcentaje de CCAA que han implantado el Acuerdo por el que se determinan los criterios mínimos para identificar de los puestos de difícil cobertura en atención primaria y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y fidelización en dichos puestos aplicables a su territorio.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han implantado las acciones acordadas para su comunidad autónoma, del acuerdo por el que se fijan criterios generales para incentivar la función tutorial de las especialidades que se forman en las unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria en 2026.	CCAA	MINISTERIO
1.8 Fomento de los nombramientos de Enfermeras/os de AP, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFYC) arbitrando las medidas organizativas necesarias		
Indicador 1: Nº de CCAA que realizan los cambios necesarios en las normativas para que los nombramientos de enfermería en AP sean cubiertos de forma preferente por enfermeras y enfermeros especialistas en EFYC.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Nº de CCAA que crean y dotan plazas en la categoría de EFyC.	CCAA	MINISTERIO
1.9 Mejora continua de la calidad de la formación sanitaria especializada de los profesionales que realizarán su actividad en Atención Primaria.		
Indicador 1: Número de CCAA que establecen medidas para asegurar la estabilidad de los centros docentes acreditados y de sus profesionales.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Número de CCAA que establecen medidas para asegurar la calidad de las comisiones de docencia y unidades multiprofesionales de Atención Primaria en los años 2025, 2026 y 2027.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 3: Aprobación del nuevo programa formativo de las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en 2027.	MINISTERIO	MINISTERIO
1.10 Fomento de la Atención Primaria en los grados universitarios de ciencias de la Salud.		
Indicador 1: Elaborar una propuesta al ministerio de Universidades y a los organismos autonómicos correspondientes para reconocer la APS como un área de conocimiento dentro de los programas universitarios de ciencias de la salud en 2026.	CONJUNTA	MINISTERIO
Indicador 2: Elaborar una propuesta al Ministerio de Universidades y Universidades para garantizar la acreditación adecuada del personal docente universitario en APS para facilitar la integración de profesionales sanitarios en puestos académicos dentro de las universidades	CONJUNTA	MINISTERIO
1.11 Definir una estrategia estatal de Recursos Humanos de aplicación en Atención Primaria que garantice la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y reducción de la temporalidad permitiendo la Sostenibilidad y la Calidad de la atención a largo plazo y alineada con la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 de la OMS.		

Indicador 1: Análisis de Buenas Prácticas llevadas a cabo por las CCAA en materia de gestión de RRHH y consenso de aquellas que puedan ser replicadas en todo el territorio nacional.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Estrategia estatal de RRHH publicada antes de primer trimestre de 2026.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 3: Número de CCAA con un Plan de RRHH de Atención Primaria publicado en base a la estrategia nacional y las recomendaciones y medidas acordadas en las acciones anteriores del PAPyC 2025-2027.	CCAA	MINISTERIO
2.1 Desarrollo de los mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles		
Indicador 1: Definición y aprobación del perfil y de las competencias del administrativo en salud en CHRNS.	CONJUNTA	MINISTERIO
Indicador 2: Acuerdo de la CRHSNS sobre la delimitación competencial de los perfiles existentes y los nuevos perfiles de Atención Primaria.	CONJUNTA	MINISTERIO
Indicador 3: Establecimiento de Planes a nivel de CCAA para implantar el mapa de competencias adaptado a nivel ZBS y un modelo de gestión por competencias.	CONJUNTA	MINISTERIO
2.2 Publicación de guías para el uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras e implantación en el SNS.		
Indicador 1: Plan de apoyo a la implantación de las guías de indicación enfermera a nivel CCAA publicado antes de 2026.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Número de CCAA que han implantado de manera efectiva la totalidad de las guías de indicación enfermera publicadas	CCAA	MINISTERIO
Indicador 3: Número de guías aprobadas y publicadas en el BOE en los años 2025, 2026 y 2027	MINISTERIO	MINISTERIO
3.1 Publicación de la actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria		
Indicador 1: Publicación de la actualización de la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2. Porcentaje de implementación en las CCAA a INGESA de la actualización de los procedimientos diagnósticos realizados en Atención Primaria de la cartera común de servicios.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 3: Porcentaje de implementación en las CCAA e INGESA de la actualización de los procedimientos diagnósticos con acceso desde atención primaria de la cartera común de servicios.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 4: Valoración en la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación de las necesidades y propuestas de nuevas actualizaciones de la cartera común de servicios de atención primaria antes de 2026.	MINISTERIO	MINISTERIO
3.2 Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS		
Indicador 1: Incorporación del colectivo que se priorice entre el grupo de mayores de 65 años en la cartera común de servicios del SNS	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de colectivos prioritarios que reciben las prestaciones incluidas en la ampliación de la cartera común de servicios del SNS, según el cronograma establecido en el SNS.	CCAA	MINISTERIO

3.3 Seguir mejorando los procesos y tareas administrativos en Atención Primaria para lograr una mayor agilidad en su ejecución y optimizar su desarrollo		
Indicador 1: Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y los Organismos Públicos Competentes para el impulso de la autodeclaración responsable antes de 2026	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han adecuado e implantado la autodeclaración responsable en 2026.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 3: Incremento del número de procesos optimizados con respecto a la situación a 31 de diciembre de 2024.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 4: Definición del procedimiento para incorporar la IA como herramienta de ayuda a la Transcripción conversacional en consulta en el marco del Plan de despliegue de la IA en el SNS (IASNS) y análisis de su implantación en las CCAA.	CONJUNTA	MINISTERIO
3.4 Análisis de procesos de salud susceptibles de ser resueltos en Atención Primaria.		
Indicador 1: Aprobación de una relación actualizada y priorizada de los procesos de salud que pueden resolverse en AP del SNS antes de 2027.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han incrementado el número de procesos de salud que pueden resolverse en AP al menos en un 25% antes del 31 de diciembre de 2027 con respecto a su situación a 31 de diciembre de 2026.	CCAA	MINISTERIO
3.5 Adecuación e implementación[1] de un modelo de gestión integral de la demanda con intervención del conjunto de los profesionales de Atención Primaria, basado en el mapa de competencias, adaptado a las necesidades demandadas por la ciudadanía.		
Indicador 1: Valoración y selección de buenas prácticas puestas en marcha en las CCAA relacionadas con la gestión integral de la demanda asistencial.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Consenso y propuesta de un modelo de gestión integral de la demanda como recomendación nacional en base al Mapa de Competencias de los profesionales de AP.	CONJUNTA	MINISTERIO
3.6 Renovación de la infraestructura y equipamiento en consonancia con la Actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria nivel autonómico		
Indicador 1: Porcentaje de CCAA con planes autonómicos de renovación de Infraestructura y Equipamiento aprobados	CCAA	MINISTERIO
4.1 Implantación de las recomendaciones recogidas en las Estrategias de Salud del SNS, planes nacionales y comisiones del CISNS que se refieran al ámbito asistencial de Atención Primaria dedicando los recursos necesarios para tal fin con actualización anual		
Indicador 1: Actualización anual de las acciones priorizadas en Estrategias y Planes del SNS.	MINISTERIO	MINISTERIO
Estrategia de Abordaje de la ⁽⁶⁶⁾ Cronicidad:		
Indicador 1: Porcentaje de CCAA que han incorporado acciones para impulsar las Escuelas de Pacientes y Programas de Paciente activo y Cuidador Experto.	CCAA	MINISTERIO
Práctica basada en la ⁽⁶⁶⁾ evidencia		

Indicador 1: Porcentaje de CCAA que implantan las recomendaciones DE “no hacer/adequación de la práctica clínica” en el ámbito de la Atención Primaria.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 1: Número de CCAA que han implementado las recomendaciones relativas a la Atención Primaria sobre manejo de la persona mayor con polimedicación, priorizando las situaciones de uso de 8 o más fármacos, conciliación de la medicación y medicamentos de alto riesgo.	CCAA	MINISTERIO
Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención:		
Indicador 1: Número de CCAA que han implementado la Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor en 2027.	CCAA	MINISTERIO
Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA) del CISNS:		
Indicador 1: Número de CCAA que han implementado el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y Adolescencia en 2027	CCAA	MINISTERIO
ACUERDO 1411 DEL CISNS para la implementación de MEDIDAS SANITARIAS” para el desarrollo de las Medidas 4 y 5 del Catálogo de Medidas Urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la Violencia de Género (5 agosto 2021):		
Indicador 1: Nº de CCAA que han implementado programas de detección temprana de Violencia de Género en Atención Primaria utilizando el Instrumento estandarizado aprobado por el CISNS	CCAA	MINISTERIO
Indicador 1: Nº de profesionales que integran el Grupo Motor de formadoras y formadores del conjunto del SNS (Equipos AP, equipos de Salud Mental y equipos Atención al Embarazo, Parto y Puerperio).	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Nº de CCAA que cuentan con profesionales en el Grupo Motor.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 3: Nº de CCAA que han implantado un programa de formación según el Plan de Formación Específica VG acordado por el CISNS.	CCAA	MINISTERIO
Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil:		
Indicador 1: Número de centros de salud acreditados para la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) por comunidad autónoma	CCAA	MINISTERIO
Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027		
Indicador 1: % de CCAA que trabajan en la identificación de persona que se encuentra en situación de soledad no deseada	CCAA	MINISTERIO
5.1 Consensuar en el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) un criterio mínimo que vincule el crecimiento del gasto total de sanidad al aumento del presupuesto de Atención Primaria:		
Indicador 1: Acuerdo del CISNS antes del 2027	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de CCAA que implementan el acuerdo de recomendaciones del CISNS.	CCAA	MINISTERIO
5.2 Implementación de Mejoras en la Medición de Calidad y Sistemas de Información en AP, Incluyendo Benchmarking con las CCAA		
Indicador 1: Selección de un conjunto de indicadores para monitorizar, a nivel SNS, la APS y darle mayor visibilidad. Se	MINISTERIO	MINISTERIO

priorizarán aquellos indicadores que ya existen en los SSII de AP-SNS actuales, cuya serie está validada.		
Indicador 2: Publicación del resultado de los indicadores seleccionados antes del 2026.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 3: Diseñar un entorno de presentación de los indicadores seleccionados que permita el conocimiento público y los procesos de benchmarking de la APS.	MINISTERIO	MINISTERIO
5.3 Potenciar / impulsar la innovación y la orientación estratégica para analizar, evaluar y proponer mejoras en el modelo de Atención Primaria y Comunitaria (APyC) a través de la Oficina Ejecutiva del Marco Estratégico de APyC		
Indicador 1: Desarrollo del procedimiento para la identificación, selección y evaluación de prácticas innovadoras y/o BBPP en APyC en el SNS antes de 2026 así como de su Plan de Difusión.	CONJUNTA	MINISTERIO
5.4 Impulsar la evaluación periódica de las necesidades de salud de la población a nivel zona básica de salud.		
Indicador 1: Consenso y publicación de las variables clave para elaborar un análisis de la situación de salud a nivel ZBS	CONJUNTA	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han realizado una evaluación de las necesidades de salud de su población a nivel ZBS.	CCAA	MINISTERIO
5.5 Análisis de las necesidades de las zonas rurales más despobladas (España vaciada).		
Indicador 1: Consenso y publicación de criterios específicos comunes para las zonas rurales despobladas	CONJUNTA	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de CCAA que han evaluado las necesidades específicas para las zonas rurales despobladas identificadas para la reorganización de los recursos e inversiones.	CCAA	MINISTERIO
5.6 Integrar la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones de las políticas sanitarias de Atención Primaria y Comunitaria (APyC).		
Indicador 1: Mapa de canales de comunicación existentes realizado antes de 2026	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Número de CCAA que han establecido al menos una consulta a los agentes de participación comunitaria en sus procesos de desarrollo de políticas sanitarias.	CCAA	MINISTERIO
5.7 Actualizar el contenido y la metodología de los planes de gestión anuales de los centros de salud e impulsar la profesionalización de la gestión en Atención Primaria.		
Indicador 1: Marco de evaluación aprobado antes de 2026	CONJUNTA	MINISTERIO
Indicador 2: Porcentaje de planes de gestión anuales evaluados según el marco.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 3: Porcentaje de profesionales de Atención Primaria que han recibido formación en materia de gestión por comunidad autónoma	CCAA	MINISTERIO
6.1 Definición de un marco de referencia de coordinación sociosanitaria a nivel de SNS que incluya planes de atención sociosanitarios a nivel autonómico, con una visión holística y abordaje comunitario.		
Indicador 1: perfiles de personas definidos.	MINISTERIO	MINISTERIO

Indicador 2: mapa de procesos de actuación e intervenciones definidos.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 3: recursos sanitarios y sociales identificados.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 4: marco de referencia publicado antes del 31 de diciembre de 2027.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 5: número de CCAA con una hoja de ruta de implantación del marco publicada.	CCAA	MINISTERIO
6.2. Ampliar y mejorar los servicios de integración e interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas como herramienta fundamental para la continuidad asistencial.		
Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantado un sistema de interoperabilidad de Historia de Salud Digital entre distintos ámbitos asistenciales, al menos entre AP y atención hospitalaria.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Número de CCAA que tienen implantadas herramientas para la visualización de información compartida con la Atención Sociosanitaria	CCAA	MINISTERIO
6.3 Impulso a la atención domiciliaria como actividad imprescindible de los equipos de atención primaria.		
Indicador 1: Publicación de documento de impulso a la atención domiciliaria en Atención Primaria para 2026.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Número de CCAA con protocolo de planificación y coordinación de atención domiciliaria desde Atención Primaria en base al documento estatal publicado.	CCAA	MINISTERIO
6.4 Promover acciones para la mejora de la continuidad asistencial y gestión de casos especialmente en pacientes en situación de vulnerabilidad y en zonas de difícil acceso/cobertura.		
Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantado un sistema para la identificación de pacientes en situación de vulnerabilidad.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Número de CCAA que han definido procedimientos de actuación y sistemas de coordinación al menos con Atención Hospitalaria	CCAA	MINISTERIO
6.5 Promover acciones para la mejora de la continuidad asistencial y gestión de casos de pacientes con problemas de salud mental		
Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantados Programas Colaborativos entre APS y SM.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Número de Programas de estas características según áreas sanitarias de cada comunidad autónoma puestos en marcha	CCAA	MINISTERIO
6.6 Establecer sistemas de comunicación bidireccional entre las farmacias comunitarias y los centros de salud / consultorios.		
Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantado algún tipo de sistema para la comunicación bidireccional entre las farmacias comunitarias y los profesionales de los centros de salud / consultorios	CCAA	MINISTERIO
6.7 Optimización de la terapia farmacológica en pacientes polimedicados.		

Indicador 1: Número de CCAA que tienen implantado algún modelo de optimización de la terapia farmacológica en pacientes polimedcados con participación de los farmacéuticos de Atención Primaria.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Número de CCAA que tienen implantado algún modelo de coordinación farmacoterapéutica centrado en Atención Primaria y que contemple la participación de profesionales prescriptores de los centros de salud, farmacéuticos de Atención Primaria y profesionales de las oficinas de farmacia comunitaria.	CCAA	MINISTERIO
7.1 Implementar, visibilizar y evaluar las Estrategias de Salud Comunitaria a nivel de CCAA		
Indicador 1: % de CCAA que tienen publicada su Estrategia de Salud Comunitaria.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Publicado documento de indicadores comunes de evaluación de estrategias de salud comunitaria consensuados en el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 3: % de CCAA que publican anualmente la evaluación de la implementación de sus Estrategias de Salud Comunitaria, incluyendo los indicadores comunes que se consensuen en el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 4: Se publican en la web de Salud Comunitaria del Ministerio de Sanidad todas las Estrategias de Salud Comunitarias de las CCAA y sus evaluaciones.	MINISTERIO	MINISTERIO
7.2 Formar a los/las profesionales de Atención Primaria en los tres niveles de orientación comunitaria		
Indicador 1: Número de profesionales formados por las CCAA en 2025-2027 desagregado por: año de formación, nivel de orientación comunitaria, perfil profesional, profesionales en formación especializada, tutores/as y formación presencial/online.	CCAA	MINISTERIO
Indicador 2: Número de profesionales formados por el Ministerio de Sanidad en 2025-2027 desagregado por: año de formación, nivel de orientación comunitaria, perfil profesional, profesionales en formación especializada, tutores/as y formación presencial/online.	MINISTERIO	MINISTERIO
7.3 Adecuar los servicios de atención comunitaria autonómicos en base a la actualización de la cartera básica común de Atención Primaria		
Indicador: % de CCAA con el servicio de atención comunitaria recogido en su cartera de servicios autonómica de Atención Primaria.	CCAA	MINISTERIO
7.4. Enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital		
Indicador: % de CCAA que enlazan a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios desde la Historia de Salud Digital.	CCAA	MINISTERIO
7.5 Incorporar los condicionantes sociales y del contexto familiar en la Historia de Salud Digital		
Indicador 1: Publicación de versión actualizada del documento Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: % de CCAA que han incorporado el conjunto mínimo de condicionantes sociales y del contexto familiar a incluir en la Historia de Salud Digital, consensuado en el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria y Plan de Transformación Digital de Atención Primaria.	CCAA	MINISTERIO

8.1 Asegurar la equidad en el acceso a la atención sanitaria en AP mediante la adecuación de las modalidades de atención a las necesidades de la población, así como la reducción de las barreras derivadas de la brecha digital en colectivos en situación de vulnerabilidad y personas de edad avanzada.		
Indicador 1: Evaluación de la implantación de la modalidad de atención no presencial en las CCAA antes de 2026.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Evaluación de medidas implantadas para la reducción de las barreras derivadas de la brecha digital en colectivos en situación de vulnerabilidad y personas de edad avanzada.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 3: Incorporación de criterios comunes para la modalidad de atención no presencial en el modelo de gestión integral de la demanda antes de 2027.	MINISTERIO	MINISTERIO
8.2 Potenciar el uso de herramientas digitales para fortalecer la cobertura asistencial en zonas rurales más despobladas (España vaciada)		
Indicador 1: Documento de recomendaciones para la mejora del acceso al sistema sanitario y mejora del cuidado de la salud de las personas sin hogar.	MINISTERIO	MINISTERIO
Indicador 2: Puesta en marcha de las recomendaciones recogidas en el documento de recomendaciones para la mejora del acceso al sistema sanitario y mejora del cuidado de la salud de las personas sin hogar.	CCAA	MINISTERIO
9.1. Actualizar el mapa de situación de I+D en Atención Primaria (recursos de apoyo metodológico, infraestructuras para I+D en centros de salud, grupos de investigación reconocidos, personas investigadoras con proyectos activos financiados en convocatorias competitivas públicas, participación en Institutos de Investigación Sanitaria acreditados, unidades de investigación en gerencias de Atención Primaria...)		
Indicador : Actualización anual de la información disponible en el mapa. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.	ISCIII	ISCIII
9.2. Disponer de un sistema de identificación de potenciales colaboradores entre diferentes áreas sanitarias y CC.AA., dirigido a potenciar sinergias, fortalecer líneas de investigación con equipos de investigación más numerosos abiertos a la participación de diferentes territorios.		
Indicador 1: Número de consultas realizadas anualmente como resultado de esta utilidad en los años 2026 y 2027.	ISCIII	ISCIII
Indicador 2: Número de estancias formativas ofertadas en el sistema que han sido realizadas por una persona perteneciente a una institución distinta a la que la ofrece. Evolución anual en los años 2026 y 2027. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.	ISCIII	ISCIII
9.3. Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para Atención Primaria que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.		
Indicador 1: Número de convocatorias específicas de investigación, dirigidas a investigadoras/es y grupos emergentes en el ámbito de AP, resueltas en los años 2025, 2026 y 2027 (desglosando entre competitivas y no competitivas) en cada CA. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.	CCAA	ISCIII

Indicador 2: Seguimiento anual en los años 2025, 2026 y 2027 de evolución en cada CA: número de propuestas financiadas/ número de propuestas presentadas en cada convocatoria lideradas por personas investigadoras de AP. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.	CCAA	ISCIII
9.4 Promoción de la investigación cooperativa en Red específica de Atención Primaria: priorización en las convocatorias de redes en la Acción Estratégica en Salud (AES)		
Indicador 1: Incremento en el número de grupos liderados por una persona con actividad clínica en AP financiados en convocatorias de redes cooperativas de la AES con respecto a 2024. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.	ISCIII	ISCIII
Indicador 2: Incremento en grupos de investigación con profesionales de AP en el equipo por comunidad autónoma, por sexo y por tipo de profesional con respecto a 2024.	CCAA	ISCIII
9.5. En el programa de intensificación de actividad investigadora de la AES, continuar promoviendo la participación de investigadores con actividad clínica en Atención Primaria.		
Indicador: Tasa de éxito anual en los años 2025, 2026 y 2027, en la convocatoria AES de intensificación (Nº de profesionales de AP con financiación concedida/Nº profesionales que solicitan financiación en la convocatoria). Tiempo de dedicación asistencial liberado. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.	ISCIII	ISCIII
9.6. Seguimiento anual del porcentaje de investigadores de Atención Primaria incorporados dentro de los Institutos de Investigación Sanitaria, como criterio para mantener su acreditación por el ISCIII.		
Indicador: Porcentaje de personas investigadoras en cada IIS acreditado que son profesionales de AP desglosado por comunidad autónoma y por tipo de profesional. Incremento en cada IIS acreditado igual o superior al 15% respecto a la situación de enero 2024, en el periodo 2025-2027 con evaluación anual en diciembre de 2025, 2026 y 2027. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.	CCAA	ISCIII
9.7. Promoción y soporte de la participación de Grupos de Investigación de Atención Primaria en proyectos europeos: difusión y apoyo dirigido.		
Indicador: Porcentaje de proyectos europeos concedidos que cuentan con profesionales de AP en sus equipos de investigación. Toda la información referida a personas está desglosada por sexo.	ISCIII	ISCIII