



Financiado por
la Unión Europea



AARC

NTT DATA



Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española
FASE 4 – Informe sobre Recomendaciones para adaptar la Atención Primaria a las
necesidades actuales de la población española

RFS REFORM/SC2021/058

AARC - Consortium

Abril de 2023

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



Financiado por
la Unión Europea



AARC

NTT DATA



Abreviaturas

AB	Advisory Board
AEC	Asociación Enfermería Comunitaria
AEEP	Asociación Española de Enfermería Pediátrica
AEF-APySC	Asociación Española Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria
AEPAP	Asociación Española Pediatría de Atención Primaria
AEPCP	Asociación Española Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)
AGP	Alianza General de Pacientes
AP	Atención Primaria
APyC	Atención Primaria y Comunitaria
BOE	Boletín Oficial del Estado
CC.AA.	Comunidades autónomas
EAP	Equipo de Atención Primaria
EAPN	European Anti Poverty Network
FAECAP	Federación de Asociaciones Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
FAME	Federación de Asociaciones Matronas de España
FEP	Foro Español de Pacientes
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
MIR	Médicos Internos Residentes
NA	No aplica
OMS	Organización Mundial de la Salud
OWG	Organizational Working Group, Comité Operativo
POP	Plataforma Organizaciones Pacientes (POP)
PREMs	Patient Reported Experience Measures, Experiencia reportada por los pacientes
PROMs	Patient Reported Outcomes Measures, Resultados en salud reportados por los pacientes
RSWG	Regional Stakeholders Working Groups, Grupos Técnicos Regionales
SC	Steering Committee, Comité Directivo
SCETSS	Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario
SEDAP	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
SEMergen	Sociedad Española Médicos Atención Primaria
SEMFC	Sociedad Española Medicina Familia y Comunitaria
SEMG	Sociedad Española Médicos Generales y de Familia
SEPEAP	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones



Grupos de trabajo participantes

En este Informe han participado diferentes grupos de trabajo, tanto a nivel de redacción y revisión, como a nivel de aprobación y validación de las Recomendaciones. Los miembros y función de cada grupo de trabajo que ha participado en el informe están explicados a continuación. Agradecemos su interés y contribución en esta iniciativa.

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

Tabla 1. Miembros del Comité Operativo (OWG)

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

- **Expertos de Área:** encargados de hacer la primera propuesta de las Recomendaciones en base a: (1) el análisis de situación actual de la Atención Primaria (AP) en España elaborado en la fase de Análisis de Situación y (2) los Estudios de Caso sobre reformas en AP a nivel internacional. Además, han participado en la sesión de trabajo de presentación de las Recomendaciones con los RSWG.

Tabla 2. Expertos de Área

Nombre y apellidos	Cargo	Área
Amando Martín Zurro	Director del programa de Formación Médica Continuada en Atención Primaria	Planificación
Pilar Astier	Médico de familia de la semFYC. Coordinadora del Grupo de Trabajo en Seguridad del Paciente de la semFYC	Planificación
Siro Lleras Muñoz	Asesor independiente en proyectos de planificación estratégica de centros sanitarios y hospitales	Gestión y Organización
Esteban de Manuel Keenoy	Ex-Director del Instituto de Investigación en Servicios de Salud Kronikgunne	Recursos Humanos
José María Abellán Perpiñán	Catedrático de la Universidad de Murcia en el Departamento de Economía Aplicada	Financiación
Juan Oliva	Catedrático Departamento de Análisis Económico de la Universidad de Castilla-La Mancha	Financiación



- **Grupos Técnicos Regionales (RSWG):** encargados de proporcionar su opinión, conocimiento y valoraciones a las Recomendaciones, así como de validar y proponer aspectos a incluir y/o modificar tanto en el título como en la descripción de las mismas. Establecer consenso sobre las Recomendaciones.

Tabla 3. Miembros de los RSWG

CC.AA.	Nombre y apellidos	Cargo
Andalucía	Sebastián Tornero Patricio	Jefe de Servicio de Planificación Operativa (Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud)
Aragón	Javier Marzo Arana	Responsable de Atención Primaria
Asturias (Principado de)	Óscar Suárez Álvarez	Coordinación Asistencial y Cuidados. Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias
Islas Baleares	Patricia Lorente Montalvo	Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnica en la Oficina de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente del Servicio de Salud de las Islas Baleares.
Canarias		
Cantabria	Teresa Ugarte Miota	Directora Gerente de AP del Servicio Cántabro de Salud
Castilla y León	María Ángeles Guzmán Fernández	Jefa de Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial de la Gerencia Regional
Castilla-La Mancha	María Ángeles Martín Octavio	Directora General de Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
Cataluña		
Comunidad Valenciana	Enrique Soler Bahilo	Subdirector General de la Actividad Asistencia Integrada
Extremadura	Asunción Campos Cangas	Subdirectora de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud
Galicia	Francisco Jesús Represas Carrera	Jefe del Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria.
Madrid (Comunidad de)	Cristina Jiménez Domínguez	Técnico de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria
Murcia (Región de)		
Navarra (Comunidad Foral de)		
País Vasco	Susana Martín Benavides	Subdirectora para la Coordinación de la Atención Primaria
La Rioja	Noemi Marauri Corcuera	Directora de Enfermería de la Gerencia de AP
INGESA (Ceuta y Melilla)		

Esta tabla incluye los nombres y cargos de aquellos miembros que han autorizado la publicación de sus datos



- **Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes:** encargados de proporcionar su opinión, conocimiento y valoraciones a las Recomendaciones, así como proponer aspectos a incluir y/o modificar tanto en el título como en la descripción de las mismas.

Tabla 4. Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

	Institución	Nombre y Apellidos
Asociaciones de Pacientes	Plataforma Organizaciones Pacientes (POP)	Carina Escobar Manero
	Foro Español de Pacientes	
	Alianza General de Pacientes	
Sociedades Profesionales	Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)	
	Asociación Española de Enfermería Pediátrica (AEEP)	Isabel María Morales Gil
	Federación de Asociaciones Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)	Sagrario Celada Pérez
	Sociedad Española Médicos Generales y de Familia (SEMG)	Francisco José Sáez Martínez
	Sociedad Española Médicos Atención Primaria (SEMERGEN)	
	Sociedad Española Medicina Familia y Comunitaria (SEMFyC)	Asensio López Santiago
	Asociación Española Pediatría de Atención Primaria (AEPAP)	Pedro Gorrotxategui Gorrotxategui
	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)	Francisco Javier Pellegrini Belinchon M Carmen Sánchez Jiménez
	Asociación Española Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC)	María Montserrat Inglés Novell Fernando Ramos Gómez
	Asociación Española Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)	Carmen Carrió Rodríguez
	Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario (SCETSS)	
	Federación de Asociaciones Matronas de España (FAME)	Daniel Morillas Guijarro
	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria	

Esta tabla incluye los nombres de aquellos miembros que han autorizado la publicación de sus datos



Índice

1. Introducción y objetivos.....	1
2. Metodología.....	2
2.1. Formulación de las Recomendaciones preliminares.....	2
2.2. Cuestionarios de consenso de las Recomendaciones a RSWG y Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	6
2.3. Sesión de trabajo con los RSWG.....	8
2.4. Validación por los órganos directivos del Ministerio de Sanidad con competencias en el ámbito de Atención Primaria.....	8
3. Resumen Recomendaciones.....	9
4. Recomendaciones.....	11
Transversal a las 5 áreas.....	11
Planificación.....	13
Gestión y Organización.....	17
Recursos Humanos.....	23
Financiación.....	28
Infraestructura y Equipamiento.....	29



Índice de Tablas

Tabla 1. Miembros del Comité Operativo (OWG).....	2
Tabla 2. Expertos de Área.....	2
Tabla 3. Miembros de los RSWG.....	3
Tabla 4. Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes	4
Tabla 5. Número de propuestas de Recomendaciones de los Expertos de Área y Recomendaciones preliminares.....	6
Tabla 6. Respuestas recibidas a los cuestionarios por parte de los RSWG	7
Tabla 7. Respuestas recibidas a los cuestionarios por parte de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	7

Índice de Figuras

Figura 1. Resumen metodológico de la Fase 4.....	2
--	---



1. Introducción y objetivos

Este informe constituye el informe final de la **Fase 4: Recomendaciones para adaptar la Atención Primaria (AP) a las necesidades actuales de la población española** del proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española”, financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico y ejecutado por NTT DATA, en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG Reform).

El objetivo de esta fase es formular Recomendaciones sobre aspectos clave identificados en los entregables de “*Análisis de la Situación Actual de la AP en España*” y de “*Estudios de Caso en reformas de AP*” para establecer nuevos criterios y requisitos y mejorar la gestión de la AP en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

2. Metodología

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

- 1) formulación de las Recomendaciones preliminares;
- 2) encuestas *online* de consenso a RSWG y a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes;
- 3) sesión de trabajo con los RSWG;
- 4) validación por los órganos directivos del Ministerio de Sanidad con competencias en el ámbito de Atención Primaria.

Las Recomendaciones se han elaborado siguiendo las 5 áreas del proyecto: Planificación; Gestión y Organización; Recursos Humanos; Financiación; Infraestructura y Equipamiento.

La Figura 1 muestra las etapas de la metodología, un breve descriptivo del contenido de cada etapa y las áreas de análisis del proyecto.

Figura 1. Resumen metodológico de la Fase 4



2.1. Formulación de las Recomendaciones preliminares

La metodología seguida para la formulación de las Recomendaciones preliminares se ha dividido en seis etapas:

- 1) definición de las características que deben cumplir las Recomendaciones;
- 2) cumplimentación de un documento de trabajo *Excel* con la primera propuesta de Recomendaciones por parte de los Expertos de Área;
- 3) realización de una sesión de trabajo con los Expertos de Área para debatir las Recomendaciones en las que ha habido disenso;
- 4) revisión de un documento de trabajo *Word* "en línea" con el listado de todas las Recomendaciones propuestas por parte de los Expertos de Área;
- 5) reformulación de las Recomendaciones preliminares por el equipo de trabajo del proyecto;



6) presentación de las Recomendaciones preliminares a los RSWG.

2.1.1. Definición de las características de las Recomendaciones

Las características definidas que debían cumplir las Recomendaciones a elaborar fueron las siguientes:

- Recomendaciones para el conjunto del SNS, a nivel nacional y transversales a todo el territorio, buscando mejorar el rendimiento del SNS en su conjunto.
- Sustentadas con fuentes de información sólidas y fundamentadas en los informes de las fases previas:
 - Análisis de la situación actual de la AP en España, centrándose en las áreas de mejora detectadas y dando solución a los principales problemas identificados.
 - Estudios de Caso sobre reformas en AP a nivel internacional basándose en el análisis y la información deducida a partir de los Talleres *online* que se llevaron a cabo con los RSWG (Taller *online* I, 11 y 12 de mayo de 2023) y con las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes (Taller *online* II, 29 de junio y 7 de julio de 2023).
- Exhaustivas, aplicables y lo suficientemente detalladas como para establecer acciones concretas para adaptar la AP en el SNS.
- Enfocadas en las áreas del proyecto [(1) Planificación, (2) Organización y Gestión, (3) Recursos Humanos, (4) Financiación, (5) Infraestructura y Equipamiento].

2.1.2. Cumplimentación de un documento de trabajo *Excel* con la primera propuesta de Recomendaciones por parte de los Expertos de Área

Se solicitó a los Expertos de Área que cumplimentaran un documento *Excel* de trabajo. El objetivo de este documento fue identificar áreas de mejora y lecciones aprendidas de las fases previas, en base a las cuales los Expertos de Área pudieran realizar la primera propuesta de Recomendaciones. Este documento *Excel* de trabajo contó con una primera pestaña en la que se detallaban las instrucciones para su cumplimentación y cinco pestañas posteriores, una para cada área del proyecto (Planificación, Gestión y Organización, Recursos Humanos, Financiación e Infraestructura y Equipamiento). Se facilitó a los Expertos de Área vía correo electrónico.

El equipo del proyecto propuso áreas temáticas a analizar, extraídas del informe de análisis de la situación actual de la AP en España. No obstante, se dejó espacio para que los Expertos de Área propusiesen áreas temáticas adicionales bajo su propio criterio.

Las áreas temáticas propuestas para cada área del proyecto fueron las siguientes:

- Planificación:
 - Ordenación sanitaria / Estructura territorial



- Criterios en la delimitación de las Áreas de Salud
- Criterios en la delimitación de las Zonas Básicas de Salud
- Criterios en la delimitación de las Zonas Básicas de Salud que cubren las zonas de difícil cobertura
- Modificaciones en la legislación y regulación regional
- Criterios aplicados y no recogidos en la legislación y regulación vigente
- Gestión y Organización:
 - Modelos de Gestión - Forma Jurídica (gestión pública, privada o mixta)
 - Modelos Organizativos de Gestión (gestión independiente, gestión compartida con Atención Hospitalaria, gestión mixta)
 - Gestión específica para zonas de difícil cobertura
 - Modelos de gestión y coordinación entre niveles de atención sanitaria y proveedores de servicios sociales
- Recursos Humanos:
 - Planes de contratación, captación y retención de personal de AP
 - Políticas y planes para zonas de difícil cobertura
 - Instrumentos para la contratación de personal sanitario y no sanitario
 - Composición de los Equipos de Atención Primaria
 - Criterios para determinar las necesidades de los profesionales
- Financiación:
 - Criterios empleados para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria dentro del presupuesto total sanitario de cada CC.AA.
 - Objetivos presupuestarios futuros de Atención Primaria
- Infraestructura y Equipamiento:
 - Regulación actual
 - Infraestructura de los centros y consultorios locales de Atención Primaria (estado actual y coherencia con la Cartera de Servicios)
 - Equipamiento sanitario y no sanitario de los centros y consultorios locales de Atención Primaria (estado actual y coherencia con la Cartera de Servicios)
 - Sistemas de información: Historia clínica electrónica en Atención Primaria e integración de la información del paciente
 - Sistemas de información: portal para el paciente
 - Previsión de necesidad de recursos en términos de infraestructura y equipamiento para los próximos años en AP

Para cada área temática propuesta se solicitó a los Expertos de Área que detallasen:

- Áreas de mejora identificadas en el informe de Análisis de la situación actual de la AP en España.
- Lecciones extraídas de las conclusiones de los Estudios de Caso de reformas en AP que pudieran dar solución a las áreas de mejora identificadas.
- Lecciones aprendidas extraídas de la propia experiencia de los Expertos de Área.



- Recomendaciones sobre criterios, modelos de gobernanza y requerimientos que promuevan la equidad en el acceso a servicios de alta calidad en Atención Primaria, en base al análisis previo realizado.

Se indicó a los Expertos de Área que cumplimentasen el documento *Excel* de trabajo para su área de *expertise*, si bien podían añadir comentarios adicionales en otras áreas si así lo consideraba.

2.1.3. Sesión de trabajo del Comité Operativo con los Expertos de Área

Los objetivos de esta sesión de trabajo fueron los siguientes:

- 1) Debatir las Recomendaciones iniciales propuestas por los Expertos de Área en el documento *Excel* de trabajo.
- 2) Establecer consenso entre los Expertos de Área sobre las Recomendaciones.

Se debatieron las Recomendaciones para cada área, estructurando el debate en 3 apartados:

- 1) El Experto del Área abordada presentó las Recomendaciones propuestas, justificando las mismas.
- 2) Tras la exposición, se abrieron rondas rápidas para que el resto de Expertos de Área mostraran conformidad/disconformidad con las Recomendaciones propuestas.
- 3) Se debatieron únicamente aquellas Recomendaciones en las que no existía consenso de todos los Expertos de Área. La validación de las Recomendaciones requirió el 50% de votos a favor:
 - aquellas Recomendaciones que obtuvieron menos del 50% de los votos de conformidad de los Expertos de Área fueron descartadas;
 - aquellas que obtuvieron 50% de los votos de conformidad o más fueron validadas.

2.1.4. Revisión del documento de trabajo Word “en línea” por parte de los Expertos de Área

Tras la sesión de trabajo, y teniendo en cuenta las aportaciones de los Expertos de Área, se elaboró un documento *Word* que recogía todas las propuestas de Recomendaciones validadas por parte de los Expertos de Área.

Este documento se habilitó “en línea” mediante la herramienta *OneDrive* para que todos los Expertos de Área pudieran acceder al mismo, realizar comentarios y ver las aportaciones del resto de Expertos de Área, pudiendo así complementar y matizar las Recomendaciones. Contaron con una semana para incluir sus aportaciones en el documento “en línea”.

2.1.5. Reformulación de las Recomendaciones preliminares por el equipo de trabajo del proyecto

Una vez recogidas las aportaciones de los Expertos de Área el equipo del proyecto redactó el documento de Recomendaciones preliminares. Las propuestas de Recomendaciones se vieron modificadas por los siguientes motivos:



- Algunas Recomendaciones se unificaron, dado que abordaban aspectos similares.
- Se descartaron Recomendaciones que no cumplían con los criterios definidos, así como aquellas que no estaban enmarcadas en el alcance del proyecto.
- Se incluyeron Recomendaciones adicionales sobre aspectos relevantes.

El equipo del proyecto recopiló 68 propuestas de Recomendaciones por parte de los Expertos de Área, y tras las modificaciones en base a los motivos expuestos, la lista definitiva fue de 19 Recomendaciones. En la Tabla 5 se muestra el número de propuestas de Recomendaciones de los Expertos de Área y las Recomendaciones preliminares desglosado por áreas del proyecto. Para cada Recomendación el equipo del proyecto elaboró su descripción.

2.1.6. Presentación de las Recomendaciones preliminares a los RSWG

Se mantuvo una sesión de trabajo para presentar el listado definitivo de Recomendaciones preliminares, así como su descripción, a los miembros de los RSWG. Los objetivos de esta sesión fueron los siguientes:

- 1) exponer las Recomendaciones preliminares trabajadas por el equipo del proyecto y los Expertos de Área
- 2) resolver las cuestiones que puedan surgir respecto a las mismas

Tabla 5. Número de propuestas de Recomendaciones de los Expertos de Área y Recomendaciones preliminares

Área de Análisis	Nº de propuestas de Recomendaciones de los Expertos de Área	Recomendaciones preliminares
0. Transversales	0	1
1. Planificación	18	3
2. Gestión y Organización	18	4
3. Recursos Humanos	19	5
4. Financiación	8	1
5. Infraestructura y Equipamiento	5	5
Total	68	19

2.2. Cuestionarios de consenso de las Recomendaciones a RSWG y Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

2.2.1. Envío de los cuestionarios de consenso a los RSWG

Siguiendo la metodología Delphi, se enviaron **dos cuestionarios consecutivos** a los RSWG. Los cuestionarios se elaboraron en formato *online* mediante la herramienta *Microsoft Forms*. En el primer cuestionario, se pidió a los RSWG que



contestaran, en una escala de Likert del 1 al 4, su grado de acuerdo o de desacuerdo con cada una de las Recomendaciones, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo. Además, se pidió que, si así lo consideraban, aportaran matices en el redactado de las Recomendaciones y que priorizaran las Recomendaciones.

Las Recomendaciones se reformularon teniendo en cuenta las respuestas obtenidas y se ordenaron en función de la priorización establecida.

Se envió el segundo cuestionario a los RSWG con las Recomendaciones reformuladas en el que se pidió de nuevo que indicaran el grado de acuerdo o de desacuerdo, así como matices que consideraran.

- Se consideró consenso en el acuerdo un 75% o más de respuestas “totalmente de acuerdo” con la Recomendación.
- Se consideró consenso en el desacuerdo un 75% o más de respuestas “totalmente en desacuerdo” con la Recomendación.
- Se consideró disenso (sin consenso en el acuerdo ni en el desacuerdo) el resto de Recomendaciones.

A continuación, se muestran las respuestas recibidas por parte de los RSWG.

Tabla 6. Respuestas recibidas a los cuestionarios por parte de los RSWG

Grupo de trabajo	Número de miembros	Número de respuestas recibidas al primer cuestionario de consenso	Número de respuestas recibidas al segundo cuestionario de consenso
RSWG	19	11	13

2.2.1. Envío de los cuestionarios de consenso a las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Se enviaron a continuación dos cuestionarios consecutivos a las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes siguiendo la misma metodología.

A continuación, se muestran las respuestas recibidas por parte de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.

Tabla 7. Respuestas recibidas a los cuestionarios por parte de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Grupo de trabajo	Número de miembros	Número de respuestas recibidas al primer cuestionario de consenso	Número de respuestas recibidas al segundo cuestionario de consenso
Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes	16	14	13



2.3. Sesión de trabajo con los RSWG

Se mantuvo una sesión de trabajo con los RSWG, en la que participaron también los Expertos de Área. Los objetivos de la sesión fueron los siguientes:

- Debater la Recomendación en las que se había obtenido disenso en los cuestionarios enviados a RSWG (Se obtuvo consenso en el acuerdo en 18 de las 19 Recomendaciones; sólo hubo disenso en una Recomendación).
- Debater las matizaciones de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes a las Recomendaciones y valorar incluirlas en la formulación de las mismas.

La dinámica de la sesión fue la siguiente:

- En primer lugar, se debatió la Recomendación que no había obtenido el grado de consenso suficiente ni en el acuerdo ni en el desacuerdo; se reformuló en base a los comentarios recibidos en la sesión y se realizó votación para aceptar la nueva redacción.
- Posteriormente, se debatieron los comentarios y valoraciones de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes en cada una de las Recomendaciones, se reformularon en base a los comentarios recibidos en la sesión y se realizó votación para aceptar nuevo redactado.

2.4. Validación por los órganos directivos del Ministerio de Sanidad con competencias en el ámbito de Atención Primaria

Las Recomendaciones fueron enviadas a los órganos directivos del Ministerio de Sanidad con competencias en el ámbito de Atención Primaria para su valoración, con el objetivo de que todos los proyectos actualmente en desarrollo en el Ministerio de Sanidad relativos al ámbito de Atención Primaria y Comunitaria estén alineados. Los órganos directivos a los que se enviaron las Recomendaciones son los siguientes:

- Dirección General de Salud Pública;
- Dirección General de Ordenación Profesional;
- Subdirección General de Cartera de Servicios del S.N.S. y Fondos de Compensación;
- Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS;
- Subdirección General de Información Sanitaria;
- Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención.

Todas las Recomendaciones fueron mantenidas y la redacción de alguna de ellas fue revisada.



3. Resumen Recomendaciones

El listado definitivo de Recomendaciones consensuadas se recoge a continuación:

Transversal a las 5 áreas

Recomendación 1

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

Área de Planificación

Recomendación 2

Potenciar la planificación territorial con la evidencia de los datos

Recomendación 3

Sistematizar el proceso de actualización de la ordenación sanitaria adaptándola a la variabilidad territorial y poblacional, así como a los cambios que se deriven de circunstancias excepcionales (tales como emergencias sanitarias)

Recomendación 4

Definir los criterios para designar las zonas/puestos de difícil cobertura

Área de Gestión y Organización

Recomendación 5

Definir un modelo de co-gobernanza sanitaria y social a nivel de SNS que incluya planes de atención sociosanitarios a nivel autonómico, con una visión holística y abordaje comunitario

Recomendación 6

Potenciar la colaboración entre los Equipos de Atención Primaria y Comunitaria, servicios sociales y agentes locales para poner en marcha programas de salud comunitaria

Recomendación 7

Integrar la participación comunitaria en los órganos decisorios de políticas sanitarias

Recomendación 8

Revisar y, si necesario, actualizar el contenido y la metodología de los planes de gestión anuales, que desarrollen las competencias de gestión clínica de los profesionales y la autonomía en la gestión de los recursos

Área de Recursos Humanos

Recomendación 9

Desarrollar estrategias de planificación y ordenación profesional que respondan a las necesidades y demandas de cada zona Básica de Salud

Recomendación 10

Establecer una estrategia a nivel autonómico y nacional de Recursos Humanos para garantizar la prestación de servicios en las zonas/puestos de difícil cobertura

Recomendación 11

Identificar las competencias y roles entre los distintos profesionales y categorías de la Atención Primaria

Recomendación 12

Crear (o reforzar) los planes de captación y retención de personal de Atención Primaria

Recomendación 13

Reformular el desarrollo y la carrera profesional para adaptarlo a las necesidades actuales



Área de Financiación

Recomendación 14

Reforzar el peso relativo del gasto público en Atención Primaria sobre el gasto sanitario público.

Área de Infraestructura y Equipamiento

Recomendación 15

Compartir información entre los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitalaria) y entre las diferentes CC.AA. para garantizar la portabilidad de la información clínica de las personas para la atención sanitaria fuera de su territorio

Recomendación 16

Diseñar, adaptar y poner en marcha plataformas tecnológicas suministradas y administradas por los recursos de Atención Primaria y comunitaria, para la atención sociosanitaria a pacientes crónicos y personas en situación de dependencia

Recomendación 17

Potenciar la transformación digital en el medio rural para fortalecer la cobertura asistencial de zonas/puestos de difícil cobertura

Recomendación 18

Evaluar y revisar, en su caso, las nuevas fórmulas y modalidades de atención no presencial

Recomendación 19

Priorizar la revisión y adecuación de la infraestructura disponible (centros de salud, consultorios)



4. Recomendaciones

Transversal a las 5 áreas

Recomendación 1: 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

Orientación y promoción de la innovación estratégica en Atención Primaria y Comunitaria, partiendo desde una revisión y actualización del modelo actual con el fin de reflexionar sobre un modelo de mejora continua de la Atención Primaria y Comunitaria y su integración y coordinación con otros ámbitos de atención sanitaria (Atención Hospitalaria) y proveedores de servicios sociales, garantizando la calidad de los servicios prestados y la sostenibilidad en el uso de los recursos. Se llevará a cabo a través de la Oficina Ejecutiva del Marco Estratégico de APyC, siendo clave la participación de las CC.AA. para la priorización de las diferentes estrategias innovadoras. Además de representantes del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial, deben participar representantes de todas las comunidades autónomas con competencias en APyC, representantes de entidades locales, expertos nacionales, representantes de Sociedades Profesionales con competencias en APyC y representantes de Asociaciones de Pacientes de ámbito nacional que ya participan en el proyecto. Es preciso establecer un calendario de trabajo operativo que permitiera incorporar avances a corto plazo.

Se basaría en un sistema de innovación permanente, que debería tener como ejes de trabajo, por ejemplo, los siguientes:

- La atención multidisciplinar e integral, centrada en la persona atendiendo a sus necesidades sanitarias y psicosociales, y facilitando su empoderamiento.
- La flexibilidad organizativa.
- La implementación de herramientas que faciliten la comunicación entre profesionales, como las contenidas en la Estrategia de Salud Digital¹ y en el seguimiento del Plan de Digitalización de AP.
- La mejora de los resultados en salud (mortalidad, morbilidad, entre otros indicadores) en función de las evidencias aportadas por la práctica clínica, así como la mejora de los resultados en salud y la experiencia reportadas por los pacientes (PROMs y PREMs)
- La innovación tecnológica debe ser una ayuda a la asistencia sanitaria nunca un sustituto de la atención presencial cuando sea preciso.
- La mejora de las habilidades digitales de los profesionales y los pacientes para agilizar la transformación digital del sistema.
- La eficiencia operativa desde una perspectiva de la atención basada en el uso de datos.

¹ [Estrategia de Salud Digital, Sistema Nacional de Salud](#). Ministerio de Sanidad. Diciembre de 2021



- Facilitar la interoperabilidad de la información clínica entre los distintos niveles asistenciales y territorios
- La eficiencia en la atención, a través del desarrollo de las competencias de cada profesional del equipo y la promoción / fomento de la formación continuada.
- La dinamización de la Salud Comunitaria
- La coordinación con Salud Pública.
- El seguimiento y la evaluación continua de los resultados alcanzados.
- Redefinir intervenciones y acciones de acuerdo con los resultados de la evaluación



Planificación

Recomendación 2: Potenciar la planificación territorial con la evidencia de los datos

Potenciar, ayudándose de la ejecución de la Estrategia de Salud Digital² y del seguimiento del Plan de Digitalización de AP, la definición y el uso de modelos de planificación y de toma de decisiones basados en la evidencia de los datos disponibles utilizando/creando sistemas integrados de información y herramientas de analítica avanzada orientada a realizar una planificación territorial ajustada a la demanda y a la oferta de los servicios. Es necesario disponer sistemáticamente de datos compartidos para su análisis y posterior interpretación. Los modelos deben hacer posible su interoperabilidad semántica, asegurando la calidad de los datos y facilitando su explotación a través de técnicas avanzadas de consulta y sistemas de ayuda a la decisión clínica. Además, es importante disponer de un sistema de información normalizado comparable entre las diferentes comunidades autónomas.

Estos modelos han de tener en cuenta la identificación de: a) las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta los determinantes sociales, que faciliten la clasificación y estratificación de la misma en función de su morbilidad y nivel de riesgo, b) las necesidades de los profesionales y, c) los recursos sanitarios, sociales y de salud comunitaria.

A tal efecto se identifican algunas de las fuentes de información a tener en cuenta tanto para el análisis de las necesidades de salud como para el análisis de los recursos disponibles:

Información necesaria para el análisis de las necesidades de salud de la población:

- La información clínica disponible (prevalencia e incidencia de problemas de salud, comorbilidades, principales causas de muerte, pluripatologías, tratamientos, resultados en salud, etc.).
- Información demográfica anonimizada (edad, género, etc.).
- Datos socio-económicos y comportamentales anonimizados (determinantes de la salud relacionados con los estilos de vida y la atención sanitaria recibida).
- Percepción de la población
- Percepción de los profesionales
- Contexto urbanístico.
- Condiciones culturales, geográficas y medioambientales.

Información necesaria para el análisis de los recursos disponibles:

- Características de los centros sanitarios (hospitales, centros de salud y consultorios locales, centros sociosanitarios, etc.).
- Recursos Humanos
- Actividad asistencial relacionada (visitas, ingresos, etc.).
- Tipo de uso por perfiles poblacionales.

² [Estrategia de Salud Digital, Sistema Nacional de Salud](#). Ministerio de Sanidad. Diciembre de 2021



- Consumo de recursos que generan los propios profesionales.
- Demanda asistencial por tipo de servicio y variaciones estacionales en la misma.
- Características de accesibilidad (dotación de vías, transporte sanitario disponible a demanda, con especial atención a la accesibilidad a los domicilios de pacientes inmovilizados...)

La tecnología actual permite analizar simultáneamente la información y variables intervinientes en la decisión de crear o redistribuir recursos asistenciales en un territorio. Además, se están desarrollando modelos predictivos que faciliten la preparación y previsión de situaciones no planificadas, así como la organización y planificación sanitaria en el territorio. Las comunidades autónomas pueden definir modelos de este tipo con la tecnología disponible con el fin de realizar una planificación estratégica a medio y largo plazo basada en la evidencia de los recursos asistenciales disponibles, teniendo en cuenta cómo es el modelo de atención de los diferentes contextos (rural y urbano).



Recomendación 3: Sistematizar el proceso de actualización de la ordenación sanitaria adaptándola a la variabilidad territorial y poblacional, así como a los cambios que se deriven de circunstancias excepcionales (tales como emergencias sanitarias)

Revisar y actualizar periódicamente (en caso necesario) el mapa sanitario que permita adaptar la atención a la variabilidad de las necesidades territoriales y poblacionales con el objeto de contribuir a un abordaje centrado en la persona, desde una perspectiva holística, basada en la atención integral y coordinada y evitando la fragmentación de la asistencia

A continuación se listan algunos de los aspectos que se deberían tener en cuenta en la actualización del mapa sanitario:

- 1) Necesidades de salud a partir de las variables sociodemográficas y ambientales: población atendida, necesidades y características de cada territorio y su población, determinantes sociales de salud (recursos económicos, culturales, situación de soledad, género, situación migratoria y étnica, nivel de estudios...), prevalencia de las patologías, dinámicas migratorias.
- 2) Cobertura territorial y accesibilidad (zonas/puestos de difícil cobertura; dotación de vías, transporte sanitario disponible a demanda...).
- 3) Distribución de las infraestructuras y los recursos humanos en función de perfiles, población y complejidad.
- 4) Planes de Salud y Salud Pública.
- 5) Grado de integración sanitaria y social.
- 6) Disponibilidad de recursos sociales y sociosanitarios.
- 7) Grado de incorporación de soluciones digitales (telemedicina (teleconsulta, telemonitorización...) inteligencia artificial, herramientas de analítica avanzada...) en los territorios, en función de la evidencia disponible.
- 8) Flexibilidad para la asistencia sanitaria dentro del territorio adscrito a los profesionales.
- 9) Garantizar unos servicios básicos esenciales en la zona básica de salud / consultorio, teniendo en cuenta las condicionantes según el medio urbano o rural.

La revisión y actualización del mapa sanitario debería estar a cargo de la Dirección de Planificación de cada territorio o en otro Órgano delegado por ésta. De cara a la demarcación de las zonas básicas de salud, se debería incorporar las entidades locales, para tener en cuenta las necesidades de suelo público e infraestructuras.



Recomendación 4: Definir los criterios para designar las zonas/puestos de difícil cobertura

Definir criterios comunes a nivel del Sistema Nacional de Salud, en el marco de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, **para definir una zona/puesto de difícil cobertura**, que sean flexibles para poder adaptarlos a las características y necesidades de cada región.

Se recomienda que los Servicios Regionales identifiquen tanto los elementos a analizar, como los indicadores (y sus rangos) a evaluar para considerar o no una zona/puesto de difícil cobertura. Este ejercicio debe estar basado en un proceso de análisis periódico de las variables involucradas. A modo de ejemplo, se identifican algunos de los elementos a analizar:

- Accesibilidad de recursos de apoyo para Atención Primaria.
- Acceso a formación e investigación.
- Accesibilidad vial/logística/proximidad a centros urbanos/conectividad a Internet.
- Población atendida (establecer un mínimo de población por profesional que permita el desarrollo/ mantenimiento de las competencias profesionales).
- Variables sociodemográficas de la población (ej.: envejecimiento de la población, nivel de riqueza, etc.).
- Grado de dispersión de la población.
- Conciliación profesional con la vida familiar.
- Variables epidemiológicas de la población.
- Condiciones climáticas.
- Territorios con alta concentración de profesiones con especial riesgo laboral.
- Interés en la cobertura de plazas profesionales.

La definición de zonas/puestos de difícil cobertura está estrechamente ligada a la planificación territorial (Recomendación 3) ya que son condicionantes y variables a considerar en la distribución de los recursos asistenciales disponibles. Esta recomendación está también relacionada con la Recomendación nº 10 de Recursos Humanos *“Establecer una estrategia a nivel autonómico y nacional de Recursos Humanos para garantizar la prestación de servicios en las zonas/puestos de difícil cobertura”*.



Gestión y Organización

Recomendación 5: Definir un modelo de co-gobernanza sanitaria y social a nivel de SNS que incluya planes de atención sociosanitarios a nivel autonómico, con una visión holística y abordaje comunitario

El modelo de co-gobernanza, a desarrollar en un marco temporal de corto-medio plazo, ha de estar incluida en la Atención Primaria y Comunitaria y debe incorporar modelos asistenciales con una visión más holística, avanzando en un proceso de desinstitucionalización y promoción del desarrollo de servicios comunitarios orientados a facilitar la autonomía personal.

Para ello es necesario llevar a cabo una identificación de las personas (en función de la edad, patología o desarrollo de la enfermedad, complejidad, autonomía para las actividades de la vida diaria, red de apoyo y disponibilidad de recursos) que necesitan atención sanitaria y social integrada mediante sistemas de clasificación o modelos de estratificación de riesgos y abordar todos los escenarios posibles de la atención (en el domicilio, en el hospital, en la Residencia o Centro de Día, etc.).

El modelo de co-gobernanza debe coordinar e integrar prestaciones, servicios y recursos de los sistemas de salud y servicios sociales, mejorando así la eficiencia global. Supone un cambio a nivel de modelo organizativo, de sistemas de información, así como de estructura de Recursos Humanos, por lo que el modelo de co-gobernanza debería desarrollarse en un marco normativo/legislativo específico.

Es por ello, necesario definir un modelo de coordinación sanitaria y social a diferentes niveles. La coordinación a nivel sanitario y social requiere un conjunto sinérgico de políticas, por lo que es necesario el desarrollo de nuevos mecanismos que faciliten la colaboración entre todos los agentes implicados.

Por otro lado, esta recomendación requiere garantizar la integración e interoperabilidad de los Sistemas de Información entre atención sanitaria y social, así como un Sistema de Información compartido que incorpore al menos un conjunto mínimo de datos de interés entre ambos ámbitos (sanitario y social). Todo ello situando al paciente y a los familiares y cuidadores informales en el centro de la atención, y facilitando el acceso a su información.



Recomendación 6: Potenciar la colaboración entre los Equipos de Atención Primaria y Comunitaria, servicios sociales y agentes locales para poner en marcha programas de salud comunitaria

Definir y poner en marcha un modelo de colaboración permanente entre los dispositivos sanitarios y sociales para garantizar la continuidad en los cuidados de la ciudadanía. Esta colaboración debe ser considerada como un cambio de paradigma de colaboración de todos los agentes implicados para integrar la atención sanitaria y social con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Esta aproximación requiere principalmente establecer canales de colaboración entre todos los agentes de interés implicados en la atención sanitaria y social con el fin de satisfacer las necesidades integrales de cuidados de la población.

El modelo colaborativo de integración sanitaria y social deberá estar basado en:

- Un objetivo comunitario compartido, que impulse proyectos de salud comunitaria basados en resultados.
- Identificar necesidades y tomar decisiones junto con las Sociedades Profesionales y las Asociaciones de Pacientes.
- Establecer el papel del usuario dentro de los procesos de salud y de enfermedad.
- Promover la creación de alianzas entre organismos.
- Potenciar la gestión conjunta de recursos evitando duplicidades.
- Crear espacios para compartir buenas prácticas entre los profesionales.
- Fortalecer los proveedores locales como primer nivel de acceso de la comunidad y siendo los que intervienen en mayor medida en sus determinantes de la salud.
- Aumentar la coordinación con los servicios de Salud Pública y Servicios Sociales.
- Generar estrategias de coordinación sobre salud comunitaria teniendo en cuenta también otros sectores (educación, deportes, medioambiente...) así como la posibilidad por parte de los profesionales para participar en iniciativas que puedan surgir de estos otros sectores.
- Impulsar la colaboración interadministrativa.
- Garantizar el acceso de los profesionales a los datos de las historias clínicas electrónicas relacionados con sus funciones.

El informe publicado por el Ministerio de Sanidad “Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida”³ propone un marco general de claves metodológicas a tomar en cuenta a lo largo de todo el proceso de acción comunitaria, así como actuaciones específicas para cada fase del proceso. El informe “Recomendaciones para el Diseño de Estrategias de Salud Comunitaria a Atención Primaria a nivel autonómico”⁴ elaborado en el contexto del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, así como del Plan de

³ [Ministerio de Sanidad \(2021\)](#). Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida

⁴ [Ministerio de Sanidad \(2022\)](#). Recomendaciones para el Diseño de Estrategias de Salud Comunitaria a Atención Primaria a nivel autonómico

Acción de Atención Primaria 2022-2023, por el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria constituyen también un marco común para desarrollar estrategias de salud comunitaria, con recomendaciones que pueden ser adaptadas para cada territorio.



Recomendación 7: Integrar la participación comunitaria en los órganos decisorios de políticas sanitarias

Esta Recomendación consiste en integrar la participación comunitaria (por ejemplo, los consejos de salud) en los organigramas de la administración. La participación comunitaria es necesaria para el desarrollo de las políticas de salud a nivel estatal y autonómico y debe estar organizada, regulada y estructurada. Sería preciso que existiera algún órgano de participación comunitaria que además de asesorar y recomendar tenga poder ejecutivo para desarrollar las políticas comunitarias, bien lideradas desde el propio Sistema Sanitario o desde entes externos. También sería necesario dar mayor apoyo para las intervenciones comunitarias a los profesionales de Atención Primaria.

Para llevar a cabo esta integración es necesario, de acuerdo con la Guía de Participación Comunitaria publicada por el Ministerio de Sanidad⁵, adaptada de la Guía NICE NG44 “*Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*” habría que:

- Tener en cuenta los principios generales de buenas prácticas (enfoques basados en evidencia, promoción de redes comunitarias, definición de objetivos de cada interlocutor...).
- Llevar a cabo cooperación y alianzas con las organizaciones comunitarias y tejido social para responder a las necesidades y prioridades locales.
- Facilitar la participación de la ciudadanía para identificar necesidades y prioridades locales.
- Tener un enfoque local para que la participación comunitaria esté integrada en las actuaciones sobre la salud y el bienestar.
- Facilitar la implicación de la ciudadanía y las Asociaciones de Pacientes, haciéndoles partícipes en la realización de propuestas, elaboración de procesos, protocolos, etc.

Además, hay que tener en cuenta el enfoque de la salud en todas las políticas con el objetivo de considerar sistemáticamente las repercusiones sanitarias de las decisiones, promover sinergias y evitar efectos perjudiciales, con el fin de mejorar la salud de la población y su equidad, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

El informe publicado por el Ministerio de Sanidad “Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida”⁶ propone un marco general de claves metodológicas a tomar en cuenta a lo largo de todo el proceso de acción comunitaria, así como actuaciones específicas para cada fase del proceso. El informe “Recomendaciones para el Diseño de Estrategias de Salud

⁵ [Ministerio de Sanidad \(2018\)](#). Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Guía adaptada de la Guía NICE NG44: “Community engagement: improving Health and wellbeing and reducing health inequalities”.

⁶ [Ministerio de Sanidad \(2021\)](#). Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida



Comunitaria a Atención Primaria a nivel autonómico”⁷ elaborado en el contexto del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, así como del Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023, por el Grupo de Trabajo de Salud Comunitaria constituyen también un marco común para desarrollar estrategias de salud comunitaria, con recomendaciones que pueden ser adaptadas para cada territorio.

⁷ [Ministerio de Sanidad \(2022\)](#). Recomendaciones para el Diseño de Estrategias de Salud Comunitaria a Atención Primaria a nivel autonómico



Recomendación 8: Revisar y, si necesario, actualizar el contenido y la metodología de los planes de gestión anuales, que desarrollen las competencias de gestión clínica de los profesionales y la autonomía en la gestión de los recursos.

El desarrollo de competencias en gestión clínica permite dotar al profesional de una visión global de sus distintas competencias: tanto a nivel presupuestario, como de previsión y provisión de recursos (humanos, materiales...) y de habilidades de liderazgo para motivar al equipo que tenga a su cargo.

Para ello habría que:

- Valorar los conocimientos que tienen los profesionales en gestión clínica y establecer acciones de formación, adecuadas a sus necesidades.
- Desarrollar modelos de gestión prospectivos, al menos a 5 años, con convocatoria competitiva conjuntas en la dirección de los EAP.
- Impulsar el desarrollo e implantación de modelos de gestión clínica que sustenten el trabajo de los profesionales en el desarrollo de procesos asistenciales.
- Evaluar los modelos y acciones desarrolladas en gestión clínica a través de indicadores consensuados y válidos.

Asimismo, dotar de mayor autonomía a los profesionales involucrados en gestión permitirá que estos tengan mayor capacidad de toma de decisiones de relevancia con un impacto real en el rendimiento de su organización. Este mayor margen de autonomía puede ir desde la descentralización parcial de ciertas competencias hasta una autogestión más avanzada en la que los profesionales asuman la capacidad y responsabilidad para gestionar los recursos de manera autónoma. Para ello es necesario establecer objetivos claros y concretos basados en el valor que aportan; un marco claro y definido, así como la evaluación del desempeño en base a la consecución de los objetivos y la satisfacción de los usuarios.

Es necesario definir diferentes modelos y niveles de autogestión. La involucración de los profesionales en gestión debería ser de forma voluntaria y reconocida: Implicaría la liberación de parte de las tareas asistenciales, una retribución ligada a incentivos basados en resultados, así como el reconocimiento de la experiencia en gestión clínica de los profesionales en su carrera profesional.



Recursos Humanos

Recomendación 9: Desarrollar estrategias de planificación y ordenación profesional que respondan a las necesidades y demandas de cada zona Básica de Salud

Desarrollar estrategias de planificación de Recursos Humanos en Atención Primaria con la finalidad de lograr un sistema eficaz, sostenible e integrado a través de una mejor planificación de los RRHH que, asegurando la equidad, facilite la flexibilidad con la estabilidad y el desarrollo profesional.

El modelo de adecuación de los Recursos Humanos debería basarse al menos en los siguientes elementos:

- Las características sociodemográficas.
- Aspectos socioeconómicos.
- La población atendida.
- Vías de comunicación.
- La morbilidad atendida.
- Los resultados en salud.
- Las necesidades de carácter estacional y previsible (cobertura de ausencias, vacaciones, bajas, aumentos estacionales de la población atendida, epidemias estacionales, etc.).
- Desarrollo de las competencias de los profesionales adaptado al desarrollo tecnológico

Posibilidad de incluir otros perfiles y roles profesionales en los equipos de Atención Primaria, según las necesidades detectadas, con competencias claramente definidas, cuya dependencia organizativa y de gestión resida en el ámbito de Atención Primaria.



Recomendación 10: Establecer una estrategia a nivel autonómico y nacional de Recursos Humanos para garantizar la prestación de servicios en las zonas/puestos de difícil cobertura

Establecer una estrategia nacional flexible, en consonancia a los acuerdos establecidos en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, que se adaptará a nivel autonómico en función de sus necesidades concretas de Recursos Humanos, que tenga en consideración las zonas/puestos de difícil cobertura, la mejora de condiciones y evitar inequidades, fomentando la retención y la captación de talento de los profesionales a medio plazo.

Es necesario difundir con carácter público las características que generan las plazas de difícil cobertura y el esfuerzo social y económico que generan, potenciando el compromiso social en su captación.

Además, se deben desplegar medidas de mejora de las condiciones que se les ofrece a los profesionales que cubrirán estas plazas. Entre las opciones concretas que se proponen están:

- Primar con más puntuación el tiempo trabajado en zonas/puestos de difícil cobertura para futuros traslados de plazas.
- Flexibilizar los criterios de acreditación docentes de centros que estén en zonas/puestos de difícil cobertura
- Incentivar el acceso a formación a los profesionales que están en zonas/puestos de difícil cobertura.
- Incentivar la investigación entre los profesionales que cubran las zonas/puestos de difícil cobertura.
- Facilitar la conciliación familiar con adecuación de la jornada laboral (pero sin olvidar asegurar la atención urgente).
- Establecer acuerdos con ayuntamientos para facilitar el acceso a la vivienda.
- Otras a definir.

Será necesario llegar a acuerdos sindicales a nivel de todas las CC.AA.



Recomendación 11: Identificar las competencias y roles entre los distintos profesionales y categorías de la Atención Primaria

Definir e identificar las tareas a realizar por los distintos profesionales y categorías de la Atención Primaria, reorganizando entre, otras las actividades clínicas y administrativas orientadas a mejorar los flujos y eficiencia del trabajo de todos los agentes del sistema así como potenciar las competencias profesionales (potenciar la figura de la enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y de personal administrativo, así como de facultativos) con el objetivo de mejorar el funcionamiento y el trabajo en equipo.

La identificación de competencias y roles debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Posibilidad de incorporar otros perfiles profesionales.
- 2) Determinar el rol de cada profesional, al mismo tiempo que se adecua a la toma de decisiones y asunción de responsabilidades.
- 3) Desarrollar un modelo de gestión por competencias que incluya profesionales sanitarios y no sanitarios.
- 4) Potenciar las unidades básicas de atención (profesional de medicina-profesional de enfermería) con una reorganización de las tareas asignadas basadas en el mejor aprovechamiento de las competencias de cada rol profesional.
- 5) Potenciar la gestión de casos como herramienta, para coordinar los cuidados del paciente y familia mediante unos servicios adecuados y derivarlos a los profesionales correspondientes con el objetivo de lograr una mayor coordinación para la continuidad de cuidados apoyándose también en las nuevas tecnologías.
- 6) Optimizar los procesos mediante la incorporación de nuevos perfiles para la realización de tareas administrativas que faciliten la desburocratización, de las tareas asistenciales.
- 7) Dar una mayor relevancia al papel de las unidades administrativas en la canalización de la demanda y en la asunción de tareas administrativas.
- 8) Organizar el trabajo de los equipos según el modelo de la gestión de la demanda para conseguir la adecuada asistencia a los problemas de la población asistida, con el desarrollo de las capacidades de todos los integrantes de los equipos.
- 9) Invertir en formación continuada.



Recomendación 12: Crear (o reforzar) los planes de captación y retención de personal de Atención Primaria

Crear o reforzar, en el caso de que existan, los planes de captación y retención de personal de Atención Primaria abordando los siguientes aspectos:

1. Hacer más atractiva la especialidad de medicina familiar y comunitaria para los profesionales que se están formando.
2. Favorecer la incorporación a los centros de salud de los profesionales formados en el ámbito de Atención Primaria.
3. Fomentar la formación pregrado y postgrado en Atención Primaria.
4. Tener en cuenta los datos sobre oferta y necesidades de personal sanitario especialista de Atención Primaria para diseñar estrategias que resuelvan las necesidades futuras⁸. Si necesario, aumentar el número de plazas de especialistas en formación en el ámbito de la Atención Primaria, reforzando las estructuras docentes, organizativas y tecnológicas ya existentes. Fidelizar a los especialistas sanitarios formados en los Programas de Formación Sanitaria Especializada del SNS.
5. Convocar ofertas de empleo estables y con buenas condiciones que permitan conciliar, atraer talento y reducir la temporalidad de los contratos de los profesionales sanitarios en Atención Primaria, garantizando contratos de al menos 2 años en el Área donde se han formado.
6. Adaptar las ofertas a las necesidades de los perfiles sanitarios actuales en la medida de lo posible, para facilitar la permanencia en el puesto.
7. Reforzar y reconocer con incentivos (por ejemplo, incentivos económicos específicos o puntuación para traslados) las actividades docentes.
8. Aumentar la profesionalización, autonomía y responsabilidad de los profesionales con la finalidad de atraer y retener talento.
 - Empoderar a profesionales de Atención Primaria dentro del sistema, a nivel de organización, decisión y retribución.

⁸ Para ellos, se puede tener en cuenta el estudio publicado por el Ministerio de Sanidad sobre [Oferta-Necesidad de Médicos Especialistas 2021-2035](#)



Recomendación 13: Reformular el desarrollo y la carrera profesional para adaptarlo a las necesidades actuales

Reformular el desarrollo y la carrera profesional para adaptarlo a las necesidades actuales en las siguientes líneas:

1. Buscar un elevado nivel de profesionalización y facilitar la formación basada en competencias.
2. Revisar el modelo de enseñanza en los centros de salud para los profesionales de las distintas categorías, empleando nuevas tecnologías disponibles
3. Establecer criterios y plazos de acreditación y reacreditación.
4. Regular la retribución y beneficios de los tutores de profesionales en formación en el ámbito de Atención Primaria definiendo simultáneamente las estructuras docentes ajustadas a las necesidades del personal en la Atención Primaria.
5. Fomentar planes para facilitar la conciliación de la investigación, de la formación y la docencia universitaria promoviendo contratos con porcentaje de dedicación a docencia e investigación en Atención Primaria y valorar la docencia e investigación en la carrera profesional.
6. Definir y evaluar criterios de calidad e indicadores de desempeño en las diferentes categorías profesionales, requisito para proporcionar a los profesionales mayor autonomía y responsabilidad, para poder evaluar los resultados y establecer retribuciones ligadas a objetivos.
7. Revisar y homogeneizar la carrera profesional con criterios de coherencia entre las distintas comunidades autónomas.
8. Reconocer la implicación de los profesionales en el desarrollo y buen funcionamiento de los equipos a los que pertenecen.



Financiación

Recomendación 14: Reforzar el peso relativo del gasto público en Atención Primaria sobre el gasto sanitario público.

Consolidar una política presupuestaria que garantice la efectividad y la calidad de Atención Primaria. Para ello se han de incrementar de manera progresiva los presupuestos asignados a Atención Primaria.

Para ello, se propone marcar un criterio de mínimos para condicionar una parte del crecimiento nominal del gasto al crecimiento en el presupuesto de Atención Primaria. En otros términos, dado el consenso observado en las reuniones con representantes de los servicios sanitarios de las CC.AA., sociedades científicas y profesionales y asociaciones de pacientes de que la AP está infra financiada, una manera de recuperar parte del terreno perdido en las últimas décadas sería establecer el compromiso de que el presupuesto de la Atención Primaria crezca anualmente a la misma tasa o superior que el presupuesto sanitario total.

Apostar globalmente, tanto a nivel nacional como autonómico, por una financiación adecuada en Atención Primaria y equilibrada con sus funciones, siendo necesario una delimitación clara de los presupuestos designados a Atención Primaria.

Es también necesario alinear la presupuestación de Atención Primaria con las estrategias de planificación, gestión y organización, recursos humanos e infraestructura y equipamiento.

También se propone desarrollar mecanismos que permitan ajustar la dotación presupuestaria a las estructuras, equipamiento y recursos humanos de las áreas y zonas de salud, y que estas estén en consonancia con las necesidades de la población cubierta y su grado de complejidad (considerando edad, sexo y grupos de morbilidad ajustada por riesgo), así como las necesidades específicas de zonas/puestos de difícil cobertura.

Finalmente, se propone que, considerando los anteriores puntos, se establezcan, a través de contratos de gestión plurianuales con las áreas o zonas de salud, compromisos presupuestarios en Atención Primaria ligados a la mejora de resultados en salud de la población cubierta.



Infraestructura y Equipamiento

Recomendación 15: Compartir información entre los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitalaria) y entre las diferentes CC.AA para garantizar la portabilidad de la información clínica de las personas para la atención sanitaria fuera de su territorio

Para garantizar la continuidad en la atención de las personas más allá del nivel asistencial y el territorio en el que puedan ser atendidas es fundamental disponer de la información clínica de las personas. La portabilidad e interoperabilidad de la información clínica tiene que garantizarse entre los diferentes niveles asistenciales, en cada comunidad autónoma y en el territorio nacional y europeo, cumpliendo los niveles necesarios de seguridad y confidencialidad.

Para ello, deben unificarse criterios en cuanto al empleo de estándares internacionalmente aceptados para orientar la transferencia y el intercambio de datos entre los múltiples proveedores de asistencia sanitaria. La interoperabilidad ha de definirse también en el marco del Espacio Europeo de Datos Sanitarios y en su diseño es clave contar con la participación de profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Esto requiere de un esfuerzo político y técnico que debe tener como objetivo facilitar la movilidad de las personas para ser atendidos en cualquier parte del territorio nacional independientemente de su lugar de residencia habitual, pero garantizando que su información de salud está disponible y con ello evitar potenciales daños a su salud por motivos de desconocimiento de patologías preexistentes o medicamentos contraindicados, por ejemplo.

Es necesario establecer espacios comunes sobre los cuales desarrollar capas de obtención, análisis, procesamiento y despliegue de información según las necesidades específicas.

La interoperabilidad debería considerarse una prioridad a resolver ya que tanto la realidad operativa y las experiencias disponibles evidencian las ventajas y beneficios para los pacientes y profesionales. Por parte de los pacientes, relacionados con la garantía de seguridad y calidad de la atención, y facilitando el acceso a su historia clínica, y para los profesionales, facilitando la toma de decisiones informada.



Recomendación 16: Diseñar, adaptar y poner en marcha plataformas tecnológicas suministradas y administradas por los recursos de Atención Primaria y comunitaria, para la atención sociosanitaria a pacientes crónicos y personas en situación de dependencia

Impulsar por parte de la Atención Primaria herramientas tecnológicas que sirvan de apoyo para garantizar la atención integral, continuidad y longitudinalidad de los cuidados, entendiendo que las necesidades sanitarias y sociosanitarias en ocasiones tienen orígenes comunes y complementarios. Estas herramientas tecnológicas han de dar soporte y reforzar el modelo de atención definido en las diferentes comunidades autónomas y no sustituirán a la actividad presencial.

Estas herramientas tecnológicas deben:

- Permitir la comunicación ágil entre el paciente/cuidador y el profesional/es de referencia en Atención Primaria.
- Facilitar la monitorización remota y continua del estado de salud del paciente, en los casos necesarios siempre que haya evidencia demostrada.
- Concertar y organizar citas facilitando el acceso a la atención.
- Permitir la interconexión entre los distintos agentes que intervengan.
- Posibilitar la activación de dispositivos de soporte urgente en función de la variación de la situación de salud.
- Minimizar la complejidad de uso de las herramientas tecnológicas, así como su mantenimiento.
- Ofrecer servicios y funcionalidades de apoyo integral (bienestar emocional, motivación (hábitos de vida saludable), interacción con la red de apoyo, etc.).
- Disponer de asistentes virtuales que respondan a preguntas frecuentes y que puedan ser consultados las 24 horas del día.
- Potenciar la atención a domicilio a pacientes crónicos y dependientes, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad del SNS.
- Potenciar la atención en las etapas finales de la vida.
- Explotar la información para facilitar a los Gestores el proceso de imputación y el cálculo de costes.

Los sistemas regionales deberán definir las distintas categorías de herramientas tecnológicas y plataformas, estableciendo la priorización de puesta en marcha en función de las necesidades territoriales específicas y en función de la cartera de servicios definida.

Estas plataformas deberán partir de una base de información común y compartida, además de funcionalidades de análisis avanzado para establecer criterios preventivos ante el deterioro de las condiciones de salud de los pacientes y/o de surgimiento de necesidades sociosanitarias producto de dicho deterioro.

En términos temporales debería establecerse un período de revisión que garantice la robustez de la integración de los sistemas sanitarios y sociosanitarios dada la velocidad de crecimiento de pacientes crónicos y de la variación de los

condicionantes sociales que afectan a dichos pacientes. Además, deberían llevarse a cabo formaciones de capacitación digital para los pacientes/cuidadores.

El Plan de Digitalización de la Atención Primaria y el Plan de Atención Digital Personalizada, en seguimiento por la Comisión de Salud Digital del SNS, constituyen un marco común que facilita el desarrollo de las recomendaciones descritas.



Recomendación 17: Potenciar la transformación digital en el medio rural para fortalecer la cobertura asistencial de zonas/puestos de difícil cobertura

Definir y acelerar el proceso de transformación digital principalmente de los puntos y centros de atención no urbanos y/o zonas/puestos de difícil cobertura para contribuir a garantizar la accesibilidad de los servicios sanitarios a la población.

La aplicación de los avances tecnológicos disponibles implica, a su vez, fortalecer las capacidades y competencias digitales tanto de los profesionales como de los pacientes (priorizando los pacientes crónicos), cuidadores y ciudadanía para minimizar las barreras/gaps digitales existentes y garantizar la calidad de los servicios.

La base para garantizar el éxito de la transformación digital en el contexto de la Atención Primaria radica en:

- Dotar de conexión en alta disponibilidad a los centros de salud.
- Desarrollar soluciones digitales que potencien la prevención y garanticen el cuidado integral de la salud de los pacientes minimizando los procesos administrativos (mejora de la experiencia del paciente).
- Fortalecer el talento digital y la alfabetización tecnológica.
- Facilitar a los profesionales aquellas herramientas tecnológicas que fortalezcan la práctica clínica.
- Potenciar las infraestructuras de comunicación existentes.
- Incluir puntos de ayuda para los pacientes, cuidadores y ciudadanía en la utilización de las herramientas.
- Contar con profesionales informáticos para el mantenimiento del desarrollo tecnológico.

El abordaje de esta recomendación debería establecerse mediante planes territoriales conjuntos que además de incluir el apartado sanitario, potencien las infraestructuras de comunicación existentes. A su vez, debería establecerse un horizonte temporal alineado con lo establecido en la Estrategia de Salud Digital⁹ del Ministerio de Sanidad.

El Plan de Digitalización de la Atención Primaria y el Plan de Atención Digital Personalizada, en seguimiento por la Comisión de Salud Digital del SNS, constituyen un marco común que facilita el desarrollo de las recomendaciones descritas.

⁹ [Estrategia de Salud Digital, Sistema Nacional de Salud](#). Ministerio de Sanidad



Recomendación 18: Evaluar y revisar, en su caso, las nuevas fórmulas y modalidades de atención no presencial

Agilizar la implantación de la asistencia telemática como apoyo a la atención sanitaria, orientada a:

- Mejorar la calidad de la atención.
- Facilitar la información, capacitación y empoderamiento de las personas, familias y comunidad, en la gestión de su proceso asistencial, autonomía y autocuidado.
- Hacer más eficientes los procesos clínicos y de gestión.
- Mejorar la experiencia del paciente y la toma de decisiones compartidas.
- Incrementar la accesibilidad de la población a la atención sanitaria.
- Responder a las demandas de los pacientes y profesionales.

Es necesario definir requisitos o procesos susceptibles de atención no presencial, siempre desde una perspectiva de la calidad asistencial, la seguridad y la equidad, y evaluar si la teleconsulta consigue alcanzar estos objetivos establecidos, teniendo en cuenta los resultados en salud y la experiencia reportada por los profesionales y pacientes, así como el valor aportado comprobando si ayuda o no a garantizar la sostenibilidad del sistema.

La implantación y consolidación de la teleconsulta y otras aplicaciones telemáticas requiere invertir no sólo en los aspectos tecnológicos sino también en el fortalecimiento de las capacidades y competencias digitales de los profesionales y los pacientes (principalmente en el segmento de mayores) y adaptar determinadas áreas de los centros de salud.



Recomendación 19: Priorizar la revisión y adecuación de la infraestructura disponible (centros de salud, consultorios)

Se recomienda revisar el estado de toda la infraestructura de forma periódica tanto a nivel urbano como rural para adecuarlo tanto a las nuevas necesidades del sistema sanitario como a las modificaciones previstas en las carteras de servicios y a las nuevas formas de trabajo.

La adecuación de los espacios ha de contemplar:

- La planificación e incorporación de nuevos perfiles y colectivos profesionales, así como las nuevas competencias de los roles ya existentes
- La incorporación de infraestructuras específicas para unidades de nueva creación contempladas en cartera de servicios.
- La facilitación de la docencia e investigación.
- Las necesidades de la población
- La maximización del confort del usuario (paciente, acompañante, cuidador, etc.) y de los profesionales en cualquiera de los usos del centro.
- La interrelación con otros servicios territoriales (salud mental y adicciones, rehabilitación, etc.).
- La optimización de procesos internos (automatización, digitalización, etc.).
- La incorporación de tecnología digital (telemedicina, gestión documental, etc.), y la potenciación de la ciberseguridad de sistemas e infraestructuras informáticas.