INFORME

Fidelización y Retorno de Talento en Atención Primaria:

análisis de situación y estrategias para el Sistema Nacional de Salud



Informe elaborado por encargo del Ministerio de Sanidad

En el marco del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025–2027

2026

MINISTERIO DE SANIDAD

Índice

Equipo del proyecto 3

1. Antecedentes, objetivos y estructura del informe 5
- Importancia estratégica de la fidelización y el retorno de profesionales en Atención Primaria ... 5
- Marco estratégico y antecedentes ... 6
- Objetivos del informe ... 6
- Estructura del informe ... 7

2. Métodos 8
- Revisión documental y contextualización ... 9
- Trabajo cualitativo con profesionales y representantes ... 9
- Mapeo de políticas e iniciativas autonómicas ... 9
- Integración de hallazgos y formulación de recomendaciones ... 10

3. Situación y dinámicas de la fuerza laboral en Atención Primaria 11
- Contexto español: disponibilidad, distribución y retos de la fuerza laboral en Atención Primaria ... 11
- Comparación internacional: posición de España en la disponibilidad de profesionales de Atención Primaria ... 16
- Formación especializada en AP: capacidad formativa, atractivo y aprovechamiento del talento ... 17
- Movilidad internacional: dependencia de la inmigración y limitaciones de información para la planificación ... 19
- Contratación en el sector privado: competencia por el talento y efectos sobre la fidelización ... 21
- Bienestar profesional, causas de abandono y estrategias de fidelización en Atención Primaria ... 23

4. Factores de permanencia, salida y retorno: análisis cualitativo 24
- Marco contractual y condiciones de empleo ... 24
- Dimensión organizativa y condiciones de trabajo ... 27
- Desarrollo profesional ... 29
- Gestión y dirección de la Atención Primaria ... 31

5. Mapeo normativo y de políticas autonómicas para la fidelización y el retorno del talento 34
- Estrategias autonómicas de estabilidad, conciliación e incentivación ... 34
- Condiciones de trabajo y organización asistencial ... 42
- Desarrollo profesional, docencia e investigación ... 45
- Gobernanza, liderazgo y capacidad de gestión ... 54
- Despliegue y reconocimiento de la especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria ... 55

6. Recomendaciones 60
- Recomendación 1. Garantizar una Atención Primaria atendida por especialistas ... 65
- Recomendación 2. Mejorar la estabilidad laboral, la flexibilidad y la conciliación familiar y profesional ... 70
- Recomendación 3. Optimizar el trabajo en equipo mediante Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3) ... 73
- Recomendación 4. Desburocratizar la Atención Primaria y liberar tiempo clínico ... 75
- Recomendación 5. Adecuar las cargas asistenciales a la complejidad de la población atendida y las responsabilidades profesionales ... 77
- Recomendación 6. Crear oportunidades reales de desarrollo profesional y liderazgo clínico ... 79
- Recomendación 7. Proteger y fortalecer la capacidad docente de la Atención Primaria ... 82
- Recomendación 8. Impulsar la investigación y la integración universitaria de la Atención Primaria ... 84
- Recomendación 9. Fortalecer el liderazgo y la capacidad de gestión de los Centros de Salud ... 87
- Recomendación 10. Reforzar la gobernanza y financiación de las políticas de fidelización y retorno en AP ... 90

7. Referencias 92

Equipo del proyecto

Coordinación

Sara Calderón-Larrañaga

Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford

School of Public Health, Imperial College London

Colaboración

Ángel González de la Fuente – Health Services and Research Group. Amsterdam Public and Occupational Health, University of Amsterdam.

Sara Ares Blanco – Centro de Salud Federica Montseny, Gerencia Asistencial Atención Primaria, Madrid. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud RICAPPS-(RICORS).

Sofía Angulo Hernando – Centro de Salud José Luis Santamaría, Gerencia de Atención Primaria de Burgos. Área de Enfermería, Universidad de Burgos.

Consejo Asesor (por orden alfabético)

María Pilar Astier Peña – Centro de Salud Universitas, Servicio Aragonés de Salud. Profesora Permanente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Presidenta electa de WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia).

Verónica Casado Vicente – Expresidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Exconsejera de sanidad de la Junta de Castilla y León. Presidenta de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España (AMFE-semFYC).

Luis Andrés Gimeno Feliu – Profesor titular Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Zaragoza. Médico de familia Centro de Salud San Pablo de Zaragoza.

Beatriz González López-Valcárcel – Catedrática de Economía, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Esther Nieto García – Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucero, Servicio Madrileño de Salud. Profesora Asociada, Departamento de Especialidades Médicas y Salud Pública, a la Universidad Rey Juan Carlos. Presidenta de la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP).

Enrique Oltra Rodríguez – Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Profesor jubilado de la Facultad de Enfermería de Gijón. Expresidente de la primera Comisión Nacional de Enfermería Familiar y Comunitaria. Vicepresidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria.

Luisa Pettigrew – Senior Policy Fellow, Health Foundation, Londres

Antonia Raya Tena – Enfermera especialista en atención familiar y comunitaria. Dra en Enfermeria y Salud por la URV. Unitat Docent Multiprofessional AFiC Barcelona ciutat. Miembro de la Junta del Forum Català d'Atenció Primaria (FoCAP).

Milagros Rico Blázquez – Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud RICAPPS-(RICORS).

Tomás Zapata – Asesor Regional y Jefe de la Unidad de Recursos Humanos y Prestación de Servicios, Oficina Regional de la OMS para Europa.

Equipo del Ministerio de Sanidad

Paloma Calleja Toledano – Asesora del Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad y jefa del Equipo de AP.

Tania Cedeño Benavides – Subdirectora General de Formación y Ordenación Profesional.

Marta García Hernández – Jefa de servicio, Equipo de AP del Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad.

Ana M. Gálvez Martínez – Jefa de sección, Equipo de AP del Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad.

Laura Álvarez Fernández – Técnico superior, Equipo de AP del Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad.

Sergio García Martí – Técnico superior, Equipo de AP del Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad.

Miriam Navarro Beltrá – Técnico superior, Equipo de AP del Gabinete de la Secretaría de Estado de Sanidad.

Agradecimientos

El equipo del proyecto desea expresar su sincero agradecimiento a todas las personas que participaron en las entrevistas, grupos focales y consultas realizadas durante el desarrollo de este estudio. Gracias por el tiempo y la generosidad. Sus conocimientos y experiencia han sido la base para la elaboración de este informe. Asimismo, agradece las valiosas aportaciones de las personas que contribuyeron a la revisión y cotejo de la información aportada. Por orden alfabético: Carlos Calderón, Alberto Cotillas Rodero, Isabel del Cura González, Marta García Caballos, Rosa Magallón, Remedios Martín, Juan Fran Menárguez, Sara Olariaga, Rafa Rotaeche, Jon Imanol Sanmiguel, Juan Téllez, Irene Turiel, Luz Myotanh Vázquez Canales. El contenido final del informe, así como cualquier posible error u omisión, es responsabilidad exclusiva del equipo autor y no refleja necesariamente las posiciones ni aportaciones de las personas e instituciones que participaron en su revisión.

1. Antecedentes, objetivos y estructura del informe

Importancia estratégica de la fidelización y el retorno de profesionales en Atención Primaria

La fidelización o retención de profesionales sanitarios se ha consolidado como una prioridad estratégica para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios a nivel global (1). Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2–4), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (5,6) y la Comisión Europea (7) han reiterado que los déficits de personal sanitario, agravados por la movilidad internacional y las dificultades de atracción y permanencia, representan uno de los principales riesgos para la provisión de servicios de salud. El envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad y de la complejidad asistencial, junto con mayores expectativas sociales respecto a la accesibilidad y calidad de la atención, incrementan aún más la presión sobre los sistemas sanitarios y sobre su capacidad para garantizar una dotación suficiente y estable de profesionales. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud subraya la necesidad de avanzar hacia una mayor autosuficiencia de los sistemas mediante políticas activas de fidelización, mejora de las condiciones laborales, la planificación estratégica del personal, y la promoción de mecanismos de retorno y migración circular, en línea con el Código Global de Prácticas sobre la Contratación Internacional de Personal de Salud (2,8).

En el ámbito de la Atención Primaria, esta problemática adquiere una relevancia particular dado su papel central en el acceso, la continuidad y la equidad de la atención, tal como destacan la OMS y la OCDE en sus marcos sobre cobertura sanitaria universal y fortalecimiento de sistemas de salud (9,10). La evidencia internacional y nacional coincide en señalar que la falta de profesionales sanitarios afecta en particular a la Atención Primaria, especialmente en entornos socioeconómicamente desfavorecidos y zonas rurales, remotas o de difícil cobertura, caracterizadas por la complejidad asistencial, la dispersión geográfica y las dificultades organizativas en la provisión de servicios. Abordar estos déficits requiere no solo mejorar la capacidad de atracción y permanencia de profesionales en estos entornos, sino también favorecer el retorno de quienes han trasladado su actividad a otros ámbitos asistenciales o fuera del país.

En España, una parte importante de los profesionales especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria desarrolla su actividad fuera de la Atención Primaria, pese a haberse formado específicamente para este ámbito. Esta situación supone un desaprovechamiento de la inversión realizada en formación especializada y de las competencias profesionales necesarias para responder a las necesidades de salud de la población. De ahí que el presente informe centre su atención en estos profesionales y aborde conjuntamente la fidelización y el retorno como estrategias prioritarias y complementarias para fortalecer la Atención Primaria y garantizar la calidad, eficiencia y equidad del sistema sanitario en su conjunto.

Marco estratégico y antecedentes

El fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria constituye una prioridad estratégica para el Sistema Nacional de Salud (SNS). En abril de 2019, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (11), publicado en el BOE el 7 de mayo de 2019, que sentó las bases para avanzar hacia una Atención Primaria accesible, resolutiva y centrada en las personas. En desarrollo de este marco, en 2021 se elaboró el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022–2023 (12), incluido como hito del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR). Su evaluación posterior (13) identificó avances, así como áreas de mejora relacionadas con la disponibilidad, estabilidad, atracción y permanencia de profesionales. Estos resultados contribuyeron a la elaboración del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025–2027 (14), que da continuidad a las líneas estratégicas del Marco.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad impulsó un grupo de trabajo específico para abordar el Punto 1.6 del Plan de Acción 2025–2027***: "Incentivar el retorno a Atención Primaria de los profesionales que prestan servicios en otros ámbitos asistenciales y abordar la fuga de talento",*** integrado en la Línea Estratégica 1: Fidelización y atracción de talento; y alineado con el Objetivo B.2 del Marco Estratégico, relativo a la estabilidad en el empleo y las condiciones laborales.

El presente informe se elabora en el marco de este grupo de trabajo y contribuye al desarrollo del Punto 1.6 mediante el análisis de la situación actual, los factores asociados a la fidelización y el retorno profesional, y las iniciativas desarrolladas por las comunidades autónomas en este ámbito.

Objetivos del informe

Este informe tiene como objetivo identificar los factores que influyen en la fidelización y el retorno de especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria a la Atención Primaria en España y analizar las políticas e iniciativas desarrolladas por las comunidades autónomas al respecto, con el fin de identificar oportunidades de mejora y orientar futuras actuaciones dirigidas a favorecer la permanencia y el retorno de estos profesionales.

De forma específica, el informe busca:

- Describir la situación actual de la fuerza laboral en Atención Primaria y los principales retos relacionados con la disponibilidad, distribución y permanencia de profesionales;
- Analizar los factores que condicionan las decisiones de permanencia, salida o retorno de profesionales especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria, desde la perspectiva de profesionales y agentes clave;
- Identificar y comparar políticas e iniciativas desarrolladas por las comunidades autónomas para favorecer la fidelización y el retorno de profesionales en Atención Primaria; y
- Formular recomendaciones a corto y medio plazo orientadas a favorecer la fidelización y el retorno de especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.

Estructura del informe

Para dar respuesta a estos objetivos, el informe se estructura en las siguientes secciones:

- Tras esta introducción, la sección 2 describe la metodología empleada, basada en una revisión de fuentes documentales nacionales e internacionales, trabajo cualitativo con profesionales e informantes clave, y el análisis comparado de políticas e iniciativas autonómicas.
- La sección 3 presenta una contextualización de la situación actual de la fuerza laboral en Atención Primaria en España y de los principales retos relacionados con la disponibilidad, distribución y fidelización de profesionales, integrando la evidencia procedente de fuentes nacionales e internacionales.
- La sección 4 analiza los principales factores que influyen en las decisiones de permanencia, salida y retorno en Atención Primaria, a partir del análisis cualitativo realizado con profesionales de enfermería y medicina y representantes de sociedades científicas y organizaciones profesionales.
- La sección 5 examina las políticas e iniciativas impulsadas por las comunidades autónomas en materia de estabilidad laboral, incentivación, conciliación, desarrollo profesional, liderazgo y reconocimiento competencial, mediante un mapeo comparado de normativa, estrategias y programas autonómicos.
- Finalmente, la sección 6 presenta las principales conclusiones y recomendaciones orientadas a fortalecer la capacidad de atracción, fidelización y retorno del talento en Atención Primaria.

2. Métodos

El proyecto fue desarrollado por un grupo coordinador integrado por investigadoras con experiencia en Atención Primaria y políticas sanitarias. El trabajo contó además con un consejo asesor multidisciplinar formado por profesionales y expertos en Atención Primaria, planificación de recursos humanos, gestión sanitaria, investigación y políticas de fidelización y retorno, cuyos miembros se detallan en la sección de autoría. El consejo asesor participó en la definición del enfoque metodológico, la interpretación de resultados y la formulación de recomendaciones.

Para responder a los objetivos del informe se empleó un diseño multimétodo que combinó revisión documental, trabajo cualitativo con profesionales e informantes clave, y análisis comparado de políticas autonómicas (15). El estudio se orientó a contextualizar la situación actual de la fuerza laboral en Atención Primaria, comprender los factores que influyen en las decisiones de permanencia, salida o retorno de profesionales de enfermería y medicina, analizar las respuestas desarrolladas en las comunidades autónomas al respecto, y formular recomendaciones orientadas a fortalecer la atracción, fidelización y aprovechamiento del talento profesional. La Figura 1 resume los principales componentes del estudio, su contribución a los objetivos del proyecto y su relación con las diferentes secciones del informe.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (OE 30/2026).

Figura 1. Diseño metodológico del estudio



Notas: [1]GFE: grupos focales con enfermeros/as especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria fuera de AP. [2]GFM: grupos focales con médicos/as especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria fuera de AP. [3]SC: representantes de sociedades científicas, colegios profesionales, sindicatos y otros perfiles con experiencia relevante en el ámbito. [4]CCAA participantes: Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Illes Balears, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Catalunya, Comunitat Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid y Comunidad Foral de Navarra.

Revisión documental y contextualización

Como primera fase del proyecto se realizó una revisión documental (*desk review*) orientada a contextualizar la situación de la fuerza laboral en Atención Primaria y los principales retos relacionados con la disponibilidad, distribución, atracción, fidelización y retorno de profesionales.

La revisión integró fuentes nacionales e internacionales, incluyendo informes y documentos técnicos de organismos internacionales, literatura científica, estadísticas oficiales y documentación institucional. Entre las principales fuentes consultadas se incluyeron publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la Comisión Europea, el Ministerio de Sanidad y otros organismos nacionales e internacionales relevantes. Asimismo, se analizaron datos procedentes de sistemas de información y bases estadísticas oficiales para caracterizar la situación actual de la fuerza laboral en Atención Primaria y situar el caso español en perspectiva comparada.

Trabajo cualitativo con profesionales y representantes

El trabajo de campo incluyó tres grupos focales con enfermeros/as especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) que no trabajaban en Atención Primaria a fecha de realización del estudio (identificación como GFE), tres grupos focales con médicos/as especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) fuera de Atención Primaria (identificación como GFM) y seis entrevistas semiestructuradas con representantes de sociedades científicas, colegios profesionales y otros perfiles con experiencia relevante en el ámbito (identificación como SC).

El muestreo buscó garantizar diversidad territorial, de edad y de ámbito actual de ejercicio profesional (16). El guion inicial fue elaborado por el grupo coordinador e incluyó aspectos relacionados con la trayectoria profesional, las condiciones de trabajo, los motivos de abandono, las experiencias en otros ámbitos asistenciales y los factores que podrían facilitar el retorno a Atención Primaria, con flexibilidad para incorporar nuevas cuestiones planteadas por los participantes.

El análisis se realizó mediante aproximación temática inductivo-deductiva (17). Se tomó como referencia el marco conceptual propuesto por Calderón-Larrañaga et al. sobre fidelización y retorno de profesionales de MFyC en el ámbito internacional, adaptándolo al contexto español, a las categorías profesionales analizadas (EFyC y MFyC) y a la diversidad organizativa de las comunidades autónomas (18). A partir de este marco inicial se incorporaron categorías emergentes y se exploraron las interrelaciones entre dimensiones y contextos organizativos. Los resultados preliminares fueron contrastados con participantes y miembros del consejo asesor, cuyas aportaciones se incorporaron al análisis final.

Mapeo de políticas e iniciativas autonómicas

Se revisaron normas y documentos autonómicos localizados mediante búsquedas específicas en boletines oficiales y en documentación publicada por los servicios de salud, incluyendo planes de Atención Primaria, estrategias de recursos humanos, acuerdos sindicales, convocatorias y programas específicos relacionados con la atracción, fidelización y retorno de profesionales.

Como complemento, se realizaron entrevistas semiestructuradas con responsables autonómicos vinculados a ordenación profesional, recursos humanos y Atención Primaria. El contacto con las comunidades autónomas fue facilitado por el Ministerio de Sanidad tras la presentación del proyecto en la Comisión de Atención

Primaria y Comunitaria (CAPYCO) y una convocatoria de interés para participar en el estudio. Participaron 25 informantes clave de 12 comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Illes Balears, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Catalunya, Comunitat Valenciana, Galicia, Comunidad de Madrid y Comunidad Foral de Navarra), mediante entrevistas individuales o grupales. No se recibió respuesta del resto de las comunidades autónomas invitadas. Las entrevistas abordaron las políticas autonómicas de fidelización y retorno, el despliegue de especialidades y las propuestas para mejorar la atracción y permanencia de profesionales.

El análisis se organizó en torno a las principales dimensiones identificadas en el trabajo cualitativo, lo que permitió comparar las iniciativas autonómicas con las necesidades y prioridades expresadas por los profesionales. Los resultados fueron posteriormente contrastados con los informantes clave de las comunidades autónomas y los miembros del consejo asesor.

Integración de hallazgos y formulación de recomendaciones

Las recomendaciones se elaboraron a partir de la integración de los resultados de los distintos componentes del estudio. Para su formulación se consideraron conjuntamente las necesidades y prioridades expresadas por los profesionales y las respuestas desarrolladas por las comunidades autónomas, identificando oportunidades para reforzar o complementar las actuaciones existentes. La propuesta fue elaborada de forma iterativa por el grupo coordinador, y revisada por el consejo asesor y la oficina de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad para su priorización y definición final.

3. Situación y dinámicas de la fuerza laboral en Atención Primaria

Contexto español: disponibilidad, distribución y retos de la fuerza laboral en Atención Primaria

En el contexto español, existen retos específicos relacionados con la disponibilidad, distribución y características de la fuerza laboral en Atención Primaria. Esta sección analiza la evolución de los recursos humanos en Atención Primaria, su distribución territorial y algunos factores que ayudan a comprender las dificultades de atracción, permanencia y retorno de profesionales. Tanto en enfermería como en medicina se observa un patrón común caracterizado por un crecimiento más limitado en Atención Primaria que en otros ámbitos asistenciales, una distribución territorial desigual y dificultades persistentes para consolidar profesionales en este ámbito.

Disponibilidad de profesionales de enfermería en Atención Primaria: expansión limitada y desaprovechamiento de la especialización

En 2023, España contaba con 284.232 profesionales de enfermería en labores asistenciales en el sector público y el privado, lo que equivale a una tasa de 5,9 por cada 1.000 habitantes y a un incremento de 0,7 puntos desde 2013. En el Sistema Nacional de Salud (SNS) trabajan 227.098 enfermeras (80 % del total), de las cuales 43.874 ejercen en Atención Primaria (19,3 %), frente a 175.088 (77,1 %) en hospitales y 4.270 (1,9 %) en los servicios de urgencias y emergencias 112/061. Además, el sistema cuenta con 3.866 especialistas en formación posgrado (1,8 %) (19). **De las enfermeras de Atención Primaria, 34.986 están vinculadas a Equipos de Atención Primaria (EAP) (79,7 %), lo que supone una tasa de 0,72 por cada 1.000 habitantes** (19). El resto corresponde principalmente a profesionales que trabajan en dispositivos de urgencias de Atención Primaria (5.992) y a matronas (2.470). La disponibilidad de enfermeras en los EAP varía considerablemente entre territorios, con valores que oscilan entre 0,51 en Madrid, 0,53 en Ceuta y Melilla o 0,62 en Murcia, frente a 1,02 en La Rioja, 0,86 en Canarias y 0,86 en Castilla y León (20). Estas diferencias responden, en parte, a las características demográficas y geográficas de los territorios, especialmente a la dispersión poblacional y las consiguientes necesidades de cobertura asistencial.

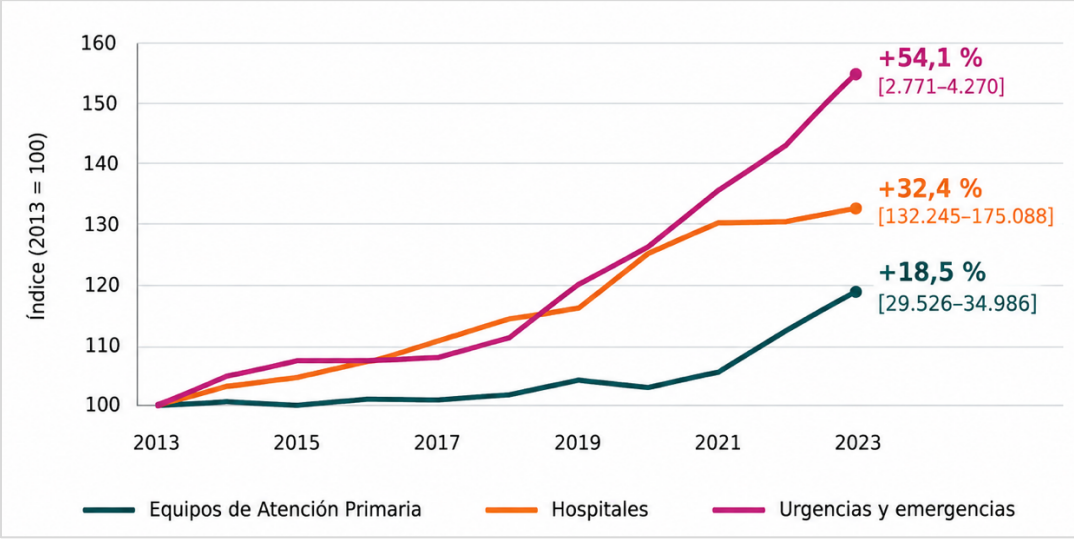
La evolución temporal muestra un crecimiento más limitado en Atención Primaria que en otros ámbitos asistenciales (Tabla 1). **Entre 2013 y 2023, el número de enfermeras en EAP aumentó un 18,5 %, frente al 32,4 % en hospitales y el 54,1 % en servicios de urgencias y emergencias** (Figura 2). Considerando la evolución de las tasas, la disponibilidad en EAP se ha mantenido prácticamente estable (≈0,7), mientras que en hospitales aumentó de 2,8 a 3,6 y en urgencias de 0,06 a 0,09 (20). Así, el crecimiento de la fuerza laboral enfermera registrado durante la última década no se ha acompañado de un refuerzo proporcional de las plantillas de Atención Primaria, con implicaciones para la carga asistencial y la fidelización de profesionales en este ámbito.

Tabla 1. Evolución del número y tasa de enfermeras en labores asistenciales por 1.000 habitantes en Equipos de Atención Primaria, hospitales y servicios de urgencias y emergencias, 2013–2023.

Año	EAP (n)	EAP (tasa)	Hospitales (n)	Hospitales (tasa)	Urgencias 112/061 (n)	Urgencias 112/061 (tasa)
2013	29.526	0,63	132.245	2,83	2.771	0,06
2014	29.642	0,64	135.959	2,92	2.892	0,06
2015	29.441	0,63	137.717	2,96	2.948	0,06
2016	29.686	0,64	141.178	3,04	2.955	0,06
2017	29.662	0,64	146.408	3,15	2.964	0,06
2018	29.877	0,64	150.291	3,22	3.067	0,07
2019	30.537	0,65	153.438	3,27	3.333	0,07
2020	30.167	0,64	165.808	3,50	3.508	0,07
2021	30.932	0,65	172.417	3,64	3.755	0,08
2022	33.036	0,70	172.704	3,64	3.959	0,08
2023	34.986	0,73	175.088	3,64	4.270	0,09
Δ 2013-2023	**+18,5 %**	**+0,10**	**+32,4 %**	**+0,80**	**+54,1 %**	**+0,03**

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe monográfico Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el SNS, 2024 (Ministerio de Sanidad, 2026), Gráfico 3-9. Tasas calculadas sobre Población residente del INE a 1 de enero de cada año. No se incluyen profesionales especialistas en formación.

Figura 2. Evolución del número de enfermeras en labores asistenciales en Equipos de Atención Primaria, hospitales y servicios de urgencias y emergencias, 2013–2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Tabla 1.

A diferencia de la medicina, en enfermería la especialidad no constituye un requisito para el ejercicio en el SNS. En Atención Primaria conviven enfermeras generalistas y especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria y otras especialidades, con diferencias en el reconocimiento contractual, competencial y retributivo según la comunidad autónoma (véase Recuadro 1 y sección 5). El análisis de la disponibilidad debe, por tanto, considerar no solo el número de enfermeras que trabajan en Atención Primaria, sino también cuántas cuentan con la especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria y si ejercen en condiciones acordes

a su cualificación. El Plan de Acción para la Atención Primaria y Comunitaria (PAPYC) 2025-2027 contempla actuaciones específicas en este ámbito, vinculadas a la financiación prevista en los Presupuestos Generales del Estado de 2025 (21).

Los datos disponibles sugieren un importante infraaprovechamiento de la especialización. Según la información reportada por las comunidades autónomas, en 2024 solo el 10,3 % de las enfermeras de Atención Primaria disponía de esta titulación, con una marcada variabilidad territorial (desde el 18,57 % en Catalunya hasta valores nulos en varias comunidades autónomas) (22), lo que equivale a alrededor de 4.660 especialistas. Esta cifra contrasta con los 18.959 títulos de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria estimados para 2024, obtenidos tanto por la vía EIR como por la vía excepcional de acceso a la especialidad (22). Tomando ambas cifras como referencia, **aproximadamente 24,6 % de las especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria estaría trabajando en Atención Primaria.** Una encuesta estatal realizada en mayo de 2024, con 55.711 respuestas válidas, ofrece una aproximación complementaria: solo el 17,7 % de las participantes tituladas en Enfermería Familiar y Comunitaria declaró trabajar con un contrato de especialista. Aunque la encuesta no permite determinar el ámbito de trabajo de quienes carecían de este reconocimiento contractual, los resultados sugieren que una parte importante de las especialistas trabaja fuera de Atención Primaria o ejerce en este ámbito sin reconocimiento de su especialización (23).

El perfil sociodemográfico añade retos adicionales. **Entre las enfermeras en EAP, el 83,4 % son mujeres (90,3 % entre las especialistas) (19,22). La mayoría se sitúa entre los 40 y 59 años (58,6 %), aunque un 35,1 % tiene menos de 39 años** (22). Esta distribución plantea un doble desafío. Por un lado, garantizar una incorporación suficiente de nuevas especialistas para responder a las necesidades futuras de la Atención Primaria. Por otro, favorecer la permanencia y el aprovechamiento de las ya formadas, mediante condiciones de empleo estables, reconocimiento profesional, oportunidades de desarrollo y medidas que faciliten la conciliación de la vida laboral, personal y familiar

Recuadro 1. La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: reconocimiento formal y despliegue efectivo

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria fue reconocida en el Real Decreto 450/2005, sobre especialidades de Enfermería. Posteriormente, en 2010, se aprobó y publicó su programa formativo mediante la Orden SAS/1729/2010, iniciándose ese mismo año la primera convocatoria de acceso a la formación sanitaria especializada a través del sistema EIR.

Junto a la vía EIR, el Real Decreto contempló una vía excepcional de acceso al título para reconocer la experiencia profesional acumulada por enfermeras que ya desarrollaban su actividad en Atención Primaria y Comunitaria. Este proceso generó una elevada demanda: más de 45.000 enfermeras solicitaron participar en el examen extraordinario. Sin embargo, los largos plazos administrativos y las sucesivas demoras hicieron que transcurrieran más de 11 años hasta la resolución definitiva. Finalmente, alrededor de 19.000 enfermeras se presentaron al examen, de las cuales 13.756 obtuvieron la acreditación oficial como especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

La primera convocatoria extraordinaria se celebró el 11 de diciembre de 2021, lo que explica que la mayoría de estos títulos se otorgaran en 2022. Este proceso supuso un hito en el desarrollo profesional de la enfermería en España, pero también puso de manifiesto una brecha entre el reconocimiento formal de la especialidad y su despliegue efectivo en el sistema. La creación de plazas específicas, bolsas propias, baremación adecuada, reconocimiento competencial y retributivo, y contratación acorde con la especialidad siguen siendo elementos

clave por desarrollar para evitar que este talento formado quede infrautilizado o se desplace hacia otros ámbitos asistenciales.

Disponibilidad de profesionales de medicina en Atención Primaria: crecimiento insuficiente, envejecimiento y desplazamiento hacia otros ámbitos asistenciales

En 2023 había 212.201 profesionales de medicina en labores asistenciales en España, lo que equivale a una tasa de 4,4 por cada 1.000 habitantes (+0,6 puntos desde 2013). En el Sistema Nacional de Salud (SNS) trabajan 176.918 profesionales médicos (83,4 % del total), de los cuales 44.130 ejercen en Atención Primaria (24,9 %), frente a 95.702 (54,1 %) en hospitales y 3.708 (2,1 %) en los servicios de urgencias y emergencias 112/061. Además, el sistema cuenta con 33.378 profesionales médicos en formación sanitaria especializada (18,9 %) (19). **De los profesionales de medicina en Atención Primaria, 37.697 están vinculados a Equipos de Atención Primaria (EAP) (85,4 %), lo que supone una tasa conjunta de 0,8 profesionales por cada 1.000 habitantes** (19). De ellos, 30.976 corresponden a medicina familiar y comunitaria y 6.721 a pediatría. El resto desarrolla su actividad principalmente en dispositivos de urgencias de Atención Primaria. Esta disponibilidad presenta una marcada heterogeneidad territorial, con valores que oscilan entre 0,57 en Ceuta y Melilla, 0,63 en Illes Balears o 0,72 en Madrid, frente a 1,05 en Castilla y León, 0,91 en Extremadura y 0,88 en Aragón (19). Como se ha señalado para enfermería, parte de esta variabilidad territorial refleja las distintas características demográficas y geográficas de las comunidades autónomas, especialmente en territorios rurales, dispersos o con baja densidad poblacional.

La evolución en la última década muestra un patrón similar al descrito para enfermería, con un crecimiento claramente más limitado en Atención Primaria que en otros ámbitos asistenciales (Tabla 2). **Entre 2013 y 2023, el número de profesionales médicos en EAP aumentó un 8,3 %, frente al 24,8 % en hospitales y el 25,2 % en servicios de urgencias y emergencias** (Figura 3). Durante este periodo, la tasa de médicos/as por 1.000 habitantes se mantuvo prácticamente constante en Atención Primaria (0,8), mientras que en hospitales aumentó de 1,6 a 2,0. En términos comparativos, la Atención Primaria ha sido el ámbito del SNS con menor crecimiento proporcional de profesionales médicos, con implicaciones directas sobre la carga asistencial y la sostenibilidad del trabajo en este ámbito (20).

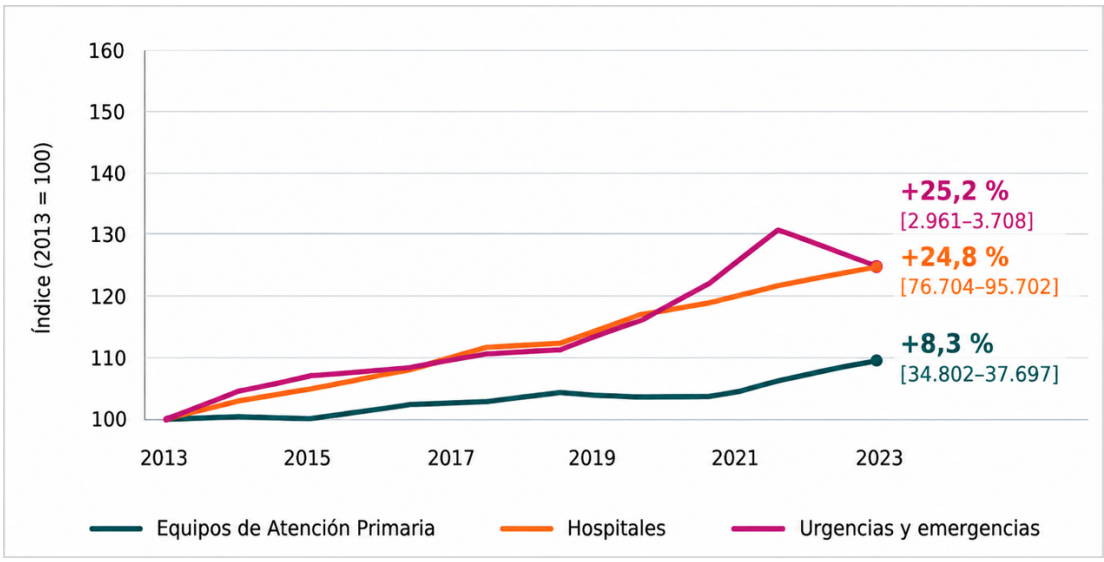
Tabla 2. Evolución del número y tasa de médicos en labores asistenciales por 1.000 habitantes en Equipos de Atención Primaria, hospitales y servicios de urgencias y emergencias del SNS, 2013–2023.

Año	EAP (n)	EAP (tasa)	Hospitales (n)	Hospitales (tasa)	Urgencias 112/061 (n)	Urgencias 112/061 (tasa)
2013	34.802	0,74	76.704	1,64	2.961	0,06
2014	34.812	0,75	77.609	1,67	3.015	0,06
2015	34.809	0,75	79.053	1,70	3.103	0,07
2016	34.941	0,75	80.719	1,74	3.154	0,07
2017	35.409	0,76	82.420	1,77	3.191	0,07
2018	35.534	0,76	85.013	1,82	3.258	0,07
2019	36.239	0,77	85.471	1,82	3.276	0,07
2020	36.033	0,76	88.342	1,87	3.390	0,07
2021	36.075	0,76	91.323	1,93	3.579	0,08

Año	EAP (n)	EAP (tasa)	Hospitales (n)	Hospitales (tasa)	Urgencias 112/061 (n)	Urgencias 112/061 (tasa)
2022	36.912	0,78	93.486	1,97	3.850	0,08
2023	37.697	0,78	95.702	1,99	3.708	0,08
Δ 2013-2023	**+8,3 %**	**+0,04**	**+24,8 %**	**+0,35**	**+25,2 %**	**+0,02**

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe monográfico Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el SNS, 2024 (Ministerio de Sanidad, 2026), Gráfico 3-4. Tasas calculadas sobre Población residente del INE a 1 de enero de cada año. No se incluyen profesionales especialistas en formación.

Figura 3. Evolución del número de médicos en labores asistenciales en Equipos de Atención Primaria, hospitales y servicios de urgencias y emergencias del SNS, 2013–2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Tabla 2.

En cuanto a la evolución y distribución de profesionales de MFyC dentro del SNS, entre 2021 y 2023, el número total aumentó de 39.666 a 41.661, mientras que en los centros de salud se redujo un 4 % (de 38.159 a 34.825) y en atención hospitalaria prácticamente se duplicó (de 3.419 a 6.831 profesionales). **En 2023, uno de cada seis médicos/as de familia trabajaba ya en hospitales (16,4 %) (24),** los que refleja un creciente problema de fidelización.

El perfil demográfico de los profesionales añade presión adicional sobre la sostenibilidad del modelo. **El 59,4 % de los profesionales de medicina en AP tiene 50 o más años, frente al 41,4 % en atención hospitalaria; y el 31,1 % tiene 60 años o más, frente al 17,6 %**. Al mismo tiempo, el perfil es más joven entre los profesionales de MFyC adscritos a atención hospitalaria que entre quienes trabajan en Atención Primaria, lo que sugiere una pérdida de profesionales en etapas tempranas de su carrera. El envejecimiento más acusado que en otros ámbitos, junto con la salida relativa de profesionales más jóvenes, anticipa necesidades de relevo a corto y medio plazo y refuerza la importancia de priorizar y adecuar las políticas de fidelización y atracción en Atención Primaria. La feminización de la profesión introduce una dimensión adicional relevante para la planificación de recursos humanos: **el 66,7 % de las médicas en EAP son mujeres, frente al 58,5 % en hospitales,** haciendo necesarias políticas de conciliación, flexibilidad y desarrollo profesional sensibles a sus trayectorias vitales y laborales (24).

Comparación internacional: posición de España en la disponibilidad de profesionales de Atención Primaria

La comparación internacional muestra que España presenta un perfil singular dentro del contexto europeo: una dotación enfermera claramente inferior a la media con una elevada disponibilidad global de profesionales médicos, aunque con un peso relativamente reducido de la medicina familiar y comunitaria. Este patrón, compartido con otros países del sur de Europa, contrasta con modelos caracterizados por una mayor presencia relativa de profesionales y mejor integración funcional de enfermeras en Atención Primaria (25–28).

Una dotación enfermera por debajo de la media europea, particularmente en Atención Primaria

Con 5,9 enfermeras en labores asistenciales por 1.000 habitantes en 2023, España se encuentra claramente por debajo de la media de la UE, situada en torno a 8,5 por 1.000 en los últimos años disponibles (28). La distancia con los países con mayor dotación es muy amplia: Noruega, Suiza, Finlandia e Islandia superan las 18 enfermeras por 1.000 habitantes, y Alemania, Irlanda, Australia o los Países Bajos se sitúan por encima de las 12 (5). La ratio enfermera/médica en España (≈1,4) es uno de los más bajos de la UE, frente a valores próximos o superiores a 3 en los países nórdicos, lo que refleja un modelo asistencial con mayor dependencia relativa de la figura médica para la prestación de servicios(28).

Esta menor disponibilidad agregada de enfermeras se traduce además en una dotación particularmente baja en Atención Primaria. La tasa española de 0,72 enfermeras por 1.000 habitantes en EAP contrasta con los modelos organizativos de países como Reino Unido, Países Bajos o Escandinavos, donde las profesionales de enfermería asumen un papel más amplio y autónomo en el seguimiento de pacientes crónicos o la atención a procesos agudos leves (25). Las menores tasas de consultas médicas per cápita observadas en Suecia (2,3 en 2021), Finlandia (4,1) o Dinamarca (3,8) frente a España (4,8) se han asociado en parte a esta mayor integración funcional de las enfermeras en Atención Primaria (25).

La menor disponibilidad de profesionales de enfermería y el limitado despliegue de roles más avanzados sugieren que hay margen para optimizar el desempeño profesional de la Atención Primaria mediante una mayor integración funcional, el aprovechamiento efectivo de la especialización en Enfermería Familiar y Comunitaria y el desarrollo de modelos organizativos más orientados al trabajo en equipo, los cuidados, la promoción de salud comunitaria.

Una densidad médica global elevada, pero un peso reducido de la medicina familiar y comunitaria

España se sitúa entre los países de la Unión Europea con mayor densidad de profesionales de medicina en activo. En 2023 había 4,4 médicos/as por 1.000 habitantes, por encima de la media de la UE-27 (4,2 por 1.000 habitantes en 2022) (25) y próxima a países como Alemania (4,7), Italia (5,4) o Austria (5,5), aunque por debajo de Grecia, Portugal o Noruega, cuyos datos incluyen médicos/as licenciados que no necesariamente ejercen (26).

Sin embargo, esta posición favorable en términos agregados no se traduce en un mayor peso relativo de la medicina familiar y comunitaria. Aunque el número por habitante ha aumentado ligeramente durante la última década, tanto en España como en el conjunto de países de la OCDE, la proporción que representan sobre el total de profesionales médicos ha disminuido progresivamente (25,28). En el promedio de la OCDE, esta proporción pasó del 23 % en 2013 al 21 % en 2023. En España, los últimos datos disponibles la sitúan también en torno al 21 %, tras haber alcanzado el 22,2 % en 2018 (25,28).

La OCDE y la Comisión Europea señalan que esta evolución refleja una pérdida relativa de atractivo de la medicina familiar y comunitaria, consecuencia, en gran parte, de la menor priorización política y presupuestaria de la Atención Primaria frente a otros ámbitos asistenciales, y advierten de sus implicaciones para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios (25).

Formación especializada en Atención Primaria: capacidad formativa, atractivo y aprovechamiento del talento

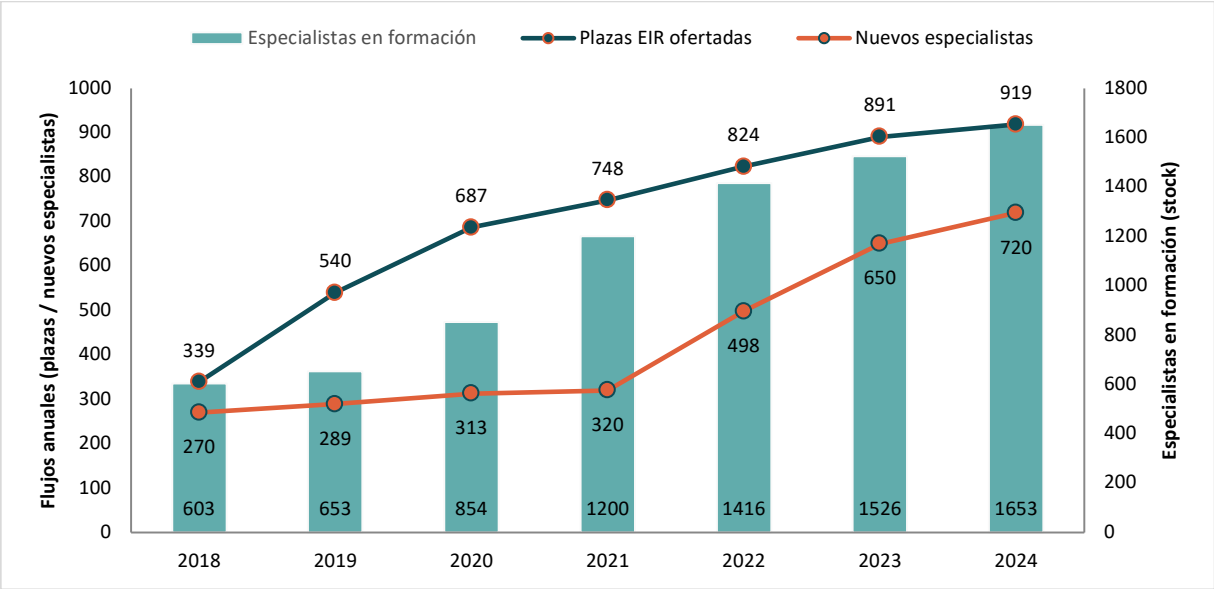
La formación especializada determina en gran medida la capacidad del sistema para generar, atraer e incorporar profesionales en Atención Primaria. En enfermería, la capacidad formativa en Familiar y Comunitaria ha experimentado un crecimiento notable. En 2024 había 1.653 especialistas en formación, un 191 % más que en 2017, y ese mismo año finalizaron la especialidad 720 profesionales, frente a 270 en 2018 (Tabla 3 y Figura 4) (19). Sin embargo, persiste un desequilibrio estructural entre el número de graduadas en Enfermería y las plazas de especialización disponibles: **la ratio de plazas EIR por graduada se mantiene claramente por debajo de la unidad (≈0,16 en 2022–2023),** lo que limita el acceso a la especialización y restringe la capacidad del sistema para formar profesionales en proporción a la demanda existente (22). En este contexto, todas las plazas EIR de Enfermería familiar y Comunitaria ofertadas se adjudican anualmente.

Tabla 3. Evolución del número de especialistas en formación y plazas ofertadas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EIR), España, 2018–2024

Año	Plazas EIR ofertadas	Especialistas en formación	Nuevos especialistas
2018	339	603	270
2019	540	653	289
2020	687	854	313
2021	748	1.200	320
2022	824	1.416	498
2023	891	1.526	650
2024	919	1.653	720
Δ 2018–2024	**+580 (+171 %)**	**+1.050 (+174 %)**	**+450 (+167 %)**

Fuente: Elaboración propia a partir de Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2024: informe monográfico. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 (19)

Figura 4. Evolución del número de especialistas en formación y plazas ofertadas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EIR), España, 2018–2024



Fuente: Elaboración propia a partir de Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2024: informe monográfico. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 (19)

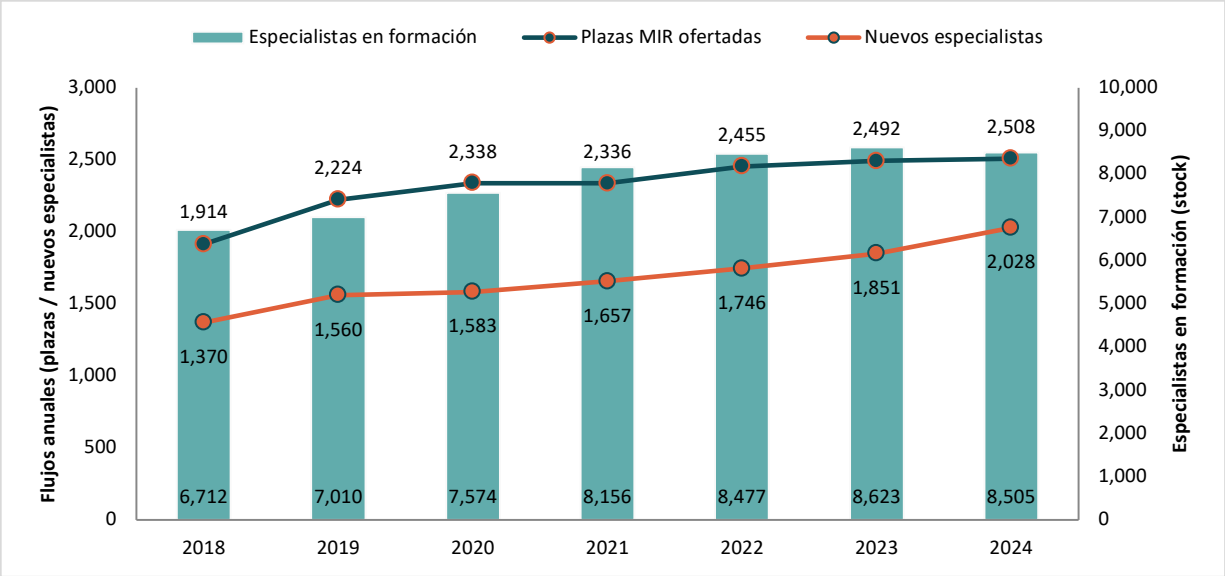
En medicina, la capacidad formativa también ha aumentado en los últimos años. En 2024, había 8.505 especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria en formación, un 27 % más que en 2018, aunque con cierto estancamiento en los dos últimos años. Asimismo, en 2024 finalizaron la especialidad 2.028 profesionales, un 48 % más que en 2018 (Tabla 4 y Figura 5) (19). El número de plazas ofertadas en Medicina Familiar y Comunitaria **aumentó un 31 % entre 2018 y 2024**. Sin embargo, este incremento ha sido similar al registrado en el conjunto de las plazas MIR, por lo que **su peso relativo sobre la oferta total se ha mantenido prácticamente estable** durante el periodo e incluso ha descendido ligeramente en los últimos años (del 28,2 % en 2018 al 27,8 % en 2024). La ratio de plazas MIR por graduado se ha mantenido históricamente en torno o por encima de la unidad, lo que indica que, en términos agregados, no existen restricciones de acceso a la formación especializada una vez realizado el examen MIR (24). Si bien en la convocatoria 2022-2023 quedaron 131 plazas de Medicina Familiar y Comunitaria vacantes tras el segundo llamamiento, en las tres convocatorias siguientes (2024, 2025 y 2026) se adjudicaron la totalidad de las plazas ofertadas. No obstante, la adjudicación no siempre se traduce en la incorporación efectiva a la plaza. En 2025, un total de 312 plazas MIR quedaron vacantes tras la ausencia de incorporaciones y renuncias posteriores a la adjudicación inicial, de las cuales 240 correspondían a Medicina Familiar y Comunitaria. Estas plazas han sido posteriormente incluidas en un procedimiento extraordinario de adjudicación, pendiente de resolución a fecha de este informe (29).

Tabla 4. Evolución del número de especialistas en formación y plazas ofertadas en Medicina Familiar y Comunitaria (MIR), España, 2018–2024

Año	Plazas MIR ofertadas	Plazas MIR MFyC ofertadas (% sobre el total)	Especialistas en formación	Nuevos especialistas
2018	6.797	1.914 (28,2)	6.712	1.370
2019	7.615	2.224 (29,2)	7.010	1.560
2020	7.988	2.338 (29,3)	7.574	1.583
2021	8.188	2.336 (28,5)	8.156	1.657
2022	8.550	2.455 (28,7)	8.477	1.746
2023	8.772	2.492 (28,4)	8.623	1.851
2024	9.007	2.508 (27,8)	8.505	2.028
Δ 2018–2024	**+33 %**	**+31 % (-1,1 %)**	**+27 %**	**+48 %**

Fuente: Elaboración propia a partir de Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2024: informe monográfico. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 (19)

Figura 5. Evolución del número de especialistas en formación y plazas ofertadas en Medicina Familiar y Comunitaria (MIR), España, 2018–2024



Fuente: Elaboración propia a partir de Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2024: informe monográfico. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 (19)

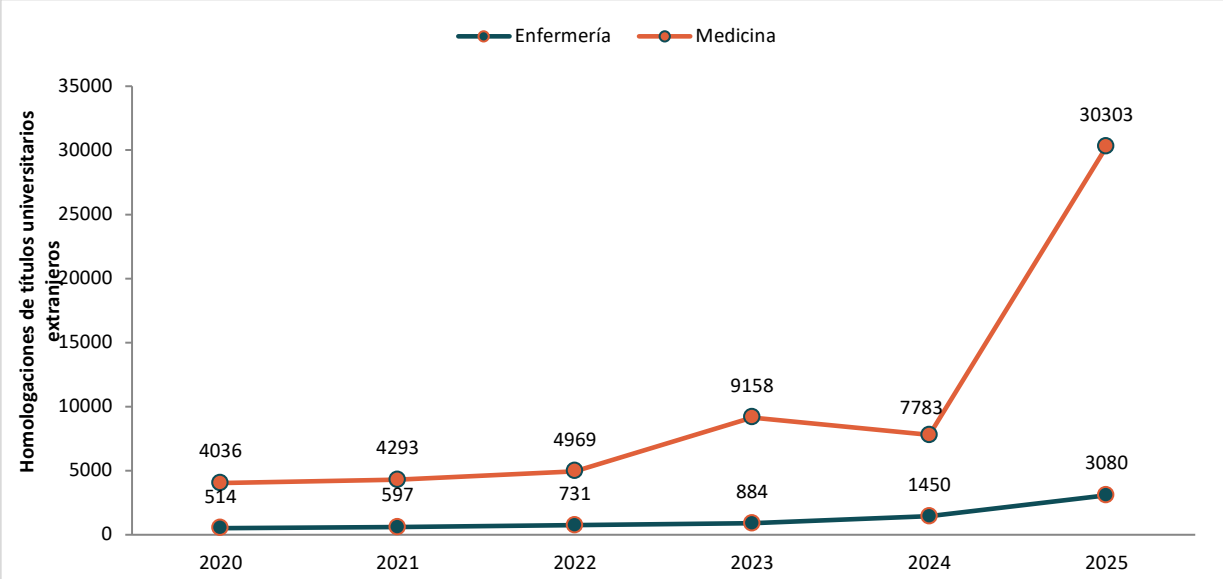
Movilidad internacional de profesionales: dependencia de la inmigración y limitaciones de información para la planificación

La movilidad internacional de profesionales sanitarios constituye un elemento cada vez más relevante para comprender la disponibilidad efectiva de la fuerza laboral y las dinámicas de fidelización en Atención Primaria. En los últimos años, la mayoría de los países europeos han incrementado su dependencia de profesionales formados en el extranjero como mecanismo para responder a los déficits de personal sanitario. En Europa, entre 2019 y 2022, la entrada de enfermeras formadas fuera del país aumentó un 72 %, mientras que la de

profesionales médicos lo hizo un 17 % (25). En 2023, más del 50 % de las enfermeras en Irlanda y más del 40 % de los profesionales médicos en Noruega, Irlanda y Suiza habían obtenido su titulación fuera del país de ejercicio (25).

En España, el sistema de homologación de títulos extranjeros ha sufrido cambios como consecuencia de la aprobación del Real Decreto 889/2022 y, posteriormente, la Orden Ministerial de 23 de octubre de 2024, que, entre otros efectos, agiliza la tramitación y resolución de solicitudes. Como resultado, en enfermería, las homologaciones pasaron de 514 en 2020 a 3.080 en 2025 (incremento del 499 %), con predominio de profesionales procedentes de Colombia, Portugal, Venezuela y Rumanía. En medicina, el número de homologaciones aumentó de 4.036 a 30.303 en el mismo periodo (incremento del 651 %), siendo Colombia, Venezuela y Cuba los principales países de origen. Los solicitantes de nacionalidad española (profesionales que obtuvieron su titulación universitaria en el extranjero y solicitan su reconocimiento en España) representaron aproximadamente el 22 % del total (30–32) (Figura 6).

Figura 6. Evolución de las homologaciones de títulos universitarios extranjeros de Enfermería y Medicina, España, 2020–2025.



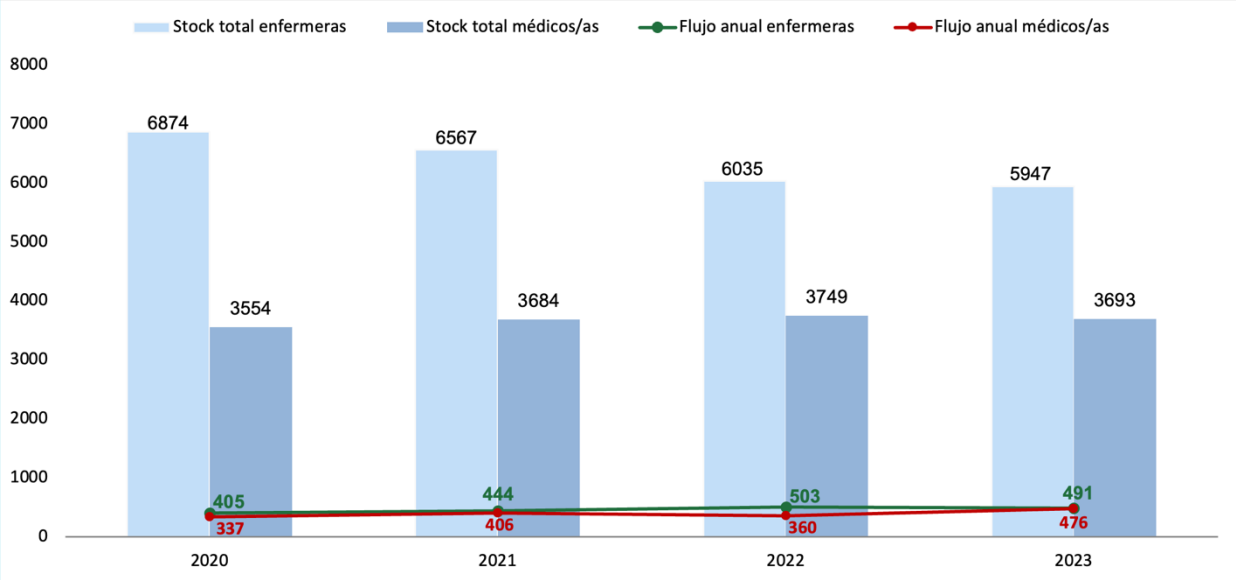
Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE, Data Explorer – Health Workforce Migration; Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

El notable incremento observado en 2025 refleja en gran medida la resolución de expedientes acumulados en años previos a la reforma administrativa. De hecho, es el primer año en el que el número de resoluciones supera al de nuevas solicitudes (30). Las homologaciones constituyen un indicador de capacidad administrativa y reconocimiento de títulos, pero no equivalen necesariamente a incorporaciones efectivas al sistema sanitario. No se dispone de información que permita conocer cuántos profesionales homologados se incorporan efectivamente al mercado laboral sanitario español, qué proporción trabaja en el SNS o en el sector privado, en qué ámbitos asistenciales desarrollan su actividad, o si utilizan la homologación como mecanismo de movilidad hacia otros países. Tampoco se dispone de información que permita distinguir, entre los profesionales con títulos universitarios de medicina homologados, cuántos ya obtuvieron una especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria o equivalente en su país de origen que cumpla los requisitos mínimos de formación establecidos en la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo (33). Esta información permitiría mejorar la planificación de recursos humanos y orientar tanto las medidas de

reconocimiento e incorporación de especialistas formados en el extranjero como las vías de acceso a la formación sanitaria especializada en España para quienes carecen de ella.

Por su parte, la emigración anual de profesionales de medicina y enfermería formados en España se ha mantenido relativamente estable durante los últimos años, con variaciones puntuales asociadas al periodo de la pandemia. En enfermería, tras una etapa previa de mayor emigración, especialmente hacia el Reino Unido, tanto el número de profesionales residentes en este país como los flujos anuales de emigración han disminuido en los años posteriores al Brexit, situándose estos últimos en torno a 500 profesionales al año. Pese a esta reducción, el número de enfermeras formadas en España residentes en el extranjero sigue siendo aproximadamente el doble que el de profesionales de medicina (31) (Figura 7). En medicina, aunque el número de certificados de idoneidad profesional sugiere una elevada intención de emigrar, los datos reportados por los países receptores a la OCDE reflejan flujos anuales menores, con 476 profesionales en 2023 (31) (Figura 7). No se dispone de información sobre cuántos de estos profesionales son especialistas en Enfermería o Medicina Familiar y Comunitaria.

Figura 7. Evolución del stock de enfermeras y profesionales de medicina formadas en España residentes en el extranjero y el flujo de emigración anual (2020–2023).



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE, Data Explorer – Health Workforce Migration. Nota: el stock total corresponde al número de enfermeras y médicas formadas en España que residen en el extranjero. En los casos en que no se dispone de información para un año específico, se ha utilizado la última cifra disponible para el país correspondiente.

Contratación en el sector privado: competencia por el talento y efectos sobre la fidelización

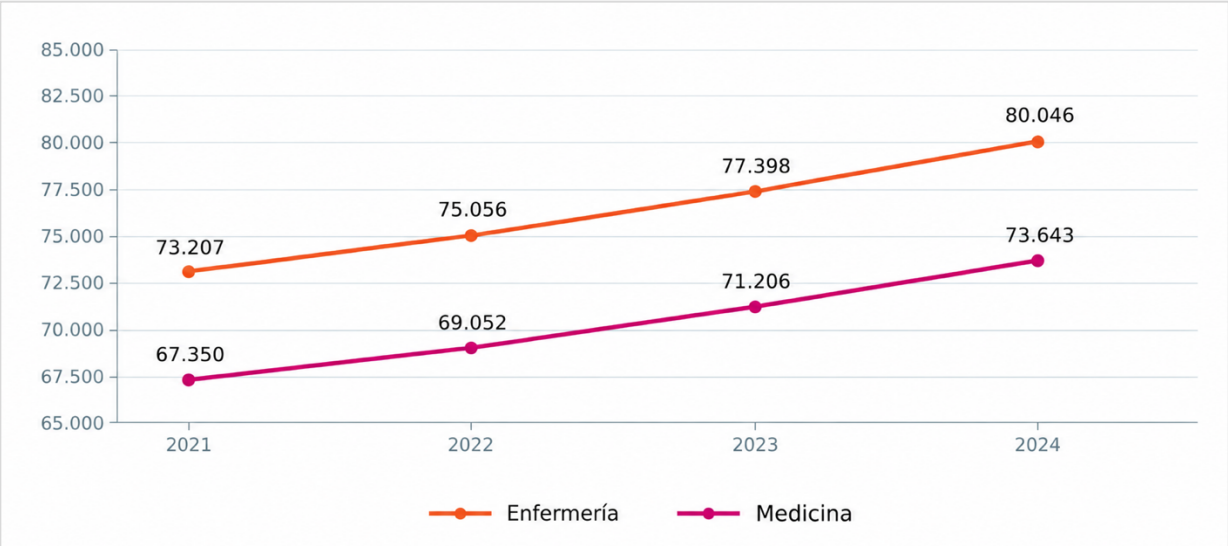
El crecimiento sostenido del aseguramiento sanitario privado en España y en menor medida, de la utilización de servicios sanitarios privados con pago directo, han reforzado la relevancia de este sector como espacio de empleo y atracción de profesionales sanitarios. En 2023 se estimaban 12,4 millones de personas con seguro sanitario privado, un 3,1 % más que el año previo, motivado principalmente por la rapidez de la atención y la libre elección de (y acceso a) especialistas hospitalarios (34). Así, el sector privado actúa no solo como un ámbito de ejercicio profesional que compite con el sistema público, sino también como un modelo

organizativo y asistencial orientado principalmente a la atención hospitalaria, en el que la Atención Primaria pierde visibilidad e influencia.

Según las estimaciones del IDIS, entre 2021 y 2024 el número de profesionales en el sector sanitario privado aumentó un 9 % tanto en enfermería como en medicina (Figura 8). En enfermería, en 2024 se estimaban 80.046 profesionales en el sector privado, distribuidas entre 31.486 en el ámbito intrahospitalario y 48.560 en el extrahospitalario (34). Estas estimaciones son coherentes con las publicadas por la Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE) (35) y con los datos recogidos en los sistemas de información SIAP y SIAE, para sus respectivos años de referencia. No se dispone de información sobre cuántas de ellas son especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria. No obstante, la magnitud del conjunto de profesionales en este ámbito ya sugiere un espacio de competencia por el talento, con implicaciones para la disponibilidad de personal en Atención Primaria.

En medicina, en 2024 se estimaban 73.643 profesionales contratados en el sector privado (17.059 en ámbito hospitalario y 56.584 en extrahospitalario) (34). No se dispone de datos sobre cuántos son especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). No obstante, estimaciones basadas en datos de la ASPE indican que aproximadamente el 50 % de estos especialistas trabaja a tiempo parcial (24), compatible con el ejercicio simultáneo en el sistema público. Este patrón contrasta con la baja prevalencia del empleo a tiempo parcial en el SNS: en torno al 7 % en el conjunto del sistema y apenas un 2,9 % en Atención Primaria) (24); dependiente en gran medida de las condiciones ofertadas por cada comunidad autónoma. La mayor flexibilidad del sector privado, incluida la expansión de modalidades de atención remota y online, podría estar actuando como un factor de atracción, condicionando la disponibilidad y permanencia de profesionales en el SNS.

Figura 8. Evolución del número de profesionales de enfermería y medicina en el sector sanitario privado en España, 2021–2024.



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), datos correspondientes a 2021–2024.

Bienestar profesional, causas de abandono y estrategias de fidelización en Atención Primaria

El bienestar y la salud mental de los profesionales sanitarios se han consolidado como determinantes centrales de la fidelización, especialmente tras la pandemia de la COVID-19. La evidencia europea apunta a un deterioro significativo en profesionales de enfermería y medicina, con implicaciones directas sobre la intención de abandono. El estudio MeND (*Mental Health of Nurses and Doctors*), impulsado por la oficina regional europea de la OMS y basado en más de 120.000 profesionales de 29 países, muestra que uno de cada tres presenta síntomas compatibles con depresión, uno de cada cuatro ansiedad y cerca del 10 % refiere ideación suicida (36). Aunque no se centra específicamente en Atención Primaria, identifica factores estrechamente vinculados a este ámbito asistencial, como la carga de trabajo, la inestabilidad contractual, la exposición a violencia o acoso, y la falta de apoyo organizativo. En España, la evidencia específica en Atención Primaria confirma una elevada carga de malestar profesional, con tasas de burnout en torno al 18 % en medicina de familia y 12 % en enfermería, aunque las cifras aumentan hasta aproximadamente la mitad de los profesionales al considerar definiciones más amplias (37). El desgaste es especialmente acusado entre profesionales jóvenes (38).

La literatura reciente muestra que las causas de abandono y baja satisfacción en Atención Primaria son múltiples, interdependientes y en gran medida comunes a enfermería y medicina, aunque su peso relativo varía según la profesión, el contexto y la etapa laboral. Entre los factores más recurrentes se encuentran la elevada carga asistencial, las plantillas insuficientes, las ineficiencias organizativas y burocráticas, la exigencia de respuestas inmediatas, el bajo control sobre la práctica clínica, la falta de autonomía, la dificultad para prestar cuidados con la calidad deseada, el escaso apoyo directivo y el limitado reconocimiento profesional (18,39–45). En medicina, la literatura destaca además el menor prestigio relativo de la especialidad y las dificultades en la transición entre la formación especializada y el ejercicio profesional; en enfermería, adquieren especial relevancia las horas extra no remuneradas, la limitada capacidad de desarrollo competencial y la percepción de escaso reconocimiento profesional y organizativo (46–49). La combinación de presión asistencial, escasez de profesionales y desgaste acumulado tiende a generar un círculo de sobrecarga, donde la presión sobre quienes permanecen incrementa aún más el riesgo de burnout, bajas laborales y nuevas salidas (50). En zonas rurales o de difícil cobertura se añaden dificultades específicas relacionadas con el aislamiento profesional, las mayores necesidades de desplazamiento, la limitada disponibilidad de recursos y las dificultades de conciliación, que contribuyen a reducir el atractivo y la permanencia en estos puestos (51,52).

Las estrategias descritas en la literatura son diversas, pero la evidencia sobre su efectividad sigue siendo limitada y heterogénea. Las intervenciones más frecuentes incluyen incentivos financieros, apoyo a la transición profesional, mentoría, supervisión, oportunidades de desarrollo profesional, fortalecimiento del trabajo en equipo, mayor autonomía, clarificación de roles, apoyo a la conciliación y rediseño de modelos y circuitos asistenciales (53). En zonas rurales o desatendidas, los paquetes de incentivos han mostrado resultados variables: en Portugal facilitaron el despliegue de profesionales médicos en zonas deficitarias (54); en otros contextos, como Francia o Kazajistán, los incentivos económicos aislados no fueron suficientes para resolver los problemas de cobertura (25,55). La evidencia sugiere que las intervenciones combinadas que integran mejoras retributivas, apoyo profesional, mejoras en las condiciones laborales, autonomía, desarrollo competencial y rediseño organizativo son más eficaces que las medidas aisladas (56,57). Los resultados apuntan a la necesidad de adaptar las estrategias de fidelización y retorno a contextos y trayectorias profesionales concretas, incorporando de forma sistemática la experiencia y las prioridades de los propios profesionales en su diseño e implementación.

4. Factores de permanencia, salida y retorno: análisis cualitativo

Esta sección presenta los resultados del trabajo cualitativo con profesionales de Atención Primaria y representantes de sociedades científicas, colegios profesionales y sindicatos, con el objetivo de identificar los principales factores que influyen en las decisiones de permanencia, salida y retorno de los profesionales de Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria. Los hallazgos se organizan en cuatro dimensiones interrelacionadas. La primera se refiere a las condiciones de empleo y a la adecuación del puesto a la formación y expectativas profesionales. La segunda aborda la organización cotidiana de la actividad asistencial y las condiciones necesarias para desarrollar una práctica clínica sostenible. La tercera se centra en las oportunidades de desarrollo profesional, incluyendo la posibilidad de diversificar la actividad, progresar y construir una trayectoria estimulante dentro de la Atención Primaria. La cuarta sitúa estas experiencias en el marco más amplio de la gestión, la gobernanza y el posicionamiento institucional de la Atención Primaria dentro del sistema sanitario.

Marco contractual y condiciones de empleo

El marco contractual y las condiciones de empleo configuran la relación laboral en Atención Primaria, incluyendo factores como la estabilidad y duración de los contratos, la flexibilidad y conciliación, la remuneración, y la adecuación del puesto a la formación, competencias y especialización de los profesionales.

Estabilidad laboral: previsibilidad, continuidad y seguridad profesional

La estabilidad laboral hace referencia al acceso a contratos y plazas que permitan una vinculación sostenida con un equipo, cupo y ámbito de práctica. Se identifica como un factor central para la fidelización y el retorno en Atención Primaria, tanto en enfermería como en medicina, por sus implicaciones profesionales y personales. Aunque en los últimos años se han producido avances en la reducción de la temporalidad, con distinto alcance según las comunidades autónomas y las categorías profesionales (13), los participantes continúan describiendo situaciones de inestabilidad asociadas a contratos de corta duración y cambios frecuentes de puesto o cupo, que afectan tanto a la continuidad asistencia como al bienestar de los profesionales: *“estar siempre pendiente del teléfono”* o *“no poder organizar tu vida”* son vivencias recurrentes.

En medicina, los participantes señalan un acceso progresivo a contratos de mayor duración, aunque persisten situaciones de rotación en etapas iniciales. En enfermería, la inestabilidad es más acusada y heterogénea entre comunidades autónomas. Las enfermeras que finalizan la especialidad reciben con frecuencia ofertas de contratos de muy corta duración: *“si tienes suerte una semana, si tienes suerte una baja y así cambiando de un lado para otro”* [GFE 2]. La falta de previsibilidad y las penalizaciones asociadas a las bolsas de empleo temporal aumentan la incertidumbre y desincentivan la permanencia. A ello se suman los procesos de movilidad interna (traslados y acoplamientos), que suelen implicar la incorporación de enfermeras generalistas procedentes del hospital a plazas de Atención Primaria, desplazando a enfermeras especialistas

y dificultando la consolidación de los equipos, las oportunidades de empleo y el despliegue efectivo de la especialidad.

La falta de acceso a plazas fijas en Atención Primaria (ya sea por escasa convocatoria o por no alcanzar la puntuación requerida) ha favorecido que muchas enfermeras especialistas hayan terminado presentándose y accediendo a plazas hospitalarias como generalistas: *"ante una plaza fija y días sueltos… me fui al hospital"* [GFE1]. Una vez en el hospital, el retorno a Atención Primaria implica asumir riesgos: desde la pérdida del puesto o destino a asumir condiciones laborales inciertas con menor estabilidad, lo que desincentiva la movilidad: *"[…] a mí me han llamado* [de Atención Primaria] *para una baja de unos meses. Yo, si renuncio, si cojo una excedencia de mi plaza fija pierdo destino, pierdo vacaciones, pierdo dinero estable. Yo no tengo 20 años que acabo de salir de la carrera, o sea, yo me acerco más a los 50 que a los 20. Entonces es que es absurdo, no voy a perder una estabilidad por 10 días de baja*" [GFE1]

Flexibilidad: capacidad de adaptación y oportunidades de conciliación

La flexibilidad en la organización del trabajo se identifica como uno de los factores más valorados en los entornos laborales actuales de los profesionales, y como un elemento clave para su permanencia o posible retorno a la Atención Primaria. Tanto en enfermería como en medicina, se describe un modelo percibido como rígido, con escaso margen para adaptar horarios, acumular jornada o acceder a fórmulas parciales de dedicación, lo que dificulta compatibilizar la actividad asistencial con la vida personal y familiar y otros intereses profesionales.

La falta de opciones flexibles y, en particular, la concentración de algunas ofertas en cupos de tarde convierte la permanencia en Atención Primaria en una opción excluyente para profesionales jóvenes con responsabilidades familiares: *"tuve la sensación de tener que elegir entre la conciliación familiar y poder seguir optando a la longitudinalidad y tener mi cupo"* [GFM 1]. Los participantes proponen avanzar hacia modelos más adaptables, incorporando turnos flexibles, opciones de teletrabajo para tareas no presenciales y fórmulas contractuales que permitan compatibilizar la Atención Primaria con otras actividades profesionales (docencia, investigación). La posibilidad de mantener una dedicación parcial aparece también como una estrategia para no desvincularse completamente de la Atención Primaria y facilitar un eventual retorno: *"pues mira, puedo pasar consulta los jueves por la tarde. No es ideal, pero tengo un pie dentro"* [GFM 2].

Remuneración: reconocimiento económico y progresión profesional

La remuneración comprende tanto el nivel salarial como las oportunidades de progresión económica a lo largo de la trayectoria profesional. En ambas profesiones, los participantes perciben que la retribución no refleja suficientemente la responsabilidad y complejidad del trabajo en Atención Primaria, ni reconoce adecuadamente la experiencia, la especialización, el desempeño o la asunción de funciones adicionales, como la docencia, la gestión u otras responsabilidades.

En enfermería, esta cuestión adquiere una dimensión específica vinculada al esfuerzo formativo. En un contexto de elevada empleabilidad, la especialización implica percibir durante dos años una remuneración inferior a la que podría obtenerse ejerciendo como enfermera generalista, sin posibilidad de compatibilizar la residencia con otra actividad profesional, de acuerdo con el régimen de dedicación a tiempo completo establecido en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre (58). Esta pérdida de ingresos durante la residencia - *"cobras un sueldo muy bajo durante 2 años" [GFE 2]* - no se ve posteriormente compensada por una retribución que reconozca la especialización, lo que genera una percepción de agravio comparativo frente a

las compañeras generalistas y reduce los incentivos para especializarse*: "hemos hecho una inversión de tiempo y de dinero… y eso debería reflejarse también en el sueldo".* [GFE 2]

Reconocimiento de la especialización: correspondencia entre cualificación y puesto

El reconocimiento de la especialización implica tener en cuenta la formación y cualificación de los profesionales en los procesos de contratación, asignación y desempeño de los puestos en Atención Primaria. Los hallazgos evidencian desajustes entre cualificación y puesto, aunque con manifestaciones diferenciadas entre profesiones. En enfermería, la falta de reconocimiento efectivo de la especialidad se traduce en que enfermeras especialistas ocupan plazas de generalista en Atención Primaria o, directamente, encuentran barreras para acceder a este ámbito asistencial. Al no ser contratadas como especialistas, no acumulan méritos en esta categoría, con las consiguientes dificultades para acceder a plazas estables y el riesgo de perpetuar un circuito de exclusión: *"Todo se basa en que si tú no trabajas como especialista, no creas puntos en la bolsa, con lo cual siempre estás al final"* [GFE 1].

Esta misma lógica se extiende a los sistemas de baremación, donde la especialización tiene un peso limitado frente a la antigüedad acumulada, principal criterio de valoración, y dificulta tanto el acceso como la movilidad dentro de Atención Primaria. Tal y como describe una participante enfermera con experiencia en gestión: *"Por cómo está el baremo de los traslados, es más fácil que trasladen a alguien del hospital a un centro de salud urbano que a alguien que esté en un centro de salud rural a un centro de salud urbano, porque depende mucho del tiempo trabajado. Entonces hay compañeras que pueden llevar años en un pueblito pequeño y ven cómo no pueden mover sus plazas de primaria a un centro de cabecera porque pasan promociones y promociones que vienen con 60 años, se jubilan, siguientes traslados y así sucesivamente"* [GFE 3].

Además, el periodo de formación como especialista con frecuencia no computa como experiencia profesional, lo que sitúa a estas profesionales en desventaja: *"es como si se te penalizaran constantemente que te hayas formado"* [GFE 1]. En medicina, se observa una situación inversa pero igualmente problemática: la cobertura de plazas de especialista por profesionales sin especialidad, como respuesta a la escasez de médicos/as de familia. Se trata de una práctica que se facilitó durante el periodo excepcional de la COVID-19, pero que continúa vigente.

En ambos casos - tanto en enfermería como en medicina - la asignación de puestos sin correspondencia con la formación especializada, ya sea por infrautilización de perfiles cualificados o por incorporación de profesionales sin la especialidad, refleja una falta de adecuación estructural del sistema. En medicina, una participante advierte de los riesgos para la calidad y seguridad de la atención: *"no tienen la formación […] y les llevamos a la zona rural donde tenemos a la población más anciana, con más complicaciones, con más pluripatología, simplemente para decir que tienen un médico"* [SC01]. A ello se suma la pérdida de capacidad docente, al dificultarse la (re)acreditación de los centros por la falta de profesionales especialistas: *"están perdiendo centros acreditados porque no tienen a especialistas"*. En conjunto, estos desajustes reducen los incentivos para cursar la formación especializada, especialmente ante la pérdida de ingresos durante el periodo formativo, y alimentan una percepción de falta de reconocimiento institucional de la Atención Primaria y de la formación especializada, en contraste con las exigencias de cualificación en otras especialidades: *"A mí no se me ocurre que ninguna gerencia quiera poner a un médico en cardiología que no haya hecho la especialidad de cardiología y en cambio en primaria esto lo podemos hacer"* [GFM 1].

Configuración del puesto: desarrollo de funciones propias de la Atención Primaria

La configuración del puesto determina en qué medida las funciones asignadas permiten desarrollar una práctica coherente con las competencias, la formación y el modelo asistencial de la Atención Primaria. En medicina, estos desajustes se observan, por ejemplo, en los contratos orientados a cubrir ausencias en distintos centros de salud (los denominados contratos "de área"), que, aun ofreciendo cierta estabilidad, implican una práctica fragmentada, sin posibilidad de establecer relaciones longitudinales con los pacientes y equipos de Atención Primaria. En enfermería, parte del despliegue y reconocimiento de la especialidad se ha articulado a través de puestos vinculados a funciones específicas o dispositivos paralelos - como roles de enfermería gestora de casos, funciones exclusivamente comunitarias, consultas monográficas o dispositivos creados en contextos excepcionales como la COVID-19 - que, aunque puedan responder a necesidades organizativas, tienden a desarrollarse al margen de la práctica clínica longitudinal y del trabajo integrado en Atención Primaria. En ambos casos, la ausencia de cupo, continuidad asistencial y participación en la dinámica habitual del equipo impide desarrollar una práctica reconocible como *"hacer primaria"* y reduce la satisfacción profesional y el interés por ocupar estos puestos. Tal y como describe un participante enfermero en relación con los primeros contratos tras finalizar la especialidad: *"cuando nosotros acabamos la residencia sí que es verdad que a mí se me ofrecieron determinados contratos. Pero claro, lo primero que preguntábamos era '¿Pero es con cupo?' 'Es que no te lo puedo asegurar' […] mis compañeros estuvieron los primeros meses haciendo consultas monográficas tipo tabaquismo, comunitaria y tal"* [GFE 3].

Dimensión organizativa y condiciones de trabajo

La dimensión organizativa y las condiciones de trabajo hacen referencia a la forma en que se organiza la actividad asistencial cotidiana en Atención Primaria, incluyendo la carga de trabajo, la distribución de funciones, la coordinación entre profesionales y ámbitos asistenciales, y el margen de autonomía clínica.

Sobrecarga asistencial: intensidad de trabajo y sostenibilidad de la práctica clínica

La carga asistencial comprende el volumen de actividad clínica, organizativa y administrativa que los profesionales deben asumir durante su jornada, así como su grado de control sobre el mismo, y es uno de los principales factores que impulsan la salida de profesionales, especialmente en medicina de familia. Las participantes describen un contexto de sobrecarga sostenida, con agendas saturadas, jornadas prolongadas y escaso margen para gestionar el tiempo de consulta. Entre los factores que alimentan esta presión se señalan la demanda urgente adicional ("forzados"), la necesidad de cubrir ausencias en contextos de déficit estructural de personal y una presión especialmente intensa en zonas con mayor complejidad clínica y social, donde la dotación de recursos no siempre es proporcional a las necesidades. A ello se suma un elevado volumen de tareas administrativas y burocráticas que se canalizan hacia la consulta, incluyendo con frecuencia actividades derivadas de otros ámbitos asistenciales - como la gestión de pruebas, derivaciones, prescripciones o incapacidades temporales -, que incrementan la sobrecarga y reducen el atractivo de la Atención Primaria como entorno clínicamente estimulante: *"Esto me molesta decirlo y reconocerlo […] pero a mí creo que lo que más me agobiaba era ver que en la consulta, por la dinámica de la consulta, no se me despertaba como ese querer, esa necesidad de estudiar […] tener días de 'jo, pues hoy lo que he visto es burocracia'."* [GFM 2].

La presión asistencial y el escaso tiempo disponible dificultan la priorización de los problemas de salud y la prestación de una atención de calidad, especialmente ante necesidades complejas, tal y como explica una médica de familia: *"al final te dan 5 minutos por paciente. Entonces el paciente crónico en 5 minutos no lo ves.*

Un paciente que viene con una patología psiquiátrica en 5 minutos no le puedes atender." [GFM 1]. Las consecuencias se extienden también a la relación con los pacientes, en un contexto en el que los profesionales describen una mayor exposición a situaciones de conflicto y agresiones. No obstante, la imposibilidad de sostener el nivel de calidad deseado se internaliza con frecuencia en clave individual, generando sentimientos de insuficiencia profesional y culpa*: "sentirme culpable porque no acababa y no lo estaba haciendo bien*" [GFM 2]. La práctica clínica pasa así a centrarse en la resolución inmediata ("*poner parches*"), desplazando actividades esenciales de la Atención Primaria, como la atención integral, la salud comunitaria, la formación y la docencia: *"que hubiera tiempo para hacer más cosas que no sea solo ver pacientes, ver pacientes, ver pacientes. A mí me gustaba mucho la comunitaria en su momento, pero enseguida dejé de hacerlo, la verdad."* [GFM 1]; *"también tenemos que tener tiempo para hacer esos diagnósticos comunitarios y poder adaptar las intervenciones comunitarias"* [GFE 1].

Trabajo en equipo: integración profesional y optimización de la atención

El trabajo en equipo y la organización de la práctica hacen referencia a la forma en que se coordinan los distintos profesionales dentro de los equipos de Atención Primaria, incluyendo la distribución de funciones, la interacción cotidiana y las dinámicas de trabajo conjunto. Los participantes explican que los distintos perfiles profesionales tienden a trabajar de forma aislada, con escasa integración en la toma de decisiones e insuficiente reconocimiento mutuo. A ello se suman barreras organizativas, como la falta de coincidencia en horarios, la inestabilidad de los equipos o la disposición física de las consultas, tal y como señala una médica entrevistada: *"A mí lo que me pasó cuando empecé en el ambulatorio al terminar la residencia es que empecé en un cupo que tenía una enfermera que estaba de suplente de otra y que acababa de llegar del hospital y nunca había estado en atención primaria.[…] Además, lo que me pasaba con ella es que el horario de visita nunca coincidíamos. O sea, si yo iba de mañana, ella igual iba de tarde y tal, coincidíamos súper poco y nuestras consultas no estaban a la par"* [GFM 3].

Frente a ello, los participantes identifican las Unidades Básicas de Atención (UBAs) como un modelo organizativo que favorece una mayor coordinación e integración del trabajo, organizado en torno a un cupo compartido por medicina y enfermería, con el apoyo de personal administrativo. Las participantes valoran especialmente la posibilidad de compartir el seguimiento de los pacientes, comunicarse de forma continuada y organizar conjuntamente la atención: *"…a mí me enseñaron lo de las unidades básicas de atención, lo viví en la residencia, médico y enfermera, un tándem juntos, coordinados, trabajando a la vez y por la compuerta […] comunicándonos todo el rato, hablando y organizándonos entre nosotras […] Pero el volver a estas unidades de médico y enfermera y entre ellas coordinarse, conocer a los pacientes y ver cómo se redistribuyen, yo eso las dos veces que lo he vivido me ha parecido genial para tratar a los pacientes."* [GFM 1]

En este marco, se subraya también la importancia de reforzar el papel del personal administrativo en la gestión y canalización de la demanda no clínica, liberando capacidad asistencial y ampliando el margen de actuación de enfermería y medicina en ámbitos como la práctica clínica, la docencia o la investigación. La ampliación de competencias, acompañada de formación y desarrollo profesional, se vincula además a una práctica más resolutiva y estimulante: *"hay muchas limitaciones a cosas que el médico de familia puede pedir o hacer […] hay muchas cosas que estoy segura de que podríamos resolver y que sería muy estimulante para nosotros […]"* [GFM 3].

Autonomía y control sobre la organización de la consulta

La autonomía hace referencia al margen que tienen los profesionales para ejercer su juicio clínico y profesional en las decisiones que conciernen a la organización de su consulta, especialmente la gestión de la agenda (cantidad, duración y modalidad de las citas). Tanto en enfermería como en medicina se describe un modelo percibido como rígido, principalmente orientado al cumplimiento de agendas predefinidas: *"no te dejan organizar la agenda, esa rigidez tan total que se produce con el médico de familia, pues al final hace que tu trabajo sea inasumible porque no puedes atender pacientes, atiendes agenda y te vas"* [GFM 1].

Se destaca la importancia de poder ajustar la duración de la consulta, reorganizar la agenda o decidir la modalidad de atención -presencial, telefónica, telemática, domiciliaria o comunitaria- para optimizar el uso del tiempo y adecuar la respuesta a las necesidades de cada paciente, cupo y población. La autonomía profesional se asocia con una mayor satisfacción y emerge, en algunos casos, como condición necesaria para considerar el retorno a la Atención Primaria, tal y como expresa un médico participante: "*la flexibilidad que ellos tienen para organizar y hacer y deshacer la quiero yo para mi consulta y para mi centro de salud. Y es que si no, no vuelvo. O sea, si a mí no me dejan organizar mi agenda no vuelvo"* [GFM 1].

Coordinación asistencial: integración entre ámbitos y continuidad de los cuidados

La coordinación comprende la calidad de las relaciones, los circuitos de comunicación y los mecanismos de trabajo compartido entre la Atención Primaria y otros ámbitos asistenciales. Tanto en medicina como en enfermería se describe cierta desconexión, acompañada en ocasiones de relaciones asimétricas y de un conocimiento limitado por parte del ámbito hospitalario sobre las condiciones de trabajo y el alcance de la práctica en Atención Primaria. En medicina, se percibe una falta de reconocimiento del criterio clínico de sus profesionales, tal y como señala una médica de familia al describir el trato recibido según el lugar desde el que contacta con el hospital: "*he visto mucha diferencia cuando llamo a Urgencias desde el centro de salud, cuando llamo por ejemplo desde* [nombre de dispositivo de urgencias extrahospitalarias] *o cuando llamo a Urgencias desde hospital"* [GFM 3]. También se cuestiona el carácter predominantemente unidireccional de algunas interacciones, como las actividades formativas o las interconsultas, que tienden a situar a la Atención Primaria en una posición más receptora que colaborativa*: "vienen los especialistas al centro de salud a enseñarnos, y es como que siempre nos tiene que enseñar desde el hospital y nunca al revés"* [GFM 3]. En enfermería, se identifican dificultades para garantizar la continuidad de los cuidados durante las transiciones entre ámbitos asistenciales, particularmente tras el alta hospitalaria de pacientes con necesidades complejas. Frente a ello, se plantea la necesidad de reforzar los espacios de interacción bidireccionales, el conocimiento mutuo y el desarrollo de mecanismos estables de colaboración para el diseño de circuitos asistenciales y planes de atención compartidos, la discusión conjunta de casos y la identificación y comunicación de incidencias.

Desarrollo profesional

El desarrollo profesional comprende las oportunidades para mantener y ampliar competencias, participar en actividades docentes e investigadoras, diversificar la práctica y construir una trayectoria profesional estimulante dentro de la Atención Primaria.

Formación, docencia e investigación: bases para una trayectoria profesional en Atención Primaria

La formación continuada se identifica como un componente central para sostener una práctica clínica de calidad en Atención Primaria, tanto en enfermería como en medicina. Sin embargo, las participantes describen dificultades para integrarla en la actividad cotidiana: la presión asistencial, la falta de tiempo y la ausencia de espacios protegidos hacen que quede relegada o se perciba como una actividad secundaria. También se cuestiona la calidad y utilidad de algunas actividades formativas, percibidas como poco planificadas, escasamente conectadas con la práctica y, en ocasiones, orientadas más al cumplimiento de requisitos formales que a necesidades reales de aprendizaje, tal y como advierte una médica participante: *"la formación del centro de salud era, bueno, venga, pues de 2 a 3 antes de irte a comer te haces una sesión de estatinas. Es como, hombre, la formación tenía que ser otra cosa, ¿no?" [GFM 1]; "las formaciones que se hacen a veces para rellenar otro papel de la gerencia, 'hay que hacer tantas sesiones al año', y entonces por obligación la gente es que ni se las prepara. Entonces muchas veces ves que los compañeros ni siquiera van."* [GFM 1].

En el ámbito de la tutorización EIR/MIR, las participantes señalan la necesidad de proteger los espacios docentes y evitar que los procesos de movilidad o provisión de plazas desestabilicen los equipos acreditados. Para ello, se propone reforzar el rol tutor como parte estructural de la organización. Lo explica una participante a propósito de la necesidad de incorporar explícitamente funciones y competencias docentes en las plazas de los centros acreditados: *"cuando un equipo es docente no se debería desmontar porque haya un concurso de traslados o haya una oposición. Se puede desmontar en el sentido de cambio de personas, pero la persona que viene tiene que tener las mismas competencias docentes y ser un profesional tutor. […] hay que perfilar las plazas, hay que proteger los centros docentes"* [SC_01]. En relación con la docencia de grado, se destaca su papel en la construcción del prestigio profesional y en la visibilidad de la Atención Primaria, subrayando, para ello, la necesidad de una integración curricular transversal y de medidas que faciliten su compatibilización con la práctica asistencial: "*No puedes tener prestigio, no puedes tener a los buenos de la clase si no tienes cátedras. Yo miraría muy a largo plazo, o sea, el prestigio profesional"* [GFM 3]; "*cuando los estudiantes ven que un médico, una médica de familia, está explicando la otitis o explicando la gastroenteritis o explicando farma, se dan cuenta de que no todo es una especialidad hospitalaria"* [SC_01].

La investigación aparece también como una vía de desarrollo profesional y de generación de conocimiento aplicado desde la Atención Primaria. No obstante, la falta de estructuras, tiempo protegido y fórmulas contractuales que permitan compatibilizar asistencia e investigación limita su despliegue y contribuye a que quede fuera de la trayectoria habitual de muchos profesionales. Las participantes plantean la necesidad de avanzar hacia modelos más flexibles -como contratos mixtos o itinerarios que integren asistencia, investigación y docencia- para reforzar el atractivo de la Atención Primaria como entorno clínico, académico y profesional.

Proyección profesional: itinerarios de desarrollo y reconocimiento dentro de la Atención Primaria

La proyección profesional y las oportunidades de desarrollo hacen referencia a la existencia de itinerarios que permitan a los profesionales diversificar su actividad, asumir nuevas responsabilidades y ampliar progresivamente sus competencias dentro de la Atención Primaria. Tanto en enfermería como en medicina se describe una percepción de estancamiento, con escasas opciones de crecimiento más allá de la acumulación de antigüedad y dificultades para proyectarse profesionalmente a largo plazo, que pueden contribuir, en algunos casos, al abandono de la Atención Primaria. Así lo expresa una enfermera especialista al describir sus expectativas profesionales tras finalizar la residencia: "*me costaba mucho verme 50 años de*

mi vida o 40 los que fueran en una consulta y ya está, como sin mucha posibilidad de crecimiento. Me costaba un poco verme así" [GFE 1].

En enfermería, esta limitación se expresa además como un techo competencial tras la finalización de la especialidad, con profesionales altamente formadas que encuentran pocas oportunidades para desplegar y ampliar sus capacidades en la práctica. Algunas participantes contrastan esta situación con otros sistemas sanitarios donde existen trayectorias progresivas y diferenciadas vinculadas a mayores niveles de responsabilidad y autonomía profesional*: "me fui a Londres y trabajé un año allí y una cosa que me motivaba muchísimo de allí era precisamente que había rangos. Entonces tú te quedabas en el rango que a ti te gustase, pero si te apetecía llegar a una supervisión o si te apetecía ser 'nurse practitioner' o lo que sea, pues era posible […] que puede que luego no haga nada, eso no lo sé, pero desde luego tengo ciertas puertas abiertas"* [GFE 3]. El *"techo"* se extiende también al ámbito de la gestión, donde persisten restricciones para el acceso de enfermería a puestos de liderazgo y dirección, con la consiguiente infrautilización de competencias y talento profesional: *"tienes el techo, el techo habitual de que director de un centro va a ser médico y subdirección va a ser enfermería de manera tradicional y patriarcal"* [GFE 2]; *"Yo soy el profesor de gestión. Y en el grado en medicina también soy yo el que da gestión sanitaria […] Sin embargo, en los centros de salud se nos limita ya independientemente de que seamos especialistas o no"* [GFE 1].

En medicina, se plantea de forma similar la necesidad de generar itinerarios vinculados a ámbitos específicos y estratégicos -como la docencia, la atención comunitaria o la coordinación y calidad asistencial- que permitan asumir nuevas funciones sin abandonar la práctica clínica. Como resume un médico participante: *"que puedas crecer de otras formas, que pueda haber un referente en el área de ecografía, otro referente de comunitaria, otro referente de formación, no sé, y que sea algo más serio"* [GFM 1]. Las participantes subrayan, además, que estas funciones requieren reconocimiento formal, tiempo protegido y compensación adecuada, evitando que dependan exclusivamente del compromiso individual o del voluntarismo profesional: *"yo era la responsable de salud comunitaria y luego, pues tampoco nadie me quitaba horas para hacer todo el trabajo que implicaba ser responsable. Bueno, pues yo lo cogí por puro amor al arte, no cobraba ni un euro más, exactamente el mismo sueldo que mi compañera que no hacía nada"* [GFE 3].

Gestión y dirección de la Atención Primaria

La gestión y dirección de la Atención Primaria comprenden las decisiones, estructuras y formas de gobernanza que organizan el funcionamiento de los centros, la gestión de los profesionales y la representación de la Atención Primaria en la toma de decisiones del sistema sanitario. Los participantes sitúan esta dimensión como un elemento transversal, capaz de facilitar o dificultar que las condiciones contractuales, organizativas y profesionales descritas anteriormente se traduzcan en entornos laborales atractivos y sostenibles.

Dirección de centros de salud: liderazgo organizativo y proyecto de centro

La dirección de los centros de salud hace referencia a la capacidad de organizar el funcionamiento cotidiano del centro, adaptar circuitos asistenciales, apoyar y supervisar a los equipos, y orientar la mejora de la práctica. Sin embargo, las participantes describen una función directiva frecuentemente limitada por la rigidez organizativa, la escasa autonomía de decisión, la falta de tiempo protegido, formación e incentivos, y un reconocimiento insuficiente de la complejidad del rol: *"el coordinador no tiene horas casi de coordinación. Entonces, claro, tiene su consulta más la coordinación y me parece además un papel difícil"* [GFM 1].

Desde esta perspectiva, se plantea la necesidad de reforzar la dirección de los centros de salud como una función estratégica, dotada de competencias, tiempo, formación, acceso a datos y capacidad real para impulsar cambios organizativos. Entre las áreas prioritarias se identifica la autonomía para innovar en la organización interna del centro (desde circuitos para la demanda aguda hasta cupos espejo para cubrir ausencias y preservar la longitudinalidad, o nuevas formas de distribución del trabajo). La dirección tendría también un papel clave en el despliegue de la cartera de servicios, el desarrollo competencial de los profesionales, la promoción de la docencia y la investigación, y la construcción de mecanismos de evaluación orientados a la mejora, no solo a la supervisión. Como expresa una participante, la dirección debería contribuir a clarificar objetivos, acompañar su seguimiento y ofrecer herramientas para mejorar la práctica: *"remarcar más cuáles son los objetivos, […] qué es lo que queremos que hagan las enfermeras de Atención Primaria y qué herramientas les vamos a dar […] para que vean si lo están haciendo bien o mal […] y si lo están haciendo bien, cómo se lo vamos a premiar"* [GFE 3]. Para ello, se señala la necesidad de disponer de sistemas de información que faciliten el acceso y la utilización de los datos generados en los propios centros para la gestión y la planificación*: "lo que necesitas es un sistema informático que lo mire y nuestro sistema informático ni está hecho para explotación de datos […]. Y tampoco está hecho para ayudar en la atención […] hay un secuestro de los datos"* [GFM 2].

La dirección del centro se entiende también como una función relacional, orientada a construir equipo, generar sentido compartido y favorecer un clima de trabajo responsable y cohesionado: *"Yo creo que tiene un papel clave en hacer equipo también. O sea, yo he notado mucha diferencia en los centros de salud, es una figura que puede hacer de pegamento"* [GFM 1]. El ejercicio de este liderazgo requiere legitimidad y respaldo del equipo a un proyecto de gestión compartido y adaptado a las necesidades y características de la población. Como plantea una informante clave, *"no vale decir, 'bueno, yo voy a ser director', claro, pero haz un proyecto que el equipo valide y que todos vayan a una. […] Es muy importante conocer el entorno, tener un plan adecuado para la población que tienes"* [SC_01]. Se plantea así la necesidad de superar modelos percibidos como excesivamente dependientes de la gerencia o centrados en la mera transmisión de instrucciones, y avanzar hacia direcciones con mayor capacidad de liderazgo clínico y organizativo. En palabras de un médico participante: *"para mí es un pegamento del centro de salud, pero no puede ser una evaluación, no puede ser el encargado de la gerencia. Porque entonces tienes un subalterno ahí que no te va a ayudar, te va a evaluar, hay que darle una vuelta a eso por completo."* [GFM 1].

Gerencias y gestión de RRHH: planificación estratégica y organización profesional

La gestión de recursos humanos a nivel de gerencia comprende las políticas de contratación, movilidad, desarrollo profesional y organización del trabajo que afectan al conjunto de la Atención Primaria. Los participantes describen una gestión de RRHH orientada con frecuencia a resolver necesidades inmediatas de cobertura, más que a garantizar condiciones estables para un ejercicio sostenible. Entre las prácticas asociadas a esta gestión a corto plazo se señala la cobertura de vacantes mediante la contratación de profesionales sin el título de especialista exigido por la LOPS para ocupar puestos con esa denominación (59), o fórmulas de organización del trabajo alejadas del modelo longitudinal y comunitario de la Atención Primaria (por ejemplo, puestos sin cupo estable asignado).

A ello se suma la percepción de una gestión rígida, con escaso margen para innovar o priorizar perfiles acorde a las necesidades de los equipos (discrecionalidad), así como escasa transparencia y previsibilidad en los procesos de contratación y movilidad, que generan una sensación de arbitrariedad y debilitan la confianza en el sistema, tal y como relata una enfermera participante: *"hay plazas que están como bloqueadas, quiero*

decir, que nunca salen a nada, pero yo que estaba con plaza fija, especialidad y comisionada, mi hueco sí que salió a una movilidad interna […] pero te podría hacer un listado de la cantidad de gente cuya plaza nunca sale a nada" [GFE 2]. También se describe un modelo de gestión predominantemente administrativo o transaccional, con poca atención a las trayectorias, motivaciones y circunstancias individuales de los profesionales. La distancia entre las estructuras de gestión y la experiencia cotidiana de los equipos alimenta una sensación de despersonalización y falta de cuidado institucional, frente a la necesidad de modelos más cercanos y proactivos, orientados no solo a administrar recursos, sino también a apoyar y retener equipos*: "los profesionales se sienten abandonados […] la labor también de los gestores es estar ahí encima de los equipos, ir a verles, saber de sus inquietudes, darles respuesta a lo que necesiten"* [SC_01].

Finalmente, los participantes apuntan a una insuficiente capacidad de influencia de la Atención Primaria en las decisiones que afectan a su funcionamiento, incluyendo la planificación y asignación de los recursos sanitarios, la organización de la atención, o el diseño de modelos y circuitos asistenciales compartidos. El predominio de un liderazgo hospitalario contribuye a mantener esta posición subordinada y limita la consideración de sus necesidades y prioridades en la toma de decisiones. Como reclama una enfermera participante: *"creo que deberíamos participar como comisión o no sé, pero que recursos humanos redacte esto sin que estemos ninguno de nosotros creo que no tiene ningún sentido. Entonces no sé si se podría proponer, que estemos representados en la decisión de esto"* [GFE 1].

Tabla 5. Dimensiones y factores para la fidelización y el retorno en Atención Primaria identificados por profesionales y representantes.

Dimensión	Factores clave	Qué facilitaría la fidelización y el retorno
Marco contractual y condiciones de empleo	Estabilidad; flexibilidad; remuneración; reconocimiento de la especialización; adecuación del puesto	• Contratos estables y previsibles vinculados a equipo, cupo y ámbito de práctica. • Flexibilidad horaria, conciliación y opciones de dedicación parcial o mixta. • Retribución acorde con responsabilidad, especialización y funciones adicionales. • Contratación de profesionales con la especialidad y reconocimiento efectivo de la especialización. • Puestos que permitan desarrollar funciones propias de AP y longitudinalidad.
Organización y condiciones de trabajo	Sobrecarga asistencial; trabajo en equipo; autonomía profesional; coordinación asistencial	• Agendas sostenibles, menor burocracia y cupos ajustados a complejidad. • Equipos estables e integrados, con roles optimizados y máximo desarrollo competencial de cada perfil. • Mayor autonomía para organizar agendas, tiempos y modalidades de atención. • Coordinación bidireccional y horizontal entre AP y otros ámbitos asistenciales.
Desarrollo profesional	Formación; docencia; investigación; itinerarios de carrera; diversificación de funciones	• Tiempo protegido para formación, docencia e investigación. • Centros docentes y rol tutor protegidos y reconocidos. • Contratos o itinerarios mixtos que integren asistencia, docencia e investigación. • Carrera profesional con roles avanzados, reconocimiento formal y compensación.
Gestión y dirección de la Atención Primaria	Dirección de centros; gerencias y RRHH; política sanitaria; reconocimiento institucional	• Dirección de centros con autonomía, tiempo, formación, datos y liderazgo clínico. • Gestión de RRHH estratégica, transparente, cercana, receptiva a las propuestas de las direcciones de los centros, orientada a fidelización y retorno. • Participación real de AP en decisiones y políticas de personal. • Centralidad política, presupuestaria y simbólica de la AP dentro del sistema sanitario.

5. Mapeo de políticas autonómicas para la fidelización y el retorno del talento

Esta sección presenta el mapeo normativo y documental realizado para identificar las principales políticas, instrumentos e iniciativas desarrolladas en el ámbito autonómico que pueden influir en la fidelización y el retorno de profesionales de Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria en Atención Primaria. El objetivo es analizar cómo las comunidades autónomas están abordando, desde sus marcos normativos, planes estratégicos y medidas organizativas, los factores previamente identificados como relevantes para la permanencia, salida o retorno de profesionales.

El análisis se basa en la revisión de normativa autonómica, planes de Atención Primaria, estrategias de recursos humanos, acuerdos sindicales, convocatorias, programas específicos y otros documentos institucionales disponibles. Estas fuentes se han complementado, cuando ha sido pertinente, con la información aportada por informantes clave territoriales. El mapeo se organiza en torno a cinco dimensiones principales en gran medida relacionadas con las identificadas previamente por los profesionales como relevantes para la fidelización y el retorno profesional: (i) estrategias de estabilidad, conciliación e incentivación; (ii) condiciones de trabajo y organización asistencial; (iii) desarrollo profesional, docencia e investigación; (iv) gobernanza, liderazgo y capacidad de gestión; y (v) despliegue y reconocimiento de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. A través de estas dimensiones, se analizan tanto las políticas orientadas a mejorar la atracción y permanencia de profesionales en Atención Primaria como las principales diferencias y tendencias observadas entre comunidades autónomas.

Estrategias autonómicas de estabilidad, conciliación e incentivación

Esta sección examina las principales medidas autonómicas orientadas a mejorar la estabilidad laboral, la conciliación y los incentivos profesionales en Atención Primaria, con especial atención a las estrategias de fidelización post-residencia y puestos de difícil cobertura.

Estabilidad laboral y fidelización post-residencia

A nivel agregado del Sistema Nacional de Salud (SNS), los procesos extraordinarios de estabilización impulsados tras la aprobación del Real Decreto-ley 14/2021 han contribuido a reducir la temporalidad, aunque con ritmos de implementación y resolución desiguales entre comunidades autónomas y categorías profesionales. Pese a ello, la cobertura estable de plazas continúa siendo un reto importante en Atención Primaria. Entre las comunidades autónomas que disponían de información sobre plazas estructurales, las vacantes representaban, de forma agregada, aproximadamente el 37 % de las plazas de Medicina Familiar y Comunitaria y el 32 % de las plazas de enfermería a diciembre de 2023 (Tabla 6). De estas vacantes, el 61 % en MFyC y el 67 % en enfermería estaban cubiertas mediante personal estatutario temporal interino. La información disponible sobre interinidad se limita a las plazas estructurales vacantes cubiertas mediante nombramientos interinos por vacante (art. 9.1.a del Estatuto Marco), por lo que no incluye otras formas de contratación temporal interino destinadas a programas específicos o a la cobertura de incrementos

temporales de actividad (art. 9.1.b y 9.1.c). Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que se basan en información autorreportada por las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad. Además, desde diciembre de 2023 se han desarrollado nuevos procesos de estabilización, provisión y cobertura de plazas en distintas comunidades autónomas, por lo que la situación descrita debe entenderse como una fotografía correspondiente al periodo analizado y no refleja necesariamente la situación existente en el momento de publicación de este informe.

Tabla 6. Plazas vacantes y cobertura temporal en Atención Primaria por comunidad autónoma (MFyC y enfermería, diciembre de 2023*)

CCAA	Estructurales MFyC en AP*	Vacantes MFyC (n, %)	Interinos MFyC (n, %)	Estructurales Enfermería	Vacantes Enfermería (n, %)	Interinos Enfermería (n, %)
Andalucía	6618	2316 (35 %)	841 (36 %)	6493	1055 (16 %)	325 (31 %)
Aragón	n/d	323	267 (83 %)	n/d	223	205 (92 %)
Asturias	1022	516 (51 %)	335 (65 %)	1237	505 (41 %)	484 (96 %)
Illes Balears	708	339 (48 %)	186 (55 %)	884	492 (56 %)	332 (68 %)
Canarias	n/d	1414	1097 (78 %)	n/d	1191	788 (66 %)
Cantabria	547	166 (30 %)	157 (95 %)	621	185 (30 %)	166 (90 %)
Castilla-La Mancha	1458	649 (45 %)	438 (67 %)	1643	508 (31 %)	364 (72 %)
Castilla y León	3039	254 (8 %)	73 (29 %)	2648	23 (0,9 %)	23 (100 %)
Catalunya	5640	1285 (23 %)	1068 (83 %)	5495	2234 (41 %)	1948 (87 %)
C. Valenciana	3183	2648 (83 %)	1529 (58 %)	3335	2231 (67 %)	1104 (49 %)
Extremadura	834	464 (56 %)	347 (75 %)	879	306 (35 %)	196 (64 %)
Galicia	2070	536 (26 %)	414 (77 %)	2153	271 (13 %)	213 (79 %)
Madrid	4260	1351 (32 %)	800 (59 %)	4035	1281 (32 %)	1003 (78 %)
R. de Murcia	1109	698 (63 %)	303 (43 %)	1082	754 (70 %)	276 (37 %)
Navarra	n/d	163	82 (50 %)	n/d	444	228 (51 %)
País Vasco	n/d	736	590 (80 %)	n/d	697	600 (86 %)
La Rioja	n/d	35	9 (26 %)	n/d	85	76 (89 %)
INGESA	72	21 (29 %)	17 (81 %)	114	24 (21 %)	20 (83 %)
Total SNS (declaradas)	**30.560**	**13.914**	**8.553 (61 %)**	**30.619**	**12.509**	**8.351 (67 %)**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Figura 1 del Informe de evaluación sobre el impacto de la Primera Reforma del Componente 18 del PRTR en el SNS (Ministerio de Sanidad, noviembre 2024), basado en datos reportados por la Dirección General de Ordenación Profesional a 31 de diciembre de 2023; y de los datos reportados por las CCAA al Ministerio de Sanidad en el marco del indicador de impacto 18 de seguimiento del Plan de Acción de Atención Primaria 2025-2027. Notas: (1) Los porcentajes de vacantes corresponden a la proporción de plazas vacantes respecto al total de plazas estructurales. Los porcentajes de interinidad corresponden a la proporción de vacantes cubiertas por personal interino. (2) Algunos datos han sido revisados o actualizados por las comunidades autónomas respecto a los publicados en la fuente original. Los totales del SNS se han calculado a partir de los datos recogidos en la tabla. (3) Aunque el País Vasco no se adhirió al Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria (PAPyC), sus datos de recursos humanos fueron reportados al Ministerio de Sanidad a través de la Comisión de Recursos Humanos del SNS y se incluyen en el total. *La información sobre plazas estructurales corresponde a 31 de diciembre de 2024, procedente del indicador de impacto 18 de seguimiento del PAPyC, reportado por las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad. Ante la ausencia de datos equivalentes para 2023, se emplearon estas cifras como aproximación, dada la estabilidad esperable de las plantillas estructurales entre años consecutivos.

La estabilidad laboral constituye una de las principales estrategias autonómicas de fidelización post-residencia, especialmente en Medicina Familiar y Comunitaria. Las políticas identificadas se articulan principalmente mediante contratos de larga duración, con frecuencia de hasta tres años, ofertados antes de finalizar la residencia, aunque en muchos casos sin garantizar vinculación estable a un cupo o equipo concreto, lo que limita la longitudinalidad y se asocia a menor satisfacción profesional, tal y como se recoge en la sección 4. Además, la mayoría de estas iniciativas se dirigen exclusivamente a MFyC, con menor desarrollo de estrategias equivalentes en enfermería. Así, a diciembre de 2023, la capacidad de fidelización seguía siendo limitada: **solo el 43 % y el 22 % de los residentes de MFyC y EFyC, respectivamente, accedieron a contratos fijos, interinos o de al menos dos años en Atención Primaria tras finalizar la residencia**, con marcada desigualdad entre comunidades autónomas (Tabla 7). Esta limitada capacidad de fidelización puede reflejar tanto la insuficiencia de plazas ofertadas como el escaso atractivo de las ofertas disponibles, favoreciendo la incorporación de los profesionales a otros ámbitos asistenciales, sectores o comunidades autónomas. No obstante, muchos programas de fidelización para MFyC comenzaron a desplegarse a partir de 2023, por lo que su impacto potencial aún podría no estar plenamente reflejado en estos resultados y deberá valorarse con datos de seguimiento en los próximos años.

Tabla 7. Número de residentes que accedieron a contratos fijos, interinos o de duración igual o superior a dos años tras finalizar la residencia por CCAA. (MFyC y EFyC, 2023)

Comunidad autónoma	Medicina Familiar y Comunitaria (MIR)			Enfermería Familiar y Comunitaria (EIR)		
	Residentes que finalizan (n.º)	Con contrato (n.º)	% con contrato	Residentes que finalizan (n.º)	Con contrato (n.º)	% con contrato
Andalucía	360	50	14 %	68	3	4 %
Aragón	*n. d.*	*n. d.*	*n. d.*	*n. d.*	*n. d.*	*n. d.*
Asturias	42	17	40 %	29	19	**66 %**
Illes Balears	24	10	42 %	4	1	25 %
Canarias	162	54	33 %	49	0	0 %
Cantabria	32	15	47 %	5	0	0 %
Castilla-La Mancha	88	30	34 %	37	30	**81 %**
Castilla y León	122	67	55 %	25	5	20 %
Catalunya	215	114	53 %	80	0	0 %
C. Valenciana	160	132	**83 %**	50	38	**76 %**
Extremadura	59	9	15 %	30	0	0 %
Galicia	93	36	39 %	21	14	**67 %**
Madrid	218	89	41 %	62	0	0 %
R. de Murcia	73	54	**74 %**	20	8	40 %
Navarra	31	7	23 %	6	0	0 %
País Vasco	92	68	**74 %**	22	7	32 %
La Rioja	17	9	53 %	2	0	0 %
INGESA	55	24	44 %	*n. d.*	*n. d.*	*n. d.*
Agregado SNS	**1837**	**785**	**43 %**	**498**	**112**	**22 %**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Figura 3 (pp. 75-76) del Informe de evaluación sobre el impacto de la Primera Reforma del Componente 18 del PRTR en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, noviembre de 2024). Notas: (1) La columna «Residentes que finalizan» recoge el número de profesionales que completaron la formación sanitaria especializada en la comunidad autónoma durante 2023. (2) La columna «Con contrato» recoge el número de estos residentes que accedieron tras finalizar la residencia a un contrato fijo, de interinidad o de duración igual o superior a dos años en Atención Primaria de la misma comunidad autónoma. (3) Los porcentajes **resaltados en verde y en negrita** superan el umbral del 65 % fijado como resultado esperado de la acción 2.6 del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. (4) Aragón no aportó datos para MFyC ni para EFyC en el ejercicio 2023. INGESA no aportó datos para EFyC. (5) Cumplen el indicador en MFyC **R. de Murcia, C. Valenciana y País Vasco**; cumplen en EFyC **Castilla-La Mancha, Asturias, Galicia y C. Valenciana**. Únicamente la **Comunitat Valenciana** cumple simultáneamente el indicador para MFyC y EFyC. (6) En el agregado nacional, los porcentajes alcanzados (43 % en MFyC y 22 % en EFyC) quedan significativamente por debajo del resultado esperado, lo que evidencia que la capacidad efectiva de fidelización post-residencia en Atención Primaria continúa siendo limitada, con importante variabilidad interterritorial.

Flexibilidad, conciliación y organización de la jornada

Las comunidades autónomas han desplegado, con distinto grado de alcance y formalización, medidas orientadas a aumentar la flexibilidad organizativa y facilitar la conciliación en Atención Primaria. Su implementación resulta compleja en un contexto de escasez de profesionales y la necesidad de garantizar simultáneamente una oferta asistencial suficiente.

La mayoría de las iniciativas identificadas se centran en reorganizar la jornada laboral para evitar turnos exclusivamente de tarde y favorecer una mayor adaptabilidad horaria. Las fórmulas desarrolladas son diversas e incluyen principalmente turnos exclusivamente de mañana, turnos mixtos predominantemente de mañana con tardes complementarias, o turnos deslizantes que desplazan ligeramente el horario de entrada y salida algunos días. Entre estas experiencias, los turnos mixtos y deslizantes destacan por su potencial para mejorar simultáneamente la conciliación y la continuidad asistencial, al permitir atención en distintas franjas horarias con el mismo profesional, un aspecto también señalado por los profesionales entrevistados en la sección 4. Algunas comunidades han incorporado además modelos de compresión de jornada, como el implantado en determinados centros de Catalunya, que permite concentrar la jornada semanal ordinaria en cuatro días.

De forma más limitada, también se han identificado fórmulas de flexibilidad en la modalidad de trabajo, incluyendo modelos parcialmente no presenciales y experiencias piloto de teletrabajo parcial en zonas de difícil cobertura, especialmente en Catalunya. En conjunto, la experiencia acumulada apunta a la importancia de seguir avanzando en medidas de flexibilidad y conciliación, así como de evaluar su impacto sobre la satisfacción profesional, la fidelización, el acceso a la atención y la calidad asistencial.

Retribución e incentivos económicos

Las retribuciones en Atención Primaria y Atención Hospitalaria dependen de múltiples componentes, incluyendo sueldo base, antigüedad, complementos de destino y específico, productividad fija y variable, atención continuada y carrera profesional. Además, algunas comunidades autónomas incorporan complementos adicionales vinculados a factores como ruralidad, insularidad, armonización retributiva o rendimiento profesional. La complejidad y heterogeneidad de estos componentes dificulta la comparación directa entre territorios y ámbitos asistenciales.

Con el objetivo de facilitar la comparabilidad en medicina, este análisis toma como referencia las estimaciones desarrolladas por Abasolo Alessón I et al., basadas en un perfil homogéneo correspondiente a un profesional con cinco años de antigüedad, exclusividad, sin carrera profesional, y considerando escenarios con y sin atención continuada (60). Bajo este supuesto, las diferencias salariales entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria resultan globalmente moderadas. De media, los salarios brutos anuales son similares e incluso ligeramente superiores en Atención Primaria, aunque con marcada variabilidad territorial. Sin considerar la atención continuada, únicamente cuatro comunidades autónomas (Andalucía, Catalunya, Comunidad Foral

de Navarra y País Vasco) presentan retribuciones superiores en el ámbito hospitalario respecto a Atención Primaria. Al incorporar la atención continuada, esta situación se observa también en la Comunidad de Madrid e INGESA (Tabla 8).

Tabla 8. Comparación de retribuciones brutas anuales en Medicina entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria por comunidad autónoma, según perfil homogéneo de referencia (2024)

	Sin atención continuada		Con atención continuada*	
CCAA	Médico/a Hospitalario; 5 años antigüedad, no carrera profesional, exclusividad	MFyC en AP; 5 años antigüedad, no carrera profesional, exclusividad	Médico/a Hospitalario; 5 años antigüedad, no carrera profesional, exclusividad	MFyC en AP; 5 años antigüedad, no carrera profesional, exclusividad
Andalucía	51.410 €	49.060 €	70.465 €	68.115 €
Aragón	53.269 €	56.847 €	72.689 €	76.267 €
Asturias, Principado de	53.779 €	55.901 €	74.741 €	76.862 €
Baleares, Illes	51.978 €	54.958 €	74.701 €	77.681 €
Canarias	52.937 €	56.224 €	72.096 €	75.383 €
Cantabria	51.167 €	56.269 €	72.737 €	77.839 €
Castilla y León	51.887 €	54.033 €	72.382 €	74.628 €
Castilla-La Mancha	52.713 €	53.636 €	74.843 €	75.766 €
Catalunya	53.203 €	52.111 €	78.734 €	77.641 €
Comunitat Valenciana	55.997 €	58.026 €	75.775 €	78.012 €
Extremadura	51.840 €	54.877 €	71.175 €	74.213 €
Galicia	52.834 €	53.645 €	72.898 €	73.709 €
Madrid, Com. de	49.835 €	54.019 €	66.787 €	62.951 €
Murcia, Región de	60.019 €	63.019 €	82.959 €	85.959 €
Navarra, Com. Foral de	59.269 €	56.710 €	80.351 €	78.286 €
País Vasco	59.732 €	56.290 €	80.963 €	77.521 €
Rioja, La	53.394 €	57.724 €	71.829 €	76.159 €
INGESA	64.534 €	66.694 €	81.452 €	81.417 €
Media SNS	**54.433 €**	**56.113 €**	**74.865 €**	**76.017 €**

*Nota: Salario bruto con atención continuada calculado considerando tres guardias mensuales: dos en días laborables (34 horas de guardia de presencia física en total) y una en fin de semana (24 horas de guardia de presencia física en días festivos). Fuente: Ignacio Abasolo Alessón, Marina Elistratova, Guillem López-Casasnovas, Patricia Barber Pérez, Beatriz González López-Valcárcel "Diferencias regionales en las remuneraciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud: referencia autonómica canaria (2024)" Gaceta Sanitaria 2026 (en prensa)

En enfermería, los salarios muestran igualmente una importante heterogeneidad territorial. Las cifras analizadas corresponden al salario bruto mínimo mensual de enfermeras generalistas y especialistas en Atención Primaria y Hospitalaria bajo régimen estatutario, incluyendo sueldo base, complemento de destino, complemento específico y complementos fijos (Tabla 9). En términos generales, la mayoría de las comunidades autónomas presentan salarios ligeramente superiores en Atención Hospitalaria para enfermería generalista. Las enfermeras especialistas tienden a percibir retribuciones superiores a las generalistas en ambos ámbitos, aunque persisten excepciones en algunos territorios. En Catalunya y Región de Murcia no existe diferenciación salarial entre enfermeras generalistas y especialistas, mientras que en Illes Balears y Castilla y León las enfermeras generalistas

presentan retribuciones superiores a las especialistas. Estas diferencias e inconsistencias reflejan un desarrollo todavía desigual del reconocimiento profesional y retributivo de la especialización en Enfermería Familiar y Comunitaria, con implicaciones para la atracción, permanencia y aprovechamiento efectivo de este perfil en Atención Primaria.

Tabla 9. Retribución bruta mínima mensual de enfermeras generalistas y especialistas en Atención Primaria y Atención Hospitalaria por comunidad autónoma (2023)

	Atención Hospitalaria		Atención Primaria	
CCAA	ENF Especialista	ENF Generalista	ENF Especialista	ENF Generalista
Andalucía	2.724,65	2.583,57	2.682,41	2.541,69
Aragón	2.307,09	2.253,25	2.134,56	2.091,77
Asturias	2.260,34	2.190,32	2.243,39	2.029,38
Baleares	2.770,22	2.642,55	2.630,97	2.711,48
Canarias	3.318,28	3.110,44	3.085,86	2.898,63
Cantabria	1.860,56	2.080,88	1.910,88	1.647,94
Castilla - La Mancha	2.379,11	2.326,27	2.065,54	1.806,08
Castilla y León	2.367,37	2.299,14	2.217,71	2.279,38
Catalunya	2.512,87	2.512,87	2.368,16	2.368,16
Ceuta y Melilla	3.005,57	2.953,39	2.854,83	2.812,44
C. Valenciana	2.291,47	2.230,41	2.269,25	2.215,92
Extremadura	2.262,70	2.210,22	2.243,01	2.058,20
Galicia	2.236,30	2.168,40	2.174,46	1.804,55
Madrid	2.281,09	2.162,62	2.114,37	2.005,76
Murcia	2.747,08	2.694,32	2.151,27	2.151,27
Navarra	2.917,55	3.111,61*	2.917,55	3.111,61*
País Vasco	2.613,36	2.495,31	2.613,36	2.495,31
La Rioja	2.182,09	2.130,54	2.039,37	1.996,21
Media SNS	**2.502,09 €**	**2.442,34 €**	**2.373,16 €**	**2.268,43 €**

Nota: en sombreado, comunidades autónomas en las que la retribución mínima de la enfermera especialista en Atención Primaria es inferior a la de la generalista. Fuente: Zamora J, Del Campo L, Camacho L, Ramos MA. Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España. 2024. Informe técnico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. *Dato actualizado con información facilitada por las comunidades autónomas durante el proceso de revisión del informe

Puestos de difícil cobertura y desempeño

Una parte importante de las medidas de estabilidad, flexibilidad y retribución desarrolladas por las comunidades autónomas se ha concentrado en puestos definidos como de difícil cobertura o desempeño, con el objetivo de favorecer una distribución más equitativa de profesionales. Conviene diferenciar entre los problemas de difícil cobertura y difícil desempeño, aunque ambos puedan coexistir. Los puestos de difícil cobertura responden principalmente a un problema de oferta: determinadas plazas resultan poco atractivas para los profesionales debido a factores geográficos, organizativos o laborales. Por el contrario, los puestos de difícil desempeño se caracterizan por una mayor complejidad en el ejercicio profesional derivada de una

mayor necesidad asistencial por factores como la deprivación socioeconómica, el envejecimiento, o una elevada carga asistencial, sin una dotación adicional correspondiente de recursos.

En este marco, el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS de 21 de marzo de 2023 establece criterios mínimos comunes para la identificación de puestos de difícil cobertura en Atención Primaria y para la aplicación de incentivos asociados (61). Aunque el acuerdo los agrupa bajo la denominación de puestos de difícil cobertura, varios de los criterios utilizados se relacionan más estrechamente con situaciones de difícil desempeño que con problemas de cobertura en sentido estricto. El acuerdo define 13 criterios y establece que un puesto se considerará de difícil cobertura cuando cumpla al menos tres de ellos. Como muestra la Tabla 10, tres criterios se relacionan con la ruralidad y la accesibilidad geográfica; dos con las condiciones laborales y organizativas; cinco con indicadores de mayor necesidad o sobrecarga asistencial; dos con las condiciones de vida y del mercado laboral local; y uno con la existencia previa de vacantes persistentes en la categoría profesional correspondiente.

Tabla 10. Criterios para definir puestos de difícil cobertura, agrupados por tipos

Tipo	Criterio
Lejanía, problemas de acceso, ruralidad (3)	• Distancia o tiempo de desplazamiento desde el centro de salud al centro hospitalario de referencia mayor de 70 km o 40 minutos [#1] • Distancia media semanal recorrida desde el centro de salud a los consultorios que lo integran superior a 100 km o 5 horas/semana [#2] • Densidad de población menor que la densidad media de las poblaciones menores de 5.000 habitantes [#7]
Condiciones laborales y organizativas (2)	• Turno de tarde [#3] • Atención continuada. Más de 4 guardias/mes [#4]
Condiciones de vida y mercado laboral (2)	• Precio medio alquiler de vivienda de superficie media superior al promedio de la Comunidad Autónoma o Provincia [#9] • Condicionamientos familiares: que dificulten el acceso laboral de los familiares o parejas, como la tasa de desempleo mayor a la media de la Comunidad Autónoma [#10]
Sobrecarga asistencial o mayor necesidad (5)	• Frecuentación por usuario (media de consultas ordinarias por cada usuario que realmente acude en un año) superior a la media de la Comunidad Autónoma en el año correspondiente [#5] • Número medio de pacientes superior a 35/día [#6] • Índice de envejecimiento superior al último dato disponible anual de la media de la Comunidad Autónoma [#8] • Zonas de transformación social: identificadas en cada Comunidad Autónoma [#11] • Sobrecarga estacional. Población desplazada >25 % de la población asignada [#12]
Vacantes sin cubrir (1)	• Vacantes en la categoría (>25 %) [#13]

Fuente: Clasificación adaptada de González López-Valcárcel B. Difícil cobertura y difícil desempeño. Dos problemas distintos pero interconectados. Ponencia presentada en el Seminario de Innovación en Atención Primaria: Aprendiendo con los DEEP END; mayo de 2026.
Nota: Los números entre corchetes [#] hacen referencia a la numeración de los criterios recogidos en el acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, 2023 (61)

Los incentivos contemplados en el acuerdo e implementados hasta la fecha combinan medidas económicas, incentivos de desarrollo profesional y carrera, ventajas en los procesos de provisión y movilidad profesional, medidas de conciliación y flexibilidad organizativa, así como actuaciones orientadas a prolongar la permanencia en las etapas finales de la vida laboral (Tabla 11). Además, algunas comunidades autónomas han desarrollado medidas de apoyo a la movilidad y residencia. Catalunya, por ejemplo, ha impulsado en el Pirineo

y Arán iniciativas coordinadas con administraciones locales para facilitar el acceso a la vivienda; Aragón ha desarrollado fórmulas de alojamiento compartido y apoyo administrativo para profesionales extracomunitarios en zonas rurales; y Galicia ha colaborado con ayuntamientos para facilitar vivienda en determinadas localidades. La concreción y alcance de estas medidas sigue siendo heterogénea entre comunidades autónomas y categorías profesionales y, en algunos casos, su desarrollo normativo o presupuestario continúa pendiente. Los incentivos contemplados en el acuerdo tienen un carácter fundamentalmente individual y extraordinario. El propio acuerdo reconoce que su aplicación debe acompañarse, cuando sea posible, de medidas orientadas a corregir los factores que originan las situaciones de difícil cobertura o desempeño y evitar su cronificación, por ejemplo, mediante la asignación de recursos sanitarios atendiendo a un índice de deprivación de área, con cupos de menor tamaño en aquellos centros que atienden población con mayor necesidad. Sin embargo, este tipo de intervención de carácter estructural presenta un desarrollo considerablemente menor que los incentivos individuales, como se observa en secciones posteriores.

Tabla 11. Incentivos para la atracción y fidelización en los puestos de difícil cobertura, agrupados por tipos

Tipo	Incentivos
Incentivos económicos (2)	• Complemento retributivo específico por permanencia (#1). • Ayudas para vivienda o desplazamiento (#2).
Incentivos de desarrollo profesional y carrera (4)	• Mejora en la carrera profesional (#5). • Acceso preferente a formación continuada y estancias formativas (#6). • Acceso preferente a proyectos de investigación (#7). • Mayor puntuación para acreditación como tutor o profesor universitario (#9).
Incentivos en provisión y movilidad profesional (2)	• Mayor puntuación en bolsas de empleo (#3). • Mayor puntuación en concursos y procesos de provisión de plazas (#4).
Incentivos organizativos y de conciliación (1)	• Flexibilización horaria y modelos de concentración de jornada (#8).
Incentivos de permanencia al final de la vida laboral (1)	• Prolongación de la actividad profesional y jubilación activa (#10).

Fuente: Ministerio de Sanidad. Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud 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. 2023. Nota: Los números entre corchetes [#] hacen referencia a la numeración de los incentivos recogidos en el acuerdo original.

A diciembre de 2023, permanecían vacantes el 44 % de las plazas de difícil cobertura de MFyC y el 57 % de las de enfermería (62), aunque con una importante variabilidad territorial y con políticas todavía en fase de consolidación y desarrollo. Un año después, de las 15 comunidades autónomas que reportaban información al Ministerio de Sanidad, ocho habían definido puestos de difícil cobertura para especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Entre las comunidades con información disponible, permanecían vacantes 538 de los 3.458 puestos definidos, lo que equivale al 16 % del total, con marcada heterogeneidad territorial. En el caso de EFyC, únicamente Aragón y Baleares habían definido puestos de difícil cobertura para esta categoría profesional, encontrándose todos ellos cubiertos (Tabla 12).

Tabla 12. Puestos de difícil cobertura en Atención Primaria por comunidad autónoma: plazas definidas y situación de vacantes (2024)

CCAA	MFyC		Enfermería Generalista		EFyC	
	Puestos definidos (n)	Puestos vacantes (n, %)	Puestos definidos (n)	Puestos vacantes (n, %)	Puestos definidos (n)	Puestos vacantes (n, %)
Andalucía	1573	265 (17)	338	9 (3)	0	-
Aragón	340	46 (14)	289	6 (2)	14	0 (0)
Asturias	0	-	0	-	0	-
Balears	154	42 (27)	184	18 (10)	6	0 (0)
Canarias	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Cantabria	0	-	0	-	0	-
Castilla-La Mancha	0	-	0	-	0	-
Castilla y León	En trámite	-	En trámite	-	En trámite	-
Catalunya	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Comunitat Valenciana	776	94 (12)	n/d	n/d	n/d	n/d
Extremadura	10	10 (100)	0	-	0	-
Galicia	72	28 (39)	0	-	0	-
Madrid	334	21 (6)	0	-	0	-
Murcia	69	4 (6)	0	-	0	-
Navarra	En trámite	-	En trámite	-	En trámite	-
País Vasco	130	28 (22)	n/d	n/d	n/d	n/d
La Rioja	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
INGESA	0	-	0	-	0	-
Total	**3458**	**358 (16)**	**811**	**33 (4)**	**20**	**0**

Fuente: Datos reportados por las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad a fecha 31/12/2024. Notas: (1) Los porcentajes se calculan como plazas vacantes sobre el total de puestos definidos como de difícil cobertura en cada categoría profesional y comunidad autónoma. (2) "n/d" indica información no disponible. (3) Castilla y León figura "en trámite" debido a que, a fecha de cierre de la información, se encontraba pendiente la determinación formal de los puestos de difícil cobertura tras la publicación de la Ley 3/2025, de 22 de diciembre, de medidas extraordinarias para impulsar la provisión estable y permanente de puestos sanitarios de difícil cobertura y garantizar la asistencia sanitaria en el Servicio de Salud de Castilla y León.

Condiciones de trabajo y organización asistencial

Las estrategias autonómicas identificadas en este ámbito se han centrado principalmente en intervenir sobre la sobrecarga asistencial y la organización cotidiana del trabajo, dos de los factores señalados en la sección anterior como más relevantes para la sostenibilidad profesional en Atención Primaria. Las medidas desarrolladas se articulan principalmente en torno a cuatro ámbitos: limitación y organización de agendas; ajuste de cupos según complejidad asistencial; redistribución de funciones dentro de los equipos; y reorganización de circuitos asistenciales.

Limitación de la carga asistencial y organización de la agenda

La implantación de topes de agenda, frecuentemente vinculada a procesos de movilización profesional o acuerdos sectoriales, constituye una de las líneas de actuación más extendidas. Por ejemplo, la Comunidad

de Madrid implantó en 2023 un acuerdo que limita las agendas de medicina a 30 huecos ordinarios más cuatro adicionales reservados para urgencias del día, acompañado de módulos de absorción remunerados para gestionar incrementos de demanda. Andalucía estableció un estándar de 35 huecos por agenda, monitorizado mediante un sistema automatizado (RPA) que verifica diariamente su cumplimiento en el conjunto de centros del Servicio Andaluz de Salud. Además, incorporó el modelo de "agenda inteligente", basado en tramos flexibles que permiten redistribuir dinámicamente consultas presenciales, telefónicas y domiciliarias según las necesidades asistenciales. Navarra acordó con las organizaciones sindicales un modelo con consultas presenciales de 12 minutos, no presenciales de 8 minutos, tiempo específico para gestión del cupo y reuniones de equipo, y un máximo de 34 pacientes diarios. Otras comunidades han desarrollado medidas similares, incluyendo Canarias (máximo de 34 citas diarias y al menos un 80 % presenciales) o Cantabria (máximo de 35 pacientes y 24 consultas presenciales).

En conjunto, estas medidas parecen haber contribuido a mejorar la previsibilidad y contener parcialmente la sobrecarga asistencial en el corto plazo. No obstante, su desarrollo plantea desafíos relevantes en relación con la flexibilidad organizativa reclamada por los profesionales en la sección 4, particularmente cuando incorporan definiciones rígidas sobre modalidades de atención o distribución de agendas. Asimismo, los topes de actividad no resuelven por sí mismos los problemas de accesibilidad y equidad si no se acompañan de mecanismos de priorización y organización de la demanda. Aplicados de manera uniforme, pueden limitar especialmente la capacidad de respuesta en las zonas y poblaciones con mayores necesidades, contribuyendo así a mantener o profundizar las desigualdades en el acceso a la atención.

Ajuste de cupos y complejidad asistencial

De forma mucho menos extendida, se han comenzado a desarrollar mecanismos orientados a ajustar la asignación de cupos y cargas de trabajo según complejidad clínica, necesidades de cuidados o características poblacionales. En Andalucía, las estrategias vinculadas al ajuste de cupos se han desarrollado especialmente en el marco de las Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS/ZTS) y de la definición de puestos de difícil cobertura, combinando incentivos profesionales con medidas orientadas a reducir la presión asistencial. El pacto de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud incorpora el objetivo de reducir progresivamente los cupos hasta aproximadamente 1.300 TSI y promover el desdoblamiento de cupos y la adaptación según características poblacionales y necesidades asistenciales, pero no desarrolla una fórmula de ponderación socioeconómica o complejidad ajustada (63). En Catalunya se ha desarrollado una de las experiencias más avanzadas en este ámbito. A partir de un estudio realizado por el Institut Català de la Salut (ICS) en 285 equipos de Atención Primaria, se estimó el tiempo asistencial anual requerido por paciente y se analizaron los factores asociados a las diferencias observadas entre equipos (64). Los resultados mostraron que la edad de la población y, especialmente, los factores socioeconómicos explicaban una parte importante de la variabilidad en la carga asistencial, mientras que la complejidad clínica medida mediante los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) aportaba un valor añadido limitado una vez consideradas estas variables (65). A partir de este análisis se desarrolló un modelo para establecer cupos con cargas asistenciales equivalentes, ajustados según la edad y las características socioeconómicas de la población atendida, con tamaños que oscilan aproximadamente entre 900 y 2.300 pacientes por profesional médico.

En enfermería, se está también avanzando hacia modelos de planificación basados en la intensidad y complejidad de los cuidados. Un ejemplo es el *Datathon* sobre Complejidad Individual e Intensidad de Cuidados por Competencias (InCa) enmarcado en el proyecto *"Dotación segura de personal de enfermería según la intensidad de la atención y los sistemas de clasificación de pacientes",* desarrollado en el marco del

Instrumento de Apoyo Técnico de la Comisión Europea y con la asistencia técnica de la Oficina Regional de la OMS para Europa. El proyecto busca avanzar en el desarrollo de un marco nacional para clasificar la complejidad de los cuidados mediante el análisis de datos, armonizar la información procedente de las comunidades autónomas y desarrollar herramientas que permitan estimar las necesidades de personal y orientar una asignación más segura y equitativa de los recursos humanos (66).

Burocracia y refuerzo de perfiles administrativos

Otra línea de actuación relevante corresponde al refuerzo de perfiles administrativos para reducir parte de la carga burocrática asumida por profesionales sanitarios. Las entrevistas realizadas muestran que buena parte de esta carga se origina en circuitos administrativos generados fuera de Atención Primaria, incluyendo trámites vinculados a prescripción, incapacidad temporal, derivaciones o solicitudes procedentes de atención hospitalaria. No obstante, el mapeo realizado evidencia un desarrollo todavía limitado de estrategias dirigidas a reducir esta transferencia. Las iniciativas identificadas, todavía escasas, se han concentrado principalmente en reorganizar la gestión administrativa dentro de Atención Primaria y reforzar el papel de los perfiles administrativos.

Navarra, por ejemplo, trabaja conjuntamente con función pública en propuestas para incorporar competencias específicas sobre funcionamiento de Atención Primaria - gestión de citas, derivaciones o circuitos básicos - en los procesos de selección de personal administrativo. Catalunya ha impulsado reformas más amplias orientadas a redefinir el papel del personal administrativo dentro de los equipos de Atención Primaria. En el marco del modelo de Centros de Salud Integral de Referencia (CSIR), desplegado como prueba piloto a partir de julio de 2025 (véase el Recuadro 2), se ha incorporado la figura del administrativo de referencia integrado en el equipo asistencial de cada paciente - hasta entonces compuesto únicamente por profesionales de medicina y enfermería -, con una ratio aproximada de un administrativo por cada binomio médico/a-enfermero/a. Sus funciones van más allá de la gestión de citas e incluyen la ordenación de la demanda tanto de pacientes como de profesionales, la realización de un primer triaje no clínico que permite orientar al paciente hacia el profesional más adecuado, y el seguimiento y gestión de trámites administrativos que anteriormente recaían sobre el personal sanitario (Acuerdo GOV/171/2025, de 1 de julio).

El desarrollo de estas funciones constituye un avance importante en la reorganización de los equipos de Atención Primaria, aunque su consolidación requiere una integración efectiva del personal administrativo en los equipos, incluyendo proximidad física, coordinación horaria y espacios compartidos de trabajo con medicina y enfermería. Asimismo, exige el desarrollo de competencias específicas, así como mecanismos adecuados de formación, acreditación y garantía de confidencialidad para el acceso a información clínica. La asunción de mayores responsabilidades debe ir acompañada, además, de un reconocimiento profesional y retributivo acorde con las nuevas funciones, incluida la adecuación de la clasificación de los puestos.

Reorganización de circuitos asistenciales y gestión de la demanda

Las comunidades autónomas han desarrollado iniciativas orientadas a reorganizar los circuitos asistenciales y redistribuir la atención de la demanda aguda dentro de los equipos de Atención Primaria, especialmente mediante la ampliación de la capacidad resolutiva enfermera en procesos agudos leves, autolimitados o de baja complejidad clínica. Catalunya fue uno de los primeros territorios en desarrollar modelos estructurados de gestión enfermera de la demanda (GED), también conocidos como consulta de acogida, posteriormente extendidos a otras comunidades autónomas (por ejemplo, Madrid (67), País Vasco (68), Andalucía (69), entre otros), aunque con importante heterogeneidad organizativa y de implantación. Existen modelos basados en

profesionales enfermeras específicamente asignadas a la atención de la demanda aguda, mientras que otras integran esta actividad dentro del funcionamiento ordinario de la unidad básica asistencial y la atención a su cupo. Cada modelo permite grados variables de longitudinalidad, integración funcional en el equipo y distribución de la atención a la demanda aguda (70).

Aunque la evidencia disponible sobre sus resultados continúa siendo limitada y heterogénea, los estudios identificados apuntan a una capacidad considerable de resolución autónoma por enfermería (con tasas de entre 30-57 % según el estudio, modelo organizativo y condición atendida), y niveles relativamente bajos de reconsulta a corto plazo (71–74). La experiencia acumulada sugiere que su desarrollo es más favorable cuando la implantación mantiene continuidad temporal, dispone de protocolos consensuados y se acompaña de formación específica, mentoría profesional e incentivos vinculados a acuerdos de gestión o contratos programa (71).

Desarrollo profesional, docencia e investigación

Esta sección analiza las principales iniciativas autonómicas relacionadas con el desarrollo profesional y la actividad docente e investigadora en Atención Primaria, en línea con los factores identificados en la sección anterior como relevantes para la permanencia y el retorno de profesionales.

Formación especializada y tutorización MIR/EIR

La capacidad docente constituye un elemento estratégico tanto para la formación de nuevos especialistas como para el desarrollo profesional, la calidad asistencial y el prestigio de la Atención Primaria. No obstante, la proporción de centros de salud acreditados para la formación sanitaria especializada varía considerablemente entre territorios. En 2024, el 60 % de los centros de salud con información disponible estaban acreditados para la docencia, con porcentajes que oscilaban desde el 100 % en INGESA y el 83 % en Asturias, hasta el 40 % en Extremadura y el 44 % en Castilla-La Mancha (Tabla 13).

Tabla 13. Centros de salud acreditados para la formación sanitaria especializada en Atención Primaria por comunidad autónoma (2024)

	Número total de centros de salud	Centros docentes acreditados (n, %)
Andalucía	416	299 (72)
Aragón	124	64 (52)
Asturias (Principado de)	69	57 (83)
Baleares (Islas)	59	27 (46)
Canarias	108	57 (53)
Cantabria	42	23 (55)
Castilla-la Mancha	204	89 (44)
Castilla y León	248	130 (52)
Catalunya	423	177 (41)
Comunidad Valenciana	282	176 (62)
Extremadura	111	44 (40)
Galicia	399	229 (57)
Madrid (Comunidad de)	267	191 (72)

	Número total de centros de salud	Centros docentes acreditados (n, %)
Murcia (Región de)	85	53 (62)
Navarra (Comunidad Foral de)	61	35 (57)
País Vasco	143	114 (79)
La rioja	20	14 (70)
INGESA	7	7 (100)
Totales con información disponible	**1972**	**1189 (60)**

Fuente: Datos reportados por las comunidades autónomas al Ministerio de Sanidad a fecha 31/12/2024.

A fecha de 2023, el 98,8 % de las plazas acreditadas de Medicina Familiar y Comunitaria fueron ofertadas, frente al 80,1 % de las plazas acreditadas de Enfermería Familiar y Comunitaria, lo que sugiere una infrautilización parcial de la capacidad docente enfermera pese al contexto de creciente necesidad de especialistas (62). No obstante, el aumento de la oferta docente requiere garantizar condiciones adecuadas para mantener la calidad de la formación especializada, particularmente en relación con el tiempo protegido, la estabilidad de los equipos y el reconocimiento de la actividad tutorial, aspectos también señalados en la sección 4.

En este contexto, la mayoría de las comunidades autónomas han desarrollado algún tipo de medida de reconocimiento de la actividad docente, aunque con importante heterogeneidad en su formalización, dotación y alcance según profesión (MIR/EIR). A diciembre de 2023, los incentivos más frecuentemente identificados para la función tutorial incluían: (i) reconocimiento como mérito en carrera profesional, procesos selectivos y provisión de plazas, incluyendo en algunos casos reducción del tiempo requerido para progresar en carrera profesional; (ii) incentivos económicos específicos; (iii) establecimiento de tiempo mínimo protegido para actividades de tutorización; y (iv) acceso preferente a actividades, rotaciones y estancias formativas (normalmente cuando el residente está en último año). Únicamente dos comunidades autónomas – Catalunya y Madrid- combinaban simultáneamente las cuatro líneas de incentivación, configurando modelos potencialmente más favorables para consolidar la función docente (tabla 14).

En la mayoría de los territorios, el marco formal de reconocimiento para tutores EIR resulta similar al descrito para MIR. No obstante, persisten mayores dificultades para consolidar y mantener la tutorización EIR en un contexto de escasez de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, elevada temporalidad y la menor estabilidad de las estructuras y circuitos formativos. No se han identificado comunidades autónomas que hubieran desarrollado de forma efectiva reservas de plazas específicas para personal docente en procesos de movilidad ni prioridades de acceso a actividades de investigación, ambas medidas contempladas en el Acuerdo CRHSNS sobre incentivos a la función tutorial aprobado en 2024 (75).

Tabla 14. Principales incentivos y medidas de reconocimiento de la función tutorial MIR y EIR en Atención Primaria por comunidad autónoma (2023-2024)

CCAA	Programa	Reconocimiento en carrera / OPE / bolsa	Incentivo económico	Tiempo protegido formalizado	Prioridad formativa / rotaciones
Andalucía	*MIR*	Sí	No	Variable	Sí
	EIR	Sí	No	Variable	Sí
Aragón	*MIR*	Sí	Sí	No	Sí (R4)
	EIR	Sí	Sí	No	Sí
Asturias	*MIR*	Sí	No	Sí	Sí
	EIR	Sí	No	Sí	Sí
Illes Balears	*MIR*	Sí	Sí	Sí	No
	EIR	Sí	Sí	Sí	No
Canarias	*MIR*	Sí	Sí	No	Sí (R4)
	EIR	Sí	Sí	No	Sí
Cantabria	*MIR*	Sí	No	No	Sí
	EIR	Sí	No	No	Sí
Castilla-La Mancha	*MIR*	Sí	No	Sí	Sí
	EIR	Sí	No	Sí	Sí
Castilla y León	*MIR*	Sí	No	Sí	Sí
	EIR	Sí	No	Sí	Sí
Catalunya	*MIR*	Sí	Sí	Sí	Sí
	EIR	Sí	Sí	Sí	Sí
C. Valenciana	*MIR*	Sí	No	No	Sí
	EIR	Sí	No	No	Sí
Extremadura	*MIR*	Sí	No	No	Sí
	EIR	Sí	No	No	Sí
Galicia	*MIR*	Sí	No	Sí	Sí
	EIR	Sí	No	Sí	Sí
Madrid	*MIR*	Sí	Sí	Sí	Sí (R4)
	EIR	Sí	Sí	Sí	Sí
R. de Murcia	*MIR*	Solo OPE	No	No	Sí
	EIR	Solo OPE	No	No	Sí
Navarra	*MIR*	Sí	Sí	No	Sí
	EIR	Sí	Sí	No	Sí
País Vasco	*MIR*	Sí	No	Sí	Sí
	EIR	Sí	No	Sí	Sí
La Rioja	*MIR*	Sí	No	Sí	Sí
	EIR	Sí	No	Sí	Sí
INGESA	*MIR*	Sí	No	Sí	Sí
	EIR	Sí	No	Sí	Sí

(1) "Sí" indica presencia documentada de la medida en normativa o acuerdos autonómicos; (2) La equiparación efectiva entre MIR y EIR puede variar según CCAA y no siempre se traduce en igual implementación. En sombreado, CCAA que combinan las 4 medidas

Desarrollo de la especialidad Familiar y Comunitaria en el ámbito universitario

En enfermería, todos los grados incluyen formación específica en atención familiar y comunitaria y contemplan prácticas clínicas en Atención Primaria, aunque con diferencias entre universidades en cuanto a la denominación de las asignaturas, la carga docente, la duración y el número de créditos. Al profesorado que imparte estas materias no se le exige contar con la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, aunque algunas universidades sí la valoran como mérito en los procesos de selección. Del mismo modo, la condición de especialista tampoco constituye un requisito para las profesionales responsables de la tutorización clínica de las prácticas en Atención Primaria. La ausencia de información sistemática dificulta caracterizar su contribución a la formación de grado y monitorizar su evolución.

La docencia universitaria en Medicina Familiar y Comunitaria está menos integrada que en enfermería, aunque ha experimentado un crecimiento notable durante la última década, consolidándose progresivamente como un ámbito estratégico tanto para la formación de nuevos profesionales como para el reconocimiento académico de la disciplina. La primera encuesta del Observatorio de la Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad mostró avances relevantes en la estructura docente, la disponibilidad de profesorado, la incorporación de asignaturas específicas, la presencia de la disciplina en materias transversales y el desarrollo de prácticas clínicas tuteladas en centros de salud universitarios, aunque persistía una importante heterogeneidad entre facultades en cuanto a nomenclatura, contenidos y grado de implantación. Asimismo, el estudio puso de manifiesto la incorporación de numerosas innovaciones docentes y evaluativas impulsadas desde la Medicina Familiar y Comunitaria (76).

La evolución del profesorado ha sido también significativa. En 2015, la disciplina apenas contaba con cuatro profesores titulares (76). A fecha de junio de 2026, según los últimos registros del Observatorio, había ocho catedráticos de universidad especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, 18 profesores titulares -con cuatro acreditados adicionales en proceso de incorporación-, 14 profesores permanentes laborales (PPL) -con 29 acreditados pendientes de acceso a plaza- y más de 120 profesores asociados de Ciencias de la Salud, además de un volumen elevado de profesores colaboradores. Aunque estas cifras deben interpretarse con cautela, especialmente las relativas a profesores asociados y colaboradores, por proceder de datos autodeclarados, la evolución refleja una expansión muy significativa de la presencia académica de la Medicina Familiar y Comunitaria en la universidad. La distribución por comunidades autónomas se presenta en la Tabla 15.

Tabla 15. Profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria vinculados a la docencia universitaria por comunidad autónoma y categoría académica (junio 2026)

Comunidad Autónoma	Docencia universitaria y práctica clínica
Andalucía	• Un profesor titular vinculado a Universidad y SAS • 7 PPL acreditados sin plaza
Aragón	• Una catedrática • 2 profesores titulares • 2 PPL (+1 PPL acreditada sin plaza aún)
Asturias (Principado de)	• 1 titular acreditado sin plaza, • 1 PPL acreditado sin plaza
Illes Balears	• 1 PPL acreditado sin plaza
Canarias	• 1 catedrático • 1 PPL acreditado sin plaza
Cantabria	• 1 PPL acreditado sin plaza
Castilla-La Mancha	• 1 profesor titular vinculado (+1 profesor acreditado sin plaza)
Castilla y León	• 1 catedrático y 1 catedrática acreditada sin plaza, • 1 PPL con plaza y 1 PPL acreditado sin plaza
Catalunya	• 2 catedráticos + 1 catedrático acreditados sin plaza • 8 profesores titulares con plaza • 3 PPL con plaza y 3 PPL sin plaza
Comunitat Valenciana	• 2 catedráticos, • 1 profesor titular, • 1 PPL con plaza y 3 PPL sin plaza,
Extremadura	• 1 catedrático
Galicia	• 1 profesor titular vinculado • 1 PPL con plaza y 3 PPL sin plaza
La Rioja	No hay Facultad de Medicina
Comunidad de Madrid	• 4 profesores titulares con plaza vinculada • 1 profesor titular acreditado sin plaza • 5 PPL con plaza y 4 PPL acreditados sin plaza
Región de Murcia	• 1 PPL acreditado sin plaza
Comunidad Foral de Navarra	• 1 PPL acreditado sin plaza
País Vasco	• 1 PPL acreditado sin plaza
Ceuta (Ciudad Autónoma)	Sin figura establecida de profesor asociado/vinculado en medicina de familia.
Melilla (Ciudad Autónoma)	Sin figura establecida de profesor asociado/vinculado en medicina de familia.

Fuente: Observatorio de Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad. AMFE. Junio 2026.

Las figuras docentes tanto en enfermería como en medicina presentan una notable diversidad contractual y organizativa. En las universidades públicas, entre las figuras vinculadas de carácter funcionarial se encuentran las de catedrático y profesor titular, ambas sujetas a acreditación nacional por ANECA, salvo en Catalunya y País Vasco, donde la acreditación puede depender de las agencias autonómicas de calidad y las figuras equivalentes reciben la denominación de "agregados", sin carácter funcionarial. Estas categorías representan las posiciones académicas de mayor estabilidad y desarrollo universitario.

Además de las figuras funcionariales, existen también distintas modalidades de vinculación laboral. El profesor permanente laboral (PPL), anteriormente denominado profesor contratado doctor, constituye una figura laboral indefinida con funciones docentes e investigadoras estables. El profesor ayudante doctor corresponde a un contrato laboral temporal, a tiempo completo y con duración máxima de seis años, concebido como etapa inicial de desarrollo académico. El profesor asociado contratado representa la figura más frecuente de integración entre universidad y práctica clínica. Se trata de profesionales asistenciales contratados periódicamente por la universidad, generalmente bajo modalidades de dedicación 4+4 o 6+6 horas semanales, combinando el salario del centro de salud con una retribución complementaria universitaria. Finalmente, existen múltiples figuras de colaboración clínica - colaboradores honoríficos, tutores clínicos u otras denominaciones equivalentes según la universidad - cuya principal característica es la ausencia de remuneración específica, aunque suelen disponer de reconocimiento curricular y constituyen con frecuencia la vía de acceso posterior a plazas de profesor asociado.

Uno de los principales ámbitos de variabilidad identificados corresponde a las fórmulas de vinculación entre la actividad asistencial y las posiciones académicas permanentes en la universidad. Las comunidades autónomas se rigen por el marco general establecido en el Real Decreto 1558/1986, sobre conciertos entre universidades e instituciones sanitarias, y por la Ley Orgánica del Sistema Universitario (LOSU). No obstante, el Real Decreto 1558/1986 constituye un marco regulatorio concebido para un contexto universitario y asistencial sustancialmente distinto del actual. Aunque el propio Real Decreto contemplaba un desarrollo normativo posterior, este nunca llegó a materializarse. Desde entonces, la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior ha incrementado y diversificado las funciones docentes del profesorado universitario, incorporando actividades como la evaluación continua, las tutorías, los seminarios o el seguimiento del aprendizaje, que no estaban contempladas en el momento de aprobarse la norma. Paralelamente, la dedicación asistencial ordinaria se ha reducido progresivamente, sin que se haya revisado de forma equivalente la correspondencia entre ambas funciones.

Por otra parte, la Ley 53/1984, de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas, limita con carácter general el desempeño simultáneo de dos puestos retribuidos en el sector público. Este marco normativo hace que, en función de la combinación entre la titularidad de la universidad (pública o privada) y la naturaleza jurídica de la entidad asistencial (pública o privada/concertada), así como de la interpretación que los distintos servicios de salud realizan de la normativa vigente, hayan surgido múltiples modelos. En la Tabla 16 se ofrece una aproximación a algunos posibles escenarios identificados, como reflejo de la heterogeneidad existente.

Cuando tanto la universidad como la entidad asistencial son públicas, la compatibilización estable de ambas actividades puede articularse mediante una **plaza vinculada** (modelo 1). En este supuesto, la plaza docente universitaria y una plaza asistencial del servicio de salud quedan vinculadas y constituyen, a estos efectos, un único puesto de trabajo, desde el que se desarrollan funciones docentes, investigadoras y asistenciales. El profesional pasa a situación de excedencia respecto de su relación estatutaria, pero ello no implica necesariamente dejar de ejercer en la misma plaza asistencial de origen.

La configuración concreta de la vertiente asistencial puede adoptar distintas fórmulas. En una de ellas, la **plaza asistencial de origen pasa a ser la plaza vinculada (modelo 1a),** de modo que el profesional puede continuar atendiendo al mismo cupo bajo el nuevo régimen de plaza vinculada. La dedicación asistencial es variable. Suele (aunque no siempre) contemplarse una reducción del número de días de actividad clínica, y en algunos casos mecanismos organizativos de sustitución o cobertura parcial del tiempo liberado. En su ausencia, el profesional pasa a asumir la misma carga asistencial (mismo cupo) en una menor jornada o en la misma jornada asistencial además de la actividad docente, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo.

Una segunda posibilidad es la creación de una **plaza asistencial específicamente dotada para la vinculación (modelo 1b)** con un cupo estructuralmente reducido que permita reservar tiempo para la docencia e investigación. Esta fórmula protege de manera efectiva el tiempo docente e investigador y evita trasladar al profesional o al equipo la carga derivada de la doble función. Si, además, la plaza de origen que queda vacante por la excedencia se cubre mediante los procedimientos ordinarios de provisión, se refuerza la capacidad asistencial del equipo y se genera un incentivo organizativo para incorporar perfiles académicos.

Cuando no existe vinculación, el profesional ocupa **un puesto universitario con dedicación exclusivamente académica (modelo 2)** y se mantiene en situación de excedencia respecto de su relación estatutaria con el servicio de salud. Un eventual retorno a la asistencia pública requeriría el reingreso conforme a la normativa aplicable, sin que exista necesariamente derecho a recuperar la misma plaza de origen.

Finalmente, cuando una de las dos entidades queda fuera del ámbito del sector público a efectos de la normativa de incompatibilidades, pueden existir fórmulas basadas en **dos relaciones contractuales diferenciadas (modelo 3).** Es el caso, por ejemplo, de determinadas combinaciones entre universidades públicas y entidades asistenciales privadas o concertadas, o entre universidades privadas y servicios sanitarios públicos. La actividad académica y asistencial se desarrolla entonces bajo relaciones jurídicas separadas, y su compatibilización depende de la normativa aplicable, la autorización de compatibilidad cuando corresponda y los acuerdos organizativos entre las entidades.

Tabla 16. Modelos de articulación entre actividad asistencial y docencia universitaria

Característica	Modelo 1a. Vinculación a plaza de origen	Modelo 1b. Vinculación a nueva plaza adaptada	Modelo 2. Excedencia y Dedicación Académica	Modelo 3. Doble Contrato (Mixto Público-Privado)
Naturaleza del Escenario	Universidad Pública + Servicio de Salud **Público**.	Universidad Pública + Servicio de Salud **Público**.	Universidad Pública + Servicio de Salud **Público, sin vinculación**	Universidad Pública + Entidad Asistencial **Privada/Concertada** (EBA) *o viceversa*.
Vinculación Jurídica	**Plaza vinculada dependiente de la Universidad.** La plaza docente y la plaza asistencial de origen constituyen un único puesto vinculado	**Plaza vinculada dependiente de la Universidad.** La plaza docente se vincula a una plaza asistencial de nueva dotación, creada específicamente para su vinculación	**Puesto universitario exclusivamente académico.** La relación estatutaria permanece en excedencia.	**Relaciones diferenciadas.** Relación académica y asistencial independientes, sujetas al régimen de compatibilidad aplicable
Situación de la plaza asistencial de origen	Queda vinculada a la docente y el profesional continúa ejerciendo en ella como parte del puesto vinculado.	Queda vacante al pasar su titular a excedencia y puede ser cubierta conforme a los procedimientos de provisión aplicables	Queda vacante al pasar su titular a excedencia y puede ser cubierta conforme a los procedimientos de provisión aplicables	**Se mantiene activa.** No hay incompatibilidad pública porque una de las partes es jurídica privada.

Característica	Modelo 1a. Vinculación a plaza de origen	Modelo 1b. Vinculación a nueva plaza adaptada	Modelo 2. Excedencia y Dedicación Académica	Modelo 3. Doble Contrato (Mixto Público-Privado)
Gestión de la jornada asistencial	**Jornada compartida con cupo íntegro.** Dedicación variable según acuerdo, con posible reducción de días de asistencia y sustitución parcial.	**Jornada compartida cupo ajustado.** Dedicación variable según acuerdo, con reducción estructural del cupo (ej. 500-800 tarjetas)	**Sin asistencia clínica directa** en el sistema público. Dedicación 100 % académica.	**Compatibilización directa.** Se pactan horarios entre la universidad y la fundación/EBA.
Actividad Clínica con Pacientes	**Sí**, en la plaza asistencial vinculada.	**Sí**, en la nueva plaza vinculada con cupo ajustado.	**No,** salvo práctica privada residual.	**Sí**, en el centro concertado/privado.
Implicaciones	Longitudinalidad, con riesgo de sobrecarga si no se materializa la sustitución.	Longitudinalidad, protección del tiempo académico, refuerzo de la capacidad asistencial del equipo.	Suspensión de actividad asistencial pública.	Organización asistencial condicionada por el acuerdo entre las partes público-privadas.

Fuente: Elaboración propia.

Investigación e infraestructuras de apoyo a la investigación en Atención Primaria

La investigación ha adquirido un papel cada vez más relevante en la capacidad de desarrollo, innovación y atracción profesional de la Atención Primaria. Entre los profesionales que participan en proyectos competitivos pueden identificarse distintos niveles de implicación. Mientras que algunos se incorporan a estudios multicéntricos como grupos clínicos asociados, participando principalmente en el trabajo de campo y compartiendo la autoría de los resultados, otros desarrollan una actividad investigadora más consolidada como investigadores colaboradores o investigadores principales integrados en grupos de investigación acreditados. En 2022, este núcleo de investigadores estaba constituido por 2.034 profesionales de Atención Primaria integrados en 590 grupos de investigación acreditados en todo el país, que participaron en 1.060 proyectos competitivos (415 estatales, 571 autonómicos y 74 europeos) (77).

El desarrollo de esta actividad investigadora depende, en gran parte, de la disponibilidad de tiempo protegido compatible con la actividad asistencial. Entre los programas de intensificación destinados a liberar parcialmente la carga asistencial, se encuentran las ayudas del ISCIII dirigidas a investigadores principales de proyectos financiados en el marco de la Acción Estratégica en Salud, algunas convocatorias intramurales de los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS) y, especialmente, las promovidas por agencias y fundaciones autonómicas (78). Estas últimas son las que habitualmente ofrecen un mayor número de oportunidades y criterios más adaptados a las características de la Atención Primaria, como ocurre con la Fundación Progreso y Salud en Andalucía (79) o el IDIAP Jordi Gol en Catalunya (80).

Junto a las ayudas de intensificación, la Acción Estratégica en Salud financia programas de recursos humanos orientados al desarrollo de la carrera investigadora clínica, como los contratos Río Hortega y Juan Rodés. Sin embargo, la participación de profesionales de Atención Primaria continúa siendo excepcional. En la convocatoria de 2025 únicamente uno de los 118 contratos Río Hortega concedidos correspondió a Atención Primaria (81), manteniéndose una cifra acumulada de aproximadamente cinco contratos en los últimos cinco años (78). Esta situación refleja las dificultades existentes para consolidar itinerarios investigadores competitivos desde Atención Primaria y pone de manifiesto la necesidad de reforzar mecanismos específicos de apoyo.

La financiación específica de proyectos en Atención Primaria presenta una marcada heterogeneidad territorial. Algunas comunidades autónomas disponen o han dispuesto de convocatorias dirigidas específicamente a este ámbito, como Catalunya, a través de la convocatoria específica de Atención Primaria del Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut (PERIS) (82), cuya segunda edición alcanzó una dotación de cuatro millones de euros (83). Más recientemente, Extremadura y Asturias han impulsado también ayudas específicas (84,85). Estas convocatorias desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de grupos emergentes e investigadores noveles, facilitando la generación de resultados preliminares y el desarrollo curricular necesarios para acceder posteriormente a convocatorias estatales e internacionales.

La disponibilidad de estructuras de apoyo especializadas es otro elemento clave para consolidar la actividad investigadora. El acceso a profesionales con experiencia en metodología, epidemiología, bioestadística, análisis de datos, investigación cualitativa o gestión de proyectos aumenta significativamente la capacidad de los equipos para competir en convocatorias y ejecutar proyectos de calidad. En la actualidad, España cuenta con 15 Unidades de Investigación en Atención Primaria distribuidas en siete comunidades autónomas (Tabla 17). En otros territorios, este apoyo se articula a través de estructuras más amplias, fundamentalmente los Institutos de Investigación Sanitaria (IIS), que proporcionan plataformas metodológicas y de gestión compartidas. Aunque la incorporación de profesionales de AP es un criterio de acreditación de los IIS y su presencia ha aumentado progresivamente en los últimos años, la integración de la investigación en Atención Primaria sigue siendo desigual entre territorios y no siempre garantiza una respuesta adaptada a sus necesidades específicas.

Tabla 17. Unidades de Investigación de Atención Primaria en España

CCAA	Unidad de Investigación Atención Primaria
Islas Baleares (1)	• Unidad de Investigación de Atención Primaria de Mallorca (IdISBa)
Castilla La Mancha (1)	• Unidad de Investigación de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (UIAPCLM)
Castilla y León (1)	• Unidad de investigación de Atención Primaria de Salamanca (APISAL)
Catalunya (8)	• IDIAP Jordi Gol (estructura central): Unitat de Suport a la Recerca (USR) Girona USR Metropolitana Nord USR Catalunya Central USR Lleida-Pirineus USR Tarragona-Reus USR Terres de l'Ebre USR Costa de Ponent USR Barcelona
Comunidad de Madrid (1)	• Unidad de Investigación Atención Primaria Madrid
La Rioja (1)	• Unidad de Investigación en Atención Primaria (UICAP)
País Vasco (2)	• Unidad de Investigación AP - OSIS de Gipuzkoa • Unidad investigación AP - OSIS de Bizkaia

Fuente: actualizado de Del Cura González I, Basora Gallisà J. Recursos de apoyo a la investigación en Atención Primaria. En: Martínez-Riera JR, Del Pino-Casado R, Paredes-Carbonell J, Oltra-Rodríguez E, Cubillo-Llanes J, Calderón-Larrañaga S, editores. Manual práctico de Atención Primaria y Comunitaria. Una nueva visión para una necesidad comunitaria. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2026.

Gobernanza, liderazgo y capacidad de gestión

Esta sección examina las principales iniciativas autonómicas orientadas a reforzar la gobernanza, el liderazgo y la capacidad de gestión en Atención Primaria, especialmente en relación con las funciones directivas y la autonomía organizativa de los equipos.

Dirección y liderazgo de los centros de salud

Las políticas autonómicas relacionadas con las funciones directivas en Atención Primaria se articulan fundamentalmente en torno a tres dimensiones: (i) los sistemas de selección de los responsables de los equipos de Atención Primaria; (ii) el reconocimiento económico asociado al desempeño de funciones directivas; y (iii) la disponibilidad de tiempo protegido o de liberación parcial de la actividad asistencial para el ejercicio de tareas de coordinación, gestión y liderazgo.

En relación con los sistemas de selección, es habitual que los procedimientos incluyan la valoración de los méritos de los candidatos (experiencia profesional, actividad docente e investigadora, formación específica y otros méritos curriculares) junto con la presentación de un proyecto de gestión para el equipo o servicio al que se opta. La evaluación suele realizarse por una comisión o tribunal de valoración y la resolución del procedimiento se formaliza mediante su correspondiente publicación oficial. No es infrecuente, sin embargo, que en estos procesos concurra un único candidato, circunstancia en la que la presentación y defensa del proyecto puede adquirir un carácter fundamentalmente formal y con escasa capacidad discriminativa. Asimismo, la evaluación posterior del grado de cumplimiento de los objetivos y actuaciones recogidos en dichos proyectos no siempre se encuentra integrada en mecanismos sistemáticos de seguimiento y rendición de cuentas.

Respecto al reconocimiento económico, todas las comunidades autónomas contemplan algún tipo de compensación específica por el desempeño de funciones directivas o de coordinación. Sin embargo, tanto la estructura como la cuantía de estos complementos muestran una notable heterogeneidad territorial. En algunos servicios de salud, la retribución se modula en función del tamaño del equipo gestionado, habitualmente medido en base a la población asignada o el número de tarjetas sanitarias individuales (TIS) adscritas a la Zona Básica de Salud, como es el caso en Asturias (86).

Finalmente, la disponibilidad de tiempo protegido para el ejercicio de funciones directivas constituye probablemente el ámbito menos desarrollado. Aunque en numerosas comunidades autónomas se contempla la posibilidad de reducir parcialmente la carga asistencial o el cupo de pacientes, la asignación de tiempo protegido, suficiente y formalmente reconocido para desarrollar actividades de liderazgo, gestión de equipos, planificación, evaluación o mejora de la calidad es infrecuente. Además, las dificultades actuales para cubrir plazas asistenciales en los equipos limitan en la práctica la posibilidad de materializar dichas reducciones. Como consecuencia, una parte importante de las funciones directivas continúa realizándose de forma simultánea a la actividad asistencial ordinaria, comprometiendo su desempeño y alcance.

Expansión de la autonomía organizativa

Las iniciativas autonómicas orientadas a ampliar la autonomía organizativa en Atención Primaria son todavía escasas, pese a la importancia que los participantes le atribuyen para mejorar la satisfacción profesional, facilitar la innovación organizativa y optimizar la atención (sección 4). Destaca la experiencia de los Centros de Salud Integral de Referencia (CSIR) en Catalunya que introduce un modelo de gestión dirigido a ampliar la

autonomía de los equipos en ámbitos como la organización interna, la gestión de agendas, la distribución de funciones o la capacidad de decisión sobre determinados recursos (véase Recuadro 2).

Recuadro 2. CAIROS y los Centros de Salud Integral de Referencia (CSIR): la experiencia catalana de autonomía organizativa en Atención Primaria

En septiembre de 2024, el Gobierno catalán creó el Comité para la Evaluación, la Innovación y la Reforma Operativa del Sistema de Salud (CAIROS), un órgano asesor encargado de proponer reformas operativas del sistema sanitario. En menos de tres meses, el comité revisó más de 50 informes elaborados en las últimas tres décadas y consultó a numerosos expertos, identificando un patrón recurrente de coincidencia en los diagnósticos y déficit estructural de implementación.

En diciembre de 2024 se presentaron 10 líneas de acción y 25 medidas. Entre ellas destaca la creación de los Centros de Salud Integral de Referencia (CSIR), un modelo organizativo que amplía la autonomía de gestión, la capacidad resolutiva y la orientación a resultados de los equipos de Atención Primaria. Los CSIR se fundamentan en los principios de profesionalismo, confianza y autonomía organizativa, como contrapartida a la responsabilidad y orientación a resultados de los profesionales.

La convocatoria generó una respuesta sin precedentes: 158 equipos expresaron interés y 116 presentaron propuestas detalladas, quintuplicando las previsiones iniciales. Se seleccionaron 27 centros piloto -26 equipos de Atención Primaria y un equipo territorial de atención pediátrica- con representación de todas las regiones sanitarias y de los tres modelos de gestión existentes en Catalunya (ICS, entidades concertadas y entidades de base asociativa). La implementación arrancó el 1 de julio de 2025, con evaluación independiente de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias (AQuAS) y seguimiento trimestral de resultados. En octubre de 2025 se presentó una segunda etapa centrada en la atención integrada territorial, con pruebas piloto previstas en seis a diez Áreas Integradas de Salud (AIS).

La experiencia CAIROS resulta relevante para el análisis de la fidelización por dos razones. Primera, porque la elevada respuesta voluntaria de los equipos sugiere una demanda latente de mayor autonomía organizativa, coherente con los factores identificados en la sección anterior. Segunda, porque el modelo incorpora elementos reclamados por los profesionales entrevistados - flexibilidad en la organización de agendas, redistribución de funciones dentro del equipo, orientación a resultados y capacidad de innovación local-, lo que podría contribuir a mejorar la fidelización de profesionales si los resultados de la evaluación confirman su viabilidad y escalabilidad.

Fuente: Hacia la transformación del sistema de salud catalán: CAIROS y la Atención Primaria – Nada es Gratis

Despliegue y reconocimiento de la especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria

El despliegue de la Enfermería Familiar y Comunitaria muestra una brecha clara entre el reconocimiento formal de la especialidad y su implantación efectiva. Aunque casi todas las comunidades autónomas han creado administrativamente la categoría profesional, esto no siempre se ha traducido en plazas específicas, contratación como especialista, reconocimiento retributivo o desarrollo competencial real. La tabla 18 resume la situación de las diferentes comunidades autónomas en relación con las principales dimensiones del despliegue de la especialidad a fecha de 2025 (87).

Tabla 18. Despliegue y reconocimiento de la Enfermería Familiar y Comunitaria por comunidad autónoma (2025)

CCAA	Plazas EFyC	Tasa por 10.000	Bolsa propia	Baremación bolsa	Baremación OPE	OPE específica	Conversión jubilación	Prescripción enfermera
Andalucía	447	0,518	Sí	No	No	Sí	No	Sí (≥5)
Aragón	198	1,465	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí (≥5)
Asturias	206	2,050	Sí	No	No	No	No	Sí (<5)
Illes Balears	91	0,758	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí (<5)
Canarias	0	0,000	No	No	s/d	No	No	Sí (<5)
Cantabria	5	0,085	Sí	No	No	No	Sí	Sí (≥5)
Castilla-La Mancha	16	0,076	Sí	Sí	No	No	No	Sí (≥5)
Castilla y León	64	0,269	Sí	No	No	No	No	Sí (≥5)
Catalunya	34*	0,042	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí (≥5)
C. Valenciana	270	0,508	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí (<5)
Extremadura	84	0,796	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí (<5)
Galicia	230	0,850	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí (≥5)
Madrid	850	1,213	Sí	No	No	No	Sí	Sí (≥5)
R. de Murcia	60	0,387	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí (≥5)
Navarra	4	0,059	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
La Rioja	2	0,062	No	No	Sí	Sí	No	No
País Vasco	105	0,471	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí (<5)
INGESA	0	0,000	No	No	No	No	Sí	—

Fuente: Elaboración propia a partir de FAECAP (2026). La Enfermera Familiar y Comunitaria: pieza clave para la sostenibilidad y liderazgo de la Atención Primaria en España (87), actualizada y contrastada con información facilitada por las comunidades autónomas durante el proceso de revisión del informe. *En Catalunya no se dispone de datos de los diferentes proveedores sanitarios; las cifras corresponden exclusivamente a los centros gestionados por el ICS.

Dotación y conversión de plazas específicas

La creación de plazas específicas de EFyC constituye la principal herramienta de despliegue de la especialidad, ya que permite consolidar puestos reservados a especialistas y garantizar que las vacantes futuras se cubran prioritariamente con profesionales con esta titulación. La Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP) estima la existencia de aproximadamente 2.700 plazas específicas de EFyC en el SNS (7.3% del total), aunque con una marcada heterogeneidad territorial: desde comunidades autónomas sin plazas específicas identificadas, como Canarias, hasta tasas de 0,042 plazas por 10.000 habitantes en Catalunya o 0,062 en La Rioja, frente a 2,05 en Asturias, 1,465 en Aragón o 1,213 en la Comunidad de Madrid (Tabla 18).

Algunas comunidades autónomas (Aragón, Catalunya, Comunitat Valenciana, Murcia, Galicia, Extremadura e INGESA) han formalizado criterios de reconversión progresiva de plazas generalistas en plazas de especialista, habitualmente vinculados a jubilaciones o vacantes, aunque en la mayoría de los casos sin cronogramas vinculantes ni criterios homogéneos. Los modelos son variables: en la Comunitat Valenciana se plantea la

reconversión de todas las plazas vacantes, mientras que en Aragón se acordó en mesa sectorial la reconversión de dos de cada tres jubilaciones.

Otras comunidades han desarrollado mecanismos específicos de integración. En Illes Balears, el Decreto 23/2019 permitió la creación de 91 plazas específicas ocupadas mediante interinidades, con un proceso de integración previsto que podría añadir alrededor de 120 plazas adicionales. En la Comunidad de Madrid se ha completado un proceso de integración voluntaria directa que ha reconocido la categoría a más de 790 profesionales fijas y un centenar de temporales, mediante una vía excepcional no replicada en otras comunidades por su complejidad jurídica. En Navarra se ha optado por un modelo gradual de amortización-creación vinculado al despliegue de la estrategia de salud comunitaria. Por su parte, Castilla-La Mancha, a través de la Estrategia de Desarrollo de Especialidades de Enfermería (EDECAM), está trabajando tanto en la reconversión de plazas como en la incorporación de especialistas por vía excepcional.

Bolsa de empleo específicas y reconocimiento de la especialidad en los procesos de selección

La mayoría de las comunidades autónomas dispone formalmente de bolsas específicas de EFyC (tabla 16), aunque su desarrollo práctico continúa siendo desigual, especialmente cuando no existen suficientes plazas perfiladas o reservadas para la especialidad. En estos casos, las enfermeras especialistas continúan siendo contratadas a través de bolsas generalistas, sin que su condición de especialistas se traduzca necesariamente en una ventaja competitiva. También persisten diferencias importantes en el funcionamiento y actualización de las bolsas, desde procedimientos poco ágiles, con largos periodos de renovación hasta modelos abiertos que permiten la incorporación y actualización permanente de méritos.

A esta heterogeneidad se suma la diferente consideración de la especialidad en los sistemas de baremación. En total siete comunidades autónomas reconocen específicamente el título de EFyC en las bolsas de empleo temporal generalista, otras seis en las ofertas públicas de empleo (OPE) y únicamente tres (Galicia, Región de Murcia y Navarra) en ambos sistemas, generando incentivos inconsistentes entre territorios (Tabla 18). La ausencia de baremación específica hace que la antigüedad acumulada sea el principal criterio de puntuación, lo que tiende a penalizar a las enfermeras especialistas, ya que el periodo de residencia EIR no suele computar como experiencia profesional. Ello dificulta tanto el acceso inicial como la movilidad posterior dentro de Atención Primaria.

Ofertas Públicas de Empleo específicas

Las OPE específicas de EFyC constituyen el principal mecanismo de consolidación estructural de la especialidad. En total, 10 comunidades autónomas han convocado procesos selectivos específicos con plazas reservadas para EFyC, aunque con importantes diferencias en volumen, alcance y grado de desarrollo (Tabla 18). Otras han optado por modelos alternativos de integración directa o reconocimiento competencial sin convocatorias específicas.

Persisten diferencias territoriales importantes en los criterios de acceso y baremación. En muchas convocatorias, el tiempo trabajado como EFyC constituye el principal criterio, mientras que en otras también se reconoce la experiencia previa como enfermera generalista en Atención Primaria. En aquellas comunidades autónomas donde las plazas de Atención Primaria no están vinculadas de forma generalizada al requisito de poseer la especialidad, las vacantes continúan ofertándose en procesos selectivos y concursos de traslados como plazas de enfermera generalista. Esta situación perpetúa la ocupación de puestos específicamente orientados al ámbito familiar y comunitario por profesionales sin formación especializada, limita las oportunidades laborales de las EFyC y reduce el incentivo para la obtención de la especialidad. Asimismo, la

falta de plazas específicamente vinculadas a la especialidad dificulta la incorporación de nuevas tutoras de residentes EIR y la ampliación de la capacidad formativa de las unidades docentes. Se genera un círculo vicioso en el que la escasa implantación de la especialidad limita tanto la incorporación de nuevos especialistas como el desarrollo de los recursos necesarios para su formación, debilitando el reconocimiento profesional de la EFyC y comprometiendo la capacidad de la Atención Primaria para responder de forma eficiente a los retos actuales de cronicidad, complejidad asistencial, promoción de la salud y atención comunitaria.

Asignación de cupo y despliegue funcional

La asignación de cupo constituye la principal materialización funcional del rol de la EFyC dentro de Atención Primaria, al permitir desarrollar atención longitudinal a una población asignada e integrada en el equipo. Sin embargo, los modelos autonómicos son muy variables. Algunas comunidades han integrado a la EFyC en el modelo asistencial ordinario con cupo propio y funciones equiparables al resto del equipo, mientras que otras mantienen modelos más fragmentados, centrados en la gestión de casos, atención comunitaria o consultas monográficas. Esta variabilidad refleja diferentes concepciones del papel de la EFyC dentro de Atención Primaria y compromete el desarrollo competencial y el atractivo profesional de la especialidad.

Prescripción enfermera

Aunque el marco normativo estatal que regula la prescripción enfermera está definido mediante el Real Decreto 954/2015 y sus posteriores modificaciones, el grado de implantación autonómica continúa siendo desigual. Las diferencias territoriales afectan tanto a los procedimientos de acreditación profesional como a la implantación efectiva de las guías clínicas y el acceso a receta electrónica. La Tabla 18 resume la situación de las diferentes comunidades autónomas. Según registros de la FAECAP, a 2025, ocho comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla león, Catalunya, Galicia, Madrid, y Región de Murcia) contaban con guías de prescripción implementadas para más de 5 procedimientos; otras seis comunidades (Asturias, Illes Balears, Canarias, Comunitat Valenciana, Extremadura, y País Vasco) para menos de 5 procedimientos; mientras que Navarra y La Rioja no disponían de procedimiento de acreditación habilitado. No obstante, la ampliación de competencias asociada a la prescripción enfermera no siempre se ha acompañado de reconocimiento organizativo o retributivo específico, lo que ha contribuido a dificultar su implantación y desarrollo efectivo en algunos contextos.

Políticas de retorno y movilidad

La limitada disponibilidad histórica de plazas específicas de EFyC en Atención Primaria ha favorecido que muchas enfermeras especialistas hayan terminado accediendo a plazas hospitalarias de enfermería generalista. Actualmente no existe un registro oficial que permita cuantificar cuántas especialistas EFyC se encuentran en esta situación, ni tampoco una política estatal activa de retorno que facilite su reincorporación estable a Atención Primaria.

Las opciones de retorno actualmente disponibles son heterogéneas entre comunidades autónomas y presentan importantes limitaciones. Una de las vías existentes consiste en solicitar excedencia de la plaza hospitalaria y acceder posteriormente a la bolsa de empleo temporal de Atención Primaria. Sin embargo, esta opción supone una pérdida importante de estabilidad y, en algunos casos, puede implicar la pérdida del destino hospitalario, por lo que raramente constituye una vía real de retorno.

Las principales fórmulas de movilidad temporal identificadas corresponden a la promoción interna temporal y las comisiones de servicio, que permiten desempeñar provisionalmente plazas EFyC en Atención Primaria

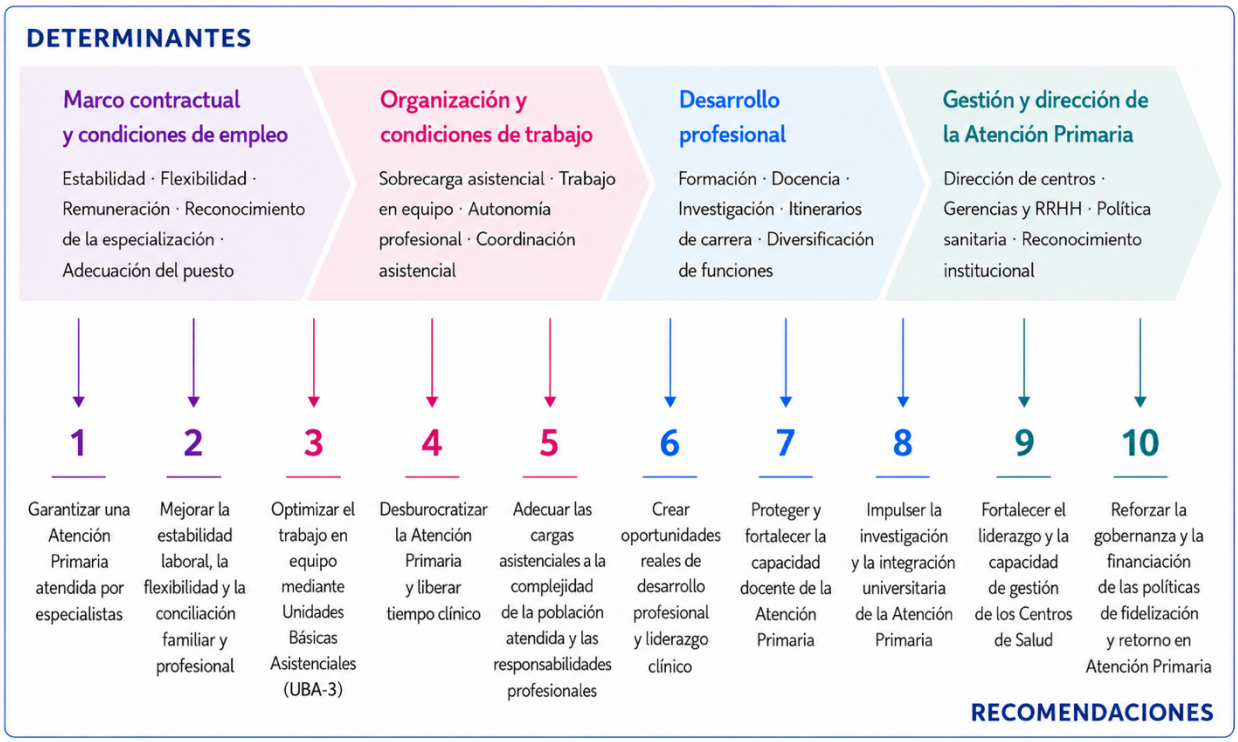
manteniendo, en distinto grado, la vinculación con la plaza de origen. No obstante, en el caso de la promoción interna temporal, el acceso suele realizarse mediante nombramientos temporales, lo que puede implicar una pérdida de estabilidad y de determinados derechos ya consolidados vinculados al puesto previo -como vacaciones, días de libre disposición u otros -, además de posibles penalizaciones asociadas al rechazo de las ofertas temporales. Cuando Atención Primaria y Atención Hospitalaria dependen de estructuras de gestión distintas, estos mecanismos requieren además una regulación específica de movilidad intercentros. Este tipo de normativa permite el tránsito temporal entre ámbitos asistenciales, como ocurre en el País Vasco (Resolución 2011/2978), mientras que su ausencia lo inhabilita, como sucede en la Comunidad de Madrid.

Finalmente, la movilidad definitiva mediante concursos de traslados EFyC representaría la principal vía de acceso estable y permanente a plazas de Atención Primaria. Sin embargo, a diferencia de los traslados ordinarios entre plazas de enfermería generalista, el paso desde una plaza hospitalaria generalista a una plaza EFyC implica un cambio de categoría o perfil profesional, por lo que requiere mecanismos específicos de movilidad y la existencia previa de plazas definidas como de especialista. Actualmente, estos mecanismos de movilidad definitiva apenas se han desarrollado en la mayoría de las comunidades autónomas.

6. Recomendaciones

Las secciones anteriores han permitido identificar los principales factores que influyen en la permanencia, salida y retorno de especialistas de Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria en Atención Primaria, así como analizar las respuestas desarrolladas por las comunidades autónomas para abordar estos retos. Los hallazgos obtenidos ponen de manifiesto cuatro grandes ámbitos que condicionan estas decisiones: el marco contractual y las condiciones de empleo; la organización y las condiciones de trabajo; el desarrollo profesional; y la gestión y dirección de la Atención Primaria. A partir de esta evidencia se han formulado diez recomendaciones orientadas a fortalecer la fidelización y el retorno del talento en Atención Primaria. Como muestra la Figura 9, las recomendaciones se estructuran en torno a estas cuatro dimensiones y buscan dar respuesta a los principales determinantes identificados por profesionales, representantes y responsables de las administraciones sanitarias autonómicas participantes.

Figura 9. Determinantes y recomendaciones para la fidelización y retorno del talento en Atención Primaria



Para facilitar su implementación, cada recomendación se articula en una serie de acciones concretas, con responsables, plazos orientativos, e indicadores de seguimiento y resultado. La asignación de responsabilidades responde al reparto de competencias y funciones entre los distintos niveles de decisión y gestión del Sistema Nacional de Salud. La secuencia y el alcance de las actuaciones deberán adaptarse a la situación de partida, las medidas ya implantadas y las necesidades de cada comunidad autónoma.

Las medidas propuestas tienen una orientación eminentemente práctica y operativa. En términos generales, son factibles dentro de los marcos competenciales y organizativos del Sistema Nacional de Salud y no requieren grandes reformas estructurales para su puesta en marcha. De hecho, muchas de ellas ya han sido desarrolladas, total o parcialmente, por distintas comunidades autónomas, como muestra el mapeo realizado. Su valor reside en articular estas actuaciones en un marco integrado y coherente, acorde con el carácter multifactorial de la fidelización y el retorno de profesionales.

En la Tabla 19 se ofrece una visión de conjunto de las recomendaciones, sus acciones, responsables e indicadores iniciales de seguimiento. A continuación, se presenta el desarrollo detallado de cada recomendación, incluida su justificación, las acciones previstas para su implementación y los correspondientes indicadores de seguimiento y resultado.

Tabla 19. Resumen de las recomendaciones, acciones prioritarias e indicadores de seguimiento propuestos

Recomendación 1. Garantizar una Atención Primaria atendida por especialistas

A. Acciones para el despliegue y consolidación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

(i) Crear un registro de enfermeras especialistas EFyC que ocupan plazas hospitalarias generalistas y desarrollar procesos específicos de movilidad para su retorno a Atención Primaria. **Responsable**: Comunidades Autónomas. **Indicador (12 meses):** % de especialistas EFyC identificadas en plazas hospitalarias generalistas que acceden a procesos específicos de retorno a Atención Primaria.

(ii) Reconocer como plazas de especialista EFyC todas las vacantes de enfermería que se generen en Atención Primaria. **Indicador (12 meses):** % de nuevas vacantes de enfermería en Atención Primaria reconvertidas formalmente a plazas de especialista EFyC.

(iii) Garantizar la contratación temporal de especialistas EFyC mediante bolsas específicas y criterios de baremación en las bolsas generalistas que reconozcan la especialidad y la experiencia desarrollada en Atención Primaria. **Responsable**: Comunidades Autónomas. **Indicador (12 meses):** % de contratos temporales de enfermería en Atención Primaria cubiertos mediante bolsa específica de EFyC.

(iv) Convocar ofertas públicas de empleo específicas para especialistas EFyC tras el desarrollo de mecanismos extraordinarios de retorno profesional. **Responsable**: Comunidades Autónomas. **Indicador (12 meses):** % de plazas vacantes de enfermería en Atención Primaria incluidas en ofertas públicas de empleo específicas para especialistas en EFyC.

B. Acciones para garantizar la contratación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

(v) Cuantificar y caracterizar a los médicos/as con títulos universitarios nacionales u homologados que ejercen sin especialidad, con el fin de extinguir estas contrataciones y orientar las medidas aplicables según su perfil formativo. **Responsable**: Ministerio de Sanidad, en coordinación con las Comunidades Autónomas. **Indicador (12 meses):** Disponibilidad de un registro estatal consolidado a partir de los registros autonómicos, con información sobre el número y el perfil formativo de estos profesionales.

C. Acciones transversales de retorno y reincorporación profesional

(vi) Desarrollar programas de retorno con adaptación supervisada, actualización profesional y tutorización para especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria. **Responsable**: Comunidades Autónomas. **Indicador (12 meses):** Existencia de programas específicos de retorno para especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria y número de profesionales incorporados.

(vii) Adecuar la oferta formativa de especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria a las previsiones de necesidades futuras de profesionales en Atención Primaria. **Responsable**: Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas, en coordinación con Unidades Docentes y comisiones de especialidad. **Indicador (12 meses):** disponibilidad de modelos actualizados de estimación de necesidades de especialistas en EFyC y MFyC.

Recomendación 2. Mejorar la estabilidad laboral, la flexibilidad y la conciliación familiar y profesional

(i) Ofrecer a los residentes de Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria que finalicen la especialidad contratos estables vinculados a un cupo y equipo de Atención Primaria. **Responsable**: Comunidades Autónomas. **Indicador (12 meses):** % de especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria que reciben una oferta de contratación estable vinculada a un cupo y equipo de Atención Primaria tras finalizar la residencia.

(ii) Transformar progresivamente los cupos con turnos exclusivamente de tarde en modalidades de jornada más flexibles (p. ej., mixtas, deslizantes o comprimidas) y ofertar las nuevas vacantes bajo estas condiciones. **Responsable**: Comunidades Autónomas. **Indicador (12 meses):** Proporción de plazas con turnos exclusivamente de tarde sobre el total de plazas estructurales en Equipos de Atención Primaria.

(iii) Identificar las actividades susceptibles de realización remota y pilotar modalidades híbridas adaptadas a Atención Primaria. **Responsable**: Comunidades Autónomas, con apoyo del Ministerio de Sanidad en la financiación, evaluación y difusión de buenas prácticas. **Indicador (12 meses):** Número de comunidades autónomas con pilotos activos de modalidades híbridas y proporción de centros con acceso seguro habilitado para trabajo remoto parcial.

Recomendación 3. Optimizar el trabajo en equipo mediante Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3)

(i) Integrar a los profesionales que se incorporan o retornan a Atención Primaria en Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3) estables, longitudinales y con responsabilidades compartidas. **Responsable**: Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del SNS. **Indicador (12 meses):** % ofertas de incorporación o retorno que identifican las UBA-3 de destino y detallan su composición, cupo y condiciones organizativas.

(ii) Evaluar y mejorar la experiencia de incorporación a las Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3), corrigiendo los circuitos que generan sobrecarga o limitan el desarrollo de las competencias profesionales. **Responsable**: Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas, **Indicador (12 meses):** % de profesionales recién incorporados o retornados a una UBA-3 cuya experiencia haya sido evaluada durante el primer año y número de medidas correctoras implantadas a partir de los resultados.

Recomendación 4. Desburocratizar la Atención Primaria y liberar tiempo clínico

(i) Desarrollar e incorporar el perfil de Administrativo/a en Salud en Atención Primaria con formación específica, funciones ampliadas y reconocimiento profesional, e incorporarla a las Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3). **Responsable**: Ministerio de Sanidad, en coordinación con las comunidades autónomas para el desarrollo del perfil y la creación y dotación de plazas. **Indicador (12 meses):** Disponibilidad de una hoja de ruta estatal para la definición y desarrollo del perfil de Administrativo/a en Salud, incluida su formación y marco funcional; y número de comunidades autónomas que han iniciado su incorporación en Atención Primaria y su integración en las UBA-3.

(ii) Identificar y reducir las tareas administrativas transferidas a Atención Primaria desde otros ámbitos asistenciales, favoreciendo su resolución en origen. **Responsable:** Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del SNS. **Indicador (12 meses):** Número y porcentaje de procesos prioritarios cuyos circuitos han sido identificados y adaptados para su resolución en el ámbito asistencial de origen.

Recomendación 5. Adecuar las cargas asistenciales a la complejidad de la población atendida y las responsabilidades profesionales

(i) Desarrollar e implantar progresivamente un modelo compartido de cálculo de cupos de las Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3) ajustado por necesidad, capacidad asistencial y dedicación profesional. **Responsable:** Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del SNS. **Indicador (12 meses):** Disponibilidad de una metodología compartida que defina variables, fuentes de información, ponderaciones y factores correctores.

(ii) Pilotar una reducción temporal y progresiva del cupo durante la incorporación de nuevos especialistas o el retorno a Atención Primaria. **Responsable**: Comunidades Autónomas, con apoyo del Ministerio de Sanidad en la financiación, evaluación y difusión de buenas prácticas**. Indicador (12 meses):** Número de cupos de incorporación progresiva activados para nuevos especialista o profesionales que retornan, por comunidad autónoma.

Recomendación 6. Crear oportunidades reales de desarrollo profesional y liderazgo clínico

(i) Garantizar una oferta acreditada de formación continuada específica de Atención Primaria, con especial atención a las necesidades de los nuevos especialistas o profesionales que retornan. **Responsable**: Comunidades Autónomas. **Indicador (12 meses):** % de áreas sanitarias con una oferta acreditada y estructurada de formación específica de Atención Primaria y disponibilidad de itinerarios adaptados para nuevos especialistas o profesionales que retornan.

(ii) Ampliar la capacidad resolutiva de Atención Primaria mediante el acceso efectivo a pruebas, procedimientos y técnicas acordes con las competencias profesionales y las necesidades de la población. **Responsable**: Comunidades Autónomas, con la coordinación del Ministerio de Sanidad **Indicador (12 meses):** % de profesionales de EFyC y MFyC con acceso efectivo a las pruebas, procedimientos y técnicas acordados para el ejercicio de sus competencias.

(iii) Ofrecer oportunidades de dedicación parcial a funciones avanzadas tras un periodo de permanencia en Atención Primaria. **Responsable**: Comunidades Autónomas. **Indicador (12 meses):** Existencia de programas autonómicos de dedicación parcial a funciones avanzadas con tiempo protegido, ajuste de cupo y reconocimiento retributivo y profesional.

Recomendación 7. Proteger y fortalecer la capacidad docente de la Atención Primaria

(i) Proteger las plazas vinculadas a funciones tutoriales y reconocer la acreditación y experiencia docente en los procesos de provisión. **Responsable**: Comunidades autónomas, unidades docentes y direcciones de Atención Primaria. **Indicador (12 meses):** Número de plazas con funciones tutoriales identificadas y procesos de provisión que valoran específicamente la acreditación, experiencia docente o Diploma de Acreditación en Tutorización.

(ii) Reforzar las condiciones de apoyo a la función tutorial e impulsar itinerarios de iniciación y consolidación de nuevos tutores. **Responsable**: Comunidades Autónomas y unidades docentes, con el impulso y la coordinación del Ministerio de Sanidad. **Indicador (12 meses):** % de tutores de EFyC y MFyC que disponen de tiempo protegido, ajuste de la carga asistencial y reconocimiento retributivo y profesional; y número de itinerarios de tutor novel activos y de profesionales participantes.

Recomendación 8. Impulsar la investigación y la integración universitaria de la Atención Primaria

(i) Crear convocatorias específicas de investigación en Atención Primaria en las distintas etapas de la carrera profesional, orientadas a la iniciación, fidelización, permanencia y retorno de talento investigador. **Responsable**: Ministerio de Sanidad, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, Instituto de Salud Carlos III y comunidades autónomas. **Indicador (12 meses):** Definición y publicación de las modalidades de ayuda y sus mecanismos de intensificación.

(ii) Desarrollar trayectorias clínico-académicas estables y predecibles que permitan compatibilizar la práctica en Atención Primaria con una vinculación progresiva a la universidad. **Responsable**: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas y universidades. **Indicador (12 meses):** Existencia de un marco compartido para las trayectorias clínico-académicas, con fórmulas de compatibilización y retorno.

(iii) Consolidar redes de centros de salud universitarios como entornos de incorporación, desarrollo profesional y fidelización. **Responsables**: Comunidades Autónomas y Universidades **Indicador (12 meses):** número de centros acreditados como centros de salud universitarios y porcentaje que dispone de sistemas formales de reconocimiento e incentivación de los profesionales implicados en la formación práctica.

Recomendación 9. Fortalecer el liderazgo y la capacidad de gestión de los Centros de Salud

(i) Profesionalizar la dirección de los centros mediante itinerarios de desarrollo en gestión y liderazgo, selección por competencias y proyecto organizativo; y condiciones de ejercicio que favorezcan la fidelización y el retorno en funciones directivas. **Responsables**. Comunidades autónomas y direcciones de Atención Primaria **Indicador (12 meses):** Número de profesionales incorporados a itinerarios de desarrollo en gestión y liderazgo, y % puestos de dirección cubiertos mediante selección por competencias y proyecto organizativo, con tiempo protegido y reconocimiento retributivo.

(ii) Pilotar modelos de gestión que amplíen la autonomía de las direcciones para adaptar la organización y los recursos de los centros, con acceso a información actualizada para la toma de decisiones. **Responsable**: Comunidades Autónomas, direcciones de Atención Primaria y servicios de información sanitaria, con apoyo del Ministerio de Sanidad para la financiación y difusión de las experiencias. **Indicador (12 meses):** % de centros participantes con ámbitos de autonomía ampliados y acceso a información actualizada sobre población, demanda, actividad, resultados y evolución de la plantilla.

(iii) Crear redes de colaboración entre direcciones de centros de salud para el intercambio de experiencias y la adopción de innovaciones organizativas con el apoyo y seguimiento estratégico por parte de las Direcciones de Atención Primaria y Departamentos de salud. **Responsable**: Comunidades Autónomas y direcciones de Atención Primaria, con apoyo del Ministerio de Sanidad para la financiación, coordinación interautonómica y difusión **Indicador (12 meses):** número de redes activas de colaboración e innovaciones organizativas entre direcciones de centros de salud promovidas y pilotadas por las Direcciones de Atención Primaria.

Recomendación 10. Reforzar la gobernanza y la financiación de las políticas de fidelización y retorno en Atención Primaria

(i) Consolidar la gobernanza para la implementación y seguimiento de las acciones de fidelización y retorno. **Responsable**: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas, a través de las estructuras de coordinación existentes. **Indicador (12 meses):** % de comunidades autónomas que han priorizado las acciones a implementar y definido responsables, recursos y mecanismos de seguimiento.

(ii) Garantizar una financiación suficiente, finalista y trazable para las políticas de fidelización y retorno en Atención Primaria. Responsables: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas **Indicador (12 meses):** financiación asignada y ejecutada en políticas de fidelización y retorno, por comunidad autónoma y tipo de actuación.

Recomendación 1. Garantizar una Atención Primaria atendida por especialistas

La atención prestada por profesionales especialistas constituye una condición necesaria para la calidad, seguridad y capacidad resolutiva de la Atención Primaria. in embargo, el estudio identifica una serie de prácticas que dificultan la consolidación de un modelo de atención basado en la especialización profesional. Para abordar este problema, se proponen las siguientes acciones prioritarias, agrupadas en medidas dirigidas a la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, medidas orientadas a garantizar la contratación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y actuaciones transversales relacionadas con el retorno profesional y la planificación de las necesidades futuras de especialistas.

A. Acciones para el despliegue y consolidación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

(i) Crear un registro de enfermeras especialistas EFyC que ocupan plazas hospitalarias generalistas y desarrollar procesos específicos de movilidad para su retorno a Atención Primaria.

El estudio evidencia que muchas enfermeras especialistas en EFyC no han tenido acceso a plazas y contratos específicos en Atención Primaria tras finalizar la residencia, y se han terminado incorporando a plazas de enfermería generalista en el ámbito hospitalario como vía de estabilización laboral. Gran parte de estas profesionales encuentra dificultades para retornar posteriormente a Atención Primaria y se encuentra en desventaja en los procesos selectivos específicos de la especialidad al no haber podido acumular experiencia profesional como especialista. Se propone que las comunidades autónomas realicen, en primer lugar, una auditoría específica que permita identificar el volumen y distribución de especialistas en EFyC que actualmente ocupan plazas hospitalarias generalistas. A partir de esta información, se recomienda la puesta en marcha de procesos extraordinarios y específicos de movilidad que faciliten el retorno voluntario de estas profesionales a Atención Primaria.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Comunidades Autónomas.
- Auditoría y registro de profesionales: 3 meses.
- Convocatoria de procesos específicos de movilidad: 6 meses.
- Resolución de los procesos: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de especialistas identificadas en situación de plaza hospitalaria generalista que acceden a procesos específicos de retorno a Atención Primaria.
- Indicador de resultado (36 meses): porcentaje de especialistas en EFyC participantes en los procesos específicos de movilidad que retornan a Atención Primaria y permanecen en ella durante al menos 24 meses.

(ii) Reconocer como plazas de especialista EFyC todas las vacantes de enfermería que se generen en Atención Primaria.

La mayoría de las plazas de enfermería de Atención Primaria continúa sin estar vinculada formalmente a la especialidad de EFyC. Cuando estas plazas quedan vacantes, suelen cubrirse mediante mecanismos generales de provisión y movilidad, lo que dificulta el despliegue progresivo de la especialidad y limita las oportunidades de incorporación, permanencia y retorno de especialistas. Con el objetivo de avanzar hacia un despliegue progresivo y sostenido de la EFyC, se propone que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas adopten, en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, un acuerdo común para reconocer como plazas de especialista en EFyC todas las vacantes de enfermería que se generen en Atención Primaria por jubilación, traslado o baja definitiva. El acuerdo debería establecer criterios homogéneos para identificar y registrar estas vacantes, así como las condiciones aplicables a su convocatoria, provisión y movilidad. Las plazas deberían configurarse como puestos propios de la especialidad, vinculados a un cupo y al desarrollo de las competencias profesionales de la EFyC, estableciendo la titulación de especialista como requisito de acceso.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas, a través de la Comisión de Recursos Humanos del SNS.
- Adopción del acuerdo común y definición de los criterios de registro, provisión y movilidad: 6 meses.
- Inicio de la reconversión de las nuevas vacantes: 6-12 meses. Implementación progresiva: vinculada a las vacantes que se generen.
- Indicador de seguimiento (12 meses): proporción de nuevas vacantes de enfermería en Atención Primaria reconvertidas formalmente a plazas de especialista EFyC.
- Indicador de resultado (36 meses): porcentaje de nuevas plazas de especialista cubiertas por profesionales con título de EFyC y, entre ellas, proporción que permanece en Atención Primaria a los 24 meses.

(iii) Garantizar la contratación temporal de especialistas EFyC mediante bolsas específicas y criterios de baremación en las bolsas generalistas que reconozcan la especialidad y la experiencia desarrollada en Atención Primaria.

Los mecanismos de contratación temporal no siempre reconocen de forma efectiva la especialización en EFyC. La ausencia de bolsas específicas y de criterios de baremación diferenciados limita las oportunidades de trabajar y acumular experiencia como especialista en Atención Primaria. Ello dificulta la posterior estabilización, favorece el desplazamiento hacia el ámbito hospitalario, y reduce las posibilidades de retorno. Se propone que las comunidades autónomas desarrollen y mantengan activas bolsas específicas de empleo temporal para especialistas en EFyC, abiertas y permanentes, destinadas a la cobertura de plazas, ausencias y sustituciones en puestos de especialista. Complementariamente, se recomienda incorporar una baremación diferenciada de la especialidad en las bolsas generalistas para priorizar la contratación de especialistas en la cobertura temporal de plazas de Atención Primaria no perfiladas. Asimismo, los servicios prestados en Atención Primaria por especialistas en EFyC deberían computarse como experiencia profesional en la categoría de especialista, aunque hubieran sido contratadas temporalmente para ocupar plazas todavía no perfiladas.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Comunidades Autónomas.
- Diseño normativo e implementación inicial: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de contratos temporales de enfermería en Atención Primaria cubiertos mediante bolsa específica de EFyC.
- Indicador de resultado (24 meses): porcentaje de contratos temporales de enfermería en Atención Primaria adjudicados a especialistas en EFyC y proporción de estos contratos computados como experiencia profesional en la categoría de especialista.

(iv) Convocar ofertas públicas de empleo específicas para especialistas EFyC tras el desarrollo de mecanismos extraordinarios de retorno profesional

Los procesos de estabilización mediante ofertas públicas de empleo específicas para Enfermería Familiar y Comunitaria constituyen la principal herramienta para consolidar el reconocimiento y despliegue de la especialidad en Atención Primaria. No obstante, los hallazgos del estudio ponen de manifiesto la necesidad de que estos procesos se desarrollen una vez se hayan articulado mecanismos extraordinarios que permitan corregir la situación de las especialistas que accedieron a plazas hospitalarias generalistas ante la ausencia de oportunidades profesionales en Atención Primaria. Por ello, se propone que las comunidades autónomas convoquen ofertas públicas de empleo específicas para especialistas en EFyC dirigidas a la estabilización de plazas perfiladas de Atención Primaria, una vez desarrollados los mecanismos extraordinarios de retorno profesional descritos en la acción (i).

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Comunidades Autónomas.
- Convocatorias y resolución con periodicidad máxima bienal.
- Indicador de seguimiento (12 meses): proporción de plazas vacantes de enfermería en Atención Primaria incluidas en ofertas públicas de empleo específicas para especialistas en EFyC.
- Indicador de resultado (18 meses): porcentaje de las plazas incluidas en ofertas públicas de empleo específicas que son adjudicadas y ocupadas efectivamente por especialistas en EFyC.

B. Acciones para garantizar la contratación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

(v) Cuantificar y caracterizar a los médicos/as con títulos universitarios nacionales y homologados que ejercen sin especialidad, con el fin de extinguir estas contrataciones y orientar las medidas aplicables según su perfil formativo

El estudio identifica la contratación de médicos/as sin especialidad como una respuesta al déficit de profesionales, especialmente en zonas rurales y de difícil cobertura, que contraviene lo establecido en el artículo 16.3 de la Ley 44/2003 (59). Esta práctica compromete la calidad de la atención y la sostenibilidad del modelo formativo y profesional en Atención Primaria, además de plantear un problema de equidad retributiva, al ofrecer la misma remuneración a profesionales con y sin el título de especialista. Actualmente no se dispone de información sobre el perfil formativo de estos profesionales, lo que dificulta dimensionar

adecuadamente la situación y orientar las políticas necesarias. Se propone que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas realicen una auditoría que permita identificar y caracterizar a los médicos/as con títulos universitarios de grado, nacionales y homologados, que ejercen sin especialidad, distinguiendo entre quienes disponen de una especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria o equivalente obtenida en su país de origen pendiente de homologación en España y quienes carecen de formación especializada. A partir de esta información, se recomienda extinguir las contrataciones existentes y planificar medidas adaptadas a cada situación**.** En el caso de quienes ya dispongan de una especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria obtenida en el estados no miembros de la Unión Europea, debería valorarse individualmente la formación y experiencia acreditadas y articularse, en función de su grado de equivalencia, el itinerario de reconocimiento correspondiente, que podría incluir pruebas de evaluación, formación complementaria o periodos de ejercicio profesional supervisado de acuerdo con el Real Decreto 459/2010, de 16 de abril (88), actualmente en trámite de modificación. Para aquellos profesionales que no dispongan de una especialidad, las actuaciones deberían dirigirse a promover su acceso a la Formación Sanitaria Especializada, evitando consolidar vías alternativas de ejercicio profesional sin la correspondiente cualificación especializada. Debe tenerse en cuenta que el Sistema Nacional de Salud convoca anualmente plazas de formación sanitaria especializada, con una oferta creciente y con vacantes recurrentes en especialidades como Medicina Familiar y Comunitaria, lo que permite canalizar las necesidades de profesionales a través de los mecanismos ordinarios de formación.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Ministerio de Sanidad, en coordinación con las comunidades autónomas.
- Auditoría estatal y autonómica: 12 meses.
- Implementación progresiva de medidas de sustitución y regularización: 18 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): disponibilidad de un registro estatal consolidado a partir de los registros autonómicos, con información sobre el número y el perfil formativo de estos profesionales (formación de grado, especialidad no reconocida en España).
- Indicador de resultado (24 meses): número de médicos/as carentes de especialidad ocupando puestos de especialista; porcentaje de profesionales que accede al reconocimiento de la especialidad por el Real Decreto 459/2010 que regula el reconocimiento de títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea o accede a la formación sanitaria especializada.

C. Acciones transversales de retorno y reincorporación profesional

(vi) Desarrollar programas de retorno con adaptación supervisada, actualización profesional y tutorización para especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria.

El retorno a Atención Primaria tras periodos prolongados de actividad en otros ámbitos asistenciales, el extranjero o fuera de la práctica clínica puede verse dificultado por cambios organizativos, tecnológicos y asistenciales acumulados durante el tiempo de ausencia. La evidencia disponible señala que esta transición puede generar incertidumbre profesional y actuar como barrera para la reincorporación, incluso entre profesionales interesados en regresar (89). Experiencias internacionales, como el *GP Return to Practice (RtP) Programme* en el Reino Unido, sugieren que los programas estructurados pueden mejorar la confianza profesional y el retorno de especialistas a la práctica clínica (89–91). Se propone que las comunidades

autónomas desarrollen programas específicos de reincorporación para especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria. Estos programas podrían incluir un periodo inicial de adaptación supervisada, con actividades de observación clínica (*shadowing*), actualización en circuitos asistenciales, sistemas de información e historia clínica electrónica y acompañamiento por parte de profesionales con experiencia en el propio centro de salud, cuya labor de tutorización debería reconocerse mediante tiempo protegido efectivo y compensación económica específica.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Comunidades Autónomas.
- Diseño del programa de retorno y definición de criterios de acceso: 6 meses.
- Inicio de programas piloto autonómicos: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): existencia de programas específicos de retorno para especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria y número de profesionales incorporados a dichos programas.
- Indicador de resultado (36 meses): porcentaje de profesionales que completan el programa, se reincorporan efectivamente y permanecen en Atención Primaria durante al menos 24 meses.

(vii) Adecuar la oferta formativa de especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria a las previsiones de necesidades futuras de profesionales en Atención Primaria

Garantizar una Atención Primaria atendida por especialistas requiere no solo aprovechar y retener el talento disponible, sino también asegurar una oferta formativa suficiente para responder a la necesidad de profesionales en el futuro. España dispone de ejercicios y modelos de planificación de recursos humanos que permiten estimar las necesidades futuras de especialistas a partir de factores como la evolución demográfica, jubilaciones previstas, patrones de movilidad profesional y los objetivos de desarrollo de la Atención Primaria (24). Sin embargo, la oferta formativa no siempre se ajusta ni adecúa a estas previsiones. Se propone que el Ministerio de Sanidad, en coordinación con las comunidades autónomas, las unidades docentes y las comisiones nacionales de las especialidades, adecúen progresivamente la oferta de plazas EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria y MIR de Medicina Familiar y Comunitaria a las necesidades previstas de profesionales. Esta planificación debería basarse en los modelos de estimación de necesidades disponibles y alinearse con los objetivos de despliegue de las especialidades, relevo generacional y cobertura territorial de la Atención Primaria.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas, en coordinación con unidades docentes y comisiones de especialidad.
- Disponibilidad o actualización de modelos de estimación de necesidades de especialistas en EFyC y MFyC: 12 meses, con actualización periódica cada dos años.
- Incorporación de estas estimaciones a la planificación plurianual y adecuación progresiva de la oferta formativa: 3–5 años.
- Indicador de seguimiento (12 meses): disponibilidad de modelos actualizados de estimación de necesidades de especialistas en EFyC y MFyC.
- Indicador de resultado (36 meses): incorporación de estas estimaciones a la planificación plurianual y adecuación progresiva de la oferta formativa

Recomendación 2. Mejorar la estabilidad laboral, la flexibilidad y la conciliación familiar y profesional

La estabilidad, flexibilidad y capacidad de conciliación se identifican en el estudio como factores prioritarios para la permanencia y el retorno de profesionales en Atención Primaria, especialmente entre profesionales jóvenes y en un contexto de creciente feminización de la EFyC y MFyC. La inestabilidad y rigidez contractual penaliza especialmente a las mujeres, quienes continúan asumiendo una parte desproporcionada de las responsabilidades de cuidados, y contribuye a ampliar las desigualdades de género en las trayectorias profesionales. Se proponen las siguientes acciones prioritarias:

(i) Ofrecer a los residentes de Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria que finalicen la especialidad contratos estables vinculados a un cupo y equipo de Atención Primaria

La estabilidad laboral constituye uno de los principales factores que condicionan la incorporación y permanencia de profesionales en Atención Primaria. Aunque la situación ha mejorado en los últimos años, persisten diferencias relevantes entre territorios y profesiones. En MFyC, no todas las ofertas garantizan una vinculación estable a un cupo y equipo de Atención Primaria, mientras que en EFyC el acceso a puestos estables es, por lo general, limitado y tampoco siempre se articula en torno a un cupo y equipo de referencia. Se propone que las comunidades autónomas inicien de forma anticipada la planificación y oferta de contratos estables para residentes próximos a finalizar la especialidad, garantizando que todo nuevo contrato de EFyC y MFyC en Atención Primaria quede vinculado a un cupo y equipo de referencia, y considerando sus preferencias de ubicación y destino profesional. Se recomienda, asimismo, que estas ofertas anticipen los procesos de movilidad y estabilización previstos para evitar interrupciones de la vinculación profesional tras la incorporación.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Comunidades Autónomas.
- Diseño y adaptación de los procedimientos de contratación: 6 meses.
- Implementación progresiva para nuevas promociones de especialistas: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de especialistas en Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria que reciben una oferta de contratación estable vinculada a un cupo y equipo de Atención Primaria tras finalizar la residencia.
- Indicador de resultado (36 meses): porcentaje de especialistas en EFyC y MFyC que, tras finalizar la residencia, se incorporan mediante un contrato estable vinculado a un cupo y equipo y permanecen en Atención Primaria a los 24 meses.

(ii) Transformar progresivamente los cupos con turnos exclusivamente de tarde en modalidades de jornada más flexibles (p. ej., mixtas, deslizantes o comprimidas) y ofertar las nuevas vacantes bajo estas condiciones.

Los turnos exclusivamente de tarde se identifican en el estudio como uno de los factores que más condicionan la salida de profesionales jóvenes de Atención Primaria, especialmente entre quienes tienen

responsabilidades de cuidados, mientras que modalidades de jornada más flexibles, como los turnos mixtos o deslizantes, mejoran la conciliación y la accesibilidad y continuidad asistencial al ampliar las franjas horarias de atención al mismo cupo. Se propone que las comunidades autónomas realicen un registro autonómico de las plazas de Atención Primaria con turnos exclusivamente de tarde y desarrollen un plan progresivo para su transformación en modalidades de jornada más flexibles, incluyendo turnos mixtos, deslizantes y fórmulas de compresión de jornada. Esta reorganización debería preservar una oferta suficiente de atención en las distintas franjas horarias, e incorporar mecanismos que prioricen el acceso a las citas de tarde para las personas que, por razones laborales, familiares u otras, tengan dificultades para acudir en otros horarios. Las nuevas vacantes deberían ofertarse y convocarse en procesos selectivos prioritariamente bajo estas modalidades, evitando la creación de nuevos cupos exclusivamente de tarde. Asimismo, se recomienda habilitar procedimientos periódicos de revisión de las condiciones de jornada que permitan valorar solicitudes de flexibilización adaptadas a las características organizativas de cada centro.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Comunidades Autónomas.
- Registro y análisis de cupos exclusivamente de tarde: 6 meses.
- Inicio de la reconversión progresiva y adaptación de nuevas convocatorias: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): proporción de plazas con turnos exclusivamente de tarde sobre el total de plazas estructurales en Equipos de Atención Primaria.
- Indicador de resultado (24 meses): proporción de plazas con turnos exclusivamente de tarde reconvertidas a modalidades de jornada flexible y, entre los profesionales que las ocupan, proporción que permanece en el puesto a los 12 meses.

(iii) Identificar las actividades susceptibles de realización remota y pilotar modalidades híbridas adaptadas a Atención Primaria

La posibilidad de desarrollar determinadas actividades de forma remota emerge en el estudio como un elemento con potencial para mejorar la conciliación, la autonomía profesional y el atractivo de la Atención Primaria. Actividades como la revisión de pruebas diagnósticas, determinadas tareas de seguimiento clínico, la atención telefónica o la gestión documental pueden realizarse parcialmente fuera del centro de salud, lo que podría contribuir a optimizar tiempos de trabajo y reducir desplazamientos innecesarios, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso. Se propone que las comunidades autónomas identifiquen las actividades susceptibles de realización remota y desarrollen modelos organizativos que permitan su desempeño parcial fuera del centro de salud. Para ello, se recomienda garantizar sistemas seguros de acceso remoto a la historia clínica y promover experiencias piloto de modalidades híbridas adaptadas a diferentes contextos asistenciales y organizativos. Estos pilotajes podrían financiarse, cuando proceda, con cargo a los fondos destinados al fortalecimiento de la Atención Primaria que el Ministerio de Sanidad transfiere anualmente a las comunidades autónomas. Asimismo, podrían incorporarse como área prioritaria en futuras convocatorias de buenas prácticas del SNS, facilitando la evaluación y difusión de las experiencias desarrolladas.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Comunidades Autónomas, con apoyo del Ministerio de Sanidad en la financiación, evaluación y difusión de buenas prácticas.
- Identificación de actividades susceptibles de modalidad remota y desarrollo de requisitos técnicos: 6 meses.
- Inicio de proyectos piloto de modalidades híbridas: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): número de comunidades autónomas con pilotos activos de modalidades híbridas en Atención Primaria y proporción de centros con acceso seguro habilitado para trabajo remoto parcial.
- Indicador de resultado (36 meses): porcentaje de profesionales participantes en los pilotos de modalidades híbridas que permanece en Atención Primaria durante al menos 24 meses desde su incorporación al piloto.

Recomendación 3. Optimizar el trabajo en equipo mediante Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3)

La organización del trabajo y la coordinación entre profesionales se identifican en el estudio como factores importantes para la satisfacción y capacidad resolutiva de los equipos. Los participantes describen un contexto caracterizado por una elevada fragmentación organizativa, dificultades de coordinación y una distribución de tareas que no siempre aprovecha de forma óptima las competencias de los distintos perfiles. Ofrecer a quienes se incorporan o retornan a Atención Primaria un entorno estable, con responsabilidades compartidas y posibilidades reales de trabajo en equipo, puede contribuir a mejorar su experiencia profesional y permanencia. Para abordar esta situación se proponen las siguientes acciones prioritarias.

(i) Integrar a los profesionales que se incorporan o retornan a Atención Primaria en Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3) estables, longitudinales y con responsabilidades compartidas

Los modelos organizativos basados en Unidades Básicas Asistenciales integradas por un profesional de medicina, enfermería y personal administrativo (UBA-3) con cupo compartido mejoran la coordinación, la corresponsabilidad interna sobre la atención a la población asignada y la continuidad asistencial, figurando entre las medidas recomendadas por la OMS para reforzar la longitudinalidad de la atención (92). La estabilidad de las UBA-3 sobre una población de referencia favorece además un modelo de gestión poblacional, al permitir el análisis conjunto de las necesidades de salud de del cupo asignado, la identificación de personas con mayor complejidad o riesgo, el seguimiento de indicadores de calidad asistencial y la planificación coordinada de intervenciones preventivas y asistenciales. La integración desde el inicio en una unidad estable, con un cupo, profesionales de referencia y condiciones de funcionamiento conocidas, reduce la incertidumbre organizativa asociada a la incorporación y favorece la vinculación con el equipo y la población atendida. Por ello, las ofertas dirigidas a nuevos especialistas y a profesionales que retornan a Atención Primaria deberían especificar la UBA-3, el cupo y las condiciones organizativas a las que quedarán vinculados.

Se propone que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas acuerden un marco común para las UBA-3 que defina sus elementos básicos, incluyendo una composición estable, cupo compartido, coincidencia de horarios, tiempos de coordinación, objetivos comunes y mecanismos para preservar la continuidad durante las ausencias. Las comunidades autónomas deberían impulsar estas estructuras y garantizar que las ofertas dirigidas a nuevos especialistas y a profesionales que retornan estén vinculadas desde el inicio a una UBA-3 concreta y detallen la composición del equipo, el cupo asignado y sus condiciones organizativas.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes responsables, plazos orientativos e indicador de seguimiento:

- Responsable: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del SNS.
- Definición del marco común para las UBA-3 y adaptación de las ofertas de incorporación y retorno: 6 meses.
- Implementación progresiva en las nuevas incorporaciones y retornos: 12 meses.

Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de ofertas dirigidas a nuevos especialistas o profesionales que retornan vinculadas a una UBA-3 concreta y que especifican la composición del equipo, el cupo y las condiciones organizativas.

- Indicador de resultado (36 meses): porcentaje de profesionales recién incorporados o retornados integrados en una UBA-3 estable que permanecen en Atención Primaria a los 24 meses.

(ii) Evaluar y mejorar la experiencia de incorporación a las Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3), corrigiendo los circuitos que generan sobrecarga o limitan el desarrollo de las competencias profesionales

La asignación continuada de tareas que no se corresponden con las competencias profesionales, la falta de autonomía y los circuitos asistenciales ineficientes repercuten en la experiencia profesional y la intención de permanecer en Atención Primaria. Se propone que las comunidades autónomas desarrollen un programa de seguimiento durante el primer año para evaluar cómo se desarrolla el proceso de incorporación o retorno, atendiendo a la distribución de tareas en las UBA-3, la gestión de la demanda, la coordinación, la autonomía y el aprovechamiento de las competencias profesionales.

Los resultados deberían utilizarse para orientar cambios concretos en los circuitos asistenciales de los centros, de manera que cada necesidad sea atendida por el profesional más adecuado y se reduzcan las tareas evitables o de escaso valor. Las herramientas digitales podrían emplearse como apoyo al análisis y reorganización de estos circuitos, sin sustituir el juicio profesional. Las intervenciones que demuestren mejorar la experiencia de incorporación y favorecer la permanencia podrían identificarse y difundirse mediante una línea específica sobre fidelización y retorno en las convocatorias de buenas prácticas del SNS, facilitando su transferencia entre comunidades autónomas.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes responsables, plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas.
- Diseño del marco común de evaluación: 6 meses.
- Pilotaje con profesionales recién incorporados o retornados e introducción de medidas correctoras: 12 meses.
- Incorporación de una línea específica sobre fidelización y retorno en la siguiente convocatoria de buenas prácticas del SNS.
- Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de profesionales recién incorporados o retornados cuya experiencia haya sido evaluada durante el primer año y número de medidas correctoras implantadas a partir de los resultados.
- Indicador de resultado (24 meses): permanencia en Atención Primaria de los profesionales incluidos en el proceso y número de experiencias identificadas y difundidas como buenas prácticas del SNS.

Recomendación 4. Desburocratizar la Atención Primaria y liberar tiempo clínico

El estudio identifica el aumento de la carga administrativa como una fuente importante de sobrecarga y desgaste profesional, al restar tiempo a la atención clínica y a otras actividades de mayor valor. La desburocratización constituye, además de una medida de eficiencia, una condición para mejorar las condiciones de ejercicio y favorecer la permanencia y el retorno de profesionales a Atención Primaria. Se proponen las siguientes acciones prioritarias:

(i) Desarrollar e incorporar el perfil de Administrativo/a en Salud en Atención Primaria con formación específica, funciones ampliadas y reconocimiento profesional, e incorporarla a las Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3).

Buena parte de las tareas administrativas no requieren competencias clínicas específicas y podrían ser asumidas por personal administrativo adecuadamente formado y dotado de acceso a los sistemas de información necesarios. Los participantes consideran que el fortalecimiento de este perfil profesional representa una de las intervenciones con mayor potencial para liberar tiempo clínico y optimizar el funcionamiento de los equipos.

Se propone que el Ministerio de Sanidad, en coordinación con las comunidades autónomas, defina un marco común de competencias, formación y reconocimiento profesional para el perfil de Administrativo/a en Salud en Atención Primaria**.** Este proceso debería analizar su encaje con las titulaciones y categorías profesionales existentes, y determinar las adaptaciones formativas, organizativas o normativas necesarias. Paralelamente, se propone que las comunidades autónomas avancen en la definición de sus funciones y en la creación y dotación progresiva de plazas de Administrativo/a en Salud en Atención Primaria, integradas en las UBA-3 y con acceso a los sistemas de información sanitaria. Entre otras funciones, este perfil podría asumir actividades relacionadas con la actualización de recetas electrónicas, gestión de incapacidad temporal, citaciones, subsanación de errores administrativos, mantenimiento de bases de datos e historias clínicas, incorporación de pruebas complementarias a la historia clínica, gestión del correo y visados, atención telefónica, información sobre demoras y gestión de sala de espera (93). Se recomienda avanzar progresivamente hacia una dotación suficiente de personal administrativo vinculada a las UBA-3, con el objetivo de aproximarse a una ratio de un profesional administrativo por unidad. La disponibilidad de este apoyo debería formar parte de las condiciones organizativas ofrecidas a los profesionales que se incorporan o retornan a Atención Primaria, especialmente cuando se integren en UBA-3 con mayor complejidad poblacional o carga asistencial.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsables: Ministerio de Sanidad, en coordinación con las comunidades autónomas para el desarrollo del perfil y la creación y dotación de plazas.
- Definición y desarrollo del perfil de Administrativo/a en Salud, incluida su formación y marco funcional, y elaboración de una hoja de ruta estatal para su incorporación: 12 meses.
- Incorporación progresiva del perfil en Atención Primaria e integración en las UBA-3: 24–36 meses.

- Indicador de seguimiento (12 meses): disponibilidad de una hoja de ruta estatal para la definición y desarrollo del perfil de Administrativo/a en Salud, incluida su formación y marco funcional, y número de comunidades autónomas que han iniciado su incorporación en Atención Primaria y su integración en las UBA-3.
- Indicador de resultado (24–36 meses): porcentaje de profesionales especialistas recién incorporados o retornados integrados en UBA-3 dotadas de Administrativo/a en Salud, y tasa de permanencia de estos profesionales en Atención Primaria a los 24 meses.

(ii) Identificar y reducir las tareas administrativas transferidas a Atención Primaria desde otros ámbitos asistenciales, favoreciendo su resolución en origen.

Los participantes señalan que Atención Primaria asume habitualmente trámites administrativos generados en otros ámbitos, principalmente en atención hospitalaria, relacionados con prescripciones, incapacidades temporales, pruebas o citaciones. Esta transferencia de tareas resta tiempo clínico, genera ineficiencias y desgaste profesional, compromete la coordinación asistencial y reduce el atractivo de la Atención Primaria como ámbito de permanencia o retorno.

Se propone que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del SNS, revisen conjuntamente estos procesos y los prioricen atendiendo a su frecuencia, el tiempo profesional que consumen y su impacto sobre la satisfacción profesional. Las comunidades autónomas deberían trasladar los acuerdos alcanzados a sus circuitos asistenciales e introducir los cambios organizativos y normativos necesarios para que cada trámite se complete en el ámbito que lo genera. En atención hospitalaria, ello supone avanzar hacia un modelo de acto único, evitando remitir al paciente a Atención Primaria por motivos exclusivamente administrativos.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del SNS.
- Identificación y priorización de los procesos y acuerdo de criterios comunes: 6 meses.
- Adaptación de los circuitos e implementación de las medidas prioritarias: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (6 meses): existencia de un acuerdo común del SNS sobre resolución administrativa en origen y de una relación consensuada de procesos prioritarios.
- Indicador de resultado (12 meses): número y porcentaje de procesos prioritarios identificados cuyos circuitos se han adaptado para su resolución en el ámbito asistencial de origen.
- Indicador complementario de fidelización (36 meses): variación respecto a la situación de partida en la permanencia a los 24 meses de los profesionales recién incorporados o retornados en las áreas donde se hayan implantado los nuevos circuitos.

Recomendación 5. Adecuar las cargas asistenciales a la complejidad de la población atendida y las responsabilidades profesionales

El estudio evidencia que los mecanismos actuales de asignación de cupos y cargas asistenciales no siempre consideran las necesidades de la población ni la dedicación asistencial efectiva de los profesionales. Esta falta de ajuste concentra la sobrecarga y la intención de abandono en los equipos que atienden a poblaciones con mayor complejidad y necesidad, agravando las inequidades en la distribución de los recursos humanos. Se proponen las siguientes acciones prioritarias.

(i) Desarrollar e implantar progresivamente un modelo compartido de cálculo de cupos de las Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3) ajustado por necesidad, capacidad asistencial y dedicación profesional

La carga asistencial depende no solo del tamaño del cupo, sino también de las características de la población asignada, incluida su edad, complejidad clínica y situación socioeconómica. Los modelos que incorporan indicadores de necesidad sanitaria y privación permiten una asignación más equitativa de los recursos humanos y evitan concentrar la sobrecarga asistencial en determinados puestos o equipos (64,65).

Se propone que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas constituyan un grupo técnico para desarrollar una metodología común de cálculo del tamaño y la composición de los cupos de las UBA-3. El modelo debería integrar las necesidades de la población - a partir de variables, fuentes de información y criterios de ponderación definidos - y la capacidad asistencial efectiva de cada unidad, tomando como referencia el funcionamiento optimizado de las UBA-3, incluida la incorporación del Administrativo/a en Salud, la redistribución de tareas y las medidas de desburocratización descritas. El modelo debería incorporar también factores correctores por el tiempo dedicado a docencia, tutorización, gestión, investigación, formación y actividad comunitaria, así como por las características territoriales (especialmente la dispersión geográfica y la despoblación), y establecer procedimientos para su actualización periódica. Tras su validación en contextos territoriales diversos, las comunidades autónomas deberían iniciar su aplicación progresiva.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial del SNS.
- Constitución del grupo técnico y definición de la metodología común: 6 meses.
- Validación y pilotaje en contextos territoriales diversos: 12-18 meses.
- Adaptación territorial e implementación progresiva: 24 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): disponibilidad de una metodología compartida que defina variables, fuentes de información, ponderaciones y factores correctores.
- Indicador de resultado (24 meses): porcentaje de UBA-3 en las que se ha implementado el modelo ajustado de cálculo de cupos.
- Indicador complementario de fidelización (36 meses): variación de la tasa de rotación profesional en las UBA-3 durante los dos años posteriores a la implantación del modelo respecto a los dos años anteriores.

(ii) Pilotar una reducción temporal y progresiva de cupo durante la incorporación de nuevos especialistas y el retorno a Atención Primaria

La incorporación a un nuevo puesto requiere un periodo de adaptación progresiva para conocer a la población asignada, integrarse en el equipo y familiarizarse con los circuitos asistenciales y los sistemas de información. La asignación inmediata de un cupo completo, especialmente cuando presenta una elevada complejidad, puede generar un desajuste entre la carga asistencial y la capacidad efectiva durante esta etapa, aumentando la sobrecarga y el riesgo de abandonar el puesto.

Se propone que las comunidades autónomas piloten protocolos de incorporación progresiva basados en un ajuste temporal del cupo para especialistas que comienzan su actividad en Atención Primaria o retornan tras un periodo prolongado fuera de este ámbito, prioritariamente en centros que atienden a poblaciones con elevada complejidad o necesidad sociosanitaria. Esta medida complementaría el ajuste estructural previsto en la acción anterior, añadiendo una reducción temporal al cupo correspondiente durante esta etapa. El pilotaje debería definir la reducción inicial del cupo, su duración y los criterios para el incremento progresivo, atendiendo a la experiencia previa del profesional y a la complejidad de la población. A modo orientativo, podría contemplarse un cupo reducido durante los primeros seis meses y un incremento gradual entre los seis y los doce meses, con posibilidad de ampliar la adaptación hasta 24 meses en situaciones justificadas. Durante este periodo debería garantizarse tiempo protegido para la coordinación, el conocimiento de la población y la integración en la UBA-3. La medida no debería comportar una reducción retributiva ni trasladar la carga asistencial liberada al resto de equipo. Las experiencias evaluadas favorablemente podrían difundirse mediante una línea de fidelización y retorno en las convocatorias de buenas prácticas del SNS.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: Comunidades Autónomas, con apoyo del Ministerio de Sanidad en la evaluación y difusión de buenas prácticas.
- Diseño y selección de los centros participantes: 6 meses.
- Inicio de experiencias piloto: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): número de cupos de incorporación progresiva activados para nuevos especialistas o profesionales que retornan, por comunidad autónoma.
- Indicador de resultado (24 meses): porcentaje de profesionales participantes que permanecen en Atención Primaria a los 24 meses, en comparación con quienes se incorporan mediante el modelo convencional.

Recomendación 6. Crear oportunidades reales de desarrollo profesional y liderazgo clínico

Los participantes destacan la importancia de ofrecer, desde la incorporación o el retorno y a lo largo de la trayectoria profesional, oportunidades para desarrollar nuevas competencias, asumir funciones diferenciadas y progresar dentro de la propia Atención Primaria, evitando que la percepción de estancamiento favorezca la búsqueda de alternativas en otros ámbitos. Para ello, se proponen las siguientes acciones prioritarias.

(i) Garantizar una oferta acreditada de formación continuada específica de Atención Primaria, con especial atención a las necesidades de los nuevos especialistas o profesionales que retornan

El mantenimiento y desarrollo de las competencias profesionales requiere un acceso continuado a formación aplicada. Los profesionales recién incorporados y quienes retornan tras un periodo fuera de Atención Primaria pueden presentar, además, necesidades específicas relacionadas con la práctica clínica, la organización asistencial, las herramientas digitales o el conocimiento del sistema sanitario.

Se propone que las comunidades autónomas garanticen una oferta estructurada y acreditada de formación continuada, impulsada desde las áreas sanitarias y direcciones de Atención Primaria e integrada por contenidos específicos y diferenciales de este ámbito asistencial. La oferta debería responder a las necesidades identificadas por los propios profesionales e incluir itinerarios adaptados para quienes se incorporan o retornan, combinando formación aplicada, rotaciones breves, estancias formativas y acompañamiento profesional. Su acceso debería garantizarse mediante tiempo protegido y permisos dentro de la jornada laboral.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: comunidades autónomas.
- Diseño y acreditación de la oferta formativa, definición de itinerarios adaptados y establecimiento de tiempos protegidos: 6-12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de áreas sanitarias con una oferta acreditada y estructurada de formación específica de Atención Primaria y con itinerarios adaptados para nuevos especialistas o profesionales que retornan.
- Indicador de resultado (24 meses): porcentaje de profesionales a quienes se ofrece y que completan el itinerario, y permanencia en Atención Primaria a los 24 meses.

(ii) Ampliar la capacidad resolutiva de Atención Primaria mediante el acceso efectivo a pruebas, procedimientos y técnicas acordes con las competencias profesionales y las necesidades de la población

Las restricciones en el acceso a determinadas pruebas, procedimientos o técnicas limitan la capacidad resolutiva, generan frustración y desincentivan el ejercicio en Atención Primaria. Este menor margen de actuación puede resultar especialmente disuasorio para quienes se han formado o trabajado en contextos con mayor autonomía profesional. En continuidad con la actualización de la cartera común y el seguimiento

de su implantación previstos en el PAPyC 2025-2027(14), se propone que las comunidades autónomas garanticen que los profesionales de MFyC y EFyC puedan acceder y utilizar las pruebas, procedimientos y técnicas acordes con sus competencias profesionales, incluida la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por enfermería. Para ello, deberían habilitarse los circuitos, autorizaciones, equipamiento y formación necesarios.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: comunidades autónomas, con la coordinación del Ministerio de Sanidad.
- Adaptación de los circuitos y autorizaciones, implantación de las guías y provisión de la formación y los recursos necesarios: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de profesionales de MFyC y EFyC con acceso efectivo a las pruebas, procedimientos y técnicas acordados para el ejercicio de sus competencias.
- Indicador de resultado (24 meses): diferencia en la tasa de permanencia en Atención Primaria entre profesionales de MFyC y EFyC con y sin acceso efectivo a las pruebas, procedimientos y técnicas acordes con sus competencias.

(iii) Ofrecer oportunidades de dedicación parcial a funciones avanzadas tras un periodo de permanencia en Atención Primaria

La posibilidad de diversificar progresivamente la actividad amplía las perspectivas de desarrollo profesional y permite orientar la trayectoria hacia ámbitos acordes con los intereses y competencias de cada profesional. Además de favorecer la permanencia, estas funciones pueden contribuir a impulsar mejoras organizativas y asistenciales en Atención Primaria. Se propone que las comunidades autónomas ofrezcan, tras un periodo inicial de entre tres y cinco años, oportunidades para dedicar parte de la jornada a funciones avanzadas, manteniendo la vinculación con la práctica clínica. Entre los ámbitos estratégicos y perfiles de referencia que podrían desarrollarse se incluyen:

- **Salud comunitaria.** Un referente de salud comunitaria en cada centro de salud, preferentemente especialista en EFyC, con funciones de apoyo a la implantación de la estrategia de atención comunitaria, dinamización de actividades comunitarias y coordinación con recursos municipales y del tercer sector, en línea con el PAPyC 2025-2027 (14),
- **Docencia.** Un referente docente de EFyC y otro de MFyC en cada centro de salud responsables de la coordinación de residentes, acogida de estudiantes de grado, organización de la oferta formativa y la canalización de necesidades formativas hacia las estructuras de gestión, unidades docentes y Universidades.
- **Investigación.** Un referente de investigación en Atención Primaria en cada área sanitaria, encargado de facilitar la participación de los profesionales en proyectos, apoyar el acceso a convocatorias y recursos metodológicos, y conectar a los equipos con unidades de investigación, institutos sanitarios y universidades.
- **Desarrollo profesional y mentoría.** Programas estructurados de mentoría entre pares a nivel provincial o de área sanitaria, donde profesionales con experiencia acompañen a un pequeño número de compañeros en aspectos relacionados con el desarrollo y el bienestar profesional. Experiencias internacionales, como los sistemas de *appraisal* y acompañamiento profesional desarrollados en Reino Unido, muestran resultados favorables sobre la satisfacción y fidelización (94,95).

Estas dedicaciones deberían adjudicarse mediante procedimientos transparentes, contar con tiempo protegido efectivo, reducción proporcional del cupo o cobertura de la actividad asistencial y reconocimiento retributivo. Asimismo, deberían valorarse como mérito específico en la carrera profesional y en los procesos de provisión y promoción. En el caso de profesionales que retornan, el acceso debería considerar la experiencia y las competencias adquiridas previamente en otros ámbitos asistenciales, comunidades autónomas o países, evitando que el retorno suponga reiniciar su trayectoria profesional.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsable: comunidades autónomas.
- Diseño de los programas y definición de los perfiles, criterios de acceso, dedicación, ajuste de cupo, reconocimiento retributivo y valoración en la carrera profesional: 12 meses.
- Pilotaje e implementación progresiva de las oportunidades de dedicación parcial: 24 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): existencia de programas autonómicos de dedicación parcial a funciones avanzadas con tiempo protegido, ajuste de cupo y reconocimiento retributivo y profesional.
- Indicador de resultado (24–36 meses): porcentaje de profesionales con tres o más años de permanencia que acceden a estas oportunidades y tasa de permanencia posterior en Atención Primaria..

Recomendación 7. Proteger y fortalecer la capacidad docente de la Atención Primaria

La docencia ofrece una vía de desarrollo profesional que, cuando se ejerce en condiciones adecuadas, refuerza la vinculación con Atención Primaria y favorece la permanencia. Además, los entornos formativos estables y de calidad afianzan el vínculo de los residentes con los equipos y territorios en los que se forman y su posterior incorporación. Sin embargo, se identifican dificultades crecientes para ejercer la labor docente y renovar el cuerpo de tutores, especialmente en contextos de inestabilidad laboral y elevada presión asistencial. Se proponen las siguientes acciones prioritarias:

(i) Proteger las plazas vinculadas a funciones tutoriales y reconocer la acreditación y experiencia docente en los procesos de provisión

La capacidad docente de los centros de salud requiere mantener entornos formativos estables y tutores con experiencia. Sin embargo, los procesos de movilidad, cobertura y sustitución no siempre tienen en cuenta esta actividad, lo que pone en riesgo la continuidad de los proyectos docentes y supervisión de los residentes en los centros acreditados.

Se propone que las comunidades autónomas identifiquen las plazas con funciones tutoriales estables y garanticen que los procesos de movilidad, provisión y cobertura preserven su capacidad docente. La acreditación autonómica como tutor, la experiencia docente y, cuando se acuerde conforme a la normativa vigente, el Diploma de Acreditación en Tutorización (96) deberían valorarse como méritos específicos para acceder a estas plazas. La valoración de estos méritos incentivaría el acceso a la función tutorial y contribuiría a consolidar la docencia como trayectoria profesional, favoreciendo la permanencia de tutores con experiencia en los centros acreditados.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsables: Comunidades autónomas, unidades docentes y direcciones de Atención Primaria.
- Identificación de plazas con funciones tutoriales y revisión de los baremos de provisión: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): número y porcentaje de plazas con funciones tutoriales identificadas; número y porcentaje de procesos de provisión que valoran específicamente la acreditación, experiencia docente o Diploma de Acreditación en Tutorización.
- Indicador de resultado (24 meses): tiempo de permanencia de los tutores en los centros acreditados y mantenimiento de la capacidad docente tras los procesos de movilidad y provisión.

(ii) Reforzar las condiciones de apoyo a la función tutorial e impulsar itinerarios de iniciación y consolidación de nuevos tutores

La renovación del cuerpo de tutores requiere facilitar la incorporación progresiva de nuevos profesionales a la función docente y reconocer adecuadamente esta labor para que resulte atractiva y sostenible. En el marco del Real Decreto 183/2008, se propone reforzar y garantizar la aplicación efectiva de las medidas de apoyo a la función tutorial, incluyendo la formación, el tiempo protegido y el ajuste de la carga asistencial, el

reconocimiento retributivo y su valoración en la carrera profesional. El propio Real Decreto 183/2008 contempla la posibilidad de crear otras figuras docentes para amparar colaboraciones significativas en la formación especializada. Sobre esta base, las comunidades autónomas podrían pilotar itinerarios de iniciación a la tutoría (tutor novel), dirigidos especialmente a profesionales recién incorporados o que retornan a Atención Primaria. El itinerario permitiría comenzar como colaborador docente o cotutor, con formación acreditada, responsabilidades progresivas, reconocimiento retributivo y el acompañamiento de un tutor con experiencia. Una vez obtenida la acreditación como tutor, este apoyo podría mantenerse durante la tutorización del primer residente. Quienes participen como tutores noveles o ejerzan su acompañamiento deberían disponer de las condiciones de apoyo a la función tutorial señaladas anteriormente, en coordinación con los perfiles de referencia en docencia y mentoría previstos en la recomendación 6.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsables: comunidades autónomas y unidades docentes, con el impulso y la coordinación del Ministerio de Sanidad.
- Revisión y aplicación de las medidas de apoyo a la función tutorial e inicio de los itinerarios de tutor novel: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de tutores de MFyC y EFyC que disponen de tiempo protegido, ajuste de la carga asistencial y reconocimiento retributivo y profesional; y número de itinerarios de tutor novel activos y de profesionales participantes.
- Indicadores de resultado (24 meses): variación en el número de tutores acreditados de MFyC y EFyC y en su tasa de permanencia en la función tutorial.

Recomendación 8. Impulsar la investigación y la integración universitaria de la Atención Primaria

El reconocimiento y el estímulo de la investigación y la actividad universitaria, mediante fórmulas compatibles con la asistencia, amplían las oportunidades de desarrollo profesional y favorecen la permanencia y el retorno a Atención Primaria. Sin embargo, la financiación insuficiente y la falta de trayectorias estables y predecibles dificultan su consolidación. Para abordarlo, se proponen las siguientes acciones prioritarias.

(i) Crear convocatorias específicas de investigación en Atención Primaria en las distintas etapas de la carrera profesional, orientadas a la iniciación, fidelización, permanencia y retorno de talento investigador

La dificultad para compatibilizar la investigación con la actividad asistencial limita el inicio y la consolidación de trayectorias investigadoras en Atención Primaria y favorece la salida hacia otros ámbitos o países que ofrecen mejores condiciones para su desarrollo. La sobrecarga asistencial, la menor disponibilidad de infraestructuras de apoyo y la escasez de financiación específicamente adaptada a este ámbito sitúan además a sus profesionales en desventaja para competir en convocatorias generales.

Se propone que el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, el Instituto de Salud Carlos III y las comunidades autónomas impulsen convocatorias específicas para profesionales de Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria en distintas etapas de su trayectoria investigadora. Las ayudas deberían financiar tanto el contrato o proyecto como la intensificación necesaria para cubrir el tiempo asistencial dedicado a la investigación, evitando trasladar la carga al profesional beneficiario o a su equipo. Las convocatorias podrían articularse en las siguientes modalidades:

- **Iniciación y formación doctoral.** Contratos doctorales de tres años dirigidos preferentemente a especialistas recién egresados, para desarrollar una tesis a partir del proyecto de fin de residencia. El contrato contemplaría una dedicación aproximada de dos días semanales a investigación, la vinculación con una universidad o estructura acreditada de investigación y la incorporación a un programa de doctorado, con el objetivo de completar y defender la tesis durante este periodo.
- **Consolidación posdoctoral.** Contratos de dos años que permitan combinar actividad clínica e investigadora, con tiempo protegido para desarrollar una línea propia, liderar proyectos iniciales, fortalecer competencias de gestión científica y establecer colaboraciones nacionales e internacionales.
- **Liderazgo investigador.** Ayudas de cinco años dirigidas a profesionales con una trayectoria investigadora consolidada para desarrollar líneas propias y coordinar estudios multicéntricos, redes o programas de investigación de mayor alcance, con financiación para personal de apoyo y gestión de proyectos.
- **Retorno de talento investigador.** Ayudas de tres-cinco años destinadas a facilitar el regreso de profesionales de Atención Primaria que desarrollan su actividad investigadora en el extranjero, garantizando una vinculación clínica y académica estable, tiempo protegido y recursos para establecer o consolidar equipos y mantener las redes internacionales adquiridas.

Asimismo, las convocatorias generales de investigación deberían incorporar criterios de valoración que reconozcan específicamente la participación y el liderazgo de profesionales, equipos y centros de Atención Primaria, atendiendo a sus condiciones asistenciales y a la menor inversión histórica en infraestructuras de investigación.

Implementación y seguimiento. Como orientación para la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsables: Ministerio de Sanidad, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, Instituto de Salud Carlos III y comunidades autónomas.
- Diseño de las modalidades y mecanismos de intensificación: 6 meses.
- Publicación de las primeras convocatorias: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): definición y publicación de las modalidades de ayuda y de sus mecanismos de intensificación.
- Indicadores de resultado (36–60 meses): porcentaje de personas beneficiarias que mantienen actividad asistencial e investigadora en Atención Primaria tras finalizar la ayuda y número de profesionales retornados que permanecen vinculados a ella.

(ii) Desarrollar trayectorias clínico-académicas estables y predecibles que permitan compatibilizar la práctica en Atención Primaria con una vinculación progresiva a la universidad

El mapeo muestra una creciente vinculación de profesionales de Atención Primaria con la universidad, pero también una elevada heterogeneidad en las figuras contractuales, la dedicación, el reconocimiento y las posibilidades de progresión. Esta falta de previsibilidad dificulta la consolidación de trayectorias clínico-académicas y favorece el abandono de la actividad asistencial.

Se propone que el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas y las universidades acuerden un marco común que facilite una vinculación progresiva y predecible, desde las figuras iniciales de colaboración o profesorado asociado hasta modalidades universitarias estables, adaptadas a la titularidad y regulación de cada universidad. Las trayectorias resultantes deberían permitir una participación sustancial y transversal de los profesionales de EFyC y MFyC en la docencia de grado, la investigación y la planificación académica, aumentando, mediante una mayor exposición del alumnado a referentes de Atención Primaria, el atractivo de estas especialidades.

En las plazas vinculadas de las universidades públicas, se propone optar por modelos creados sobre plazas asistenciales vinculadas con cupo reducido, preservando la práctica clínica y ajustando estructuralmente la carga asistencial a la dedicación universitaria. Asimismo, deberían ofrecerse fórmulas flexibles de retorno a la asistencia a quienes hayan optado por un puesto universitario no vinculado y desarrollen una actividad exclusivamente académica. Estas fórmulas permitirían recuperar una dedicación clínica parcial compatible con la universidad, mediante cupos reducidos o compartidos y horarios adaptados.

Implementación y seguimiento. Como orientación para la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsables: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas y universidades.
- Acuerdo del marco común y definición de los mecanismos de compatibilización y retorno: 12 meses.

- Adaptación y creación progresiva de plazas clínico-académicas: 18–36 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): existencia de un marco compartido para las trayectorias clínico-académicas, con fórmulas de compatibilización y retorno.
- Indicadores de resultado (36 meses): número de profesionales que acceden o progresan hacia figuras universitarias vinculadas estables, número que retorna a la práctica clínica mediante fórmulas de compatibilización y permanencia posterior en Atención Primaria.

(iii) Consolidar redes de centros de salud universitarios como entornos de incorporación, desarrollo profesional y fidelización

La formación práctica de estudiantes de grado y máster con frecuencia se desarrolla sin recursos adicionales ni apoyo o reconocimiento institucional, lo que compromete su calidad, genera sobrecarga y desincentiva la implicación de profesionales en labores de supervisión y tutoría. Se propone que las comunidades autónomas, universidades y unidades docentes impulsen o consoliden redes de centros de salud universitarios, garantizando convenios específicos de vinculación entre la universidad y los centros de salud participantes. Asimismo, se recomienda desarrollar sistemas de acreditación, reconocimiento e incentivación dirigidos tanto a los centros como a los profesionales implicados en la docencia. La participación en estas actividades debería promoverse entre profesionales recién incorporados o que retornan, con el apoyo necesario y reconocimiento de la experiencia docente previa, como vía para ampliar sus funciones y reforzar su vinculación con el centro y la Atención Primaria.

Implementación y seguimiento. Como orientación para la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes responsables, plazos orientativos e indicadores:

- Responsables: Comunidades Autónomas y Universidades
- Definición de criterios de acreditación y vinculación universitaria: 6 meses.
- Implementación o ampliación progresiva de la red de centros de salud universitarios: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): número de centros acreditados como centros de salud universitarios y porcentaje que dispone de sistemas formales de reconocimiento e incentivación de los profesionales implicados en la formación práctica.
- Indicador de resultado (24 meses): porcentaje de profesionales recién incorporados o retornados en centros de salud universitarios que participan en actividades de formación práctica y permanecen en Atención Primaria a los 24 meses.

Recomendación 9. Fortalecer el liderazgo y la capacidad de gestión de los Centros de Salud

La capacidad de las direcciones para responder a las necesidades de los profesionales e impulsar mejoras organizativas contribuye a unas condiciones de ejercicio más favorables e influye en la decisión de permanecer (o no) en Atención Primaria. El estudio identifica margen de mejora en los criterios de acceso a funciones directivas, sus condiciones de ejercicio y la autonomía de los centros. Se proponen las siguientes acciones prioritarias.

(i) Profesionalizar la dirección de los centros mediante itinerarios de desarrollo en gestión y liderazgo, selección por competencias y proyecto organizativo, y condiciones de ejercicio que favorezcan la fidelización y el retorno en funciones directivas

La dirección y coordinación de centros puede constituir una oportunidad de desarrollo profesional y favorecer la permanencia de profesionales con interés y competencias en gestión. Sin embargo, los procesos de selección no siempre priorizan las competencias directivas ni los proyectos organizativos, mientras que determinados perfiles, incluidas enfermeras con experiencia y respaldo profesional, continúan encontrando barreras para acceder a puestos de responsabilidad.

Se propone que las comunidades autónomas desarrollen itinerarios que permitan a los profesionales interesados iniciarse progresivamente en funciones de coordinación, gestión y liderazgo clínico. Estos itinerarios deberían incluir formación acreditada y financiada (incluidos másteres en gestión sanitaria o titulaciones equivalentes), mentoría por direcciones con experiencia y participación en proyectos de mejora organizativa. Su acceso podría promoverse desde las primeras etapas de la trayectoria profesional como una oportunidad de diversificación y vinculación con la Atención Primaria.

La selección de las direcciones debería basarse en competencias y en la presentación de proyectos organizativos alineados con los objetivos de Atención Primaria y respaldados por los equipos. En el caso de los profesionales que retornan, debería reconocerse la experiencia en gestión adquirida en otros servicios de salud o países. Las funciones directivas deberían contar con autonomía efectiva, tiempo protegido mediante ajuste de cupo o cobertura de la actividad asistencial, reconocimiento retributivo equiparable al de puestos equivalentes del ámbito hospitalario y valoración en la carrera profesional.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes responsables, plazos orientativos e indicadores:

- Responsables. Comunidades autónomas y direcciones de Atención Primaria.
- Definición de los itinerarios, criterios de selección y medidas de reconocimiento: 6 meses.
- Inicio de los programas de formación y mentoría: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): número de profesionales incorporados a itinerarios de desarrollo en gestión y liderazgo, y porcentaje de puestos de dirección cubiertos mediante selección por competencias y proyecto organizativo, con tiempo protegido y reconocimiento retributivo.
- Indicador de resultado (36 meses): porcentaje de participantes que asumen funciones de dirección o coordinación y permanecen en Atención Primaria.

(ii) Pilotar modelos de gestión que amplíen la autonomía de las direcciones para adaptar la organización y los recursos de los centros, con acceso a información actualizada para la toma de decisiones

Adaptar la organización a las necesidades de cada centro requiere que sus direcciones dispongan de autonomía y de información actualizada sobre la población, la actividad y su desempeño. La posibilidad de actuar sobre la organización del trabajo, la distribución de cargas o la conciliación puede mejorar las condiciones ofrecidas a quienes se incorporan o retornan y favorecer su permanencia.

Se propone que las comunidades autónomas piloten modelos de mayor autonomía para las direcciones de los centros, dentro de los marcos comunes de Atención Primaria. Estos modelos deberían ampliar su capacidad para adaptar circuitos, agendas y distribución de tareas, proponer perfiles profesionales y gestionar parte de los recursos destinados al funcionamiento del centro. La toma de decisiones debería apoyarse en información actualizada sobre población, demanda, actividad, resultados y evolución de la plantilla. Esta mayor autonomía debería permitir adaptar las condiciones de incorporación, retorno y permanencia en ámbitos como la organización del trabajo, la conciliación, la distribución de cargas, el desarrollo profesional y la prevención del desgaste. Los pilotajes podrían financiarse mediante los fondos de fortalecimiento de la Atención Primaria distribuidos por el Ministerio de Sanidad. Las experiencias evaluadas favorablemente podrían difundirse a través de las convocatorias de buenas prácticas del SNS.

Implementación y seguimiento. Como apoyo a la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsables. Comunidades Autónomas, direcciones de Atención Primaria y servicios de información sanitaria, con apoyo del Ministerio de Sanidad para la financiación y difusión de las experiencias
- Definición de los ámbitos de autonomía, adaptación de los sistemas de información y selección de centros piloto: 6 meses.
- Inicio de los pilotajes: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de centros participantes con ámbitos de autonomía ampliados y acceso a información actualizada sobre población, demanda, actividad, resultados y evolución de la plantilla.
- Indicador de resultado (36 meses): porcentaje de centros piloto que implantan medidas dirigidas a mejorar las condiciones de incorporación, retorno o permanencia, y permanencia a los 24 meses de los profesionales incorporados o retornados a estos centros.

(iii) Crear redes de colaboración entre direcciones de centros de salud para el intercambio de experiencias y la adopción de innovaciones organizativas, con el apoyo y seguimiento estratégico de las direcciones de Atención Primaria y los Departamentos de Salud

La dirección de los centros suele desarrollarse en condiciones de cierto aislamiento, especialmente durante las primeras etapas de ejercicio, lo que dificulta la resolución de problemas complejos y la consolidación de nuevos liderazgos. Las redes entre direcciones ofrecen apoyo entre pares y un espacio para abordar retos organizativos comunes relacionados con la atracción y fidelización de profesionales (97,98).

Se propone que las comunidades autónomas impulsen redes intercentros que combinen espacios periódicos de intercambio con programas de acompañamiento entre direcciones con distinto grado de experiencia. Estas redes deberían permitir compartir herramientas y experiencias de gestión, identificar retos comunes y

diseñar, pilotar y evaluar innovaciones organizativas dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo, la incorporación y la permanencia de los equipos. El Ministerio de Sanidad podría promover orientaciones comunes, financiar los pilotajes mediante los fondos de fortalecimiento de la Atención Primaria y facilitar el intercambio entre comunidades autónomas y la difusión de las experiencias evaluadas favorablemente.

Implementación y seguimiento. Como orientación para la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes plazos orientativos e indicadores:

- Responsables: comunidades autónomas y direcciones de Atención Primaria, con apoyo del Ministerio de Sanidad para la financiación, coordinación interautonómica y difusión.
- Definición del marco autonómico e inicio de las redes y programas de acompañamiento: 6 meses.
- Inicio de los pilotajes organizativos: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): número de redes de colaboración activas y de innovaciones organizativas promovidas y pilotadas por las direcciones de Atención Primaria.
- Indicador de resultado (24–36 meses): continuidad de las redes de colaboración y número de intervenciones evaluadas favorablemente y extendidas a otros centros.

Recomendación 10. Reforzar la gobernanza y financiación de las políticas de fidelización y retorno en Atención Primaria

El estudio muestra que las medidas de fidelización y retorno dependen de decisiones adoptadas en distintos niveles y ámbitos de gestión, sin que siempre exista una planificación conjunta, financiación trazable o mecanismos comunes de seguimiento. La adecuación de las actuaciones a las necesidades de los profesionales y su implementación sostenida requieren de una participación efectiva de las estructuras de Atención Primaria y una asignación suficiente y transparente de recursos. Se proponen las siguientes acciones prioritarias.

(i) Consolidar la gobernanza para la implementación y seguimiento de las acciones de fidelización y retorno

La implementación de las medidas propuestas requiere una coordinación estable entre el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas y los distintos niveles de gestión de Atención Primaria, así como una asignación clara de responsabilidades para su desarrollo y seguimiento. Se propone que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, apoyándose en las estructuras de coordinación existentes, incluida la CAPyCO y la Oficina de Atención Primaria, consoliden un plan de trabajo específico para impulsar la implementación y el seguimiento de las acciones de fidelización y retorno propuestas en este informe. Entre sus funciones deberían incluirse la priorización y coordinación de las actuaciones; la concreción de los responsables y plazos de implementación; el seguimiento periódico de su desarrollo y resultados; la identificación de barreras y necesidades emergentes; y la comparación y difusión de las intervenciones con mejores resultados. Las comunidades autónomas deberían adaptar este plan de trabajo a su situación de partida y necesidades territoriales, estableciendo sus prioridades de implementación y concretando los recursos necesarios para su desarrollo y seguimiento. La implementación debería contar con la participación de las direcciones de Atención Primaria y establecer mecanismos para incorporar las necesidades y propuestas identificadas por las direcciones de los centros de salud y sus equipos.

Implementación y seguimiento. Como orientación para la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes responsables, plazos orientativos e indicadores:

- Responsables: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas, a través de las estructuras de coordinación existentes.
- Consolidación del plan de trabajo para la implementación y seguimiento de las acciones de fidelización y retorno: 6 meses.
- Priorización autonómica de las acciones a implementar y definición de responsables, recursos y mecanismos de seguimiento: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): porcentaje de comunidades autónomas que han priorizado las acciones a implementar y definido responsables, recursos y mecanismos de seguimiento.
- Indicador de resultado (24–36 meses): porcentaje de acciones priorizadas que han sido implementadas y evaluadas, por comunidad autónoma.

(ii) Garantizar una financiación suficiente, finalista y trazable para las políticas de fidelización y retorno en Atención Primaria

La continuidad de las medidas de fidelización y retorno requiere recursos suficientes y previsibles. Su planificación y evaluación exigen además información presupuestaria que permita conocer cuánto se destina a estas políticas, cómo se distribuyen los recursos y qué resultados se obtienen.

Se propone que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas identifiquen y asignen líneas presupuestarias específicas para la implementación de medidas de fidelización y retorno en Atención Primaria. Estas líneas deberían financiar actuaciones como la estabilización tras la residencia, la incorporación progresiva, los ajustes temporales de cupo, la intensificación para docencia e investigación, los programas de mentoría y los pilotajes organizativos incluidos en este informe. Cuando proceda, los fondos de fortalecimiento de la Atención Primaria distribuidos por el Ministerio podrían incorporar una línea destinada a impulsar y evaluar estas actuaciones.

Asimismo, se recomienda acordar criterios comunes de información presupuestaria que permitan conocer periódicamente los recursos asignados, su distribución territorial, el grado de ejecución y los resultados obtenidos. Este compromiso de información presupuestaria compartida permitiría valorar qué medidas generan mayor impacto, orientar futuras inversiones y evitar que los programas queden limitados a iniciativas temporales sin continuidad financiera.

Implementación y seguimiento. Como orientación para la implementación y seguimiento de esta acción, se proponen los siguientes responsables, plazos orientativos e indicadores:

- Responsables: Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas.
- Definición de las líneas de financiación y criterios comunes de información: 6 meses.
- Incorporación a los presupuestos y fondos correspondientes: 12 meses.
- Indicador de seguimiento (12 meses): financiación asignada y ejecutada en políticas de fidelización y retorno, por comunidad autónoma y tipo de actuación.
- Indicador de resultado (24-36 meses): evolución de la permanencia, las vacantes y los retornos en los ámbitos destinatarios de las medidas financiadas.

7. Referencias

1. Zapata T, Azzopardi-Muscat N, McKee M, Kluge H. Fixing the health workforce crisis in Europe: retention must be the priority. BMJ. BMJ Publishing Group; 2023. doi:10.1136/bmj.p947 PubMed PMID: 37185627.
2. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2016.
3. WHO Regional Office for Europe. Health and care workforce in Europe: time to act [Internet]. 2022. 1–205 p. Available from: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1464107/retrieve%0Ahttps://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339
4. World Health Organization. Bucharest Declaration on the health and care workforce. Geneva: World Health Organization; 2023.
5. Health at a Glance 2025 [Internet]. OECD Publishing; 2025. (Health at a Glance). Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html doi:10.1787/8f9e3f98-en
6. International Migration Outlook 2025 [Internet]. OECD Publishing; 2025. (International Migration Outlook). Available from: https://www.oecd.org/en/publications/international-migration-outlook-2025_ae26c893-en.html doi:10.1787/ae26c893-en
7. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. Recruitment and retention of the health workforce in Europe: final report [Internet]. Brussels: European Commission; 2015 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/recruitment-and-retention-health-workforce-europe-2015_en.
8. World Health Organization. WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4cea41eb-2488-4ce4-a5a8-6d51402e939d/content.
9. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf.
10. Organisation for Economic Co-operation and Development. Realising the potential of primary health care [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2020 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://doi.org/10.1787/a92adee4-en.
11. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Boe [Internet]. 2019. p. 48652, preprint 6761. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [citado

2026 Jun 16]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf. Available from: https://www.boe.es/boe/dias/2019/05/07/pdfs/BOE-A-2019-6761.pdf

12. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023: Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 2026 Jun 16]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf.

13. Ministerio de Sanidad. 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 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 2026 Jun 16]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Informe_R1C18_.pdf.

14. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [citado 2026 Jun 16]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria_y_Comunitaria_2025-2027.pdf.

15. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving Integration in Mixed Methods Designs-Principles and Practices. Health Serv Res. 2013 Dec;48(6pt2):2134–56. doi:10.1111/1475-6773.12117

16. Murphy E, Dingwall R. Selection and Sampling in Qualitative Research. En: Qualitative Methods and Health Policy Research. New York: Aldine de Gruyter; 2003. p. 103–19.

17. Braun V, Clarke V. Thematic Analysis: A Practical Guide. London: Sage; 2022.

18. Calderón-Larrañaga S, González-De-La-Fuente Á, Espinosa-González AB, Casado-Vicente V, Brito-Fernandes Ó, Klazinga N, et al. What can we learn from general practitioners who left Spain? A mixed methods international study. Hum Resour Health. 2024 Jan 23;22(1):9. doi:10.1186/s12960-023-00888-4

19. Ministerio de Sanidad. Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2024: informe monográfico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual2024/Monografico_RRHH_2024.pdf.

20. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual2024/INFORME_ANUAL_2024.pdf.

21. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo n.º 1671, de 18 de mayo de 2025, por el que se aprueban los criterios objetivos de reparto y la distribución territorial de créditos para la financiación del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. Madrid: Ministerio

de Sanidad; 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1671.pdf.

22. Zamora J, Del Campo L, Camacho L, Ramos MA. Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España. 2024. Informe técnico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 17 jun 2026]. Disponible en: Ministerio de Sanidad – Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España. 2024.

23. Moreno-Casbas MT, Camacho Montaño L, Bernués Caudillo L, Ropero Sánchez A, Calleja Toledano P, Alda Recas Martín B, Gómez Arribas SB, del Campo Albendea L, Zamora Romero J. Situación laboral y necesidades percibidas por las enfermeras en España. 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.

24. Barber P, González López-Valcárcel B. Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf.

25. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Commission. Health at a glance: Europe 2024: state of health in the EU cycle [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2024 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://doi.org/10.1787/b3704e14-en.

26. Eurostat. Healthcare personnel statistics – physicians [Internet]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians.

27. World Health Organization Regional Office for Europe. Ticking timebomb: without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 Sep 14 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.who.int/europe/news/item/14-09-2022-ticking-timebomb--without-immediate-action--health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster.

28. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Spain: Country Health Profile 2023 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://doi.org/10.1787/71d029b2-en.

29. Ministerio de Sanidad. Sanidad convoca 441 plazas vacantes de Formación Sanitaria Especializada para su cobertura extraordinaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 [citado 17 jun 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6938.

30. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Sistema español de homologaciones y declaraciones de equivalencia de títulos universitarios extranjeros. Informe de situación 2025 [Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades; 2026 [citado 17 jun 2026]. Disponible en: https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr:f9216043-e6d8-47f8-bb63-aae56c86f822/20260330_HOMOLOGACIONES_PRENSA_1956.pdf.

31. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health workforce migration database [Internet]. OECD Data Explorer. Paris: OECD; [citado 17 jun 2026]. Disponible en: Health workforce migration.

32. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. El MICIU logró resolver en 2025 más de 85.000 expedientes de homologación y equivalencia de títulos universitarios extranjeros, ocho veces más que en 2017 [Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades; 2026 [citado 17 jun 2026]. Disponible en: https://www.ciencia.gob.es/Noticias/2026/abril/Morant-presenta-informe-homologaciones-2025.html.

33. Parlamento Europeo, Consejo de la Unión Europea. Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Texto consolidado de 29 de octubre de 2025 [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea. 2005. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A02005L0036-20251029.

34. Fundación IDIS. Observatorio del sector sanitario privado 2024 [Internet]. Madrid: Fundación IDIS; 2024 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-de-situacion-de-la-sanidad-privada/observatorio-del-sector-sanitario-privado-2024.

35. Alianza de la Sanidad Privada Española (ASPE). Análisis de la Sanidad Privada Española. 2024 [Internet]. Madrid: ASPE; 2024 [citado 17 jun 2026]. Disponible en: ASPE – Análisis de la Sanidad Privada Española 2024.

36. World Health Organization Regional Office for Europe. Mental health of nurses and doctors survey in the European Union, Iceland and Norway [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12709-52483-81031.

37. Beltrán-Gómez E, Pujol-de Castro A, Vaquero-Cepeda P, Catalá-López F. Prevalencia de burnout en profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud: revisión sistemática y metaanálisis. Gac Sanit. 2025;39:102526. doi:10.1016/j.gaceta.2025.102526

38. Organización Médica Colegial de España. IKERBURN: de la vocación al agotamiento. Análisis del grado de burnout de los médicos jóvenes en España [Internet]. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2025 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2025-11/Ikerburn-Report.pdf.

39. Camacho-Montaño LR, Gómez-Arribas SB, Moreno-Casbas MT, Ropero-Sánchez A, Bernués-Caudillo L, Calleja-Toledano P, et al. Turnover Intention and Its Relationship With Work-Related Factors Among Nurses in Spain: A Cross-Sectional Study. J Nurs Manag. 2026 Jan 9;2026(1). doi:10.1155/jonm/7697811

40. Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. Healthcare. 2020 Jan 3;8(1):12. doi:10.3390/healthcare8010012

41. Russo G, McKee M, Zapata T, Llop Girones A, Nandi S, Ares-Blanco S. The general practice workforce crisis in Europe: scale of the challenge and available policy responses. The Lancet Primary Care. 2026 Jun;2(6):100166. doi:10.1016/j.lanprc.2026.100166

42. Schlak A, Poghosyan L, Rosa WE, Mathew S, Liu J, Martsolf G, et al. The Impact of Primary Care Practice Structural Capabilities on Nurse Practitioner Burnout, Job Satisfaction, and Intent to Leave. Med Care. 2023 Dec;61(12):882–9. doi:10.1097/MLR.0000000000001931

43. Nikpour J, Carthon JMB. Characteristics, work environments, and rates of burnout and job dissatisfaction among registered nurses in primary care. Nurs Outlook. 2023 Jul;71(4):101988. doi:10.1016/j.outlook.2023.101988

44. Anderson H, Brady L, Adamson J. Exploring the relationship between cultural and structural workforce issues and retention of nurses in general practice (GenRet): a qualitative interview study. BMC Primary Care. 2025 Apr 17;26(1):114. doi:10.1186/s12875-025-02813-1

45. Ballart X, Ferraioli F, Iruela A. Carga administrativa, motivación y bienestar entre médicos de atención primaria. Comparación entre modelos de gestión. Gac Sanit. 2023;37:102306. doi:10.1016/j.gaceta.2023.102306

46. Casado Vicente V. El sesgo de visibilidad de la Atención Primaria. Revista Española de Comunicación en Salud. 2025 Mar 19;29–39. doi:10.20318/recs.2025.8876

47. Royal College of General Practitioners. Fit for the future: retaining the GP workforce [Internet]. London: Royal College of General Practitioners; 2022 [cited 2026 Jun 26].

48. Senek M, Robertson S, King R, Wood E, Ryan T. Should I stay or should I go? Why nurses are leaving community nursing in the UK. BMC Health Serv Res. 2023 Feb 16;23(1):164. doi:10.1186/s12913-023-09163-7

49. Palmer WL, Rolewicz L, Tzortziou Brown V, Russo G. A hole in the bucket? Exploring England's retention rates of recently qualified GPs. Hum Resour Health. 2025 Mar 3;23(1):14. doi:10.1186/s12960-025-00980-x

50. Fernemark H, Karlsson N, Skagerström J, Seing I, Karlsson E, Brulin E, et al. Psychosocial work environment in Swedish primary healthcare: a cross-sectional survey of physicians' job satisfaction, turnover intention, social support, leadership climate and change fatigue. Hum Resour Health. 2024 Oct 23;22(1):70. doi:10.1186/s12960-024-00955-4

51. Raynak A, Mihaljevic V, Wood B, Polonoski H, Seagris S. Stemming the Tide: Tackling Retention and Attrition Challenges in Rural and Northern Healthcare to Sustain Canada's Nursing Workforce. J Adv Nurs. 2026 Jun 29;82(6):6712–25. doi:10.1111/jan.70255

52. Cross R, McDonagh ST, Cockcroft E, Turner M, Isom M, Lambourn R, et al. Recruitment and retention of staff in rural dispensing primary care practice: a qualitative inquiry. BJGP Open. 2024 Apr;8(1):BJGPO.2023.0130. doi:10.3399/BJGPO.2023.0130

53. Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, Zewdie A, Wolka E, Nigatu F, et al. Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence. BMC Primary Care. 2024 Mar 27;25(1):99. doi:10.1186/s12875-024-02336-1

54. Alidina S, Cortes J, Fronteira I. Effectiveness of an incentives package to attract and retain physicians to underserved areas: a case study from Portugal. Hum Resour Health. 2025 Dec 1;23(1). doi:10.1186/s12960-025-00999-0 PubMed PMID: 40640874.

55. Jobalayeva B, Khismetova Z, Glushkova N, Kozhekenova Z, Abzaliyeva A, Berikuly D, et al. The impact of incentive scheme on rural healthcare workforce availability: a case study of Kazakhstan. Hum Resour Health. 2024 Apr 11;22(1):23. doi:10.1186/s12960-024-00905-0

56. Flinterman LE, González-González AI, Seils L, Bes J, Ballester M, Bañeres J, et al. Characteristics of Medical Deserts and Approaches to Mitigate Their Health Workforce Issues: A Scoping Review of Empirical Studies in Western Countries. Int J Health Policy Manag. 2023 Aug 15;12:7454. doi:10.34172/ijhpm.2023.7454

57. Arredondo K, Witte L, Paterson-Roberts A, Caloudas A, Vincenti M, Watts B V., et al. Strengthening Rural Health Care. Med Care. 2026 Jan;64(1S):S18–25. doi:10.1097/MLR.0000000000002202

58. España. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 240 (7 oct 2006) [citado 8 sep 2026]. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/10/06/1146/con.

59. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 22 nov 2003 [citado 8 sep 2026];(280). Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340.

60. Abasolo Alessón I, Elistratova M, López-Casasnovas G, Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Diferencias regionales en las remuneraciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud: referencia autonómica canaria (2024). Gac Sanit. 2026. En prensa.

61. Ministerio de Sanidad. Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud por el que se establecen los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos para la atracción y retención de profesionales sanitarios en dichos puestos, en el ámbito de la Atención Primaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.

62. Ministerio de Sanidad. 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 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025 [cited 2026 Jun 26].

63. Servicio Andaluz de Salud, Mesa Sectorial de Sanidad. Pacto para la mejora de la Atención Primaria y del modelo de Carrera Profesional del Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2023 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://andalucia.satse.es/documents/668701/6651880/Pacto+por+la+mejora+de+la+Atencion+Primaria+y+del+modelo+de+Carrera+Profesional+del+SAS.pdf.

64. Moreno N, Pera G, Medina M, Morral R, Pareja C. Determinantes de la frecuentación en Atención Primaria en Cataluña. Aten Primaria. 2021 Jan;53(1):67–72. doi:10.1016/j.aprim.2020.06.015

65. Colls C, Mias M, García-Altés A. Un índice de privación para reformar el modelo de financiación de la atención primaria en Cataluña. Gac Sanit. 2020 Jan;34(1):44–50. doi:10.1016/j.gaceta.2018.07.015

66. Ministerio de Sanidad. Sanidad, el ISCIII y la OMS/Europa impulsan un encuentro pionero de análisis de datos sobre complejidad en cuidados [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026 Jun 16 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6940.

67. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria. Gestión demanda enfermería [Internet]. Madrid:

Consejería de Sanidad; 2026 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/51774.

68. Departamento de Salud. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2019 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf.

69. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Servicio Andaluz de Salud. Consulta de acogida en Atención Primaria [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2020 Dec 14 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2020/Instrucciones_Consulta_de_Acogida_en_AP.pdf.

70. Calvet i Tort G, Amat i Camats G, Martín Martín S. Gestión enfermera de la demanda: análisis de la situación actual y diferentes modelos organizativos. Actual Med Fam. 2021;17(1):42-47. Available from: https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/gestion-enfermera-de-la-demanda-analisis-de-la-situacion-actual-y-diferentes-modelos-organizativos.

71. Brugués Brugués A, Cubells Asensio I, Flores Mateo G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. Aten Primaria. 2017 Nov;49(9):518–24. doi:10.1016/j.aprim.2016.11.012

72. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, Mateo Viladomat E, Gascón Ferret J, Flores Mateo G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. Aten Primaria. 2016 Mar;48(3):159–65. doi:10.1016/j.aprim.2015.02.014

73. Román-Baquero J, Redondo-Collado D. Resolución enfermera de los procesos leves autolimitados en atención primaria: estudio descriptivo. Aten Primaria. 2022 Apr;54(4):102219. doi:10.1016/j.aprim.2021.102219

74. González Fernández-Conde M del M, Fernández Arquisola C, Manzano García M. Evaluación de la Gestión Compartida de la Demanda de enfermería en atención primaria de Salamanca a los 6 meses de su implantación. Aten Primaria. 2025 Oct;57(10):103266. doi:10.1016/j.aprim.2025.103266

75. Ministerio de Sanidad. Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud 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 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/funcionTutorialAP/docs/Acuerdo_incentivo_tutores_AP.pdf.

76. Casado V, Martin R, Aldecoa S. Primer Informe del Observatorio de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España (AMFE) en la universidad española, 2023. Aten Primaria. 2023 Nov;55(11):102775. doi:10.1016/j.aprim.2023.102775

77. Instituto de Salud Carlos III. Mapa I+D+i en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; [citado 2026 Jun 22]. Disponible en: https://www.isciii.es/en/financiacion/mapa-i-d-i-ap.

78. Del Cura González I, Basora Gallisà J. Recursos de apoyo a la investigación en Atención Primaria. En: Martínez-Riera JR, Del Pino-Casado R, Paredes-Carbonell J, Oltra-Rodríguez E, Cubillo-Llanes J, Calderón-Larrañaga S, editores. Manual práctico de Atención Primaria y Comunitaria. Una nueva visión para una necesidad comunitaria. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2026.

79. Fundación Progreso y Salud. Intensificación de la actividad investigadora de las UGC [Internet]. Sevilla: Fundación Progreso y Salud; [citado 22 jun 2026]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/investigamas/solucion/serDesarrolloProfesional/11631.

80. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Institut Català de la Salut. Convocatòria d'Ajuts ICS/IDIAP 2025 [Internet]. Barcelona: IDIAPJGol; 2025 [citado 22 jun 2026]. Disponible en: https://idiapjgol.org/ajuts-ics-idiap-2025/.

81. Instituto de Salud Carlos III. Resolución de la Dirección del Instituto de Salud Carlos III, O.A., M.P., por la que se conceden Contratos Río Hortega de la convocatoria 2025 de la Acción Estratégica en Salud 2025 [Internet]. Madrid: ISCIII; 2025 [citado 22 jun 2026]. Disponible en: https://sede.isciii.gob.es/serviciosecontroller?action=downloadPub&idDocumento=10/12/2025-fe0df3962d&idPublicacion=51499.

82. Solans-Domènech M, Vizcaíno E, Villanueva I, Puigcerver L, Adam P. Investigación en atención primaria: de la financiación al impacto. Análisis de los proyectos financiados en el marco de la convocatoria del PERIS 2016-2020. Monográfico SARIS núm. 11 [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); 2025 [citado 22 jun 2026].

83. Redacción Médica. Salut invierte cuatro millones para la investigación en Atención Primaria [Internet]. Madrid: Redacción Médica; 27 nov 2019 [citado 22 jun 2026]. Disponible en: https://www.redaccionmedica.com/autonomias/cataluna/salut-invierte-cuatro-millones-para-la-investigacion-en-atencion-primaria-7385.

84. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias (FINBA). Emergentes AP y Cuidados 2025: el ISPA impulsa la investigación en Atención Primaria y Cuidados con una convocatoria específica para profesionales emergentes [Internet]. Oviedo: ISPA-FINBA; 2025 Jun 16 [citado 22 jun 2026]. Disponible en: https://ispa-finba.es/emergentes-primaria-cuidados-202506/.

85. Fundación para la Formación e Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura (FundeSalud). Convocatoria de ayudas para la investigación en Atención Primaria [Internet]. Mérida: FundeSalud; 2025 Dec 3 [citado 22 jun 2026]. Disponible en: https://fundesalud.es/convocatoria-de-ayudas-para-la-investigacion-en-atencion-primaria/.

86. Principado de Asturias. Acuerdo de 21 de enero de 2022, del Consejo de Gobierno, por el que se fijan para 2022 las cuantías de las retribuciones del personal al servicio de la Administración del Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA) [Internet]. 2022 Jan 28;(19):1-89 [citado 2026 Jun 22]. Disponible en: https://sede.asturias.es/bopa/2022/01/28/2022-00524.pdf.

87. Nieto García E, Cegri Lombardo F, de Amores López Fando P, Carrera García Á, Rivera Álvarez A, García Martínez P. La Enfermera Familiar y Comunitaria: pieza clave para la sostenibilidad y liderazgo

de la Atención Primaria en España [Internet]. Madrid: Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria; 2026 Mar [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://faecap.es/resources/files/informeEnfermeria2026.pdf.

88. España. Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 3 mayo 2010 [citado 24 sep 2026];(107).

89. Bhatti N, Waqar S. The GP Induction and Refresher scheme: reflections from doctors. British Journal of General Practice. 2015 Oct;65(639):548–9. doi:10.3399/bjgp15X687157

90. Mitchell C, Nelson P, Spooner S, McBride A, Hodgson D. Recruitment, retention and returning to general practice: a rapid scoping review to inform the Greater Manchester Workforce Strategy [Internet]. Manchester: NIHR Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care Greater Manchester (CLAHRC GM); 2018 [cited 2026 Jun 26]. .

91. Harris M, Morison J, Main P. GP induction and refresher and retainer schemes: are they cost-effective? British Journal of General Practice. 2014 Jan;64(618):46–7. doi:10.3399/bjgp14X676582

92. World Health Organization Regional Office for Europe. Strengthening relational continuity in primary care in Spain: key insights and recommended policy actions. Primary health care policy paper series [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2026 [cited 2026 Sep 11]. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2026-13265-53039-82784.

93. Mora Martínez J, Arribas Mir L. El administrativo con el médico de familia. AMF. 2012;8(9):1074-1078.

94. Caesar SR, Layer G, Barasi S. Appraisal, wellbeing, and pandemics: why a focus on wellbeing is always warranted. British Journal of General Practice. 2020 Dec 26;70(701):580.1-580. doi:10.3399/bjgp20X713585

95. General Medical Council. Understanding the experiences of and attitudes towards Medical Appraisal 2020: full report. Research by ICE Creates [Internet]. London: General Medical Council; 2022 Jan [cited 2026 Jun 26]. Available from: https://www.gmc-uk.org/cdn/documents/gmc-and-ice-creates-medical-appraisal-research-report_pdf-90906763.pdf.

96. Ministerio de Sanidad. Orden SND/810/2026, de 22 de julio, por la que se publican las bases para la creación de los Diplomas de Acreditación en el Área Funcional de Tutorización de Profesionales en Formación Sanitaria Especializada. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2026 ago 1 [citado 11 sep 2026];(187):108426-35. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2026-16830.

97. Smith JA, Checkland K, Sidhu M, Hammond J, Parkinson S. Primary care networks: are they fit for the future? British Journal of General Practice. 2021 Mar;71(704):106–7. doi:10.3399/bjgp21X714665

98. Checkland K, Bramwell D, Warwick-Giles L, Bailey S, Hammond J. Primary care networks as a means of supporting primary care: findings from qualitative case study-based evaluation in the English NHS. BMJ Open. 2023 Nov 21;13(11):e075111. doi:10.1136/bmjopen-2023-075111

Fidelización y Retorno de Talento en Atención Primaria: análisis de situación y estrategias para el Sistema Nacional de Salud