RESUMEN EJECUTIVO

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

Resumen ejecutivo

La fidelización y el retorno de profesionales de Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria constituyen una prioridad estratégica para fortalecer la Atención Primaria (AP) y garantizar la sostenibilidad, calidad y equidad del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Este informe, desarrollado en el marco del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025–2027, identifica los principales factores que condicionan la permanencia, salida y retorno de estos profesionales, las políticas autonómicas desarrolladas al respecto y diez recomendaciones prioritarias para mejorar la capacidad de fidelización y recuperación de talento en Atención Primaria. Los resultados se basan en una revisión documental de fuentes nacionales e internacionales; entrevistas con profesionales y representantes; y un mapeo de políticas autonómicas con consultas a responsables sanitarios de 12 comunidades autónomas (CCAA).

Situación y principales retos de la fuerza laboral en Atención Primaria: menor crecimiento de las plantillas y pérdida de especialistas hacia otros ámbitos asistenciales en un contexto de envejecimiento y feminización.

La fuerza laboral de Atención Primaria ha crecido a un ritmo inferior al de otros ámbitos asistenciales, tanto en Enfermería como en Medicina. Entre 2013 y 2023, las plantillas de los Equipos de AP aumentaron un 18,5% en Enfermería y un 8,3% en Medicina, frente al 32,4% y el 24,8%, respectivamente, en el ámbito hospitalario. Se estima que apenas una de cada cuatro especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) ejerce en AP (24,6%), mientras que uno de cada seis especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) trabaja ya en el ámbito hospitalario (16,4%). Esta situación refleja la necesidad de recuperar especialistas ya formados y prevenir nuevas salidas, tanto hacia el ámbito hospitalario como hacia las urgencias y emergencias, el sector privado y, en menor medida, el extranjero. El envejecimiento de las plantillas, la elevada feminización de ambas profesiones y el desgaste profesional refuerzan la importancia de mejorar las condiciones y oportunidades laborales, especialmente las políticas de conciliación

CIFRAS CLAVE

+18,5 %
enfermeras en Equipos de AP entre 2013 y 2023, frente al +32,4 % en hospitales y +54,1 % en urgencias y emergencias

+8,3 %
médicos/as en Equipos de AP entre 2013 y 2023, frente al +24,8 % en hospitales y +25,2% en urgencias y emergencias

1 de cada 4
especialistas en EFyC ejercía en AP en 2024 (24,6 %)

1 de cada 6
médicos/as de familia trabajaba en el ámbito hospitalario en 2023 (16,4 %)

Factores de permanencia y retorno, y respuestas autonómicas. Las entrevistas con profesionales permiten identificar las siguientes cuatro dimensiones interrelacionadas que condicionan las decisiones de permanencia, salida y retorno. El mapeo autonómico muestra algunos avances para abordarlas, aunque con diferencias importantes en su desarrollo, alcance y consolidación.

I. Marco contractual y condiciones de empleo: avances en estabilidad laboral, pero persisten déficits de flexibilidad, conciliación y reconocimiento de la especialización que dificultan la permanencia y el retorno. Algunas CCAA han impulsado procesos de estabilización y programas de fidelización tras la residencia, principalmente mediante contratos de larga duración para MFyC, aunque no siempre con vinculación estable a un equipo o cupo. La flexibilidad contractual y horaria ha recibido menor atención, y persisten turnos exclusivamente de tarde que penalizan a las profesionales más jóvenes con necesidades de conciliación. Algunas CCAA han avanzado hacia la implantación de turnos mixtos o deslizantes y, excepcionalmente, la jornada 4+1, que permite concentrar la jornada semanal ordinaria en cuatro días. En algunos casos, las medidas de estabilidad, incentivos retributivos y flexibilidad se han concentrado en aquellos puestos clasificados como de difícil cobertura y/o desempeño, aunque su desarrollo normativo y alcance siguen siendo desiguales entre CCAA y categorías profesionales.

En cuanto al despliegue de la especialidad EFyC, algunas CCAA han establecido mecanismos de reconversión de plazas generalistas y la mayoría dispone de bolsas específicas, pero persisten limitaciones y desigualdades en su aplicación y utilización efectiva. Las vías de retorno desde plazas hospitalarias generalistas son especialmente restrictivas, al no existir mecanismos suficientemente desarrollados de movilidad temporal o definitiva que permitan acceder a plazas de especialista en AP sin perder estabilidad laboral ni los derechos y condiciones laborales adquiridos. En medicina, se observa una situación inversa pero igualmente preocupante: la cobertura de plazas de especialista por profesionales sin especialidad, como respuesta a la escasez de médicos/as de familia. Esta práctica, facilitada durante el periodo excepcional de la COVID-19, contraviene la normativa vigente y plantea problemas de equidad retributiva y de seguridad y calidad asistencial.

II. Organización y condiciones de trabajo: la sobrecarga asistencial, la burocracia, la limitada autonomía profesional y las dificultades para desarrollar una atención longitudinal y de calidad aparecen como motivos relevantes de salida. Las iniciativas autonómicas incluyen topes de agenda, reorganización de circuitos asistenciales y ampliación de la capacidad resolutiva enfermera en procesos agudos leves, aunque con avances desiguales en la implantación de la indicación y prescripción enfermera. El ajuste de cupos y cargas asistenciales según la complejidad clínica y social sigue siendo excepcional. Destaca el modelo de asignación poblacional de Catalunya, que ajusta los cupos según la edad y las características socioeconómicas de la población, con tamaños que oscilan entre 900 y 2.300 pacientes por profesional médico. La desburocratización constituye otro ámbito de mejora: aunque se ha reforzado el papel del personal administrativo en algunos territorios, persisten circuitos que trasladan tareas administrativas desde el ámbito hospitalario a AP. Destaca la incorporación del administrativo de referencia con funciones avanzadas a los equipos asistenciales en los Centros de Salud Integral de Referencia (CSIR) de Catalunya. La consolidación de estas nuevas funciones y su integración efectiva en los equipos exigen formación específica, garantías de confidencialidad y reconocimiento profesional y retributivo acorde con las responsabilidades asumidas.

III. Desarrollo profesional: la falta de oportunidades de progresión, formación, docencia e investigación, junto con las dificultades para ejercer estas actividades en condiciones adecuadas, reducen el atractivo de la Atención Primaria. Las CCAA han desarrollado medidas de reconocimiento de la actividad tutorial, aunque solo Catalunya y Madrid combinaban en 2023 incentivos económicos, reconocimiento de méritos, tiempo protegido y oportunidades formativas. La presencia de la disciplina Familiar y Comunitaria en la formación universitaria ha aumentado notablemente en los últimos años, pero sigue siendo mayor y más transversal en el grado de Enfermería que en Medicina. Existe una importante heterogeneidad y arbitrariedad en los modelos de vinculación asistencial y universitaria, que no siempre garantizan tiempo protegido para la docencia e investigación ni un ajuste de la carga asistencial. En investigación, las oportunidades de intensificación y desarrollo de una carrera investigadora siguen siendo limitadas, con una participación excepcional de profesionales de AP en programas competitivos (solo uno de los 118 contratos Río Hortega concedidos en 2025). Pocas CCAA disponen o han dispuesto de convocatorias dirigidas específicamente a profesionales de AP; siete cuentan con unidades de investigación específicas de AP, mientras que en el resto el apoyo depende principalmente de estructuras más amplias, como los Institutos de Investigación Sanitaria, donde la integración de la AP es desigual y no siempre garantiza una respuesta adaptada a sus necesidades específicas.

IV. Gestión y dirección de la Atención Primaria: la insuficiente autonomía organizativa y liderazgo de los centros, las dificultades de interlocución con las gerencias y la percepción de una insuficiente priorización institucional de AP condicionan las expectativas profesionales. Las CCAA contemplan distintas medidas para incentivar el acceso a puestos directivos, que incluyen reconocimiento económico, valoración de méritos, formación específica y tiempo protegido para la gestión. Sin embargo, este último continúa siendo uno de los principales obstáculos para asumir y ejercer estas responsabilidades. Además, los procedimientos de selección no siempre garantizan una evaluación rigurosa de las competencias y proyectos de dirección, especialmente cuando concurre una única candidatura, y los mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas son infrecuentes. Las iniciativas orientadas a ampliar la autonomía de los equipos son todavía escasas, aunque algunas experiencias piloto exploran nuevas fórmulas de gestión que permiten una mayor capacidad de decisión sobre la organización interna, las agendas, la distribución de funciones y determinados recursos. Existe, por lo general, 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, en un marco de gobernanza sanitaria todavía predominantemente hospitalario.

Recomendaciones estratégicas

Los resultados sustentan cuatro líneas de actuación complementarias: (1) garantizar el ejercicio de la AP por profesionales especialistas, reforzando la estabilidad y flexibilidad laboral y las vías de retorno; (2) mejorar la organización y las condiciones de trabajo mediante equipos integrados, desburocratización y cargas asistenciales ajustadas a las necesidades de la población; (3) ampliar las oportunidades de desarrollo profesional, formación, docencia, investigación y liderazgo clínico; y (4) fortalecer la autonomía de gestión, la gobernanza y la financiación de Atención Primaria.

Estas líneas integran diez recomendaciones operativas con acciones, responsables e indicadores de seguimiento y resultado. Tienen un carácter eminentemente práctico y, en términos generales, pueden desarrollarse dentro de los marcos competenciales y organizativos actuales del SNS, sin requerir grandes reformas estructurales. De hecho, muchas de las actuaciones propuestas ya se han implantado, total o parcialmente, en distintas CCAA, como muestra el mapeo realizado. Su valor reside en articularlas en una estrategia integrada y coherente, acorde con el carácter multifactorial de la fidelización y el retorno de profesionales.

La implementación coordinada de estas actuaciones, adaptada a las necesidades territoriales y acompañada de mecanismos de seguimiento y evaluación, permitiría fortalecer la capacidad del SNS para atraer, fidelizar y recuperar profesionales especialistas en Atención Primaria.

Recomendación	Principales acciones propuestas
I. Marco contractual y condiciones de empleo	
1. Garantizar una AP atendida por especialistas	**EFyC**: identificar a las especialistas que ocupan plazas hospitalarias generalistas y establecer procesos específicos de movilidad para su retorno; reconocer como plazas de especialista todas las nuevas vacantes de enfermería en AP; garantizar bolsas específicas y baremación adecuada; convocar ofertas públicas de empleo específicas tras habilitar los mecanismos extraordinarios de retorno. **MFyC**: identificar y caracterizar a los profesionales médicos que ejercen sin especialidad para orientar las medidas según su formación y extinguir estas contrataciones. **Ambas especialidades**: establecer programas de retorno con actualización profesional, adaptación supervisada y tutorización; adecuar la oferta de formación especializada a las necesidades futuras de AP.
2. Mejorar la estabilidad laboral, la flexibilidad y la conciliación	Ofrecer contratos estables tras la residencia, vinculados a un equipo y cupo de referencia; transformar progresivamente los turnos exclusivamente de tarde en jornadas mixtas, deslizantes o comprimidas, incluyendo las nuevas vacantes; identificar actividades susceptibles de trabajo remoto y pilotar modalidades híbridas con acceso seguro a los sistemas clínicos.
II. Organización y condiciones de trabajo	
3. Optimizar el trabajo en equipo mediante UBA-3	Integrar a los nuevos especialistas y profesionales que retornan en Unidades Básicas Asistenciales (UBA-3) estables de medicina, enfermería y personal administrativo, con cupo compartido, coordinación y responsabilidades definidas; evaluar su experiencia durante el primer año y corregir los circuitos que generan sobrecarga o limitan el desarrollo de sus competencias.
4. Desburocratizar AP y liberar tiempo clínico	Desarrollar el perfil de Administrativo/a en Salud, con formación específica, funciones ampliadas y reconocimiento profesional, e incorporarlo progresivamente a las UBA-3; identificar y eliminar trámites administrativos derivados desde otros ámbitos asistenciales, garantizando su resolución en origen.
5. Adecuar las cargas asistenciales a la población y las responsabilidades profesionales	Desarrollar un modelo compartido de cálculo de cupos de las UBA-3 ajustado a las necesidades de la población, la capacidad asistencial y la dedicación profesional; pilotar cupos temporalmente reducidos y de incremento progresivo para facilitar la incorporación de nuevos especialistas y el retorno.

Recomendación	Principales acciones propuestas
III. Desarrollo profesional, docencia e investigación	
6. Crear oportunidades reales de desarrollo profesional y liderazgo clínico	Garantizar formación continuada acreditada y específica de AP, con itinerarios adaptados para nuevos especialistas y profesionales que retornan; ampliar el acceso efectivo a pruebas, procedimientos y técnicas acordes con las competencias profesionales; ofrecer dedicación parcial a funciones avanzadas, con tiempo protegido, ajuste de cupo y reconocimiento profesional y retributivo.
7. Proteger y fortalecer la capacidad docente de AP	Identificar y proteger las plazas vinculadas a funciones tutoriales y reconocer la acreditación y experiencia docente en los procesos de provisión; garantizar tiempo protegido, ajuste de carga asistencial y reconocimiento de la tutoría, e impulsar itinerarios de iniciación y consolidación de nuevos tutores.
8. Impulsar la investigación y la integración universitaria	Crear convocatorias específicas de investigación en AP en distintas etapas de la carrera, con mecanismos de intensificación; desarrollar trayectorias clínico-académicas estables que permitan compatibilizar asistencia y vinculación universitaria; consolidar redes de centros de salud universitarios con reconocimiento e incentivos para los profesionales participantes.
IV. Gestión y gobernanza	
9. Fortalecer el liderazgo y la capacidad de gestión de los centros de salud	Profesionalizar las direcciones mediante formación en gestión y liderazgo, selección por competencias y proyecto organizativo, tiempo protegido y reconocimiento retributivo; pilotar modelos de mayor autonomía organizativa y de gestión de recursos, con acceso a información actualizada; crear redes de colaboración entre direcciones para compartir e implantar innovaciones organizativas.
10. Reforzar la gobernanza y financiación de las políticas de fidelización y retorno	Consolidar mecanismos de coordinación e implementación que permitan priorizar actuaciones y definir responsables, recursos y seguimiento; garantizar financiación suficiente, finalista y trazable, con información sobre su asignación y ejecución.

Equipo del proyecto

Coordinación

Sara Calderón-Larrañaga

Colaboración

Ángel González de la Fuente
Sara Ares Blanco
Sofía Angulo Hernando

Equipo del Ministerio de Sanidad

Paloma Calleja Toledano
Tania Cedeño Benavides
Marta García Hernández
Ana M. Gálvez Martínez
Laura Álvarez Fernández
Sergio García Martí
Miriam Navarro Beltrá

Consejo Asesor (por orden alfabético)

María Pilar Astier Peña
Verónica Casado Vicente
Luis Andrés Gimeno Feliu
Beatriz González López-Valcárcel
Esther Nieto García
Enrique Oltra Rodríguez
Luisa Pettigrew
Antonia Raya Tena
Milagros Rico Blázquez
Tomás Zapata

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