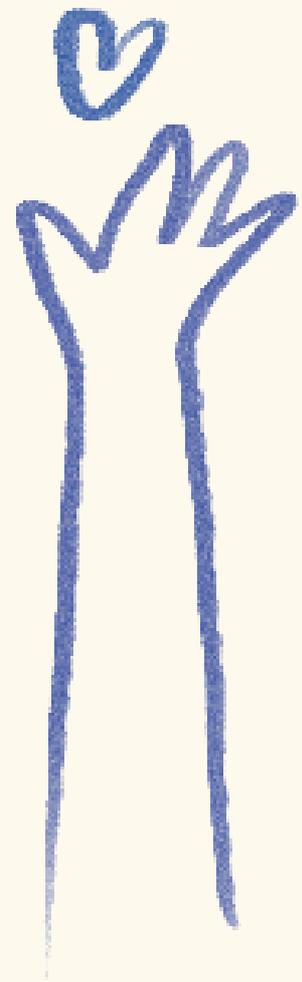


# Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española



## Informe Final Resumen Ejecutivo

Abril de 2023

RFS REFORM/SC2021/058

AARC - Consortium

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

## Abreviaturas

<b>AB</b>	Advisory Board
<b>AEC</b>	Asociación Enfermería Comunitaria
<b>AEEP</b>	Asociación Española de Enfermería Pediátrica
<b>AEF-APySC</b>	Asociación Española Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria
<b>AEPAP</b>	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
<b>AEPCP</b>	Asociación Española Psicología Clínica y Psicopatología
<b>AGP</b>	Alianza General de Pacientes
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>CC.AA.</b>	Comunidades Autónomas
<b>EKSOTE</b>	Distrito de Atención Sanitaria y Social del Sur de Karelia
<b>FAECAP</b>	Federación de Asociaciones Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
<b>FAME</b>	Federación de Asociaciones Matronas de España
<b>FEP</b>	Foro Español de Pacientes
<b>INGESA</b>	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
<b>KoM</b>	Reunión de inicio ( <i>Kick-off meeting</i> )
<b>KPIs</b>	Indicador clave de resultados ( <i>Key Performance indicator</i> )
<b>OWG</b>	Comité Operativo ( <i>Operational Working Group</i> )
<b>PIB</b>	Producto Interior Bruto
<b>POP</b>	Plataforma Organizaciones Pacientes
<b>RD</b>	Real Decreto
<b>RSWG</b>	Grupos Técnicos Regionales ( <i>Regional Stakeholders Working Groups</i> )
<b>SC</b>	Comité Directivo ( <i>Steering Committee</i> )
<b>SCETSS</b>	Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario
<b>SEDAP</b>	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
<b>SEMERGEN</b>	Sociedad Española Médicos Atención Primaria
<b>SEMFyC</b>	Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria
<b>SEMG</b>	Sociedad Española Médicos Generales y de Familia
<b>SEPEAP</b>	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y la Comunicación

# Índice

<b>1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Análisis de la situación actual de la Atención Primaria en España.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Estudios de Caso de reformas en Atención Primaria .....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Recomendaciones y Plan Operativo para adaptar la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española.....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Conclusiones y próximos pasos.....</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>24</b>
	Anexo I: Fichas de Estudios de Caso.....	25
	Anexo II: Miembros de los Grupos de Trabajo.....	42

# 1. Introducción

La Comisión Europea ha apoyado a la **Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad** en el desarrollo de Recomendaciones sobre criterios, modelos de gobernanza y requisitos para promover la equidad en el acceso a servicios de Atención Primaria (AP) de alta calidad a través del proyecto 'Adaptando la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española'. El proyecto, financiado por la Unión Europea a través del [Instrumento de Apoyo Técnico](#), ha sido desarrollado técnicamente por **NTT Data** en estrecha colaboración con la Subdirección General de Calidad Asistencial de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales (**DG REFORM**) de la Comisión Europea.

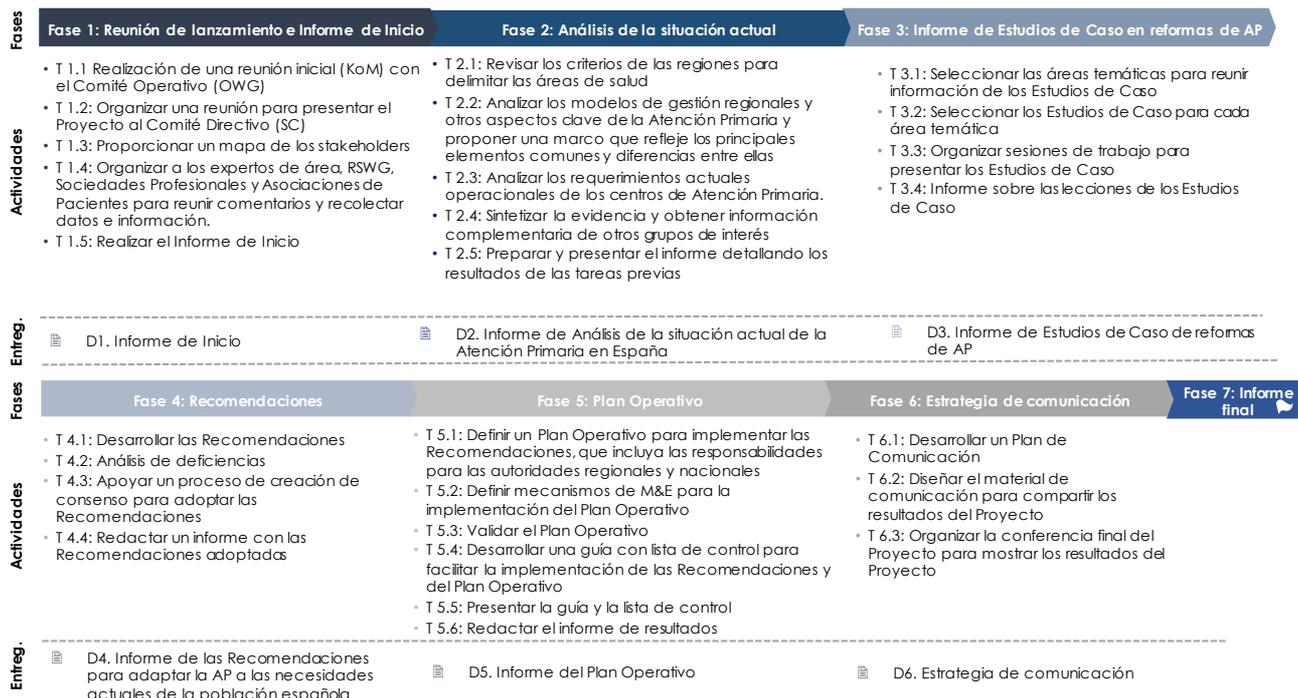
El Instrumento de Apoyo Técnico ayuda a los Estados miembros a recuperarse de los efectos sociales y económicos de la pandemia causada por la COVID-19, a mejorar la calidad de los servicios públicos y a reforzar un crecimiento económico sostenible e integrador. Este proyecto surgió ante la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en España, mejorar la sostenibilidad del Sistema Sanitario y disminuir las inequidades en salud.

El resultado esperado del proyecto era proporcionar herramientas que permitan al Sistema Nacional de Salud adaptar los servicios de AP a las necesidades concretas de las diferentes realidades como, por ejemplo, zonas/puestos de difícil cobertura.

La realización de este proyecto, de 20 meses de duración, se ha llevado a cabo mediante un proceso participativo de consenso con la implicación de todas las comunidades y ciudades autónomas y se ha realizado un proceso consultivo a Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes. Además, ha contado con la participación de Expertos y de un Comité Asesor. En la metodología empleada se han realizado entrevistas individuales, cuestionarios Delphi, reuniones de presentación y de debate y encuestas online.

El Proyecto se ha desarrollado en 7 fases:

Figura 1: Fases del Proyecto, actividades y entregables



Los productos del Proyecto han sido los siguientes:

- Análisis detallado de la situación actual de la Atención Primaria en todas las comunidades y ciudades autónomas en las siguientes áreas de análisis: 1) Planificación; 2) Gestión y Organización; 3) Recursos Humanos; 4) Financiación y 5) Infraestructura y Equipamiento (resultados de la Fase 2).
- Estudios de Caso de reformas en Atención Primaria en otros países (resultados de la Fase 3).
- Recomendaciones para adaptar la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población en cada área de análisis (resultados de la Fase 4).
- Plan Operativo detallado para implementar las Recomendaciones así como su monitorización, con herramientas para facilitar su implementación (resultados de la Fase 5).

En este proyecto han participado diferentes Grupos de Trabajo, tanto a nivel de redacción y revisión, como a nivel de contribución en el trabajo de campo, participando en sesiones de trabajo, reuniones, estableciendo consensos en las Recomendaciones y en el Plan Operativo.

Figura 2: Grupos de Trabajo involucrados en el proyecto



A continuación se describen las funciones de los Grupos de Trabajo:

- **Comité Directivo (SC):** responsable de deliberar y adoptar acuerdos sobre cualquier cuestión sometida a su consideración por el Comité Operativo (OWG).
- **Comité Operativo (OWG):** encargado de llevar a cabo el seguimiento operativo y estratégico del proyecto, así como la revisión y validación de los entregables.
- **Advisory Board (AB):** encargado de asesorar al equipo de NTT Data.
- **Expertos de Área:** proporcionar apoyo estratégico durante el proyecto y responder a las consultas solicitadas por el equipo del proyecto; participar en los *Workshops* de Estudios de Caso y presentar la primera propuesta de Recomendaciones y del Plan Operativo.
- **Grupos Técnicos Regionales (RSWG):** encargados de proporcionar su opinión, conocimiento, e información complementaria del estado de la situación actual de la AP en su comunidad / ciudad autónoma; definir y consensuar las Recomendaciones y el Plan Operativo.
- **Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes:** encargados de proporcionar su opinión, conocimiento, e información complementaria del estado de la situación actual de la AP y en la Fase de Recomendaciones.

El Proyecto se ha centrado en 5 Áreas de Análisis:



1. **Planificación:** criterios para delimitar áreas de salud; políticas y regulación nacional y regional; diferencias entre zonas urbanas y rurales
2. **Gestión y Organización:** modelos de gestión; diferencias entre zonas rurales y urbanas; modelos de coordinación entre niveles de atención; modelos de coordinación entre sanidad y proveedores de asistencia social.
3. **Recursos Humanos:** políticas de recursos humanos; modelos de cooperación entre profesionales; composición de los equipos de Atención Primaria; ratios de personal.
4. **Financiación:** presupuesto sanitario regional para Atención Primaria; necesidades de financiación.
5. **Infraestructura y Equipamiento:** disponibilidad de equipamiento médico; tecnologías TIC; calidad de las infraestructuras (salas de consultas...); planes de mantenimiento, renovación o construcción de centros de Atención Primaria.

## 2. Análisis de la situación actual de la Atención Primaria en España

### 2.1 Objetivos

Los objetivos de la Fase 2 son:

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

### 2.2 Metodología

#### Revisión documental y de datos

1



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

La revisión documental y de bases de datos se ha llevado a cabo en dos etapas: (1) búsqueda bibliográfica; (2) recopilación y síntesis de datos.

*Tipología de fuentes de datos analizadas y de documentos generados en esta etapa*

Tipología de fuentes de datos analizadas	Documentos generados
Fuentes de legislación y normativa sanitaria regional y nacional	Base de datos con la información cuantitativa recopilada
Fuentes de datos públicas	Fichas técnicas de las CC.AA.
Información proporcionada por los RSWG	

2



#### Realización de entrevistas semiestructuradas con los miembros del RSWG

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

### 3 Realización de una encuesta *online* (I) a profesionales con competencias de gestión en AP



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

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

### 4 Realización de una encuesta *online* (II) a profesionales de las principales Sociedades Profesionales con competencias en AP, así como a miembros de las Asociaciones de Pacientes más representativas



El objetivo de este cuestionario *online* fue conocer la percepción de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes sobre la situación actual de la Atención Primaria. Al igual que en el cuestionario *online* I, las preguntas se organizaron en base a las 5 áreas de análisis y las respuestas obtenidas se analizaron de forma agregada, sin identificar ni relacionar las respuestas con participantes individuales.

## 2.3 Resultados

### 2.3.1 Planificación

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

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

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

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

## Retos a los que se enfrentan las CC.AA. de acuerdo con los RSWG



Además, de acuerdo con las encuestas *online* realizadas, tanto los profesionales con competencias de gestión en AP como los miembros de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes coinciden con los RSWG en que **los actuales criterios no son adecuados para responder a las necesidades actuales de la población española.**

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

### 2.3.2 Gestión y Organización

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

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

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

1

**Gestión única** en el que Atención Primaria está dirigida por una Gerencia independiente de Atención Hospitalaria, como en Cantabria y la Comunidad de Madrid

2

**Gestión compartida** con Atención Hospitalaria (también denominadas Gerencias de Atención Integrada) en el que la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria están dirigidas por una misma Gerencia (es el caso de Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Región de Murcia, País Vasco y La Rioja)

3

**Gestión mixta**, en la que existen las dos modalidades de Gestión en la comunidad autónoma, que varía dependiendo del Área Sanitaria (resto de las comunidades autónomas).

### *Puntos fuertes y áreas de mejora de los modelos de gestión de acuerdo con los RSWG*

Durante las entrevistas, los representantes técnicos de las CC.AA. indicaron que la **gestión única** permite dar mejor respuesta a las necesidades de los profesionales, gestionar mejor el presupuesto al ser independiente de Atención Hospitalaria; sin embargo, suele haber una descompensación del reparto presupuestario, siendo mayor en Atención Hospitalaria.



Del mismo modo, los representantes técnicos de las CC.AA. indican como puntos fuertes de la **gestión compartida** con Atención Hospitalaria la integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos, lo que permite dar soluciones conjuntas, con continuidad de cuidados en el proceso asistencial y mejorar la eficiencia. A nivel de aspectos de mejora se destaca que, en este modelo, el posicionamiento de AP frente a Hospitalaria queda relegado y con menor visibilidad; además, la importancia en financiación es mayor en Atención Hospitalaria.



### *Retos en la gestión y organización de la AP para los próximos 2 a 5 años*

Los **profesionales con competencias de gestión en AP** de las zonas rurales identifican en mayor proporción la gestión de recursos disponibles garantizando la accesibilidad y equidad como reto principal, mientras que aquellos cuya actividad profesional se desarrolla en zonas urbanas dan más importancia a la captación y retención de profesionales, así como a la dotación de mayor capacidad de autogestión y autonomía.



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

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



### 2.3.3 Recursos Humanos

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

Tanto las CC.AA. como las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes consideran que es necesario dotar a la AP de un mayor número de profesionales, y para ello han desarrollado **planes e iniciativas centradas en mejorar las condiciones de los contratos e incentivar a los profesionales.**



Además de profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría y Enfermería, más del 40% de los profesionales con competencias de gestión en AP opinan que hacen falta otros perfiles como psicólogos clínicos, fisioterapeutas y matronas para cubrir las prestaciones de la Cartera Común de Servicios (48%, 47% y 46% respectivamente).

Del mismo modo destaca que, en las áreas rurales, los perfiles más demandados son los médicos de familia y de enfermería, mientras que, en las zonas urbanas, los encuestados coinciden en que faltan médicos de familia, pero el segundo perfil más demandado es el de fisioterapeutas, seguido de psicólogos clínicos y pediatras.

**75%** de los profesionales encuestados con competencias de gestión en AP **considera que existen obstáculos a la hora de contratar, captar y retener profesionales de AP**

Algunos de los principales obstáculos mencionados han sido la falta de profesionales que quieran dedicarse a AP y las condiciones laborales. En los próximos años se prevén un número elevado de jubilaciones y se considera necesario **ampliar el número de plazas para formación de especialistas de Médicos Internos Residentes (MIR)** para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, así como fomentar el rol de la Enfermería Familiar y Comunitaria. Este es un reto que tanto las CC.AA. como las Sociedades Profesionales destacan.

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

### 2.3.4 Financiación

El gasto sanitario público respecto al PIB es del 7,5% en España (2020), presentando una variación territorial de entre el 6,2% y el 9,7%. El porcentaje medio a nivel nacional destinado a AP respecto al total de gasto es del 14,3%. A nivel regional, se encuentran diferencias de hasta 7 puntos entre los valores máximo y mínimo (17,5%, respecto a 10,7%).

En relación con los **presupuestos de AP**, se observa disparidad en la forma de elaborarlos en cada territorio en función de su independencia o integración con el presupuesto de otros niveles asistenciales, encontrando dos tipos de presentación de presupuestos:

1

**Presupuestos integrados con otros niveles asistenciales**

2

**Presupuestos de AP independientes**

Se observa que existe un acuerdo generalizado por parte de los profesionales con competencias de gestión en AP (72%), Sociedades Profesionales (96%) y Asociaciones de Pacientes, con que la **asignación de los presupuestos de AP no es suficiente** para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad y sostenibilidad.

Prácticamente todas las CC.AA. declaran en las entrevistas que tienen objetivos fijados para el incremento (o como mínimo mantenimiento) de las partidas destinadas a la AP; se considera una acción necesaria para situar la AP como eje vertebrador del sistema sanitario.

**Los criterios para la determinación del presupuesto destinado a AP son:**

- (1) en base al gasto histórico
- (2) en función de las necesidades y prioridades de los órganos competentes en materia de elaboración de los presupuestos.

Es importante destacar que esta diferenciación no es excluyente, pudiendo darse ambos grupos de criterios en el establecimiento de los presupuestos en cada CCAA.

**Las prioridades de financiación en AP para los próximos 2 a 5 ejercicios** según el juicio de los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria encuestados y las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes son:



Recursos Humanos



Adquisición y/o renovación del equipamiento médico



Inversión en TIC/digitalización



Creación y/o adaptación de los espacios físicos

Además, las Asociaciones de Pacientes han indicado como prioridad de financiación la atención y el **abordaje a la cronicidad y recursos para nuevos modelos asistenciales**.

## 2.3.5 Infraestructura y equipamiento

Existe regulación nacional sobre las bases generales de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre) así como regulación autonómica, donde se encuentran los requisitos técnicos que han de tener todos centros de salud de Atención Primaria.

Dos tercios de las comunidades autónomas declaran tener un **plan de mantenimiento** de la infraestructura de los centros y consultorios locales. La **periodicidad de actualización de estos planes es dispar**, pudiendo ser anual, plurianual, o no tener una periodicidad establecida.

En términos generales, las comunidades autónomas consideran que la infraestructura interna de los centros disponible sí permite llevar a cabo las prestaciones contempladas en la actual Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria. No obstante, la mayoría de los territorios (14 de 18) considera que **son necesarias adaptaciones** para hacer frente a diversos retos presentes y futuros, algunos ya previstos en las nuevas carteras de servicios a implantar.

De forma generalizada, las necesidades de equipamiento se establecen de forma dual según:

- (1) las peticiones de los centros en base a obsolescencia del equipamiento;
- (2) las estrategias territoriales en función de los cambios en la cartera de servicios de la comunidad autónoma.

**Los criterios principales empleados para la renovación del equipamiento son 4:**

- 1 antigüedad
- 2 reposición por avería o extravío
- 3 obsolescencia
- 4 adquisiciones de equipamiento debido a decisiones de inclusión de nuevas prestaciones.

Tanto los profesionales con competencias de gestión en AP como las Sociedades Profesionales opinan que la **infraestructura de los centros de Atención Primaria no se encuentra en buen estado**.



La mayoría de los territorios (16 de 18) cuentan con un **plan establecido de renovación de equipamientos**, siendo la periodicidad de su renovación variable según territorio.



No todas las comunidades autónomas declaran disponer de **planes de mantenimiento del equipamiento** de Atención Primaria (aproximadamente la mitad); sin embargo, la gran mayoría de los territorios (17 de 18) sí dispone de inventario del equipamiento.



En lo que respecta al **equipamiento tecnológico de los centros de AP**, de acuerdo con los RSWG este se encuentra en buen estado, bien habiendo sido actualizado recientemente, bien existiendo **planes de actualización** que están siendo ejecutados, bien dándose reemplazos anuales según obsolescencia declarada.

Sin embargo, existe disparidad de opinión, un 56% los profesionales con competencias de gestión en AP y un 72% de los miembros de las Sociedades Profesionales consideran que no está buen estado, coincidiendo, además, con la opinión de las Asociaciones de Pacientes.



El desarrollo de los **sistemas de información de AP** en lo que respecta a la integración de la historia clínica electrónica son dispares en función del territorio, habiendo dos categorías principales:

- (1) Historia Electrónica Única compartida entre los distintos niveles asistenciales
- (2) Historia Electrónica exclusiva de AP.



Excepto Ceuta y Melilla, todos los territorios declaran disponer de un **portal digital** dedicado a los pacientes.

Todas las CC.AA. consideran que **sí existe coherencia** entre la dotación en equipamiento y la cartera de servicios de Atención Primaria, con ciertas salvedades que implican una potencial adaptación futura.

Los **recursos de infraestructura y equipamiento que serán necesarios en los próximos 2 a 5 años** según la opinión de los profesionales encuestados son (ordenados de mayor a menor importancia): (1) la creación y/o adaptación de los espacios físicos (51%); compartiendo 2º y 3º puesto (2) la inversión en Recursos TIC para los centros; (3) y la adquisición y/o renovación de equipamiento médico con un 41%; (4) inversión en recursos TIC para el sistema de salud (26%).



### 3. Estudios de Caso de reformas en Atención Primaria

#### 3.1 Objetivos

Los objetivos de esta fase son los siguientes:

- Adquirir conocimientos y experiencias de otros países, principalmente de Europa, para mejorar la Atención Primaria en los sistemas sanitarios.
- Seleccionar aspectos y extraer conclusiones suficientemente completas, aplicables y detalladas para ayudara elaborar recomendaciones para mejorar la AP.

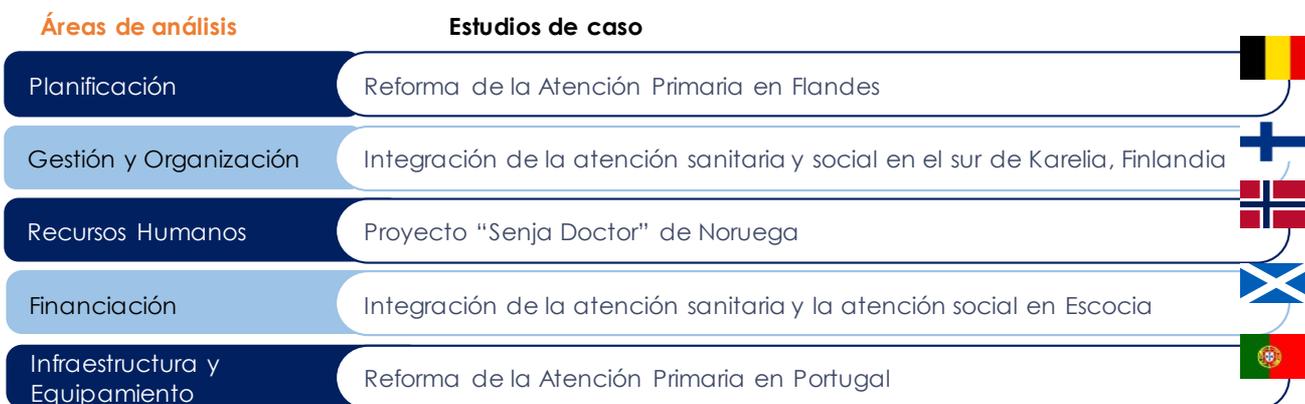
#### 3.2 Metodología

La metodología que se ha empleado para abordar la Fase 3 se ha desarrollado en 2 etapas:

##### Selección de Estudios de Caso para incluir en el informe

1 Las características significativas para la selección bibliográfica de los Estudios de Caso fueron reformas en AP relacionadas con las 5 áreas de análisis; reformas en AP llevadas a cabo en otros países; países prioritariamente de la Unión Europea; países con sistemas sanitarios similares al español (modelo Beveridge) y países con una organización similar a la española (descentralizados). Los Expertos de Área y el Advisory Board contribuyeron complementando la bibliografía (artículos, informes, etc.) Se revisaron 112 referencias bibliográficas de reformas en AP. El OWG selección 9 (entre 1 y 3 por área de análisis del proyecto). Para cada Estudio de Caso se generó una ficha documental. Los representantes del Ministerio de Sanidad seleccionaron un Estudio de Caso por área para debatir su potencial transferibilidad en las sesiones de Talleres *online* con los miembros de los RSWG y representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes. Para la selección de cada Estudio de Caso a debatir en los Talleres *online* se tuvieron en cuenta aspectos como transferibilidad, aplicabilidad, utilidad, pertinencia, adecuación, innovación, impacto, equidad, accesibilidad y continuidad de cuidados.

Figura 3. Estudios de Caso seleccionados para el Taller online



El Anexo I muestra las Fichas de Estudios de Caso que han sido seleccionadas para discutir en los Talleres *online* (n=5).

## 2 Talleres online sobre los Estudios de Caso



Los asistentes a los Talleres online I fueron los miembros de los RSWG, y a los Talleres online II los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes. Para ambas sesiones participaron, además, el OWG; los Expertos de Área; los miembros del Advisory Board y expertos internacionales involucrados / con amplio conocimiento de las reformas seleccionadas. Cada Taller online se dividió en 5 sesiones, una por cada área de análisis. Para dinamizar los Talleres online, se enviaron con anterioridad a todos los participantes los Estudios de Caso y un cuestionario para fomentar la reflexión.

Al inicio de los debates de cada área, los expertos internacionales expusieron los detalles de los Estudios de Caso y se dio espacio a los asistentes para que pudieran realizar preguntas. Tras las preguntas de los asistentes, la sesión se centró en un debate sobre la evaluación de la transferibilidad del Estudio de Caso. Este debate se estructuró en 4 partes. A continuación, se detalla la estructura y las herramientas utilizadas:

- **Aspectos de interés de la reforma:** aspectos concretos más relevantes que pueden ser interesantes transferir a la AP de España. Los participantes votaron aquellos aspectos concretos que consideraban más importantes tener en cuenta para su posible transferibilidad. Contaban con 3 votos y podían distribuirlos como estimaran oportuno.
- **Transferibilidad de los aspectos de interés priorizados.** Sobre los aspectos relevantes más votados, se realizó un debate en el que se valoró: (1) valor añadido del aspecto de la reforma; (2) la posible transferibilidad al sistema sanitario español (facilitadores y limitadores) y (3) alternativas. Tras cada debate se realizó una votación a través de Zoom del Impacto, en términos de beneficios que tendría dicho aspecto en la AP española, y el Esfuerzo respecto a los recursos que conllevaría implantar cada aspecto en España (ninguno, bajo, alto, muy alto).
- **Matriz Impacto – Esfuerzo.** El resultado de las votaciones se plasmó en una matriz "Quick-Wins". Se ponderaron los resultados y los valores se normalizaron en una escala del 0 al 10, siendo 0 el valor ninguno y 10 el valor más alto.
- **Conclusiones.** Tras el debate el miembro invitado del Advisory Board de cada Estudio de Caso fue el responsable de realizar un resumen de las principales conclusiones obtenidas durante la sesión.

Se muestran a continuación los principales aspectos de los Estudios de Caso destacados por los miembros de los RSWG y los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.

### Expertos Internacionales – Estudios de Caso discutidos en los Talleres online

Area	País	Nombre	Cargo
Planificación	Bélgica	Thomas Boeckx	Médico de Atención Primaria. Flanders Agency of Health and Care
Gestión y Organización	Finlandia	Merja Tepponen	Doctora en medicina y Directora de Desarrollo del Distrito de Atención Sanitaria y Social del Sur de Karelia (EKSOTE)
Recursos Humanos	Noruega	Jorunn Nygaard	Médico de familia por la Universidad de Bergen
Financiación	Escocia	Sarah Reed	Investigadora senior del Nuffield Trust
Infraestructura y Equipamiento	Portugal	Luis Pisco	Médico de familia. Presidente de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Tagus Valley

## 3.3 Resultados

### 3.3.1 Planificación

#### Reforma de la Atención Primaria en Flandes

La reforma de la AP en Flandes fue seleccionada por el interés en la **reorganización y planificación** de las áreas de salud, estableciendo niveles organizativos, reconfigurando y reordenando las zonas de AP. Además, se consideró especialmente relevante esta reforma por estar centrada en la atención a las personas.

Los miembros de los RSWG indicaron como aspectos más relevantes (1) la **coordinación socio-sanitaria con una gestión común** y (2) el respaldo a los avances de las TIC. Por su parte los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes indicaron como aspectos más relevantes (1) el refuerzo de la capacidad de la **autogestión en los usuarios** y (2) la **continuidad de la atención** a las personas con necesidades de cuidados complejos y/o de larga duración con la coordinación de los sectores sanitario y no sanitario y la participación de los cuidadores informales. Ambos grupos enfatizaron, además, la complejidad de establecer sistemas de información conjuntos para ambos ámbitos asistenciales y de compartir recursos entre dos ámbitos actualmente distantes.

En cuanto a las diferencias, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes centraron el debate en aspectos relacionados con la formación de los profesionales y pacientes y la continuidad en la atención, mientras que los miembros de los RSWG abordaron aspectos relacionados con la complejidad de implementar la atención integrada con nuevas TIC evitando crear inequidades.

### 3.3.2 Gestión y Organización

#### Integración de la atención sanitaria y social en el sur de Karelia, Finlandia

El Estudio de Caso de Karelia del Sur se seleccionó por su innovación implantando una **atención integral domiciliaria** a la población envejecida de esta región de Finlandia con el apoyo de la creación de un **sistema de información único** para el paciente.

En ambos Talleres online se consideraron (1) la **integración de la atención sanitaria y social** y (2) la **integración digital de los servicios informáticos** los dos aspectos más relevantes de la reforma. Ambos Grupos de Trabajo coincidieron en que el **abordaje único al paciente**, garantizando la equidad, supone un valor añadido para el Sistema Sanitario español. No obstante, la separación actual que existe entre los ámbitos asistenciales, con historias electrónicas diferenciadas, falta de interoperabilidad, legislación restrictiva, necesaria re-distribución de competencias y la brecha digital suponen limitadores importantes en el contexto español.

Algunos aspectos relevantes destacados por los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes no fueron aspectos prioritarios para los miembros de los RSWG, como dotar de mayor autonomía a los municipios, proporcionar dispensadores de medicamentos a las zonas rurales o establecer un reparto económico en función de las necesidades de los pacientes.

### 3.3.3 Recursos Humanos

Proyecto "Senja Doctor" de Noruega 

El proyecto "Senja Doctor" que se llevó a cabo en Noruega se seleccionó como Estudio de Caso dados los **resultados satisfactoriamente eficaces** para profesionales sanitarios, autoridades políticas y autoridades de la administración, logrando reducir la **rotación de profesionales** y reforzando el **sentimiento de pertenencia**.

En ambos Talleres *online* se abordaron aspectos similares, centrados principalmente en la necesidad de establecer incentivos específicos para los profesionales que prestan sus servicios en puestos/zonas de difícil cobertura: (1) homologación de las **horas de desplazamiento como horas de trabajo**; (2) **disminución de la asignación de pacientes por profesional**; (3) medidas de **conciliación** y (4) ofrecer mayores **oportunidades de investigación** para los profesionales que cubren estos puestos.

Los miembros de los RSWG también abordaron aspectos organizativos, como la incorporación de la figura de un "centro oficial" o "anfitrión"; su modelo de colaboración entre municipios o la red de profesionales de soporte.

En cuanto a la potencial transferibilidad de estos aspectos, mientras que los miembros de los RSWG reconocieron como facilitadores nuevamente aspectos organizativos y la composición y predisposición de los equipos de AP, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes, por su parte, identificaron como facilitadores los esfuerzos que ya se están llevando a cabo por parte de las CC.AA.

Por último, y en relación con los limitadores, ambos foros coincidieron en destacar dos aspectos: (1) la rigidez de las políticas de Recursos Humanos, que dificulta a las CC.AA. adaptarse ágilmente a las necesidades cambiantes; y (2) la carencia de profesionales sanitarios actual y especialmente futura.

### 3.3.4 Financiación

Integración de la atención sanitaria y  
la atención social en Escocia



La reforma de Escocia resulta especialmente relevante por la **asociación presupuestaria de los ámbitos social y sanitario** mediante la creación de autoridades integradas, formadas por autoridades locales y consejos de salud, las cuales gestionan un presupuesto único.

Ambos Grupos de Trabajo indicaron como aspectos relevantes: (1) la **integración de AP con servicios sociales**; (2) la **asociación presupuestaria**; (3) la **orientación a salud comunitaria**; y (4) la importancia de definir **indicadores válidos y fiables**. Sin embargo, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes destacaron como aspecto relevante la importancia de contar con equipos multidisciplinares, mientras que los miembros de los RSWG indicaron aspectos legales y estructurales.

Los miembros de los RSWG indicaron como aspecto facilitador para la implementación de esta medida la relación sociosanitaria existente a consecuencia de la pandemia y la necesidad de mantenerla. Por su parte, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes indicaron como limitadores la falta de terapias no farmacológicas, la necesidad de educación en prevención, la necesidad de cambiar el modelo de gobernanza y la falta de voluntad política para llevar a cabo una reforma dirigida hacia la integración.

### 3.3.5 Infraestructura y Equipamiento

#### Reforma de la Atención Primaria en Portugal



La reforma de la AP en Portugal se seleccionó por la informatización completa de los servicios de salud que se llevó a cabo, la cual permitió disponer de un sistema operativo universal que posibilita la **atención integrada** y el **seguimiento de los equipos en relación con la productividad, accesibilidad y calidad de la atención**.

Los aspectos más relevantes señalados por ambas audiencias fueron similares: (1) **modernización/renovación de la infraestructura y TIC**; (2) **seguimiento y evaluación de los equipos mediante indicadores**; e (3) **interoperabilidad** de los sistemas de información a nivel nacional. Aunque en ambos Talleres *online* se abordaron cuestiones similares relacionadas con los recursos humanos, como los incentivos y la motivación, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes centraron el debate en la evaluación de los profesionales, mientras que los miembros de los RSWG destacaron aspectos relacionados con la rigidez de la normativa actual.

En relación con otros aspectos debatidos, los miembros de los RSWG centraron el resto del debate en el seguimiento de los equipos mediante indicadores y, por su parte, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes abordaron en profundidad la interoperabilidad de la información a nivel nacional.



## 4. Recomendaciones y Plan Operativo para adaptar la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española

### 4.1 Objetivos

El objetivo de la Fase 4 es:

- Formular Recomendaciones sobre aspectos clave identificados en los entregables de "Análisis de la Situación Actual de la AP en España" y de "Estudios de Caso en reformas de AP" para establecer nuevos criterios y requisitos y mejorar la gestión de la AP en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los objetivos de la fase 5 son:

- Definir medidas concretas a desarrollar en el ámbito de AP para cumplir con las Recomendaciones establecidas, a través de la definición de un Plan Operativo, un mecanismo de seguimiento y evaluación de la implementación del mismo, y una guía para facilitar la ejecución de las Recomendaciones y del Plan Operativo.
- Fomentar la participación y el consenso de los RSWG, agentes implicados en el desarrollo del Plan Operativo.
- Permitir a las CC.AA. priorizar las acciones y apoyar en la estimación de los recursos necesarios.

### 4.2 Metodología

#### Formulación de las Recomendaciones / Plan Operativo preliminares:

- Elaboración por parte de los Expertos de Área y el equipo de proyecto de la propuesta preliminar de recomendaciones (Fase 4) y las acciones específicas para llevar a cabo las Recomendaciones e indicadores (Fase 5).
- Realización de sesiones de trabajo con los Expertos de Área para debatir las recomendaciones (Fase 4) y revisar/comentar las acciones preliminares e indicadores (Fase 5) así como sus contribuciones.
- Reformulación de las Recomendaciones preliminares / Plan Operativo por el equipo de trabajo del proyecto.
  - Algunas Recomendaciones se vieron modificadas por los siguientes motivos: i) algunas Recomendaciones se unificaron, dado que abordaban aspectos similares; ii) se descartaron Recomendaciones que no cumplían con los criterios definidos, así como aquellas que no estaban enmarcadas en el alcance del proyecto. Se incluyeron Recomendaciones adicionales sobre aspectos relevantes. El equipo del proyecto recopiló 68 propuestas de Recomendaciones por parte de los Expertos de Área, y tras las modificaciones en base a los motivos expuestos, la lista definitiva fue de 19 Recomendaciones.
  - Reformulación por parte del equipo de trabajo del proyecto de las acciones e indicadores para incorporar las contribuciones de los Expertos de Área.
- Presentación de las Recomendaciones /Plan Operativo preliminares a los RSWG.

2

### Cuestionarios de consenso a RSWG (Fases 4 y 5) y Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes (Fase 4)



Siguiendo la metodología Delphi, se enviaron dos cuestionarios consecutivos en cada fase. Las Recomendaciones y Plan Operativo de los segundos cuestionarios se reformularon teniendo en cuenta las respuestas obtenidas en el primero y se ordenaron en función de la priorización establecida.

3

### Sesión de trabajo con los RSWG



Se mantuvieron dos sesiones de trabajo con los RSWG, una en cada fase, en la que participaron también los Expertos de Área. Los objetivos de las sesiones fueron: 1) debatir las recomendaciones/acciones e indicadores en los que se había obtenido disenso en los cuestionarios (Fases 4 y 5); 2) debatir y valorar las matizaciones de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes a las Recomendaciones (Fase 4).

- Únicamente una recomendación no obtuvo consenso ni en el acuerdo ni en el desacuerdo.
- No obtuvieron consenso ni en el acuerdo ni en el desacuerdo 2 acciones del Plan Operativo.

4

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



Las Recomendaciones (Fase 4) y el Plan Operativo (Fase 5) se enviaron a los órganos directivos del Ministerio de Sanidad con competencias en el ámbito de AP para su valoración, con el objetivo de que todos los proyectos actualmente en desarrollo en el Ministerio de Sanidad relativos al ámbito de APyC estén alineados.

Todas las Recomendaciones y acciones del Plan Operativo se mantuvieron, reformulándose en algunos casos algunos contenidos en función de las matizaciones realizadas.

5

### Desarrollo de una Guía con un resumen de los fondos disponibles y un Checklist de autoevaluación para facilitar a las CC.AA. la implementación de las Recomendaciones y del Plan Operativo.



Realización de dos sesiones de trabajo con los RSWG para presentarles y formarles en el uso de la Guía y del Checklist.

## 4.3 Resultados

Se muestran a continuación las acciones específicas para cada Recomendación:

Recomendaciones	Acciones
<b>Transversal a las 5 áreas</b>	
<p>1 Potenciar / impulsar la innovación y la orientación estratégica para analizar, evaluar y proponer mejoras en el modelo de Atención Primaria y Comunitaria (APyC) a través de la Oficina Ejecutiva del Marco Estratégico de APyC.</p>	<p><b>A 1.1</b> Desarrollar el procedimiento para la identificación y selección de prácticas innovadoras en APyC en el SNS.</p> <p><b>A 1.2</b> Crear un Plan de Comunicación de las acciones llevadas a cabo por la Oficina Ejecutiva del Marco Estratégico de APyC en relación con la identificación de prácticas innovadoras.</p> <p><b>A 1.3</b> Impulsar el desarrollo de prácticas innovadoras (a nivel autonómico y/o a nivel de Área de Salud).</p>
<b>1. Planificación</b>	
<p>2 Potenciar la planificación territorial con la evidencia de los datos.</p>	<p><b>A 2.1</b> Identificar las variables implicadas en la planificación territorial, así como las fuentes de información diversas de la realidad de cada CC.AA. y definir el modelo de evaluación y actualización para su mejora continua.</p>
<p>3 Sistematizar el proceso de actualización de la ordenación sanitaria adaptándola a la variabilidad territorial y poblacional, así como a los cambios que se deriven de circunstancias excepcionales (tales como emergencias sanitarias).</p>	<p><b>A 3.1</b> Definir el proceso de seguimiento y actualización del mapa sanitario basado en la evidencia de los datos, así como los mecanismos de evaluación y mejora de este.</p>
<p>4 Definir los criterios para designar las zonas/puestos de difícil cobertura.</p>	<p><b>A 4.1</b> Identificar, en cada CC.AA., zonas/puestos de difícil cobertura de acuerdo con los criterios mínimos definidos en la Comisión de RRHH del SNS y determinar si es necesario añadir criterios complementarios para adaptarlos a la realidad regional que permitan incluir zonas/puestos que no estén delimitados por esos criterios mínimos.</p> <p><b>A 4.2</b> Llevar a cabo los cambios normativos necesarios para adaptar la planificación territorial a los nuevos mapas que incluyen las zonas/puestos de difícil cobertura.</p> <p><b>A 4.3</b> Desarrollar un modelo de planificación territorial específico para dar respuesta a las necesidades de las zonas rurales más despobladas ("España vaciada").</p>

Recomendaciones	Acciones
<b>2. Gestión y Organización</b>	
<p>5</p> <p>Definir un modelo de co-gobernanza sanitaria y social a nivel de SNS que incluya planes de atención sociosanitarios a nivel autonómico, con una visión holística y abordaje comunitario.</p>	<p><b>A 5.1</b> Definir: 1) los perfiles de personas que requieren atención sanitaria y social integrada; 2) los ejes de actuación, los procesos sociosanitarios y las intervenciones; y 3) los recursos necesarios para proporcionar una atención sanitaria y social integrada e identificar los recursos disponibles.</p> <p><b>A 5.2</b> Identificar los agentes implicados, los objetivos y los mecanismos de coordinación del modelo de co-gobernanza que coordine e integre las prestaciones, servicios y recursos de los sistemas de salud y servicios sociales.</p> <p><b>A 5.3</b> Detallar una hoja de ruta para la implementación del modelo de co-gobernanza, que permita cierta flexibilidad de adaptación al modelo organizativo de cada CC.AA.</p> <p><b>A 5.4</b> Definir a nivel nacional un conjunto Mínimo de Datos (CMD) para la gestión de casos conjunta desde el ámbito social y sanitario.</p>
<p>6</p> <p>Potenciar la colaboración entre los Equipos de Atención Primaria y Comunitaria, servicios sociales y agentes locales para poner en marcha programas de salud comunitaria.</p>	<p><b>A 6.1</b> Identificar y promocionar las acciones y procesos comunitarios ya existentes realizadas por los profesionales sanitarios, sociales y otros agentes comunitarios que trabajan en el territorio.</p> <p><b>A 6.2</b> Identificar los agentes comunitarios implicados a nivel de Zona Básica de Salud y los canales de comunicación existentes.</p> <p><b>A 6.3</b> Establecer canales de comunicación y protocolos de actuación conjunta entre los agentes de interés implicados en la atención comunitaria.</p> <p><b>A 6.4</b> Realizar el seguimiento y la evaluación de la estrategia de salud comunitaria.</p> <p><b>A 6.5</b> Definir la metodología para integrar en un proceso de participación a las Sociedades Profesionales y asociaciones de la comunidad para que puedan participar en todas las fases de desarrollo de la estrategia de salud comunitaria.</p>
<p>7</p> <p>Integrar la participación comunitaria en los órganos decisorios de políticas sanitarias.</p>	<p><b>A 7.1</b> Identificar los mecanismos de participación y los canales de comunicación existentes entre los órganos decisorios y los agentes involucrados en la participación comunitaria y, en su defecto, crear los canales adecuados.</p> <p><b>A 7.2</b> Establecer un marco normativo específico a nivel regional para integrar la participación comunitaria en la toma de decisiones de políticas sanitarias.</p>
<p>8</p> <p>Revisar y, si necesario, actualizar el contenido y la metodología de los planes de gestión anuales, que desarrollen las competencias de gestión clínica de los profesionales y la autonomía en la gestión de los recursos.</p>	<p><b>A 8.1</b> Definir y consensuar, a nivel regional, un modelo de evaluación común para los planes de gestión anuales.</p> <p><b>A 8.2</b> Actualizar los planes de gestión anuales en base a la metodología previamente definida.</p>

Recomendaciones	Acciones
<b>3. Recursos Humanos</b>	
<p>9 Desarrollar estrategias de planificación y ordenación profesional que respondan a las necesidades y demandas de cada Zona Básica de Salud.</p>	<p><b>A 9.1</b> Implementar el modelo para el cálculo de las necesidades de Recursos Humanos en Atención Primaria definido en el marco del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023.</p>
<p>10 Establecer una estrategia a nivel autonómico y nacional de Recursos Humanos para garantizar la prestación de servicios en las zonas/puestos de difícil cobertura.</p>	<p><b>A 10.1</b> Desarrollar una estrategia consensuada para la cobertura de zonas/puestos de difícil cobertura e implementarla y evaluarla a nivel regional.</p>
<p>11 Identificar las competencias y roles entre los distintos profesionales y categorías de la Atención Primaria.</p>	<p><b>A 11.1</b> Adecuar la realidad regional al mapa de competencias desarrollado en la CRHSNS. <b>A 11.2</b> Desarrollar un modelo de gestión por competencias que incluya profesionales sanitarios y no sanitarios, en base al mapa establecido, y su mecanismo de evaluación continua.</p>
<p>12 Crear (o reforzar) los planes de captación y retención de personal de Atención Primaria.</p>	<p><b>A 12.1</b> Consensuar e incluir medidas adicionales a las definidas en el Plan de Acción de APyC para la captación y retención de profesionales en los planes de Recursos Humanos. <b>A 12.2</b> Dar continuidad a las acciones previstas en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 en relación con los planes de retención. <b>A 12.3</b> Dar continuidad a las acciones previstas en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 en relación con los planes de captación.</p>
<p>13 Reformular el desarrollo y la carrera profesional para adaptarlo a las necesidades actuales.</p>	<p><b>A 13.1</b> Definir un modelo de carrera profesional común a todo el SNS. <b>A 13.2</b> Adaptar el marco común del SNS de carreras profesionales y su desarrollo a la realidad de cada CC.AA.</p>
<b>4. Financiación</b>	
<p>14 Reforzar el peso relativo del gasto público en Atención Primaria sobre el gasto sanitario público.</p>	<p><b>A 14.1</b> Consensuar en el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) un criterio de mínimos para condicionar una parte del crecimiento nominal del gasto total de sanidad al crecimiento en el presupuesto de Atención Primaria. <b>A 14.2</b> Alinear la presupuestación en APyC a todas las estrategias de planificación, gestión y organización, recursos humanos e infraestructura y equipamiento. <b>A 14.3</b> Incluir la realización de análisis de los contratos de gestión para asignación eficiente de los recursos disponibles. <b>A 14.4</b> Fomentar la adopción de intervenciones sanitarias eficientes en Atención Primaria</p>

Recomendaciones	Acciones
<b>5. Infraestructura y equipamiento</b>	
<p>15</p> <p>Compartir información entre los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria y Hospitalaria) y entre las diferentes CC.AA. para garantizar la portabilidad de la información clínica de las personas para la atención sanitaria fuera de su territorio.</p>	<p><b>A 15.1</b> Ampliar y mejorar los servicios de integración e interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas.</p> <p><b>A 15.2</b> Avanzar en la integración de los datos esenciales y ampliación de éstos si se precisa, en el conjunto del SNS, adoptando preferentemente modelos de datos clínicos con estándares abierto.</p> <p><b>A 15.3</b> Extender a todo el territorio nacional la participación en la comunicación de informes EUPS (Resumen de Paciente de la Unión Europea) con los Estados Miembros UE.</p>
<p>16</p> <p>Diseñar, adaptar y poner en marcha plataformas tecnológicas suministradas y administradas por los recursos de Atención Primaria y comunitaria, para la atención sociosanitaria a pacientes crónicos y personas en situación de dependencia.</p>	<p><b>A 16.1</b> Identificar las herramientas y plataformas tecnológicas necesarias para apoyar la atención, incluida la no presencial, contemplada en la cartera común de servicios de AP a pacientes crónicos y personas en situación de dependencia, en coordinación con los servicios sociales.</p> <p><b>A 16.2</b> Desarrollar hojas de ruta para complementar la atención sociosanitaria a pacientes crónicos incluyendo el desarrollo, adaptación y/o adquisición de herramientas tecnológicas digitales.</p>
<p>17</p> <p>Potenciar la transformación digital en el medio rural para fortalecer la cobertura asistencial de zonas/puestos de difícil cobertura.</p>	<p><b>A 17.1</b> Desarrollar, adaptar y/o implantar soluciones digitales que agilicen y optimicen la atención, abordando las inequidades debidas a deficiencias de acceso y a la brecha digital.</p> <p><b>A 17.2</b> Extender las modalidades de interconsulta no presencial (AP-AH) con imagen asociada y acceso a pruebas complementarias adecuadas e indicadas.</p>
<p>18</p> <p>Evaluar y revisar, en su caso, las nuevas fórmulas y modalidades de atención no presencial.</p>	<p><b>A 18.1</b> Priorizar la evaluación de las modalidades de atención no presencial por parte del Ministerio de Sanidad y las CC.AA.</p> <p><b>A 18.2</b> Evaluar a nivel regional la necesidad de complementar las prestaciones contempladas en la Cartera Común de AP actualizada en relación a las modalidades de atención no presencial.</p>
<p>19</p> <p>Priorizar la revisión y adecuación de la infraestructura disponible (centros de salud, consultorios).</p>	<p><b>A 19.1</b> Establecer planes autonómicos de inversiones con financiación específica, para la renovación de la infraestructura y equipamiento propio de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.</p> <p><b>A 19.2</b> Sistematizar los procesos de mantenimiento de los centros de Atención Primaria.</p>

## 5. Conclusiones y próximos pasos

En base a la información analizada en este proyecto se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Es necesario incorporar criterios más dinámicos para la definición de las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud. Es necesario tener en consideración la dispersión de la población, las zonas/puestos de difícil cobertura y dar mayor importancia a los determinantes sociales y a las desigualdades.
- En relación a los modelos organizativos, es preciso seguir trabajando en mejorar la coordinación con el ámbito social y dar continuidad al desarrollo de planes e iniciativas que se han visto impulsadas por la pandemia causada por la COVID-19.
- Existe el consenso entre las CC.AA., Sociedades Profesionales, Asociaciones de Pacientes y Expertos en que es necesario dotar a la AP de un mayor número de profesionales. Consecuentemente, se deben seguir desarrollando planes e iniciativas centradas en mejorar las condiciones de los contratos e incentivar a los profesionales.
- Existe un acuerdo generalizado por parte de los profesionales con competencias de gestión en AP, Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes con que la asignación de los presupuestos de AP no es suficiente para ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad, igualdad y sostenibilidad.
- Los recursos en infraestructura y equipamiento que serán necesario en los próximos 2 a 5 años son: la creación y/o adaptación de los espacios físicos; la inversión en Recursos TIC para los centros; la adquisición y/o renovación de equipamiento médico y la inversión en recursos TIC para el sistema de salud.

Se espera que el Plan Operativo ayude a las comunidades autónomas en la implementación de las Recomendaciones definidas para adaptar la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española. Está previsto que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas colaboren para garantizar la implementación y ejecución del Plan Operativo.

En esta línea, el Ministerio de Sanidad llevará a cabo las siguientes acciones:

- En base a los resultados obtenidos de la evaluación del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, se identificarán con las CC.AA. aquellas acciones ya ejecutadas a las que dar continuidad a través del Plan Operativo y aquellas que necesitan ponerse en marcha e impulsarse porque no se hayan ejecutado todavía.
- Priorización, en base a un proceso de consenso con las CC.AA., de las acciones a desarrollar a medio plazo recogidas en el Plan Operativo, en función de criterios consensuados.
- Desarrollo de un manual de seguimiento y evaluación de la implementación de las Recomendaciones que incluya el desarrollo de los indicadores propuestos en el Plan Operativo
- Reconocimiento de las estrategias de mejora en el ámbito de la AP relativas a modelos de gobernanza, planificación y gestión que se están desarrollando en el SNS y promoción de la identificación, intercambio y difusión de esas buenas prácticas
- Publicación de los informes finales y resúmenes ejecutivos del Proyecto en la web del Ministerio y otros medios propios del Ministerio
- Compartición de los resultados del proyecto con OMS Europa como fuente de información y complemento a los Case Study que está realizando sobre la Atención Primaria en España.
- Difusión de los resultados del proyecto entre los comités institucionales del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria y de la Estrategia para el Abordaje de la de Cronicidad, con la finalidad de buscar sinergias.



# Anexos



## Anexo I: Fichas de Estudios de Caso

### Fuentes de información

A continuación se muestran las variables incluidas en las fichas de los Estudios de Caso y las fuentes de datos con hipervínculo a la fuente original.

#### Características de la población y situación de salud

Variable	Año	Fuente
<b>Tamaño poblacional</b> (nº de habitantes)	2021	<a href="#">The World Bank</a>
<b>Porcentaje de población de 65 años y más (%)</b>	2021	<a href="#">The World Bank</a>
<b>Esperanza de vida al nacer</b> (años)	2019	<a href="#">Global Health Observatory, WHO</a>
<b>Años de vida en buena salud a los 60 años</b> (años)	2019	<a href="#">Global Health Observatory, WHO</a>
<b>Mortalidad general</b> (nº muertes/100.000 habitantes)	2019	<a href="#">World Population Review</a>
<b>Estado de salud auto percibida</b> (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	2021	<a href="#">Eurostat</a>
<b>Consumo de tabaco</b> (fumadores diarios, porcentaje en población de 15 y más años)	2019	<a href="#">Global Health Observatory, WHO</a>
<b>Consumo de alcohol</b> (litros per cápita en población de 15 y más años)	2019	<a href="#">Global Health Observatory, WHO</a>
<b>Obesidad</b> (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m <sup>2</sup> )	2016	<a href="#">Global Health Observatory, WHO</a>

#### Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

Variable	Año	Fuente
<b>Modo de provisión de servicios sanitarios:</b> público o privado	2023	<a href="#">World Population Review</a>
<b>Modelo organizativo de la Atención Primaria:</b> (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	2019	<a href="#">Health care systems in the European Union countries, Spanish Ministry of Health</a>
<b>Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas:</b> si/no (excepciones)	2019	<a href="#">Health care systems in the European Union countries, Spanish Ministry of Health</a>
<b>Copago por utilización de la AP:</b> por asistencia o por algún procedimiento	2019	<a href="#">Health care systems in the European Union countries, Spanish Ministry of Health</a>
<b>Gasto sanitario en función del PIB (%)</b>	2020	<a href="#">Global Health Observatory, WHO</a>

# 1. Reforma de la Atención Primaria en Flandes – Bélgica

Área de Análisis	Planificación
Estudio de Caso	Reforma de la Atención Primaria en Flandes
País y región	Bélgica, Flandes



## Características generales

### Características de la población y situación de salud

	España	Bélgica
<b>Tamaño poblacional</b> (nº de habitantes)	47,415,750	11,592,950
<b>Porcentaje de población de 65 años y más (%)</b>	20	19
<b>Esperanza de vida al nacer</b> (años)	83.2	81.4
<b>Años de vida en buena salud a los 60 años</b> (años)	19.2	18.17
<b>Mortalidad general</b> (nº muertes/100.000 habitantes)	950	980
<b>Estado de salud auto percibida</b> (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	76.4
<b>Consumo de tabaco</b> (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	23.4
<b>Consumo de alcohol</b> (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	10.8
<b>Obesidad</b> (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m2)	23.8	22.1

### Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Bélgica
<b>Modo de provisión de servicios sanitarios:</b> público o privado	<i>Público</i>	<i>Privado</i>
<b>Modelo organizativo de la Atención Primaria:</b> (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>	<i>Práctica individual</i>
<b>Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas:</b> sí/no (excepciones)	<i>Sí</i>	<i>No</i>
<b>Copago por utilización de la AP:</b> por asistencia o por algún procedimiento	<i>No</i>	<i>No</i>
<b>Gasto sanitario en función del PIB (%)</b>	10.71	11.06

## Descripción del Estudio de Caso

### Antecedentes y justificación

Como región de Bélgica, Flandes ha sido durante años uno de los sistemas sanitarios más sólidos de Europa. Además, es miembro de la Red de Regiones por la Salud (RHN), que opera en la OMS a nivel europeo. En 2014 y en el marco de la "Sexta Reforma de Estado de Bélgica", se realizó una reasignación de funciones desde el nivel federal/central a Flandes, pero también al resto de regiones. Esta medida buscaba crear servicios de Atención Primaria (AP) que ofrecieran una atención integrada de alta calidad a todas las personas que lo necesiten, en los casos que apliquen, y a los cuidadores informales.

Los motivos que impulsan a Flandes a reformar la atención Primaria son similares a los que pueden impulsar a España:

- Cambios demográficos y epidemiológicos.
- Evolución tecnológica.
- Nuevas tecnologías de la información y comunicación que permiten cambios en patrones de asistencia, soporte al cuidado a domicilio, ayudar en el proceso de toma las decisiones y la calidad asistencial.
- Mayor preocupación sobre la brecha entre el sector sociosanitario y el sistema de salud y lo que podría ayudar a disminuir la brecha.

Ante estos retos, la región de Flandes inició una reforma de la Atención Primaria basada en las medidas y objetivos que se enumeran a continuación.

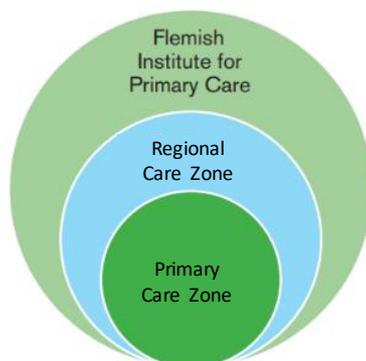
### Descripción de la medida llevada a cabo

Objetivos generales:

- Reforzar y simplificar la Atención Primaria.
- Establecer una base sólida de atención integrada, mediante la creación de mecanismos que apoyen en la integración asistencial entre Atención Primaria y Servicios Sociales a lo largo del tiempo.
- Reforzar las iniciativas de bienestar, la atención social y la atención sanitaria
- Abordar los puntos débiles del sistema flamenco de Atención Primaria
- Reconfiguración y reordenación de las zonas de Atención Primaria con el objetivo de favorecer la coordinación y mejorar la planificación en su conjunto.

En este último punto, se han desarrollado 3 niveles: Zona de Atención Primaria, Zona Regional de Atención y el Instituto Flamenco para la Atención Primaria.

### **La nueva estructura de apoyo en el sistema sanitario flamenco**



De abajo a arriba:

### 1. Zonas de atención primaria (PCZ)

Las zonas de atención primaria (PCZ – Primary Care Zones) son nuevas estructuras que asentarán la base para una atención y servicios integrados efectivos en cada localidad. El objetivo era que **los límites de cada uno se acordaran localmente**, y cada uno de ellos sirviera a una comunidad de **75 000 a 125 000 habitantes**. En 2019, se acordaron las 60 zonas: 59 en Flandes y una en Bruselas.

Sus principales responsabilidades como zona son las de apoyar la colaboración multidisciplinaria e intersectorial a nivel de la práctica, con adquisición de más roles a medida que maduren.

A mediados de 2020, sus funciones son las de:

- Alinear la organización y la prestación de atención y apoyo de alta calidad;
- Apoyar la política social local;
- Apoyar asociaciones de profesiones específicas;
- Apoyar a los profesionales de atención primaria y la organización de la colaboración multi e interdisciplinaria;
- Cooperar en los objetivos sanitarios flamencos relativos a la prevención y proponer sus propios objetivos.

Con el tiempo, se espera que asuman muchas otras tareas, como abordar los cuellos de botella, **desarrollar la planificación** y respaldar los avances de las TIC. Uno de los roles será crear un **enfoque integrado de equidad**. Las PCZ proporcionarán una capacidad hasta ahora subdesarrollada en el sistema flamenco: un enfoque local en el desarrollo de servicios y la resolución de problemas. Evaluarán las necesidades concretas de su población e identificarán qué respuesta es necesaria.

Cada PCZ estará dirigida por un consejo de atención que incluye cuatro grupos de representantes, de las autoridades locales, el sector de la salud, el sector del bienestar y las personas con necesidades de atención y apoyo, cada uno de los cuales estará representado por igual, con un máximo de 24 miembros.

Las PCZ incorporarán gradualmente personal de otras estructuras previamente creadas para ayudar a apoyar la coordinación y el desarrollo local: colaboraciones de atención primaria, servicios integrados de atención domiciliaria y redes locales multidisciplinarias para condiciones crónicas. La financiación de estos grupos cesará a partir de julio de 2020 y los recursos económicos irán directamente a las PCZ.

La existencia de PCZ no limitará la libertad de elección de los pacientes: seguirán pudiendo elegir libremente los servicios profesionales dentro o fuera de la PCZ en la que residen.

### Zonas de atención primaria (coloreadas) y zonas de atención regional (numeradas)



## 2.2. Zonas Regionales de Atención (RCZ)

Las PCZ se agrupan en zonas regionales de atención (RCZ - Regional Care Zones), y a su vez estas son regidas por una plataforma regional de atención (RCP - Regional Care Platform). Se espera que las **RCZ cubran una población de 350 000 a 400 000 habitantes**.

Las funciones de la RCP son:

- Crear un conjunto coordinado de servicios a un nivel más amplio de población (donde la población PCZ es demasiado pequeña) para asuntos tales como cuidados paliativos, demencia, salud mental y prevención; el personal y los presupuestos existentes serán absorbidos por la nueva estructura;
- Trabajar para fortalecer las conexiones entre los hospitales, la atención especializada y la AP para garantizar la continuidad de la atención y el desarrollo de un plan regional de atención estratégica.

**Dado que los hospitales atienden a una población mayor que la PCZ promedio, se pretende que, cuando sea posible, las RCZ coincidan con las áreas de la red hospitalaria en desarrollo.**

La implementación de la reforma de la AP coincidió con una reforma del sector hospitalario en Bélgica. Los hospitales en Bélgica están financiados por el gobierno federal (excepto en relación con la infraestructura). Las últimas décadas han visto fusiones de hospitales en Flandes. Una nueva política ahora requiere que los hospitales se unan a una red de hospitales para aumentar la eficiencia en el sector. El objetivo es que los hospitales trabajen en estrecha colaboración y se complementen entre sí. Todos los hospitales deben ofrecer atención médica básica, y solo algunos hospitales ofrecen atención especializada. La red coordina la organización, de modo que los pacientes que necesitan atención especializada sean derivados al hospital adecuado. El objetivo es tener un máximo de 14 redes.

La reforma tiene como uno de sus objetivos principales la transición de la AP hacia una **atención integral e integrada centrada en las personas**:

- Garantizar una capacidad de AP adecuada y la continuidad de la atención mediante la coordinación de la atención a las personas con necesidades de cuidados complejos y/o de larga duración, con la participación de los sectores sanitario y no sanitario y la participación de los cuidadores informales como actores clave de la atención.
- Destacar la importancia de la salud en todas las políticas para lograr la salud y el bienestar, centrándose en el gradiente social de la salud y en los grupos vulnerables para promover un cambio de mentalidad hacia una atención integrada, centrada en las personas y multidisciplinar, y dotar al personal sanitario de los conocimientos y competencias necesarios, mediante la formación, para situar la AP en el centro.
- Desarrollar las tecnologías de la información y comunicación para reforzar la digitalización como un importante catalizador del cambio y un recurso para mejorar la colaboración en la atención primaria.
- Centrarse en los ciudadanos, a través de un mapa social, para orientar mejor las intervenciones, y estructurar el proceso de desarrollo de políticas y servicios para que participen (incluidos los pacientes).

Una de las principales características / actividades de la reforma es **poner a la persona en el centro** y centrar la atención en ellas:

El objetivo es **proteger y mejorar la autonomía personal del paciente**. Para reforzar la capacidad del individuo de ejercer la **autogestión**, las reformas desarrolladas pretenden mejorar la alfabetización asistencial mediante la mejora de las fuentes de información, conocimientos y habilidades pertinentes. También es importante contar con información sobre la percepción del paciente sobre la enfermedad y los cuidados.

Además, para conseguir lo anterior Flandes está realizando lo siguiente:

- Estudiar la opción de incluir competencias en materia de salud y bienestar en los planes de estudio escolares
- Desarrollar una herramienta para ayudar a los pacientes con problemas de larga duración a formular sus objetivos vitales y asistenciales.

Para conseguir este objetivo es fundamental prestar atención a los cuidadores informales. En Flandes se considera que los cuidados informales son los prestados de forma voluntaria por personas con un vínculo social o familiar con la persona que necesita cuidados. Estas personas pueden enfrentarse a sus propias dificultades, y la reforma de Flandes propone reconocer a los cuidadores informales como actores en el proceso de cuidado que también pueden necesitar apoyo profesional. Se está aplicando un plan para apoyar a este grupo, abordando la cuestión del reconocimiento social, las relaciones con los profesionales y la posición especial de los cuidadores jóvenes.

### Resultados e impacto

La reforma está en curso actualmente, pero se espera que finalice en 2025. Considera la digitalización como un catalizador importante del cambio y una ayuda para una mejor colaboración.

La ejecución de la reforma se basa en 6 componentes principales: 1) poner a la persona en el centro; 2) integrar todos los aspectos de la reforma; 3) Continuar con la digitalización del proceso asistencial; 4) dar mayor apoyo a los proveedores de cuidados locales mediante la innovación estructural; 5) integrar los servicios sanitarios y sociales y 6) alinear con otras fuentes.

### Justificación de selección del Estudio de Caso

Reorganización y planificación de las áreas de salud. Más allá de los nuevos criterios seguidos para la delimitación de las nuevas zonas, se considera de gran interés las funciones asignadas a cada nivel organizativo. Además, se considera especialmente relevante por estar centrada en todas sus aristas en la atención a las personas.

### Referencias bibliográficas

[WHO \(2019\). \*Creating 21st century Primary Care in Flanders and beyond\*.](#)

[Solveig Wallyn, Danielle Massant \(2017\). \*Reorganise Primary Care in Flanders Region: change management and process 2010-2017\*](#)

[T. Cartier, L. Ryssaert, and Y. Bourqueil \(2015\). \*Building Primary Care in a changing Europe: Case studies\*](#)

[WHO \(2020\). \*Case study: Flanders' Primary Care Reform towards people-centred, integrated care\*](#)

## 2. Integración de la atención sanitaria y social en el sur de Karelia, Finlandia

Área de Análisis	Gestión y Organización	
Estudio de Caso	Integración de la atención sanitaria y social en el sur de Karelia, Finlandia	
País y región	South Karelia, Finland	
Características generales		

### Características de la población y situación de salud

	España	Finlandia
<b>Tamaño poblacional</b> (nº de habitantes)	47,415,750	5,541,020
<b>Porcentaje de población de 65 años y más</b> (%)	20	23
<b>Esperanza de vida al nacer</b> (años)	83.2	81.6
<b>Años de vida en buena salud a los 60 años</b> (años)	19.2	18.46
<b>Mortalidad general</b> (nº muertes/100.000 habitantes)	950	1.010
<b>Estado de salud auto percibida</b> (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	70.1
<b>Consumo de tabaco</b> (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	21.6
<b>Consumo de alcohol</b> (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	10.7
<b>Obesidad</b> (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m2)	23.8	22.2

### Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Finlandia
<b>Modo de provisión de servicios sanitarios:</b> público o privado	Público	Público
<b>Modelo organizativo de la Atención Primaria:</b> (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	Grupo de doctores y otros profesionales	Grupo de doctores y otros profesionales
<b>Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas:</b> si/no (excepciones)	Sí	Sí
<b>Copago por utilización de la AP:</b> por asistencia o por algún procedimiento	No	Sí
<b>Gasto sanitario en función del PIB</b> (%)	9.13	9.61

## Descripción del Estudio de Caso

### Antecedentes y justificación

En Finlandia la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria se gestionan de manera independiente. Existen dos modelos de gestión de la Atención Primaria. Por un lado, los centros de Atención Primaria, y por otro lado centros de atención sanitaria y social, en función de la municipalidad. La Atención Hospitalaria se provee a los ciudadanos a través de 21 distritos de Atención Hospitalaria mantenidos por 360 municipalidades. Uno de estos distritos ha cambiado su modelo y ha integrado toda la atención sanitaria y social en un único ámbito de gestión.

### Descripción de la medida llevada a cabo

En 2010, se implementó un nuevo modelo que integra la atención social y sanitaria en esta región, el Distrito de Servicios Sociales y sanitario de Karelia del Sur (por sus siglas en finés, Eksote). Sus objetivos son:

- Integración ente Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Servicios Sociales.
- Mejorar el equilibrio entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.
- Mejorar la coordinación financiera, estratégica y de inversiones.
- Uso y reclutamiento común del personal y compartir recursos entre los distintos niveles asistenciales.
- Reforzar el poder directivo de los municipios.
- Además, a futuro, el valor añadido proviene de los datos, que se pueden analizar y utilizar, así como la inteligencia artificial, robótica, etc.
- Crear servicios fuera de los hospitales y trabajos autónomos

Para ello, se han apoyado en los servicios digitales, creando un sistema de información único para el paciente, con una base de conocimientos compartida y servicios online como las tele-consultas,

Los equipos en los centros son multidisciplinares, con profesionales de medicina, enfermería, trabajadores sociales y en cooperación con los diferentes proveedores de asistencia social y sanitaria.

### Resultados e impacto

Las principales implementaciones son:

- Rehabilitación domiciliaria. Ha supuesto un cambio estratégico importante de modelos basados en los centros a modelos basados en los domicilios, que han permitido una atención personalizada a pacientes y menor estancia en hospitales. Comparado con el modelo tradicional, el coste ha bajado un 33%.
- Atención de urgencias mediante unidades móviles. Puede realizar pruebas, evaluar al paciente, y si es necesario, contactar con el médico. Esto ha permitido descongestión de las ambulancias, de las urgencias y, por lo tanto, una disminución del gasto de un 30% desde su implementación en 2014 (3M€).
- Unidades móviles para pacientes en áreas rurales, así como la implantación de 50 dispensadores inteligentes de medicinas en los domicilios de pacientes. Esto ha permitido una mejor atención a los pacientes y un seguimiento más inmediato.

## Justificación de selección del Estudio de Caso

Similitudes del sistema sanitario finlandés (cobertura universal, sistema sanitario Beveridgiano) con el español. El modelo se implantó en 2010, por lo que su impacto es evaluable y está consolidado. Se trata de un modelo innovador que fomenta la accesibilidad y equidad del sistema sanitario a los ciudadanos y los resultados demuestran que su sostenibilidad y eficiencia es mejor en comparación con el modelo anterior.

## Referencias bibliográficas

[Korpela J. et. al. \(2012\)](#). Collaboration process for integrated social and health care strategy implementation. *Int J Integr Care.*;12: e42.

[Tepponen M. \(2020\)](#). Eksote - Integration of the Social and Health Care. South Karelia Social and Health Care District, Finland

### 3. Proyecto 'Senja Doctor', Noruega

Área de Análisis	Recursos Humanos
Estudio de Caso	Proyecto "Senja Doctor", Noruega
País y región	Senja, Norway



#### Características generales

#### Características de la población y situación de salud

	España	Noruega
<b>Tamaño poblacional</b> (nº de habitantes)	47,415,750	5,408,320
<b>Porcentaje de población de 65 años y más</b> (%)	20	18
<b>Esperanza de vida al nacer</b> (años)	83.2	82.6
<b>Años de vida en buena salud a los 60 años</b> (años)	19.2	18.46
<b>Mortalidad general</b> (nº muertes/100.000 habitantes)	950	790
<b>Estado de salud auto percibida</b> (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	74.7 <sup>1</sup>
<b>Consumo de tabaco</b> (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	16.2
<b>Consumo de alcohol</b> (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	7.1
<b>Obesidad</b> (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m <sup>2</sup> )	23.8	23.1

#### Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Noruega
<b>Modo de provisión de servicios sanitarios:</b> público o privado	<i>Público</i>	<i>ND</i>
<b>Modelo organizativo de la Atención Primaria:</b> (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>	<i>ND</i>
<b>Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas:</b> si/no (excepciones)	<i>Sí</i>	<i>ND</i>
<b>Copago por utilización de la AP:</b> por asistencia o por algún procedimiento	<i>No</i>	<i>ND</i>
<b>Gasto sanitario en función del PIB</b> (%)	9.13	11.42

## Descripción del Estudio de Caso

### Antecedentes y justificación

A lo largo de las últimas décadas, se ha agravado el problema para reclutar y retener médicos de familia en la región de Senja (segunda isla más grande de Noruega). Este problema se da por sus características geográficas y sociodemográficas y las causas fundamentales son: clima frío; escasez de puestos de trabajo más allá de la pesca; trabajos municipales; lejanía de los hospitales (3-4 horas en coche); alta carga de trabajo y largas horas de guardia para los médicos de familia; aislamiento profesional; alta temporalidad laboral de médicos (contratos de corta duración); dificultades para encontrar trabajo para cónyuges de médicos de familia; y finalmente un territorio despoblado con población envejecida.

### Descripción de la medida llevada a cabo

El proyecto "Senja Doctor" arrancó en 2007 y consistió en el desarrollo de un modelo de colaboración entre los servicios de AP de los cuatro municipios de Senja (isla de Noruega), es decir, estableciendo un servicio de AP intermunicipal. De esta forma, se asignó el municipio de Lenvik como responsable de la operación diaria de los servicios ("centro anfitrión"). Además, se creó un nuevo centro de AP cerca de Finnsnes con un equipo de 4 médicos de familia, 2 residentes, personal de enfermería y personal administrativo. Se desarrollaron nuevos turnos de trabajo donde los médicos y el personal son los responsables de atender la oficina principal 5 días a la semana, y las oficinas médicas locales y visitas médicas a los hogares remotos de la población envejecida 2 días a la semana. Finalmente, se estableció una nueva unidad de emergencia cubriendo 18.000 habitantes en su área de influencia (4 + 2 municipios).

Como factores positivos para el reclutamiento y retención del personal, se reforzaron los siguientes aspectos: creación de una mejora de las redes profesionales en el territorio; imputación de las horas de conducción en coche a las áreas remotas como horas de trabajo; disminución de la carga de trabajo mediante la menor asignación de pacientes a cada médico de familia; reducción de incertidumbre salarial mediante el establecimiento de salario fijos; disminución de la carga de trabajo fuera de horario para mejorar la conciliación familiar (de dos veces a la semana a dos veces al mes); mayor enfoque en la formación continua (programas educativos para estudiantes de medicina, residentes y médicos) e incremento de oportunidades para participar en proyectos de investigación (3 meses al año por médico).

### Resultados e impacto

El proyecto ha resultado en una mayor continuidad de los cuidados primarios recibidos por la población:

- Rotación de médicos: durante 11 años (de 1998 a 2009), la rotación de médicos fue de 100 profesionales. Desde entonces (hasta 2015) 9 médicos generales han sido empleados con un contrato ordinario. Esto representa una reducción significativa en la tasa de rotación. Si bien todavía existe una necesidad de suplencias, esta es bastante moderada y se debe principalmente a los derechos laborales de las personas que ya están empleadas, como la licencia de maternidad y con fines educativos. A fines de 2013, todos los puestos estaban ocupados por médicos que expresaron su intención de quedarse.
- Desde el punto de vista de los profesionales, y con la información generada en una sesión de grupos focales, los médicos jóvenes actualmente empleados en Senja declararon unánimemente que no habrían buscado puestos en esta zona rural si no hubiera sido por las condiciones de trabajo dadas. Trabajar sin condiciones especiales en un municipio pequeño no era una opción para ninguno de ellos. Los dos comentarios a continuación bien pueden ejemplificar las experiencias y actitudes reveladas en esta discusión grupal. 1) el proyecto les brinda la posibilidad de vivir más céntricamente, lo que aumenta la posibilidad de que los cónyuges consigan un trabajo; 2) también le dan un gran valor a pertenecer a una red profesional, donde puede buscar orientación y discutir casos complicados.

Respecto a la valoración de las autoridades políticas y de la administración, existe una satisfacción generalizada con el resultado del proceso.



## Justificación de selección del Estudio de Caso

Experiencia interesante para la continuidad de cuidados primarios

## Referencias bibliográficas

[Kehlet K. & Aaraas IJ. \(2015\).](#) 'The Senja Doctor': developing joint GP services among rural communities in Northern Norway. *Rural Remote Health*; Jul-Sep;15(3):3101.

[Steinert S. \(2010\).](#) Recruiting and retaining GPs to remote areas in northern Norway: the Senja Doctor Project. *WONCA*.

## 4. Integración de la atención sanitaria y social, Escocia

Área de Análisis	Financiación	
Estudio de Caso	Integración de la atención sanitaria y social, Escocia	
País y región	Escocia, Reino Unido	
Características generales		

### Características de la población y situación de salud

	España	Reino Unido
<b>Tamaño poblacional</b> (nº de habitantes)	47,415,750	67,326,570
<b>Porcentaje de población de 65 años y más</b> (%)	20	19
<b>Esperanza de vida al nacer</b> (años)	83.2	81.4
<b>Años de vida en buena salud a los 60 años</b> (años)	19.2	18.25
<b>Mortalidad general</b> (nº muertes/100.000 habitantes)	950	950
<b>Estado de salud auto percibida</b> (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	74.7
<b>Consumo de tabaco</b> (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	15.4
<b>Consumo de alcohol</b> (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	11.4
<b>Obesidad</b> (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m2)	23.8	27.8

### Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Reino Unido
<b>Modo de provisión de servicios sanitarios:</b> público o privado	<i>Público</i>	<i>Privado</i>
<b>Modelo organizativo de la Atención Primaria:</b> (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>
<b>Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas:</b> si/no (excepciones)	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
<b>Copago por utilización de la AP:</b> por asistencia o por algún procedimiento	<i>No</i>	<i>No</i>
<b>Gasto sanitario en función del PIB</b> (%)	9.13	11.98

## Descripción del Estudio de Caso

### Antecedentes y justificación

Con la finalidad de reducir las inequidades en el acceso a la atención sanitaria y dotar de mayor importancia a la prevención, Escocia ha tenido algunas propuestas para promover el trabajo conjunto entre los servicios sanitarios y sociales, o lo que es lo mismo, entre el sistema sanitario escocés y las autoridades locales.

En 2002 La Ley de Asistencia y Salud Comunitaria permitió la transferencia de algunas competencias entre autoridades locales y el sistema sanitario y en 2004 se aplicó una reforma que requería a las juntas sanitarias crear asociaciones comunitarias de salud.

### Descripción de la medida llevada a cabo

En 2014 La Ley de Organismos Públicos (Trabajo Conjunto) crea 31 autoridades integradas, asociaciones legales de asistencia sanitaria y social, las cuales le encargan estos servicios de manera coordinada a las autoridades locales y a los consejos de salud.

La asociación de 32 autoridades locales y 14 consejos del sistema sanitario conforman las 31 autoridades integradas. Cada autoridad de integración cubre al menos dos consejos del sistema sanitario y como máximo 6, pero un mismo consejo del sistema sanitario va a estar cubierto por más de una autoridad de integración.

Las autoridades de integración, además, tienen representantes de varios grupos profesionales, así como proveedores de atención social, personas atendidas por la asistencia social y cuidadores voluntarios. Se encargan de gestionar 8.500 millones de libras, de los cuales el 70% proviene del sistema nacional de salud y el 30% de las autoridades locales.

### Resultados e impacto

- La esperanza de vida saludable a los 65 años mejoró para los hombres.
- El acceso a empleo de personas que padecen enfermedades crónicas o de larga duración ha mejorado
- La mortalidad de aquellas patologías tratables también mejoró.
- El gasto en asistencia social se mantuvo a un nivel similar al anterior a la medida, sin aumentar, mientras que el gasto en salud sufrió menor aumento en comparación con el resto de los países de Reino Unido

## Justificación de la selección del Estudio de Caso

Escocia cuenta con un modelo similar al español (Beveridge), se trata de una Ley del año 2014 y está implementado desde 2016, por lo que se puede evaluar su impacto y, además, supone un aumento de la accesibilidad y equidad del sistema sanitario.

## Referencias bibliográficas

[Reed,S. Oung,C. Davies,J.Dayan,M.Scobie,S \(2021\).](#) Integrating health and social care. A comparison of policy and progress across the four countries of the UK.

[Scotland Government.](#) Health and Social Care Integration

[Scotland Government.](#) Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014: statutory guidance.

## 5. Reforma de la Atención Primaria en Portugal

Área de Análisis	Infraestructura y equipamiento
Estudio de Caso	Reforma de la Atención Primaria en Portugal
País y region	Portugal



### Características generales

#### Características de la población y situación de salud

	España	Portugal
<b>Tamaño poblacional</b> (nº de habitantes)	47,415,750	10,325,150
<b>Porcentaje de población de 65 años y más (%)</b>	20	23
<b>Esperanza de vida al nacer</b> (años)	83.2	81.6
<b>Años de vida en buena salud a los 60 años</b> (años)	19.2	18.65
<b>Mortalidad general</b> (nº muertes/100.000 habitantes)	950	1.110
<b>Estado de salud auto percibida</b> (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	58.2
<b>Consumo de tabaco</b> (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	25.4
<b>Consumo de alcohol</b> (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	12.1
<b>Obesidad</b> (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m2)	23.8	20.8

#### Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Portugal
<b>Modo de provisión de servicios sanitarios:</b> público o privado	<i>Público</i>	<i>Privado</i>
<b>Modelo organizativo de la Atención Primaria:</b> (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>
<b>Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas:</b> sí/no (excepciones)	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
<b>Copago por utilización de la AP:</b> por asistencia o por algún procedimiento	<i>No</i>	<i>Sí</i>
<b>Gasto sanitario en función del PIB (%)</b>	9.13	10.55

## Descripción del Estudio de Caso

### Antecedentes y justificación

En 2005 se inició en Portugal una ambiciosa reforma de la Atención Primaria, ante la necesidad de proporcionar cuidados de salud de calidad a los ciudadanos, mejorar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales y aumentar la accesibilidad a la salud. La reforma se clasifica como moderna e innovadora, una vez que se alió a la tecnología y que ultrapasó el modelo de jerarquía tradicional. La inversión en TIC fue clave para monitorizar los indicadores de mejora en salud.

### Descripción de la medida llevada a cabo

En Portugal, entre los años 2006 y 2016 se crearon las Unidades de Salud Familiar (USF), equipos multidisciplinares que operan en centros de salud gestionados por el estado, en su gran mayoría en edificios nuevos o renovados. En la Atención Primaria en Portugal, los servicios de soporte (administrativos, IT, etc.) fueron reorganizados; se realizó una informatización completa de los servicios y se desmaterializaron la mayoría de los soportes para la práctica (ej.: registros en papel). La reforma propuso un nuevo modelo de gobernanza clínica en las USF, basado en un sistema de conocimientos, aptitudes y prácticas en pro de la atención individualizada por equipos de salud, buscando mejorar la calidad en la asistencia.

La inversión en el Sistema de Información fue clave en toda esta reforma. Con el desarrollo de la interoperabilidad y los registros electrónicos individuales de los pacientes se permitió poder llevar seguimiento mensual de los equipos y sus indicadores y facilitar la coordinación y la comunicación entre profesionales al mismo tiempo que se consolidaba el modelo de contratación de cuidados.

Entre 2016 y 2019, fue realizada una renovación de los sistemas informáticos de primaria ("Operación Megabyte"), donde fueron distribuidos ordenadores en todas las USF. Esta "operación" también contempló la mejora de los sistemas de información vigentes - PEM (plataforma de prescripción electrónica médica), SClinico (plataforma común a todos los profesionales de salud, para el registro de la historia clínica del paciente) y SINUS (sistema de información nacional, orientado al control administrativo de atención primaria), buscando la uniformización de información y de los procedimientos de registros clínicos entre áreas distintas. Estos sistemas permiten homogeneizar las prácticas y la información recogida a nivel nacional, mejorando la actuación de los profesionales en términos de eficacia y eficiencia y posibilitando el apoyo multidisciplinar a los pacientes. Igualmente, fue creado el "Portal BI CSP", una plataforma de ámbito nacional para la gobernanza clínica y de salud que contribuye a la mejora continua y transparencia en los cuidados de salud primarios en todo el país.

### Resultados e impacto

- Mejor eficiencia, accesibilidad, satisfacción de pacientes y profesionales y mejor calidad.
- Interoperabilidad entre sistemas.
- Cuidados de salud integrados proporcionando cuidados de calidad a los pacientes.

## Justificación de selección del estudio caso

Esta reforma se seleccionó porque permitió: llevar a cabo una reforma en los cuidados de salud primaria con la informatización completa de los servicios de salud; mejorar los sistemas de información, posibilitando cuidados de salud integrados; analizar los registros de pacientes permitiendo realizar seguimiento de los equipos con relación a la productividad, accesibilidad y calidad de la atención ofrecida.

## Referencias bibliográficas

[Soraz D. & Pisco L. \(2017\)](#). Primary Health Care Reform in the cities of Lisbon and Rio de Janeiro: context, strategies, results, learning and challenges. *Cien Saude Colet*;22(3):679-686.

[Pisco L. \(2011\)](#). Primary Healthcare Reform in Portugal on two fronts: autonomous family healthcare units and management of groupings of Health Centers. *Cien Saude Colet*.16(6):2841-52.

[Martinez R.E. et al. \(2015\)](#). Conociendo las Unidades de Saúde Familiar: otro modelo de Medicina de Familia *Rev Clín. Med Fam*; 8(2): 137-144

## Anexo II: Miembros de los Grupos de Trabajo

### Miembros del Comité Operativo (OWG)

Organización	Nombre y Apellidos	Cargo
<b>Comisión Europea</b>	María Isabel Farfán	Policy Officer
<b>Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Calidad Asistencial</b>	Yolanda Agra	Subdirectora General
	Rocío Fernández	Jefa de Área
	Julio Heras-Mosteiro	Técnico superior
	Paloma Calleja	Técnico superior
	Lourdes Álvarez	Técnico superior
<b>NTT Data</b>	Anna Forment	Jefe de Equipo/ Experto Senior 1
	Liliana Eduarda Ramalho	Experto Senior 2
	Almudena Nake	Jefe de proyecto (PM)
	Jordi Gol	Experto junior 1
	Arana Uzcudun	Experto junior 2
	Covadonga Casas	Experto junior 3

### Expertos de Área

Nombre y Apellidos	Cargo	Área de Análisis
Amando Martín Zurro	Director del programa de Formación Médica Continuada en Atención Primaria	Planificación
Pilar Astier Peña	Médico de familia de la semFYC. Coordinadora del Grupo de Trabajo en Seguridad del Paciente de la semFYC	Planificación
Siro Lleras Muñoz	Asesor independiente en proyectos de planificación estratégica de centros sanitarios y hospitales	Gestión y Organización
Esteban de Manuel Keenoy	Director del Instituto de Investigación en Servicios de Salud Kronikgune	Recursos Humanos
José María Abellán Perpiñán	Catedrático de la Universidad de Murcia en el Departamento de Economía Aplicada	Financiación
Juan Olivia Moreno	Catedrático Departamento de Análisis Económico de la Universidad de Castilla-La Mancha	Financiación
Josep Vidal Alaball	Coordinador del área de investigación en IDIAPGol	Infraestructura y Equipamiento

### Miembros del Advisory Board (AB)

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

El Comité Directivo (SC) está formado por:

- Miembros de las siguientes Direcciones y Subdirecciones del Ministerio de Sanidad: Dirección General de Salud Pública; Subdirección General de Calidad Asistencial; Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación; Dirección General de Ordenación Profesional; Dirección General de Salud Digital y Sistemas de Información para el SNS; Subdirección General de Información Sanitaria.
- Miembros de las comunidades autónomas (Directores y Gerentes de los servicios de salud regionales).
- Miembros del Comité Operativo.

### Miembros de los Grupos Técnicos Regionales (RSWG)

Comunidad autónoma	Nombre y Apellidos	Cargo
<b>Andalucía</b>	Sebastián Tornero Patricio	Jefe de Servicio de Planificación Operativa (Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud)
<b>Aragón</b>	Javier Marzo Arana	Responsable de Atención Primaria
<b>Asturias (Principado de)</b>	Óscar Suárez Álvarez	Coordinación Asistencial y Cuidados. Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias
<b>Islas Baleares</b>	Patricia Lorente Montalvo	Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnica en la Oficina de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente del Servicio de Salud de las Islas Balear
<b>Canarias</b>		
<b>Cantabria</b>	Teresa Ugarte Miota	ExDirectora Gerente de AP del Servicio Cántabro de Salud
	Cristina Manzanares Amaiz	Subdirectora médica de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud
<b>Castilla y León</b>	María Ángeles Guzmán Fernández	Jefa de Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial de la Gerencia Regional
	María Yolanda Manchón Díez	Técnico del Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial
<b>Castilla-La Mancha</b>	Jesús López Díaz	Asesor de la Dirección Asistencial del SESCAM
	Francisco Vicente Herranz Catalán	Subdirector médico de GAI Alcazar de San Juan
	María Ángeles Martín Octavio	Directora General de Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
<b>Cataluña</b>		
<b>Comunidad Valenciana</b>	Enrique Soler Bahilo	Subdirector General de la Actividad Asistencia Integrada
<b>Extremadura</b>	Asunción Campos Cangas	Subdirectora de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud
<b>Galicia</b>	Francisco Jesús Represas Carrera	Jefe del Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria.
<b>Madrid (Comunidad de)</b>	Cristina Jiménez Domínguez	Técnico de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria
<b>Murcia (Región de)</b>	José Manuel Pérez Fernández	Técnico D.G. Asistencia Sanitaria
<b>Navarra (Comunidad Foral de)</b>	Óscar Lecea Juárez	Jefe de Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial
<b>País Vasco</b>	Susana Martín Benavides	Subdirectora para la Coordinación de la Atención Primaria
<b>La Rioja</b>	Noemi Marauri Corcuera	Directora de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria
<b>INGESA (Ceuta y Melilla)</b>		

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

### Miembros del Grupo de Trabajo de Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Sociedad Profesional/ Asociación de Pacientes	Nombre de la Sociedad Profesional / Asociación de Pacientes	Nombre y Apellidos
Asociación de Pacientes	Alianza General de Pacientes, AGP	José Luis Baquero Úbeda
Asociación de Pacientes	Plataforma Organizaciones Pacientes, POP	Carina Escobar Manero y Paula Echeverría
Asociación de Pacientes	Foro Español de Pacientes , FEP	Andoni Lorenzo Garamendia
Sociedad Profesional	Asociación de Enfermería Comunitaria, AEC	José Ramón Martínez-Riera
Sociedad Profesional	Federación de Asociaciones Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, FAECAP	Sagrario Celada Pérez
Sociedad Profesional	Federación de Asociaciones Matronas de España, FAME	Daniel Morillas Guíjarro
Sociedad Profesional	Asociación Española Psicología Clínica y Psicopatología, AEPCP	Carmen Carrió Rodríguez
Sociedad Profesional	Asociación Española de Enfermería Pediátrica, AEEP	Isabel María Morales Gil
Sociedad Profesional	Asociación Española Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria, AEF-APySC	Montserrat Ingles Novell y Fernando Ramos Gómez
Sociedad Profesional	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, AEPAP	Pedro Gorrotxategui Gorrotxategui
Sociedad Profesional	Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario, SCETSS	
Sociedad Profesional	Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria SEMFyC	Asensio López Santiago
Sociedad Profesional	Sociedad Española Médicos Generales y de Familia, SEMG	Francisco José Sáez Martínez
Sociedad Profesional	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, SEPEAP	Javier Pellegrini Belinchón y M <sup>a</sup> del Carmen Sánchez Jiménez
Sociedad Profesional	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, SEDAP	Cristina Ibarrola Guillén
Sociedad Profesional	Sociedad Española Médicos Atención Primaria, SEMERGEN	Rafael Manuel Micó Pérez

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

