

Índice

Introducción	1
Objetivos del análisis	1
Metodología de trabajo	2
Análisis previo del Plan de Acción en Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 (PAPyC).....	4
Acciones puestas en marcha por las Comunidades Autónomas en el marco del PAPyC	7
Análisis por Comunidades Autónomas	7
Resto de Comunidades Autónomas.....	19
Análisis global	26
Nuevos retos, nuevas estrategias.....	30

Introducción

En el marco de su Congreso Nacional, SEMERGEN aborda cada año un tema clave para la gestión sanitaria, generando un espacio de reflexión y debate entre expertos. Como parte de este proceso, tras una fase de preparación y análisis previo, las conclusiones alcanzadas son presentadas y debatidas durante el Congreso en una mesa redonda incluida en su Programa Científico. Este encuentro reúne a gestores sanitarios y políticos con el propósito de analizar los principales retos de la Atención Primaria (AP). En 2024, el Congreso Nacional se celebró del 2 al 5 de octubre en Bilbao.

En ediciones anteriores, en estas mesas de debate se han tratado cuestiones relevantes como la necesidad de atraer y retener talento en la AP, garantizar la equidad en el acceso a los servicios o proponer medidas para la reconstrucción del sistema tras la crisis del COVID-19.

En esta edición, el foco se centró en analizar las iniciativas implementadas por las distintas Comunidades Autónomas en el marco del Plan de Acción en Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 (PAPyC). Este análisis se enmarcó en un contexto en el que el Ministerio de Sanidad está desarrollando un nuevo Plan de Acción con horizonte 2025-2027 y recientemente ha publicado un informe de evaluación sobre el impacto del PAPyC.

Objetivos del análisis

Como punto de partida, es importante señalar que el objetivo de este trabajo no es realizar una evaluación exhaustiva del grado de ejecución del PAPyC, ya que esta tarea corresponde al Ministerio de Sanidad como órgano coordinador del Sistema Nacional de Salud (SNS). No obstante, siendo conscientes de ello, desde SEMERGEN, como Sociedad Científica con el mayor número de asociados entre los Médicos de Familia, se busca aportar conocimiento y una visión constructiva para la elaboración del nuevo Plan de Acción para AP.

Por ello, los objetivos de la puesta en marcha de este proyecto son:

- Establecer un foro de diálogo con las Comunidades Autónomas en el que abordar las acciones puestas en marcha en estos últimos años para mejorar las condiciones de trabajo en AP, y empoderar y visibilizar el valor que aportan los Médicos de Familia al SNS.
- Conocer en qué ámbitos se han puesto en marcha la mayor parte de las actuaciones y qué áreas requieren de una mayor dedicación, esfuerzo, recursos o incluso un abordaje distinto al planteado hasta la fecha.
- Detectar áreas de mejora y recoger las necesidades y perspectivas de la CCAA para poder impulsar medidas concretas en estos ámbitos.
- Recopilar toda esta información y conocimiento y ponerlos a disposición del Ministerio de Sanidad para contribuir a la elaboración de un nuevo Plan de Acción ambicioso, realista e implementable.

Metodología de trabajo

Para realizar este trabajo, SEMERGEN ha contado con el apoyo de la consultora especializada en el ámbito de la salud, Salud Advisory, que ha coordinado los trabajos y ha establecido la metodología a seguir para llegar al resultado final recogido en este documento.

Como punto de partida, por parte de la consultora se realizó un análisis previo del PAPyC, con el objetivo de seleccionar algunas de las 52 acciones que recoge el Plan. Esta selección se efectuó sobre la base del impacto que previsiblemente las acciones podían tener en el día a día de los Médicos de Familia.

De forma paralela a este análisis previo, SEMERGEN contactó con las 17 CCAA para hacerles partícipes del trabajo que se iba a realizar e invitarles a contribuir con sus aportaciones y a participar en los debates previstos.

A la vez, tras la priorización de acciones contenidas en el Plan sobre las que se iba a basar el análisis de las iniciativas puestas en marcha por las CCAA, se realizó una búsqueda activa, a través de fuentes secundarias, sobre en qué aspectos se había trabajado en esas áreas en cada Comunidad durante los años de vigencia del PAPyC.

En esta búsqueda, se consultaron fuentes oficiales, como los propios canales de comunicación de las Consejerías de Sanidad y Servicios Regionales de Salud; se efectuó una investigación en medios de comunicación y se solicitó información a las diferentes federaciones autonómicas de SEMERGEN.

Con toda esta información se generó una recopilación preliminar de acciones que fue enviada a los responsables de AP de las diferentes CCAA como lectura previa antes de las reuniones de debate.

Para la puesta en común y análisis de la actividad desarrollada en el marco del PAPyC por parte de las CCAA, se organizaron dos reuniones.

La primera de ellas tuvo lugar el 9 de septiembre y contó con la asistencia de:

- Andalucía: Sebastián Tornero, Jefe del Servicio Planificación Operativa
- Aragón: Pilar Borraz, Gerente de Atención Primaria.
- Comunidad Valenciana: Begoña Comendador, Secretaria Autonómica de Sanidad.
- Galicia: José Ramón Parada, Gerente del Servicio Gallego de Salud.
- Extremadura: José Luis Mora Castaño, Subdirección de Atención Primaria.
- Navarra: Alfredo Martínez Navarra, Director Gerente del Servicio Navarro de Salud y Nancy Nelly Gonzalo Herrera, Directora de Asistencia Sanitaria al Paciente.

La segunda de las reuniones se celebró el 24 de septiembre y contó con la asistencia de:

- Asturias: Óscar Evaristo Veiras del Río. Subdirector de Atención Primaria y Salud Pública.
- Baleares: Patricia Lorente Montalvo. Subdirectora de Atención Primaria y Atención a las Urgencias Extrahospitalarias
- Castilla-La Mancha: Ángeles Martín Octavio. Directora General de Atención Primaria.
- La Rioja: Gerente de Atención Primaria.
- Región de Murcia: Alfonso Sáez Yanguas.

Después de ambas reuniones, el 5 de octubre, se celebró una mesa redonda en la que se presentaron las principales conclusiones y se trataron los temas más destacados de los debates previos.

Durante el último mes, se ha recopilado información ofrecida por parte de las CCAA, a las que se ha solicitado información sobre las acciones puestas en marcha en estos últimos años en el marco del PACyP. Aunque se ha contactado con todas las CCAA, no todas han llegado a aportar información adicional, por lo que para algunas autonomías, la información recogida es aquella que se ha podido recopilar en la fase previa a partir de fuentes secundarias tales como los canales de información de las Consejerías o Servicios Regionales de Salud o los medios de comunicación.

Análisis previo del Plan de Acción en Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 (PAPyC)

El PAPyC recoge un total de 13 objetivos estratégicos que a su vez se desdoblaron en 52 acciones. Para cada acción se establecieron un conjunto de indicadores de cumplimiento, así como el resultado esperado para cada uno de ellos tras la implementación del Plan de Acción por parte de las CCAA.

Como se ha explicado anteriormente, de estas 52 acciones se han priorizado algunas de ellas, sobre las cuales, se ha centrado el análisis realizado junto a los servicios de salud, por el impacto que tienen directamente en la actividad desarrollada por los Médicos de Familia.

a. Acciones seleccionadas

i. Recursos humanos

- Publicación de ofertas de empleo público
 - Indicador 1: Porcentaje de CCAA con publicación de convocatoria de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 para todas las categorías de AP.
 - Resultado 1: 100% de las CCAA con publicación de estabilización de empleo antes del 31/12/2022 para todas las categorías de AP.
 - Indicador 2: Porcentaje de CCAA con convocatoria resuelta antes del 31/12/2024.
 - Resultado 2: Esta acción tendrá una continuidad durante el 2023 requiriendo que el 100% de las CCAA hayan resuelto las convocatorias antes del 31/12/2024.
- Transformación de contratos de interinidad y/o temporales en indefinidos
 - Indicador 2: Porcentaje de interinos por CCAA que obtiene plaza fija en los 3 primeros años de su nombramiento.
 - Resultado 2: 25% de los interinos por CCAA obtiene plaza fija en los 3 primeros años de su nombramiento.
 - Indicador: Porcentaje de residentes contratados tras finalizar la residencia como fijos, interinos o con una duración de al menos dos años en AP.
 - Resultado: Más del 65% de los residentes contratados tras finalizar la residencia con contrato fijo, interino o de al menos dos años, en AP.
- Acciones concretas para puestos de difícil cobertura
 - Indicador 3: Porcentaje de los puestos de difícil cobertura cubiertos.
 - Resultado 3: Ocupación en 2023 de más del 50% de los puestos de difícil cobertura identificados en 2022 (por la Comisión de RRHH (CRHSNS)).
 - Indicador: Porcentaje de residentes contratados tras finalizar la residencia como fijos, interinos o con una duración de al menos dos años en AP.
 - Resultado: Más del 65% de los residentes contratados tras finalizar la residencia con contrato fijo, interino o de al menos dos años, en AP.

- Impulso a la carrera profesional en AP
 - Indicador 1: Porcentaje de profesionales de AP que incrementan su grado de carrera profesional anualmente respecto a los que la solicitan.
 - Resultado 1: Más del 10% de los profesionales de AP incrementan su grado de carrera profesional anualmente.
- Incentivos para tutores
 - Indicador 2: Porcentaje de CCAA con implementación del acuerdo.
 - Resultado: 100% de CCAA con implementación del acuerdo (de la CRNSNS sobre incentivos a tutores) en 2023.

ii. Capacidad de resolución

- Mejora del acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos desde AP, para incrementar la capacidad resolutoria.
El objetivo que se persigue es la unificación de la indicación y la realización de procedimientos diagnósticos en el SNS, atendiendo a la gestión de la indicación diagnóstica por proceso asistencial y no siendo dependiente de en qué ámbito asistencial o qué perfil médico profesional la realiza.
 - Indicador: Porcentaje de pruebas diagnósticas a las que se tiene acceso desde AP respecto el total de pruebas diagnósticas bajo la gestión de la indicación por proceso.
 - Resultado: 100%.

iii. Orientación a la comunidad

- Desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de CCAA.
Cada CCAA desarrollará una Estrategia de Salud Comunitaria, que proporcione un marco de trabajo común, adaptado a la realidad de cada territorio, con la implicación en todo el proceso de los diferentes agentes implicados, incluida la ciudadanía. En esta Estrategia se integrarán las diferentes acciones necesarias para reforzar la orientación comunitaria de la AP, con dotación presupuestaria para las acciones previstas. A nivel del Ministerio de Sanidad, el marco de trabajo de salud comunitaria está recogido en la Estrategia de Medicina de AP y Comunitaria y en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.
 - Indicador: Porcentaje de CCAA que tienen desarrollada una Estrategia de Salud Comunitaria.
 - Resultado: Todas las CCAA han desarrollado una Estrategia de Salud Comunitaria para el cuarto trimestre de 2022.

iv. Empodera AP

- Elaboración de una estrategia de comunicación crítica y veraz para poner en valor la AP (su impacto en salud y equidad, su organización y el papel de cada profesional del equipo de AP y visibilizar el trabajo realizado).

Transmitir dos ideas clave: “qué puede hacer la AP por ti” y “qué hace ya la AP por ti”.

- Indicador 1: Celebración de una Conferencia de AP en España.
- Resultado 1: Que se celebre una Conferencia de AP en el segundo semestre de 2022.
- Indicador 2: Desarrollo de una estrategia de comunicación sobre el valor de la AP.
- Resultado 2: Que se desarrolle una estrategia de comunicación sobre el valor de la AP antes del cuarto trimestre de 2022.

v. Gobernanza en AP

- Definición e implementación de un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica.

El objetivo que se persigue es la potenciación de la autonomía de gestión a nivel meso y micro.

- Indicador 1: Porcentaje de CCAA con el modelo de gobernanza elaborado implantado respecto al total.
- Resultado 1: 100% de las CCAA han implantado un modelo de gobernanza en 2022.
- Indicador 2: Porcentaje de CCAA con el sistema de evaluación de competencias con respecto al total.
- Resultado 2: 100% de CCAA disponen de un sistema de selección por competencias aprobado en 2022.

vi. I+D+i

- Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para AP que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico.
- Indicador: Número de convocatorias específicas de investigación, dirigidas a investigadores/grupos emergentes en el ámbito de AP, resueltas anualmente (desglosando entre competitivas y no competitivas).
- Resultado: En diciembre de 2023 existencia de convocatorias específicas en todas las CCAA para AP dirigidas a la incorporación de los/las profesionales jóvenes a la investigación.

Acciones puestas en marcha por las Comunidades Autónomas en el marco del PAPyC

Análisis por Comunidades Autónomas

Andalucía

Desde Andalucía, las principales actuaciones reportadas en los ámbitos priorizados son:

Recursos Humanos

- Incremento del personal sanitario a través del aumento de las contrataciones de médicos, enfermeros y personal administrativo para mejorar la accesibilidad y reducir tiempos de espera.
- Fomento de la estabilización laboral trabajando para mejorar la contratación de profesionales que finalizan la especialidad EIR.
- Redistribución de la demanda en perfiles profesionales sanitarios del centro de AP a través de una optimización de los recursos.

Capacidad de resolución

- Puesta en marcha de programas específicos para pacientes crónicos, con patologías como diabetes, hipertensión y enfermedades respiratorias.
- Puesta en marcha de planes de acción personalizados (PAP) como el de atención a pacientes crónicos.
- Potenciación de la teleasistencia, facilitando consultas no presenciales, especialmente en áreas rurales, para garantizar la equidad en el acceso. Algunos proyectos en los que se está trabajando son el Distrito de Salud Digital y la potenciación y mejora de la teleconsulta.
- Aumento de la disponibilidad de citas, tanto presenciales como telefónicas, priorizando la resolución rápida de casos urgentes e implantando la continuidad asistencial en AP.
- Implementación de la Consulta de Acogida de Enfermería para la atención de 18 procesos de acuerdo a protocolos establecidos para pacientes que acuden al centro con una demanda no demorable sin cita.
- Mejora de las campañas de vacunación, ampliando los programas para cubrir más patologías y grupos de población.
- Impulso de la digitalización del sistema con la implementación de sistemas de historia clínica electrónica unificados y mejora en las plataformas de cita previa y telemedicina.

Orientación a la Comunidad

- Desarrollo de actividades y talleres para fomentar hábitos saludables y prevenir enfermedades.
- Implementación de la Estrategia de Promoción de Hábitos de Vida Saludable.

Gobernanza

- Colaboración con ayuntamientos y asociaciones locales promoviendo un enfoque de salud comunitaria mediante RELAS (Red Local de Acción en Salud).

Asturias

Desde Asturias, las principales actuaciones reportadas en los ámbitos priorizados son:

Recursos Humanos

- Reducción de la temporalidad a través de procesos de estabilización y conversión de contratos temporales en plazas fijas, alcanzándose una temporalidad inferior al 8%. Estas acciones priorizaron a los médicos de AP, especialmente en zonas de difícil cobertura, con medidas como incentivos económicos y laborales.
- Implementación de un modelo de atención continuada que incluye reorganización de actividad, el desarrollo de figuras de medicina (Médico de Equipo, Médico Vinculado y SAC) con una mejora ostensible de las condiciones económicas y laborales, a través del Acuerdo de Atención Continuada, el SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias).
- Fomento del reconocimiento del desarrollo profesional con una convocatoria del proceso de desarrollo de carrera profesional, reconociendo competencias y resultados asistenciales, incentivando así la estabilidad y el compromiso del personal médico.
- Puesta en marcha, por el SESPA en 2023, de la Oficina de Captación de Profesionales para atraer Médicos de Familia y pediatras, especialmente para zonas rurales y de difícil cobertura. Esta iniciativa destaca por:
 - La realización de campañas específicas, en las que promociona Asturias como un destino profesional y de vital atractivo, resaltando la calidad de vida, estabilidad laboral y oportunidades de desarrollo profesional.
 - El ofrecimiento de paquetes de incentivos con unas condiciones de trabajo y económicas mejoradas.
 - La participación activa en congresos nacionales e internacionales para promocionar las oportunidades laborales en el SESPA.
- Realización de Formación Sanitaria Especializada, con la incorporación de nuevas plazas para la formación MIR de Médicos de Familia con el objeto de garantizar un recambio generacional y una apuesta por el modelo.
- Desarrollo de programas de formación continuada, en los que han participado más de 400 médicos en programas sobre tecnologías avanzadas, manejo de patologías complejas y coordinación asistencial.

Capacidad de resolución

- Distribución en centros de AP, de una dotación tecnológica que ha constado de 54 ecógrafos, 330 *doppler*, 221 electrocardiógrafos, retinógrafos, espirómetros y otros equipos de monitorización.
- En cuanto a la telemedicina y la digitalización, implementación de programas de teleconsulta y acceso remoto a pruebas diagnósticas, con circuitos preferentes para la detección precoz de cáncer y otras patologías.
- En concreto, en cuanto a mejoras específicas para atención urgente, transformación por parte de los CARUAP (Centros de Alta Resolución de Atención Primaria) de los PAC (Punto de Atención Continuada) en centros de alta resolución

con personal y recursos adicionales en las zonas de mayor demanda, comenzando por la zona urbana de Gijón y en este momento en extensión en otras 3 áreas sanitarias, mejorando la capacidad de atención urgente y reduciendo derivaciones innecesarias.

- Ampliación de la cartera de servicios, incluyendo cribados neonatales y prenatales, atención odontológica específica y procedimientos avanzados en los servicios ofrecidos por la AP.

Orientación a la Comunidad

- Realización de programas de intervención sobre promoción del autocuidado, reducción del tabaquismo y educación en salud.

Empodera AP

- Lanzamiento de la Campaña “La AP cuida de ti”, con el objetivo de visibilizar la AP como eje vertebrador de la asistencia sanitaria mejorando su imagen y prestigio entre la ciudadanía y la comunidad profesional sanitaria.¹

Gobernanza

- Publicación del Decreto 36/2022 que regula la organización de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y desarrolla la figura de los Directores de Equipo de AP, quienes lideran la coordinación clínica y la gestión de recursos. Mediante el citado decreto, se desarrollan las competencias de los diferentes miembros de los equipos de AP, promoviendo la autonomía profesional de los médicos.

¹ Información extraída de información pública

Castilla-La Mancha

Desde Castilla-La Mancha, las principales actuaciones reportadas en los ámbitos priorizados son:

Recursos Humanos

- Creación de las vacantes necesarias y el fomento de la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14/2021, con especial interés en las zonas de difícil cobertura, a través de los siguientes planes y/o pactos:
 - ✓ Orden 156/2024, de 19 de septiembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se actualiza el Programa Regional de Perspectiva Contractual y Retención del Talento.
 - ✓ Plan de Mejora de Calidad del Empleo en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM).
 - ✓ Pacto de Selección de Personal Temporal del SESCAM.
- En el marco del consenso de la CRHSNS (de los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos.
 - ✓ Orden 156/2024, de 19 de septiembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se actualiza el Programa Regional de Perspectiva Contractual y Retención del Talento.
 - ✓ Artículo 16 de la Ley 1/2012, de 21 de febrero, de Medidas Complementarias para la aplicación del Plan de Garantías de Servicios Sociales, se ha procedido a la actualización para el ejercicio 2024 de los índices de dispersión geográfica (G) que inciden en la clasificación de los Equipos de AP en función de su dispersión geográfica.
- Cobertura del 96% de los puestos de difícil cobertura en estos años.
- Promoción de la contratación en AP como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de las vacantes en AP y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de las y los profesionales en su puesto.
- Oferta de contrato de perspectiva contractual de 3 años de duración a todos los residentes que finalizan su formación, con el PPC (Programa Regional de Perspectiva Contractual y Retención del Talento).
- Recertificación en el marco del modelo de recertificación español, de 840 alumnos en 2022 y 895 médicos y farmacéuticos en 2023.

Capacidad de resolución

- Con el objetivo de mejorar el acceso a la indicación de procedimientos de diagnósticos desde AP, implementación de la electrocardiografía digital, un proyecto de prevención de la ceguera con la adquisición de 85 retinógrafos, un proyecto de implantación de 186 desfibriladores, se han adquirido *holters* para Monitorización

Ambulatoria de la Presión Arterial y 185 Ecógrafos para realizar ecografías en AP. Además, existe el Proyecto DERCAM, para la identificación de información dermatológico de Castilla La Mancha, mejorando el acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos.

- Para optimizar los procesos administrativos que se realizan en AP existen dos proyectos regionales, "No hacer" y "Desburocratización" y además se cuenta con un Manual de Unidades Administrativas de AP.
- Fomento de la autonomía de los profesionales para la gestión de agenda en coordinación con las direcciones de AP con el Manual de Gestión de Agendas del programa informático Turriano, con Instrucciones de agenda en AP establecidas por la Dirección General de AP y a través de un Acuerdo Bases para el impulso, refuerzo y desarrollo de la mejora de la AP en Castilla La Mancha.

Empodera AP

- La iniciativa "1 año, 12 retos", promovido en 2023 por la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso tenía como objetivo visibilizar la Atención Primaria en el ámbito de la promoción de la salud, haciendo partícipes a los ciudadanos, profesionales y otros agentes de interés.²

² Información extraída de información pública

Galicia

Desde Galicia, las principales actuaciones reportadas en los ámbitos priorizados son:

Recursos Humanos

- Realización de un concurso de méritos para previsión de plazas de difícil cobertura para médicos y pediatras de AP (ley 2/2022).
- Implementación de la estabilidad del puesto a 3 años.
- Concurso de traslados abierto y permanente para todas las categorías profesionales de manera anual, que inició en 2018.
- Puesta en marcha de las comisiones de servicio por conciliación familiar.
- Puesta en marcha Plan de igualdad de la Xunta de Galicia para fomentar la flexibilidad y la conciliación, cuya resolución fue el 27 octubre de 2023.
- Abono de las guardias de PAC/urgencia a precio de especialista de atención hospitalaria.
- Grado inicial de la carrera profesional desde el último año de formación y acceso a grado 1 después de tres en grado inicial (antes se podía acceder tras 5 años en grado inicial).
- Incorporación a la carrera profesional a todo el personal eventual de los grados I y II de las convocatorias 2022/2023.

Capacidad de resolución

- Cartera de pruebas complementarias en todas las áreas abierta a AP.
- Existencia de procesos asistenciales integrados entre AP y Atención Hospitalaria consensuados entre ambos niveles como el programa HERMES o el programa CANLES.
- Dotación a la AP de equipamiento basado en ecógrafos, retinógrafos, bisturís eléctricos, *helters* desfibriladores en 2023 para toda la AP.
- Finalización en 2023 de la implantación del Sistema XIDE para la gestión de la demanda en equipo para dar cita en el mostrador a cada paciente con el profesional más adecuado en el tiempo y forma que le corresponde según el motivo de consulta.
- Puesta en marcha de agendas de calidad en todas las categorías de AP, a falta de únicamente los profesionales de fisioterapia.
- Mejora de los equipos informáticos de todos los centros de salud.

Orientación a la Comunidad

- Creación de la Red gallega de promoción de la salud: REGAPS bajo el marco de actuación del Plan *Obesidade Zero* de la Dirección General de Salud Pública en junio de 2023.

I+D+i.

- Galicia ha participado con 30 centros de salud en el estudio internacional: Proyecto PaRYS: *Patient reported Indicator Survey*.

Baleares

Desde Baleares, las principales actuaciones reportadas en los ámbitos priorizados son:

Recursos Humanos

- Disminución de la jornada de 37.5 horas semanales a 35 horas, recuperando así la jornada semanal.
- Declaración de las áreas de Menorca e Ibiza-F como áreas de difícil cobertura.
- Instauración de la libranza de guardia en AP
- Recuperación de la carrera profesional con la convocatoria de las citas pendientes desde el año (convocadas para el último trimestre 2024).
- Se proveen incentivos a profesionales que asumen reparto de cupo.
- Instauración de módulos de atención extraordinaria (peonadas) en AP.
- Implementación de un decreto en Baleares para proveer mejoras a los tutores.
- Implementación de un plan de estabilización del personal de AP (OPE extraordinaria).
- Resolución de una OPE ordinaria en diciembre de 2024.

Capacidad de resolución

- Con respecto a la cartera de peticiones en AP, además de todas las pruebas digestivas, otológicas y exploraciones cardiovasculares, puesta en marcha de un programa piloto para la polisomnografía.
- Sobre la cartera de realizaciones, todos los centros de salud disponen de las técnicas correspondientes a las exploraciones pulmonar, cardiovascular, oftalmológica y de otorrinolaringología.
- Respecto a las pruebas de diagnóstico en consulta, todos los centros de salud tienen disponible varias pruebas entre las que se encuentran la del covid, prick test, nt-proBNP, dímero-D.
- Inclusión de la detección precoz de cáncer de cérvix en las consultas de las matronas en AP.
- Existencia de una manual de gestión de procesos en las consultas de AP de Mallorca, actualmente en revisión, que indica el procedimiento para que desde servicios de admisión se realicen justificantes de asistencia, fe de vida, gestión de temas relacionados con recetas médicas renovación, recetas diferidas.
- Fomento de la AP en residencias, por parte del nuevo circuito EPAIB-RES, dependiente de la Subdirección de Atención a la Cronicidad.
- Existencia de una Comisión de seguridad del paciente, compuesta por un equipo multidisciplinar que promueven y facilitan formaciones para profesionales. Desde esta comisión se revisan medicaciones en pacientes crónicos polimedicados para garantizar adecuación y mejorar adherencia al tratamiento, como por ejemplo desarrollan programas de optimización de antibióticos.
- Dotación a todos los centros de AP de una enfermera/o de casos, para la coordinación de procesos relacionados con la cronicidad centrándose así más en el desarrollo de actividades de promoción de la salud. Esta figura se coordina con los diferentes niveles asistenciales.

Orientación a la Comunidad

- Realización de acciones en coordinación con centros educativos de cada zona de salud como consulta joven, talleres, etc.
- La guía de embarazo y lactancia fomenta los hábitos saludables durante ambas.
- El programa de salud infantojuvenil incluye acciones para promover estilos de vida saludables y el bienestar emocional en la población infantil.
- El plan estratégico de salud comunitaria 2022-2026 de Baleares, incluye acciones para promover el envejecimiento activo en la población mayor de 50 años.

Empodera AP

- Baleares dispone de un Portal del paciente y la página de AP Mallorca donde los usuarios tienen información relativa a los centros de salud y sus horarios, y pueden realizar trámites de gestión relativos a tarjeta sanitaria, solicitar o revisar citas médicas, etc.

Gobernanza

- Baleares cuenta con el Plan Estratégico de Atención Primaria 2022-2026, que pretende afrontar los cambios que necesita la AP en los próximos años y fortalecer y reforzar su liderazgo como eje sobre el cual se estructuran los servicios de salud.

3

I+D+i

- El Grupo de Investigación en Atención Primaria y Promoción - Comunidad Autónoma de las Illes Balears (GRAPP-caIB) es un grupo del Instituto de Investigación Sanitaria de Baleares (IdISBa) que pertenece al área de investigación de salud pública, epidemiología, clínica y servicios de salud. Lleva acreditado y financiado desde 2003 por el Instituto de Salud Carlos III y además forma parte de la RETIC RICORS, del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), y de la plataforma de soporte para la Investigación Clínica (SCReN). El grupo está integrado por 28 investigadores, procedentes de diferentes campos profesionales como medicina, enfermería, psicología, biología, bioquímica, ciencias políticas, estadística o farmacia.³
- la Comisión de Investigación de Atención Primaria de Mallorca es el órgano encargado de fomentar y evaluar la investigación que se realiza en todos los centros dependientes de la Gerencia de Atención Primaria. Todos los años, la Comisión de Investigación hace una convocatoria de ayudas para proyectos de investigación desarrollados por los profesionales de la AP de Mallorca con el objetivo promover la investigación en el ámbito de la AP de Mallorca.³

³ Información extraída de información pública

Región de Murcia

Desde la Región de Murcia, las principales actuaciones reportadas en los ámbitos priorizados son:

Recursos Humanos

- Identificación de los puestos de difícil cobertura y ha puesto en marcha incentivos económicos y no económicos para la atracción y retención en dichos puestos.
- Finalización de la evaluación y adecuación de las necesidades en RRHH en AP en base a la morbilidad atendida, resultados en salud y características sociodemográficas de cada área y centro de salud.
- Planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en AP, así como la revisión de programas formativos y adecuación de requisitos para la acreditación de las Unidades Docentes.
- Creación de la categoría de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria favoreciendo el fomento de los nombramientos de enfermeras/os de AP incluyendo como mérito prioritario dicho título.
- Fomento de la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14-2001, con especial interés en las zonas de difícil cobertura.
- Acuerdo en la comisión de RRHH para la mejora de la organización y las condiciones laborales para mejorar la motivación de los profesionales, así como la promoción de la contratación en AP como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, incentivando así la cobertura de las vacantes en AP y la permanencia de los profesionales en su puesto. Este acuerdo se encuentra en estado muy avanzado.

Capacidad de resolución

- En este momento se está realizando un ejercicio de identificación de los procedimientos diagnósticos que deben ser realizados en AP.
- Dotación a todos los centros de salud de ecógrafos, dermatoscopios, electrocardiógrafos digitales, espirómetros y Holter de TA.
- Trabajando en la definición e implementación de los objetivos de accesibilidad en función de las necesidades asistenciales.
- En proceso de implementación la gestión de las solicitudes de atención en las primeras 24 horas, una gestión de las agendas de los profesionales autónoma en coordinación con las direcciones de AP y el establecimiento de la accesibilidad inmediata, en las primeras 24 horas, en los problemas de salud no demorables.

Gobernanza

- Está finalizada la instauración en todos los centros de salud de acuerdos de gestión anuales con indicadores de seguimiento, contrato programa.
- Existencia de interoperabilidad de las historias de salud digitales favoreciendo el intercambio de información entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales y también existe enlace a herramientas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios.

Navarra

Desde Navarra, las principales actuaciones reportadas en los ámbitos priorizados son:

Recursos Humanos

- Asignación de competencias para la especialidad de Enfermería familiar y comunitaria (EEFyC) diferenciadas del resto de profesionales de enfermería. Esta figura realiza la tutorización de enfermeras/os especialistas, función ejercida en la actualidad por enfermeras/os generalistas con experiencia y es responsable de la “Alfabetización en salud” ejerciendo el liderazgo y organización de intervenciones y acciones comunitarias dirigidas a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades para la adopción de estilos de vida saludables.
- Desarrollo de las funciones de la Enfermera de Enlace comunitario en el marco de la Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos. Esta figura será el referente y el apoyo para el resto de enfermeras/os en la atención de los pacientes con necesidades de cuidados complejos, asumiendo la valoración y priorización de procesos de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras/os, así como la elaboración e implementación, tras su adaptación, de los protocolos correspondientes, trabajando en diferentes grupos creados para adaptar las guías del Ministerio.

Capacidad de resolución

- Implantación de la estrategia de teledermatología con dotación de dermatoscopios y cámaras fotográficas en todos los centros de salud.
- Dotación de material y formación específica dirigida a todos los profesionales en cirugías menores en todas las zonas básicas de salud
- Implementación de medidas para agilizar u optimizar los diferentes procesos administrativos que se realizan en AP y disminuir la burocratización, como son:
- Apuesta por la digitalización con actividades, entre las que se encuentran la videoconsulta a través de teléfonos móviles, la utilización de Inteligencia artificial a través de NAIA para retinografía no midriática y radiología de rodilla o Datalogers en frigoríficos con control y monitorización de temperatura.

Orientación a la Comunidad

- Formación de un grupo motor de trabajo integrado por profesionales de apoyo a la gestión de AP y otro grupo en colaboración con el Instituto Navarro de Salud Pública (ISPLN) para desarrollar la estrategia en AP de Salud Comunitaria, con celebración de reuniones periódicas con el ISPLN y con los ayuntamientos en función de las necesidades detectadas.

Gobernanza

- Existencia de Grupo de trabajo para la implementación de las recomendaciones de “No hacer” en AP.

- El Equipo de AP tiene autonomía de gestión entendida como coordinación con la Gerencia de Atención Primaria y su dirección en cuanto a capacidad de decisión y organización de agendas y tiempos.
- Existencia de contrato programa con la Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y un pacto de gestión de la Gerencia de Atención Primaria con los EAPS (Equipo de Atención Psicosocial) con indicadores como accesibilidad, capacidad científico técnica entre otros.

I+D+i

- Convocatoria para la intensificación de la actividad investigadora en los centros de AP con microintensificaciones del 20% e intensificaciones del 50% de la jornada con sustitución.
- Convocatoria de subvenciones para la promoción de proyectos de investigación por el Departamento de Salud durante el año 2024.

Resto de Comunidades Autónomas

La información relativa a las siguientes CCAA se ha recogido a partir de fuentes públicas, no directamente de las Consejerías o Servicios Regionales de Salud, por lo tanto, existe la posibilidad de que haya acciones realizadas que no se ven reflejadas en el análisis.

Aragón

Recursos Humanos

- Adaptación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre a lo dispuesto en el RD-Ley 14/2021, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público con la que se espera conseguir en el ámbito de la AP el objetivo del 7% de tasa de temporalidad.
- Creación de las vacantes necesarias y fomento de la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad, implementando el RD-Ley 14/2021, con especial interés en las zonas de difícil cobertura.
- En el marco del Acuerdo en la CRHSNS para mejorar la organización de la AP y las condiciones laborales: Incremento de los conceptos retributivos vinculados al cumplimiento de objetivos en AP, compensación económica por uso de vehículo privado, Incentivación de la jornada especial de los profesionales de Atención Primaria, Medidas de reducción de la carga burocrática, Limitación del número de citas en agenda, con distintas opciones para absorber la demanda y medidas organizativas de mejora en relación con los profesionales de atención continuada.
- Consenso en la CRHSNS de los criterios mínimos para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos. Estos son: adjudicación centralizada de plazas vacantes y sustituciones de larga duración de manera sincronizada con la toma de posesión de las plazas adjudicadas con carácter fijo, tanto en concurso de traslados como en concurso oposición, y con la finalización del periodo de residencia de los nuevos especialistas.
- Realización de los procesos selectivos, tanto correspondientes a ofertas de empleo ordinarias como a la extraordinaria de estabilización, para procurar la mayor cobertura posible de plazas con carácter fijo.
- Promoción de la contratación en AP como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de las vacantes en Atención Primaria y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de las y los profesionales en su puesto.
- Impulso al concepto de carrera profesional en el ámbito de AP basada en las habilidades, aptitudes y competencias de los profesionales, y asociada a un cumplimiento de objetivos y recertificación de estos de forma periódica, dotándolos presupuestariamente

Capacidad de resolución

- Presentación de un proyecto de digitalización con varias líneas de actuación hasta 2024 y cuyos tres ejes son: centros de salud líquidos (sin barreras), un sistema inteligente de la gestión de recursos y una medicina más personalizada, siendo uno de los objetivos principales incrementar la capacidad de adaptación de los recursos de diagnóstico con una mayor capacidad resolutoria.

Orientación a la Comunidad

- Designación para cada Equipo de Atención primaria (EAP) de un grupo de profesionales que lideran la atención comunitaria y desarrollan y actualizan la agenda comunitaria del equipo.

Empodera AP

- Puesta en marcha del proyecto “Difusión del valor de la AP dando a conocer a la ciudadanía los beneficios que supone en salud, equidad y sostenibilidad del sistema sanitario”, dentro de las acciones financiadas por el Ministerio de Sanidad en ejercicio 2023, según acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS para la distribución de fondos a las CCAA.

Gobernanza

- Existen acuerdos anuales de gestión en todos los centros de salud de los 8 sectores sanitarios, con indicadores de seguimiento y Contrato Programa establecido entre Departamento de Sanidad y la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, con los diferentes Sectores Sanitarios a través de sus gerencias de sector y las direcciones asistenciales de Medicina y Enfermería de AP, para establecer las estrategias y actividades a realizar, los objetivos asistenciales que se acuerdan, la ordenación de la oferta asistencial para alcanzarlos, así como el marco de sus relaciones y los sistemas de valoración de los objetivos planteados.

Canarias

Recursos Humanos

- Puesta en marcha de incentivos para los médicos tutores de residentes, tales como mejoras en la retribución económica o prioridad para acceder a cursos de formación.

Orientación a la Comunidad

- Extensión de la figura de la enfermera de enlace, a ámbitos como la adolescencia o la educación sexual.
- Puesta en marcha de programas de salud en colaboración con los ayuntamientos.

Gobernanza

- Límite de las agendas de trabajo con ratios de 34 pacientes al día para las consultas de Médicos de Familia y 28 para las de pediatría, así como la posibilidad de establecer agendas de sustitución para aminorar la demora.

I+D+i

- Además, Canarias cuenta con un Grupo de Investigación en AP que forma parte de la Red de Investigación en Cronicidad, AP y Prevención y Promoción de la Salud.

Cantabria

Recursos Humanos

- Disminución de la temporalidad con la realización de concurso-oposición de forma regular.
- Apertura de concurso de traslado permanente cada 6 meses.
- Creación de nuevos contratos de médicos sin cupo con guardias en una única zona básica de salud.
- La consejería de Sanidad está trabajando en la unidad docente multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria con previsión de incentivos económicos y formativos para los tutores de residentes.

Capacidad de resolución

- Potenciación de la teleasistencia con teledermatología.
- Aumento de pruebas diagnósticas y disponibilidad de las mismas desde AP, con mejora de material de electromedicina como el índice tobillo-brazo (ITB), monitores, electrocardiógrafos, posibilidad de realización de troponinas o gasometrías desde el propio centro de salud para patología tiempo-dependiente.
- Mejora en la capacitación y resolución a los profesionales para pacientes con patología urgente en entornos especiales con zonas de difícil acceso.

Orientación a la Comunidad

- Potenciación de los programas de deshabituación tabáquica con actividades comunitarias (Red Cántabra de Centros Sanitarios Sin Humo).
- Desarrollo del programa “Cuidado Responsable” coliderado por la escuela cántabra de salud y profesionales de AP con el objeto de promover hábitos saludables en la población.
- Creación de plazas específicas de enfermería en Atención Primaria con carácter mixto asistencial y comunitario.

Empodera AP

- Identificación de los centros docentes acreditados para pregrado y postgrado.
- Consolidación de los profesionales de los centros de salud para la implantación de la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia).

Gobernanza

- Potenciación de la figura del coordinador médico en el centro de salud mediante la aplicación de criterios objetivos para la designación según méritos y carrera profesional.

I+D+i

- Existencia de la figura de coordinador de la Unidad de Formación, Investigación y Calidad en la gerencia de AP.
- Convocatorias específicas del Instituto de Investigación Valdecilla- IDIVAL, (Prim-VAL) para profesionales de AP.
- Adaptación del programa de la especialidad de MFyC con la implementación de nueva plataforma digital para la labor del tutor y el residente.

Castilla y León

Recursos Humanos

- Convocatoria de varias OPEs para personal estatutario.

Capacidad de resolución

- Dotación de ecógrafos para la mayoría de los Centros de Salud.

Cataluña

Recursos Humanos

- Puesta en marcha del Plan de ocupación de plazas de difícil cobertura en el ámbito rural, con incentivos para los médicos de AP que quieran trabajar en estos centros. Los incentivos reflejan un incremento retributivo anual de unos 3.500 euros, promoción de la investigación y la docencia, formación continua y la flexibilización de la jornada. También se favorece la vivienda, la movilidad, la ocupación de la unidad familiar y subvenciones para formación, entre otros.

Capacidad de resolución

- Presentación del Plan de Mejora de la Accesibilidad al Sistema de Salud, con el que algunas pruebas diagnósticas menores, como ecografías o infiltraciones se hacen desde la AP sin necesidad de derivarlas hospital.

Empodera AP

- Lanzamiento de campaña *Metges de Catalunya* (Memes de familia) para conmemorar el Día Mundial del Médico de Familia. Esta campaña está dirigida especialmente a los jóvenes facultativos.

- Lanzamiento de la Campaña publicitaria del ICS (Institut Català de la Salut) para atraer a profesionales sanitarios (entre los que se encuentran los Médicos de Familia) en zonas rurales apartadas.

I+D+i

- Desarrollo de actividad científica, por parte del ICS a través de los nueve institutos de investigación integrados en los centros hospitalarios y de AP, apoyando cualquier línea de investigación relacionada con la AP de Girona. Su objetivo prioritario es el estudio conjunto de patologías de origen cardiovascular, centrandolo la atención en la enfermedad arteriosclerótica y sus factores de riesgo.

Comunidad Valenciana

Recursos Humanos

- Creación de 6.000 nuevas plazas estructurales de las que 1.613 plazas eran para AP, siendo 310 para médicos de familia, en Mayo de 2022.
- Convocatoria de una nueva OPE con plazas previstas para medicina de familia, en Noviembre de 2023.
- Puesta en marcha de incentivos para los profesionales que desarrollan su actividad en áreas de difícil cobertura, como una mejor puntuación en los baremos por los servicios prestados en estos puestos o el fomento de la progresión en la carrera profesional.

Capacidad de resolución

- Dotación de ecógrafos para la AP por valor de 6,1 millones de euros y 2.707 equipos tecnológicos destinados a la AP.

Empodera AP

- Campaña lanzada por la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria #Elige Medicina de Familia. No te defraudará, para estudiantes de medicina cercanos a la elección de la especialidad MIR.

Gobernanza

- En 2023 se creó la Dirección General de Atención Primaria con el objetivo de fortalecer la AP.

I+D+i

- Existencia del Instituto de Investigación Sanitaria que cuenta con un Grupo de Investigación de Atención Primaria que inicialmente estaba centrado en la investigación cardiometabólica, y desde abril de 2023, ha integrado nuevas líneas, como la del envejecimiento activo, las enfermedades hepáticas y la investigación en pediatría, y ha consolidado la investigación basada en Big Data.

Extremadura

Recursos Humanos

- Contratos de tres años e incentivos económicos y de formación para plazas de facultativos de difícil cobertura (27 médicos de familia).

Capacidad de resolución

- Instalación y puesta en marcha un nuevo laboratorio de bioquímica seca de última generación en el Centro de Salud de Valencia de Alcántara.

I+D+i

- Un estudio pionero analiza la salud de 8.000 extremeños durante 20 años siendo esta la mayor investigación realizada en AP en España. Esta investigación será dirigida por el Centro de Investigación Biomédica en Red del Instituto de Salud

La Rioja

Recursos Humanos

- Realización de OPEs de MFyC anuales con resolución en tiempo y forma con periodos competitivos respecto a otras CCAA. Como ejemplo, el 6 de Marzo se publicó la resolución del 29 de febrero de 2024, de la Dirección de Recursos Humanos de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud por la que se convocaban pruebas selectivas para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas de la categoría de Médico de Familia de Equipo en Atención Primaria en el Servicio Riojano de Salud, para su provisión por el turno libre, por el turno de promoción interna y por el cupo de reserva de personas discapacitadas, correspondientes a la oferta de empleo público del año 2023.
- Resolución de la OPE de estabilización según los plazos marcados por el Ministerio.
- Realización de concursos de traslados previos a OPE, considerando un aumento de plazas y reajustes de cupos de MFyC.
- Potenciación del concepto de difícil cobertura para retribuir las guardias en PAC, considerando conceptos como el volumen de trabajo, dispersión, etc.
- Apoyo a la falta de personal en épocas estivales con consultas de apoyo y con aumento de retribución.
- Fomento de la incorporación voluntaria de Médicos de Familia según normas estatales, como por ejemplo la jubilación activa.
- Fomento de la actividad complementaria y voluntaria en Médicos de Familia exentos de guardias mediante la realización de guardias.
- Implementación de programas de fidelización para los residentes de MFyC, computando su tiempo de residencia en su carrera profesional y con contrataciones de larga duración. Por ejemplo, en la promoción de 2024 permanecen en La Rioja más del 80% de los residentes formados en esta Comunidad Autónoma.

I+D+i

- Desde el 8 de marzo de 2016 los profesionales sanitarios de La Rioja cuentan con la Unidad de apoyo a la investigación de La Rioja (UNAIR), siendo esta un apoyo fundamental para la investigación en AP.

Comunidad de Madrid

Recursos Humanos

- Aprobación de los nuevos complementos salariales para los médicos de familia y pediatras de AP dotada con 30 millones de € y que beneficiará a más de 5.200 de estos profesionales sanitarios.
- Incentivación económica a los tutores a partir de 2024.

Capacidad de resolución

- Implantación de la ecografía en los Centros de Salud, que ya contaba con 450 aparatos diagnósticos, fijos de consola y ultra portátiles, empleados por los Médicos de Familia para resolver en su consulta distintas patologías. De estos equipos, 64 cuentan con sonda cardiológica para la exploración de pacientes con enfermedades cardiovasculares.
- Implementación de un programa piloto para agilizar la labor de los Médicos de Familia de AP, que consiste en pedir pruebas diagnósticas sin derivar al hospital.

Empodera AP

- Campaña ‘Tu Atención Primaria es lo primero’ para visibilizar los nuevos servicios del primer nivel de su sanidad pública

País Vasco

Recursos Humanos

- Puesta en marcha de un sistema de incorporación de nuevos Médicos de Familia en tres fases: contratos de más de seis meses; mixtos, en los que los profesionales combinan AP y ámbito hospitalario; y de corta duración. Ofrecimiento de salarios de 3.000 euros mensuales -más aún en el caso de los contratos mixtos al incluir guardias hospitalarias- y una parte importante de ellas en horario de mañana.
- Creación de 358 plazas estructurales en AP como medida de respuesta a la falta de profesionales, lo que constituye la mayor ampliación de plantilla estructural del Servicio Vasco de Salud de los últimos 20 años.
- Aprobación de un plan para retrasar la jubilación de facultativos hasta los 70 años y reclutamiento de manera rápida de Médicos de Familia y pediatras ya jubilados, en un contexto de casi 200 plazas sin cubrir y una importante cascada de jubilaciones en los próximos.

Análisis global

Tras la recopilación de las acciones realizadas en las diferentes CCAA, así como los debates generados tanto en las reuniones previas como en la mesa redonda celebrada en el C.N. de SEMERGEN el 5 de octubre en Bilbao, se han alcanzado una serie de conclusiones globales sobre las principales iniciativas puestas en marcha por las Comunidades en estos años en relación con los ámbitos que competen a las acciones prioritizadas dentro del PAACP, así como algunas conclusiones sobre las áreas que requieren un abordaje más en profundidad en los próximos años.

Recursos humanos

- Publicación de ofertas de empleo público
- Transformación de contratos de interinidad y/o temporales en indefinidos
- Acciones concretas para puestos de difícil cobertura
- Impulso a la carrera profesional en AP
- Incentivos para tutores

Análisis preliminar

La mayor parte de CCAA han puesto en marcha en estos años **Ofertas Públicas de Empleo** (OPEs) en las que se ha tratado de incrementar el número de plazas disponibles para Médicos de Familia así como otras categorías profesionales de AP. Sin embargo, en general el número de plazas ofertadas para Médicos de Familia sigue siendo inferior a las necesidades que presenta la actividad y la demanda asistencial, una situación que se ve agravada por la dificultad a la hora de cubrir plazas vacantes, por bajas o jubilaciones, así como por los problemas para dotar de estabilidad a los puestos de trabajo de contrato temporal para convertirlos en indefinidos.

Uno de los ámbitos que se ha convertido en estos años en una de las principales preocupaciones de los sistemas regionales de salud en el ámbito de la AP, es la dotación de Médicos de Familia en los **puestos de difícil cobertura**. Por ello, la mayor parte de las CCAA han puesto en marcha acciones dirigidas a atender esta necesidad. Entre estas acciones se pueden citar los trabajos expresamente dirigidos a la identificación de las plazas que cumplen con criterios de difícil cobertura; la puesta en marcha de campañas de comunicación dirigidas a tratar de hacer más atractiva la opción de trabajar en áreas no urbanas; la mejora de las condiciones laborales de quienes optan por una plaza de difícil cobertura bien a través de algún tipo de incentivo económico o de una mejora en la baremación en los puntos para optar a otras plazas; o la flexibilización de las condiciones para incorporar a médicos extracomunitarios en esas plazas que quedan desiertas.

En todo caso, la adopción de una política coordinada y consensuada entre las distintas Comunidades para hacer frente a este problema que, en mayor o menor medida, ya afecta a todas las autonomías, sigue siendo una tarea pendiente.

Conclusiones de las reuniones con CCAA

- Las OPEs han dejado de ser un mecanismo eficaz para estabilizar a los profesionales.
- Los movimientos de personal que generan las OPEs son difíciles de encajar en ciertos momentos como el verano o momentos de alta presión asistencial por el impacto que tiene en la actividad diaria de los centros. Hay que pensar opciones que permitan “fijar el médico al territorio”.
- La situación no parece que vaya a mejorar en el corto plazo, la especialidad de “Urgencias” va a ser una fuga de talento desde la AP hacia las urgencias hospitalarias.
- En los puestos de difícil cobertura debe definirse de manera homogénea qué es un puesto de difícil cobertura, porque no se encuentran sólo en el ámbito no urbano.
- Asimismo, deben incentivarse estas plazas con medidas integrales, que favorezcan la conciliación (por ejemplo, facilidades en materia de vivienda, volver al concepto de “la vivienda del médico”); proveer de guarderías para las parejas de médicos jóvenes o estudiar la aplicación de inventivos y/o desgravaciones fiscales específicas.
- Para todo ello, desde las CCAA se destaca la necesidad de flexibilizar la regulación de los RRHH, dadas las limitaciones que esta impone en materia de gestión de los profesionales sanitarios y la imposibilidad de aplicar algunas medidas que favorecerían la incentivación de determinadas plazas (baremación diferenciada por ejemplo). Las limitaciones que impone la regulación de la función pública impiden la puesta en marcha de medidas más efectivas.
- Respecto a la labor de ellos tutores de residentes se pone el foco en dos aspectos:
 - Falta de tiempo para dedicar a los residentes por la presión asistencial de AP
 - Necesidad de revisar el proceso de selección de tutores. En muchos casos los tutores son los primeros que contribuyen a la desilusión, y al *burn out* de los médicos residentes.

Capacidad de resolución

- Mejora del acceso a la indicación de procedimientos diagnósticos desde AP, para incrementar la capacidad resolutoria.

Otro de los puntos en los que se incide sobre cómo mejorar la capacidad de resolución en AP es el acceso a la indicación de pruebas exploratorias y diagnósticas. En estos años, siendo esta una de las líneas estratégicas del PAAPC **se ha avanzado especialmente en mejorar el acceso a pruebas como la ecografía u otras pruebas de diagnóstico por imagen**, así como en la digitalización y extensión de la telemedicina en AP. Sin embargo, entre las CCAA las **diferencias** encontradas son muy importantes, como también lo son **entre provincias o áreas de salud de una misma Comunidad**.

Conclusiones de las reuniones con CCAA

- La mejora de la capacidad de resolución debe pasar por la coordinación entre niveles asistenciales, superando y abandonando la confrontación entre ambos.

- Deben establecerse circuitos propios para AP, que controle y gestione directamente el médico de AP.
- Es necesario trabajar en la desmedicalización de determinadas tareas que pueden ser asumidas por otros perfiles profesionales.
- Se requiere estudiar opciones como la declaración responsable de enfermedad para la gestión de las bajas, que funciona de manera óptima en otros países.
- Por parte de los facultativos también se insiste en la necesidad de llevar a cabo acciones de información/formación a la población, que cada vez demanda mayor inmediatez. Es necesario incidir en la educación sanitaria de la población; cuándo se requiere de una visita médica y cuándo no, qué es urgente y qué no lo es, etc.

Orientación a la comunidad

- Desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de CCAA.

En general todas las CCAA cuentan con una Estrategia de Salud Comunitaria a nivel de CCAA.

Empodera AP

- Elaboración de una estrategia de comunicación crítica y veraz para poner en valor la AP.

De cara a mejorar la imagen, la reputación y fortalecer el atractivo de la labor de la AP, se han puesto en marcha en varias CCAA campañas de comunicación, promovidas, bien desde los propios Gobiernos autonómicos, como también desde los Colegios Oficiales de Médicos o desde las Sociedades Científicas.

Conclusiones de las reuniones con CCAA

- La medicina de familia debe recuperar su sitio.
- Existe un déficit de atención hacia la medicina de familia. Es indispensable implicar a las Universidades y a las facultades de Medicina. Debe existir una asignatura de medicina de familia que no existe en los planes actuales. Debe ser en la facultad donde se empieza a devolver el prestigio perdido a la medicina de familia. Es necesario que el médico en formación perciba que ser médico de familia es igual de importante que ser médico de cualquier otra especialidad. Los mensajes negativos en torno a la medicina de familia se empiezan a lanzar en la propia facultad.
- Otras de las necesidades que se apunta es incrementar el tiempo de rotación en el ámbito rural de los residentes de Familia. Para que pueda gustarles el ámbito rural deben conocerlo.
- Las campañas de comunicación deben dirigirse a los estudiantes de medicina especialmente. **La facultad es el ámbito clave en el que actuar** para cultivar vocaciones hacia la medicina de familia.
- También puede ayudar el hecho de dar visibilidad a la medicina de familia incorporando a estos profesionales a los puestos directivos.

Gobernanza en AP

- Definición e implementación de un modelo de gobernanza que permita la autonomía en la gestión clínica.

Conclusiones de las reuniones con CCAA

- En materia de gobernanza se reclama por parte de las CCAA la puesta en marcha de acciones valientes. El actual mapa sanitario estaba pensado para un contexto anterior, con unos condicionantes y una distribución poblacional diferente a la actual, con una disponibilidad de RRHH distintos a los actuales.
- En opinión de las CCAA urge una revisión y actualización de la Ley de Ordenación Sanitaria que dé lugar a un nuevo mapa sanitario.
- En este sentido, ya hay varias CCAA que están reorganizando sus actuales mapas sanitarios al contexto actual.
- Para la puesta en marcha de estas medidas urge un gran consenso entre administraciones.

I+D+i

- Establecer convocatorias competitivas y no competitivas específicas para AP que favorezcan el inicio de la investigación y tengan apoyo metodológico

Conclusiones de las reuniones con CCAA

- La investigación en el ámbito de la AP es un gran aliciente para atraer y retener talento hacia la especialidad.
- Los institutos de investigación deberían contar todos ellos con un referente para AP.
- Es importante pensar en que los Médicos de Familia también cuenten con tiempo en su jornada para dedicarlo a la investigación.

Nuevos retos, nuevas estrategias

A la vista del análisis efectuado, y de cara a establecer algunos de los puntos de partida para el nuevo Plan de Acción en AP para los años 2025-2027, se pueden establecer algunas áreas en las que la acción coordinada y liderada por las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad es fundamental para conseguir los cambios que la AP necesita para asegurar su capacidad de acción presente y futura.

La necesidad de mejorar la dotación de RRHH, especialmente facultativos, en AP va a seguir existiendo, pero para abordar esta problemática, las acciones a poner en marcha deben ir más allá de la convocatoria de ofertas públicas de empleo periódicamente. Para ello, deberá avanzarse en algunas líneas en la que en este análisis preliminar, pendiente de contrastar con los gestores autonómicos, sugiere una actuación insuficiente o al menos, de una forma no suficientemente eficaz.

Entre algunas de estas áreas que requerirían una mayor atención podrían destacarse:

- La puesta en marcha de planes integrales para la cobertura de las plazas de Médicos de Familia en puestos de difícil cobertura. Este plan integral debe contemplar medidas de alcance en distintos ámbitos, desplegarse de forma coordinada en todo el SNS y contar con la implicación y liderazgo del Ministerio de Sanidad, conjuntamente con las Consejerías de Sanidad.
- Desplegar de manera efectiva los incentivos a tutores de residentes en Medicina de Familia, no sólo con reconocimiento económico, sino también blindando tiempo en sus agendas para que puedan desarrollar su labor de manera efectiva.
- Desarrollar e implementar de manera real la cartera de servicios de AP, ampliando de manera equitativa, tanto el acceso a pruebas diagnósticas, como la indicación de las mismas, así como asegurar el desarrollo de las estrategias de Salud Comunitaria.
- Poner en marcha una gran campaña de comunicación de ámbito nacional, dirigida a devolver el prestigio a la Atención Primaria y la Medicina de Familia, para visibilizar y reconocer el valor de la labor que desempeñan los profesionales.
- Poner en marcha acciones coordinadas que mejoren la gobernanza en AP, poniendo en marcha mecanismos innovadores, eficaces y eficientes que redunden en una mejora de la capacidad de resolución.
- Apostar por incentivar el atractivo de la AP promoviendo, por ejemplo, el desarrollo de proyectos de investigación en este ámbito asistencial.