



 CES

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA REGIÓN DE MURCIA: SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA

colección
estudios53

**LA ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD EN LA REGIÓN DE
MURCIA: SITUACIÓN ACTUAL Y
PROPUESTAS DE MEJORA**

INFORME PARA EL CONSEJO ECONÓMICO Y
SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

Marzo de 2024

Autores

José María Abellán Perpiñán
Catedrático de Universidad, Universidad de Murcia

Fernando Ignacio Sánchez Martínez
Catedrático de Universidad, Universidad de Murcia

Jorge Eduardo Martínez Pérez
Profesor Titular de Universidad, Universidad de Murcia

Juan José Ruiz López
Doctorando en Economía de la Salud, Universidad de Murcia



La responsabilidad de las opiniones expresadas en las publicaciones editadas por el CES, incumbe exclusivamente a sus autores y su publicación no significa que el Consejo se identifique con las mismas.

Se autoriza la reproducción total o parcial de obra, citando su procedencia.

© Copyright. 2024.

Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.

Edita y distribuye:

Consejo Económico y Social de la Región de Murcia.

C/. Alcalde Gaspar de La Peña, 1 – 30004 Murcia.

www.cesmurcia.es

I.S.B.N.: 978-84-09-59116-9

D.L.: MU 229-2024

Diseño y maquetación: Compobell, S.L., Murcia.

ÍNDICE

Introducción	17
Capítulo 1. La Atención Primaria en el SNS	25
1.1. Marco normativo e institucional	25
1.2. Estado de salud y sus determinantes socioeconómicos	33
1.3. Población asignada	36
1.4. Gasto público en servicios primarios de salud	48
1.4.1. Gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud.....	48
1.4.2. Gasto sanitario de las Comunidades Autónomas.....	54
1.4.3. Gasto público en Atención Primaria en el SNS y en las CC.AA. .	64
1.5. Modelos de organización y gestión	72
1.6. Recursos estructurales	75
1.7. Recursos humanos.....	79
1.8. Calidad asistencial.....	89
1.8.1. La calidad asistencial y su medición en Atención Primaria	89
1.8.2. Indicadores de efectividad/adecuación	89
1.8.3. Indicadores de seguridad	95
1.8.4. Indicadores de experiencia del paciente y accesibilidad	103
1.9. Estrategias y planes de mejora de Atención Primaria estatales y au- tonómicos	112
1.9.1. Estrategias y planes de alcance estatal	113
1.9.2. Estrategias y planes de las Comunidades Autónomas.....	128
Capítulo 2. La Atención Primaria en la Región de Murcia	149
2.1. Marco normativo e institucional	149

2.2. Contexto socioeconómico y demográfico	152
2.3. Estado de salud y sus determinantes en la Región de Murcia	156
2.4. Población asignada al sistema público de salud en la C.A.R.M.	159
2.5. Gasto en servicios primarios de salud en la Región de Murcia.....	161
2.5.1. Gasto sanitario público en la Región de Murcia	161
2.5.2. Gasto público en Atención Primaria en Servicio Murciano de Salud.	169
2.6. Recursos estructurales.....	171
2.7. Recursos humanos.....	177
2.8. Calidad asistencial.....	188
2.8.1. Indicadores de efectividad/eficiencia	188
2.8.2. Indicadores de accesibilidad	201
2.8.3. Indicadores de calidad percibida.....	205
2.9. Una valoración de la Atención Primaria en la Región de Murcia, a la vista de las cifras comparadas.....	208
2.10. Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026	210
Capítulo 3. Debilidades, fortalezas y desafíos futuros de la Atención Primaria en la Región de Murcia	215
3.1. Metodología	215
3.2. Análisis cualitativo del contexto español y europeo.....	218
3.2.1. El contexto español.....	218
3.2.2. El contexto europeo	228
3.3. La opinión de las instituciones profesionales, científicas y de usuarios y pacientes	239
3.4. La opinión de los expertos en gestión.....	261
Capítulo 4. Propuestas de mejora.....	289
4.1. Planificación	289
4.1.1. Planificación estratégica	289
4.1.2. Ordenación sanitaria.....	292
4.1.3. Delimitación de zonas/plazas de difícil cobertura	294
4.2. Organización y gestión.....	296
4.2.1. Estatus jurídico administrativo del Servicio Murciano de Salud	297

4.2.2. Atención sanitaria y social integradas con perspectiva comunitaria.....	298
4.2.4. Gestión de la demanda con abordaje comunitario.....	302
4.2.3. Liderazgo, gestión clínica, capacidad resolutive y sostenibilidad de la Atención Primaria.....	305
4.3. Gasto y presupuestación.....	310
4.4. Recursos humanos.....	314
4.4.1. Planificación de necesidades de recursos humanos.....	315
4.4.2. Oferta de profesionales	318
4.4.3. Atracción y retención de profesionales.....	321
4.4.3. Competencias y roles	327
4.4.4. Modelo de gestión por competencias y carrera profesional..	328
4.5. Recursos estructurales, materiales y tecnológicos	330
4.6. Cartera de servicios y acuerdos de gestión	331
4.7. Una propuesta de priorización.....	335
Capítulo 5. Conclusiones	337
Capítulo 6. Listado de propuestas de mejora.....	363
Referencias.....	367
Apéndice 1. Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud en Atención Primaria en la Región de Murcia	375
Apéndice 2. Cuestionario dirigido a instituciones (sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones).....	377
Apéndice 3. Guión de la entrevista semiestructurada: grupo focal	387
Agradecimientos.....	393
Reseñas curriculares.....	395

ÍNDICES

TABLAS-GRÁFICOS-MAPAS

TABLAS

Tabla 1.	Ordenación sanitaria del territorio de las CC. AA. 2022.	29
Tabla 2.	Indicadores de estado de salud y hábitos de vida. Total nacional. 2003-2021.....	34
Tabla 3.	Indicadores de estado de salud y hábitos de vida por Comunidades Autónomas. 2020/2021.....	36
Tabla 4.	Población residente y población asignada. Total nacional. 2004-2021.....	38
Tabla 5.	Población residente y población asignada. Comunidades Autónomas, 2021.	39
Tabla 6.	Composición de la población asignada por grupos de edad (%). Total nacional. 2004-2021.....	40
Tabla 7.	Composición de la población asignada por grupos de edad (%). Comunidades Autónomas. 2021.....	41
Tabla 8.	Composición de la población asignada por grupos de edad (%). Comunidades Autónomas. 2004.....	44
Tabla 9.	Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Total SNS, 2004-2021.....	48
Tabla 10.	Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas. Total SNS, 2004-2021.....	49
Tabla 11.	Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales. Total SNS, 2004-2021.....	51
Tabla 12.	Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las distintas funciones asistenciales. Total SNS, 2004-2021.....	53
Tabla 13.	Estructura sectorial del gasto sanitario público consolidado. Porcentaje sobre el total de GSP. 2021.....	54

Tabla 14.	Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. CC.AA. 2021.....	55
Tabla 15.	Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas. CC.AA. 2021.....	60
Tabla 16.	Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales. CC.AA. 2021.....	61
Tabla 17.	Cambios en la composición del gasto sanitario público por funciones asistenciales. CC.AA. 2004-2021 (variación en puntos porcentuales).....	62
Tabla 18.	Contribuciones al crecimiento medio anual del gasto sanitario público de las distintas funciones asistenciales. CC.AA. 2004-2021.....	63
Tabla 19.	Gasto sanitario público en Atención Primaria. Millones de euros, participación en el GSP total, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Total SNS, 2004-2021.....	65
Tabla 20.	Composición del gasto público en servicios primarios de salud. Total SNS, 2004-2021.....	66
Tabla 21.	Gasto sanitario público en Atención Primaria. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. CC.AA. 2021.....	67
Tabla 22.	Composición del gasto público en servicios primarios de salud. CC.AA. 2021.....	72
Tabla 23.	Centros de salud y consultorios de Atención Primaria. Total SNS, 2004-2021.....	76
Tabla 24.	Centros de salud y consultorios de Atención Primaria. CC.AA. 2021.....	77
Tabla 25.	Ratio media de población asignada por centro de salud. CC.AA. 2004-2021.....	79
Tabla 26.	Profesionales de Atención Primaria. Personal sanitario por tipos. Total SNS. 2004-2021.....	80
Tabla 27.	Ratio de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). Total SNS. 2004-2021.....	82
Tabla 28.	Profesionales de Atención Primaria. Personal sanitario por tipos. CC.AA. 2021.....	83
Tabla 29.	Ratio de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). CC.AA. 2021.....	84
Tabla 30.	Control de Presión Arterial Sistólica y Presión Arterial Diastólica en pacientes con hipertensión arterial. CC.AA. 2017-2021. (% pacientes controlados sobre diagnosticados).....	90

Tabla 31.	Pacientes con diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada <7.5%. CC.AA. 2013-2021 (porcentaje)	92
Tabla 32.	Pacientes con fibrilación auricular anticoagulados de 65 y más años con INR entre 1,8 y 3,4. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje)....	93
Tabla 33.	Pacientes polimedcados de 75 y más años. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje)	95
Tabla 34.	Utilización de ácido acetilsalicílico en personas sin enfermedad cardiovascular. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje).	97
Tabla 35.	Utilización de antiinflamatorios no esteroideos en personas con enfermedad cardiovascular. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje).	98
Tabla 36.	Utilización de benzodiacepinas de vida media larga en personas de 65 y más años. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje).....	100
Tabla 37.	Utilización de hipolipemiantes en personas de 75 y más años sin enfermedad cardiovascular. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje)	102
Tabla 38.	Satisfacción media de los ciudadanos con la información recibida en la consulta del médico de familia sobre su problema de salud. CC.AA. 2013-2022 (porcentaje).....	105
Tabla 39.	Valoración positiva de la atención recibida en las consultas del médico de familia de la sanidad pública. CC.AA. 2013-2022 (porcentaje).	106
Tabla 40.	Participación en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento en Atención Primaria. CC.AA. 2013-2022 (porcentaje).....	108
Tabla 41.	Accesibilidad a Atención Primaria en 24-48 horas desde la solicitud de la cita. CC.AA. 2018, 2019, 2022 (porcentaje).....	109
Tabla 42.	Indicadores socioeconómicos y demográficos comparados. España-Región de Murcia. 2022.....	153
Tabla 43.	Indicadores de estado de salud y hábitos de vida. Región de Murcia. 2003-2021.....	157
Tabla 44.	Población residente y población asignada Región de Murcia. 2004-2021.....	160
Tabla 45.	Composición de la población asignada por grupos de edad. Región de Murcia. 2004-2021.....	161
Tabla 46.	Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Región de Murcia, 2004-2021.....	162
Tabla 47.	Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas. Región de Murcia, 2004-2021.	164

Tabla 48.	Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales. Región de Murcia, 2004-2021.....	165
Tabla 49.	Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las distintas funciones asistenciales. Región de Murcia. 2004-2021.....	167
Tabla 50.	Indicadores comparados de gasto sanitario de la Región de Murcia. 2021.....	168
Tabla 51.	Gasto sanitario público en Atención Primaria. Millones de euros, participación en el GSP total, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Región de Murcia, 2004-2021.....	169
Tabla 52.	Composición del gasto público en servicios primarios de salud. Región de Murcia, 2002-2021.....	170
Tabla 53.	Centros de salud y consultorios de Atención Primaria. Región de Murcia. 2004-2021.....	172
Tabla 54.	Centros de salud en la Región de Murcia por Áreas de Salud. 2004-2021.....	175
Tabla 55.	Consultorios locales en la Región de Murcia por Áreas de Salud. 2004-2021.....	176
Tabla 56.	Profesionales de Atención Primaria. Personal sanitario por tipos. Región de Murcia, 2004-2021.....	178
Tabla 57.	Ratio de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). Región de Murcia. 2004-2021.....	180
Tabla 58.	Ratio de profesionales sanitarios por tipos y por Áreas de Salud (población asignada por profesional). Región de Murcia. 2021.	181
Tabla 59.	Pacientes hipertensos con control adecuado de tensión arterial (%). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2016-2019.....	189
Tabla 60.	Pacientes diabéticos con hemoglobina glicosilada menor o igual a 7%. Áreas de Salud. Región de Murcia. 2016-2019.....	190
Tabla 61.	Uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día (DHD).....	192
Tabla 62.	Uso de Inhibidores de la bomba de protones (IBP). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día (DHD).....	194
Tabla 63.	Uso de benzodiazepinas en Atención Primaria. Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día (DHD).....	194

Tabla 64.	Antibióticos sistémicos prescritos en Atención Primaria. Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día (DHD)	196
Tabla 65.	Antihipertensivos de elección prescritos en primaria (% sobre total de medicamentos prescritos). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019.....	198
Tabla 66.	Antidepresivos (ISRS) de elección prescritos en primaria (% sobre total de medicamentos prescritos). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019.	199
Tabla 67.	Hipolipemiantes de elección prescritos en primaria (%). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019.	199
Tabla 68.	Cobertura de vacunación frente al meningococo (porcentaje). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019.....	201
Tabla 69.	Cobertura de vacunación frente al Virus de Papiloma Humano (porcentaje). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019. ...	203
Tabla 70.	Cobertura de vacunación antigripal (% sobre población de 60 y más años). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2016-2019. ...	204
Tabla 71.	Atención Primaria. Satisfacción global (entre 0 y 10).....	205
Tabla 72.	Atención Primaria. Fidelización (porcentaje).	206
Tabla 73.	Atención Primaria. Recomendación de la consulta (porcentaje).	207
Tabla 74.	Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026: ejes estratégicos, líneas de actuación y número de acciones.	212
Tabla 75.	Inversiones en infraestructuras previstas en la EMAP 2023-2026 (euros).....	213
Tabla 76.	Acciones de recursos humanos previstas en la EMAP 2023-2026.	213
Tabla 77.	Porcentaje de encuestados (profesionales con responsabilidades de gestión en Atención Primaria) que opinan que falta alguno de los siguientes perfiles profesionales para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria	226
Tabla 78.	Estudios de casos seleccionados.....	230
Tabla 79.	Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta <i>online</i>	244
Tabla 79.	Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta <i>online</i> (continuación)..	245

Tabla 79.	Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta <i>online</i> (continuación)..	246
Tabla 79.	Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta <i>online</i> (continuación)..	247
Tabla 79.	Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta <i>online</i> (continuación)..	248
Tabla 79.	Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta <i>online</i> (continuación)..	249
Tabla 79.	Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta <i>online</i> (continuación)..	250
Tabla 80.	Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia.	252
Tabla 80.	Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)	253
Tabla 80.	Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)	254
Tabla 80.	Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)	255
Tabla 80.	Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)	256
Tabla 80.	Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)	257
Tabla 80.	Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)	258

GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas. Total SNS, 2004 y 2021.	50
Gráfico 2.	Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales. Total SNS, 2004 y 2021.	52
Gráfico 3.	Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las funciones asistenciales. Total SNS, 2004-2021. (puntos porcentuales).....	53
Gráfico 4.	Gasto sanitario en euros por persona protegida. CC.AA. 2004 y 2021.	59
Gráfico 5.	Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las funciones asistenciales. CC.AA. 2004-2021. (puntos porcentuales).....	64
Gráfico 6.	Gasto en Atención Primaria en euros por persona protegida. CC.AA. 2004 y 2021.....	69
Gráfico 7.	Evolución del número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria. Total SNS, 2004-2021. Tasas anuales de variación (%).	76
Gráfico 8.	Evolución del número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria. Total CC.AA., 2004-2021. Tasas de variación (%).	78
Gráfico 9.	Evolución del número de profesionales de Atención Primaria. Total SNS, 2004-2021. Tasas anuales de variación (%).	81
Gráfico 10.	Evolución de las ratios de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). Total SNS. 2004-2021.....	82
Gráfico 11.	Composición por tipos del personal sanitario de Atención Primaria. CC.AA. 2021.....	84
Gráfico 12.	Indicadores de efectividad/adecuación. Región de Murcia vs. España (SNS*=100). 2021.....	94
Gráfico 13.	Indicadores de seguridad. Región de Murcia vs. España (SNS=100). 2021.	103
Gráfico 14.	Indicadores de experiencia y accesibilidad. Región de Murcia vs. España (SNS=100). 2022.	111
Gráfico 15.	Pirámides poblacionales de España y la Región de Murcia 2021.	154
Gráfico 16.	Situación relativa de la Región de Murcia en indicadores de salud y hábitos de vida, respecto al total nacional. 2021.	159

Gráfico 17.	Gasto sanitario público en % sobre el PIB y en euros por habitante. Región de Murcia. 202-2021.	163
Gráfico 18.	Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas. Región de Murcia, 2004 y 2021.	164
Gráfico 19.	Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales. Región de Murcia, 2004 y 2021.	166
Gráfico 20.	Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las distintas funciones asistenciales. Región de Murcia, 2002-2021 .	168
Gráfico 21.	Evolución del número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud, 2004-2021. Tasas anuales de variación (%).....	172
Gráfico 22.	Evolución del número de profesionales de Atención Primaria. Región de Murcia, 2004-2021. Tasas anuales de variación (%).	179
Gráfico 23.	Evolución de las ratios de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). Región de Murcia. 2004-2021.....	180
Gráfico 24.	Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2010-2021.	186
Gráfico 25.	Ratio de pediatras (población asignada por profesional). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2010-2021.....	187
Gráfico 26.	Ratio de enfermeras (población asignada por profesional). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2010-2021.....	187
Gráfico 27.	Indicadores de control de la tensión arterial y la diabetes. Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019 (SMS=100).	191
Gráfico 28.	Indicadores de prescripción. Área VI, Área IX y SMS (=100). Región de Murcia. 2019.....	197
Gráfico 29.	Prescripción de medicamentos de elección (%): antihipertensivos, antidepresivos (ISRS) e hipolipemiantes. Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.	200
Gráfico 30.	Cobertura de vacunación frente a meningococo y gripe (%). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.	204
Gráfico 31.	Indicadores de calidad percibida: satisfacción (0-10), fidelización (%) y recomendación de consulta (%). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.....	208
Gráfico 32.	Priorización de los cinco ejes estratégicos de la EMPAP según los participantes en el cuestionario online.....	260

MAPAS

Mapa 1.	Participación de la población entre 0 y 14 años en la población asignada total de las CC.AA. 2021.....	42
Mapa 2.	Participación de la población mayor de 65 años en la población asignada total de las CC.AA. 2021.....	43
Mapa 3.	Participación de la población entre 0 y 14 años en la población asignada total de las CC.AA. 2004.....	45
Mapa 4.	Participación de la población mayor de 65 años en la población asignada total de las CC.AA. 2004.....	45
Mapa 5.	Evolución de la participación de la población entre 0 y 14 años en la población asignada total de las CC.AA. Variación 2004-2021 (puntos porcentuales).....	46
Mapa 6.	Evolución de la participación de la población mayor de 65 años en la población asignada total de las CC.AA. Variación 2004-2021 (puntos porcentuales).	47
Mapa 7.	Gasto sanitario en porcentaje del PIB. CC.AA. 2021.	57
Mapa 8.	Gasto sanitario en euros por persona protegida. CC.AA. 2021.	57
Mapa 9.	Gasto sanitario en porcentaje del PIB. CC.AA. 2004.	58
Mapa 10.	Gasto sanitario en euros por persona protegida. CC.AA. 2004.	58
Mapa 11.	Gasto en Atención Primaria en euros por persona protegida. CC.AA. 2021.....	68
Mapa 12.	Gasto en Atención Primaria en euros por persona protegida. CC.AA. 2004.....	69
Mapa 13.	Participación del gasto en servicios primarios de salud en el total de gasto sanitario de las CC.AA. 2021.....	70
Mapa 14.	Participación del gasto en servicios primarios de salud en el total de gasto sanitario de las CC.AA. Variación (puntos porcentuales) 2004-2021.	71
Mapa 15.	Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional). CC.AA. 2021.....	85
Mapa 16.	Ratio de pediatras (población asignada por profesional). CC.AA. 2021.....	86
Mapa 17.	Ratio de enfermeras (población asignada por profesional). CC.AA. 2021.....	86
Mapa 18.	Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional). CC.AA. Variación % 2004-2021.....	87
Mapa 19.	Ratio de pediatras (población asignada por profesional). CC.AA. Variación % 2004-2021.....	88

Mapa 20.	Ratio de enfermeras (población asignada por profesional). CC.AA. Variación % 2004-2021.....	88
Mapa 21.	Control de la presión arterial en pacientes con hipertensión. CC.AA. 2021.....	91
Mapa 22.	Utilización de benzodicepinas de vida media larga en personas de 65 años y más. CC.AA. 2021.	101
Mapa 23.	Valoración positiva de la atención recibida en las consultas del médico de familia. CC.AA. 2022.	107
Mapa 24.	Accesibilidad a Atención Primaria en 24-48 horas desde la solicitud de la cita. CC.AA. 2022.....	110
Mapa 25.	Centros de salud en la Región de Murcia, por Área de salud. 2021	173
Mapa 26.	Centros de salud en la Región de Murcia, por Área de salud. 2010.	174
Mapa 27.	Consultorios locales en la Región de Murcia, por Área de salud. 2021.....	175
Mapa 28.	Consultorios locales en la Región de Murcia, por Área de salud. 2010.....	176
Mapa 29.	Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2021.....	182
Mapa 30.	Ratio de pediatras (población asignada por profesional). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2021.	182
Mapa 31.	Ratio de enfermeras (población asignada por profesional). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2021.	183
Mapa 32.	Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional). Áreas de Salud. Región de Murcia. Variación % 2010-2021	183
Mapa 33.	Ratio de pediatras (población asignada por profesional). Áreas de Salud. Región de Murcia. Variación % 2010-2021.	184
Mapa 34.	Ratio de enfermeras (población asignada por profesional). Áreas de Salud. Región de Murcia. Variación % 2010-2021.	185
Mapa 35.	Control de presión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión. Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.....	190
Mapa 36.	Utilización de benzodicepinas. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día (DHD). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019	195
Mapa 37.	Cobertura de vacunación frente a meningococo (%). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.....	202

INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista individual, la salud —la buena salud— es un componente básico del bienestar humano. Desde un punto de vista social, la salud es, además, esencial para el desarrollo sostenible de los países, y así se recoge en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aprobados en 2015 por la Asamblea General de Naciones Unidas, cuyo punto tercero es “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades*”.¹

Garantizar la salud de las personas, evitando muertes prematuras y prevenibles, así como mejorando la calidad de vida de la población, requiere de medidas de dispar naturaleza, puestas en práctica en muy diferentes ámbitos, desde la seguridad vial hasta la promoción de hábitos de vida saludables, pasando por la mejora del entorno en el que se desenvuelven las vidas de los ciudadanos (calidad del aire, del agua, condiciones laborales y de vivienda, etc.).

El sistema sanitario constituye, evidentemente, una herramienta clave en el logro del objetivo de procurar una vida sana a la población, no ya solo por su actividad principal consistente en tratar las patologías agudas y crónicas, haciendo uso del arsenal de tecnologías sanitarias disponibles (medicamentos, vacunas, tratamientos no farmacológicos, técnicas quirúrgicas, etc.), sino también por su potencial para incidir en el ámbito de la prevención de los problemas de salud, a través de la promoción de hábitos saludables (dieta adecuada, ejercicio físico, cesación tabáquica, ...).

Esta función de promoción, prevención y educación para la salud encuentra su espacio natural dentro de los sistemas sanitarios en la Atención Primaria de Salud (APS). Parafraseando la definición recogida en la declaración de Alma-Ata²,

1 United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>).

2 Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. (versión en castellano disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).

la APS constituye la función central y el núcleo principal del sistema nacional de salud, representando el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, y siendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Entre las actividades que comprende la APS, según la citada declaración de 1978, se encuentran: la educación sobre problemas de salud y sobre los métodos para su prevención, la promoción de una nutrición apropiada, la asistencia materno-infantil, incluida la planificación de la familia, la inmunización frente a enfermedades infecciosas, el tratamiento de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.

En octubre de 2018, con ocasión del 40 aniversario de la declaración de Alma-Ata, tuvo lugar en Astaná, una nueva Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, de la que resultó una declaración³ que renovaba el compromiso de los participantes con los valores y principios de su predecesora; en particular, en lo referido a la justicia y la solidaridad, subrayando la importancia de la salud para la paz, la seguridad y el desarrollo socioeconómico. La declaración de Astaná identifica el fortalecimiento de la APS como el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y afirma que la APS es la “piedra angular” de los sistemas de salud orientados hacia la cobertura universal y el logro de los ODS relacionados con la salud.

Los 193 países firmantes de la Declaración de Astaná se comprometieron a extender la APS como pilar de la cobertura sanitaria universal, garantizando la continuidad y la atención y la prestación de servicios de salud esenciales, y asignando debidamente recursos humanos y materiales. Así mismo, se asumió el compromiso de invertir en APS, reforzando su capacidad y sus infraestructuras, y el objetivo de priorizar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Son dimensiones clave de los compromisos adquiridos la accesibilidad, la equidad, la seguridad, la calidad y la eficiencia de la APS, además de su continuidad y carácter integral. Y, finalmente, se identifican como factores de éxito de la APS el desarrollo de conocimientos y capacidades, una adecuada planificación de los recursos humanos, el avance en el desarrollo y aplicación de nuevas tecnologías, y una adecuada financiación.

3 Declaración de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Astaná, Kazajstan, 25-26 October 2018. (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>)

En España, la Ley General de Sanidad⁴, en su artículo 18.2, atribuye a las Administraciones Públicas la “atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.” A tal fin se dispone más de 3.000 centros de salud en el territorio nacional, que, como centros integrales de Atención Primaria, desarrollan sus actividades en el ámbito de las Zonas Básicas de Salud. En estos centros de salud actúan los profesionales que componen los Equipos de Atención Primaria en el desarrollo de una APS coordinada, integral, permanente y continuada. Se añaden a estos centros integrales los más de 10.000 consultorios radicados en localidades en las que no existe un centro de salud, que atienden al objetivo de acercar lo más posible los servicios primarios de salud a la población.

Pese a que la APS suele considerarse el eje central del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo cierto es que su dotación presupuestaria no se ha correspondido precisamente con ese rol protagonista en el sistema. En los últimos veinte años —ya con las competencias en asistencia sanitaria transferidas a todas las Comunidades Autónomas—, la participación del gasto en APS sobre el gasto sanitario público (GSP) total en España se ha movido en un estrecho intervalo: entre el 14,1% y el 15,4%. Además, todos los años en los que el peso del gasto en primaria superó el 15% pertenecen a la primera década de ese periodo: entre 2002 y 2011; desde entonces, la cifra de gasto público en APS nunca ha vuelto a alcanzar el valor registrado en 2011 (14,8%), que ya era el más bajo desde 2002. En ese mismo periodo de tiempo el gasto público en atención hospitalaria y especializada ha ganado 9 puntos porcentuales en la estructura del GSP, desde el mínimo registrado en 2002 (52,6%) hasta el 61,6% de 2021, habiendo superado el 62% en 5 de los 7 últimos años con información disponible. Resulta paradójico que, siendo la APS el “eje sobre el que pivota la red integrada de servicios de salud”, tal y como se asume en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria⁵, su financiación haya sido históricamente tan exigua y esté, además, perdiendo cuota, año tras año, en los presupuestos sanitarios a favor del nivel de atención especializada y hospitalaria.

La crisis económica de 2008 y las subsiguientes políticas de austeridad adoptadas a partir de 2010 debilitaron el SNS, en general, y los servicios primarios de salud, en particular, comprometiendo su capacidad para hacer frente a unas necesidades y unas demandas crecientes y cambiantes, asociadas a factores

4 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº. 102, de 29/04/1986.

5 Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 10 de abril de 2019 y publicado mediante Resolución del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de 26 de abril de 2019 (BOE nº 109 de 07/05/2019). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf.

de muy diversa índole, como el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad o el surgimiento de unas cohortes de pacientes cada vez más informados. La crisis desencadenada por la pandemia de COVID-19 no hizo sino agravar y poner aún más en evidencia algunos de estos problemas ya identificados en el Marco Estratégico de 2019. Durante el periodo de pandemia, la APS en España desempeñó un papel clave en la respuesta a la crisis, colaborando con los equipos de salud pública en la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico, el seguimiento de los contactos y el manejo de los casos más leves; al margen de otros puramente administrativos, como la tramitación de las incapacidades laborales de las personas en aislamiento y cuarentena. Como se señala en el Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023 del Consejo Interterritorial del SNS⁶, todo ello hizo evidente la necesidad de fortalecer la APS y de dotar de recursos económicos suficientes a determinadas líneas identificadas como prioritarias en el Marco Estratégico. En términos semejantes se expresan los autores del reciente informe de evaluación del desempeño del SNS español frente a la pandemia de COVID-19.⁷ Así, en el capítulo de recomendaciones para afrontar futuras pandemias se enfatiza la necesidad de: “Reorientar la atención primaria hacia lo importante y fortalecerla”. La práctica totalidad de las prescripciones incluidas en el informe bajo esa recomendación se desarrollarán a lo largo de esta monografía.

El diagnóstico acerca de las principales debilidades de la APS en nuestro país y las medidas de reforma necesarias para tratar de paliarlas gozan de un cierto consenso entre los diferentes actores del sistema: las administraciones sanitarias (en sus diferentes niveles), los profesionales, los pacientes y la ciudadanía, en general. La APS necesita más recursos financieros que frenen su progresiva pérdida de relevancia, en comparación con la voracidad presupuestaria de la atención especializada y hospitalaria. Esta mayor dotación de recursos es un prerequisite para la puesta en práctica de las reformas que hagan frente al resto de carencias y problemas actuales de la APS. Entre ellos, uno principal, como es la escasez relativa de profesionales y la ausencia de unas condiciones laborales adecuadas en las plantillas de Atención Primaria, lastradas por una excesiva temporalidad y una creciente precariedad laboral.

6 Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Acuerdo de 15 de diciembre de 2021 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primary.pdf).

7 Hervada et al. (2023). Evaluacovid-19. Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19. Lecciones de y para una pandemia. Madrid, 30 de abril de 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/EVALUACION_DEL_DESEMPEÑO_DEL_SNS_ESPAÑOL_FRENTE_A_LA_PANDEMIA_DE_COVID-19.pdf

Existen otros retos en la APS que no dependen —o no solo— de una mayor disponibilidad de recursos, entre los que cabe citar su insuficiente capacidad de resolución, la indefinición de los roles profesionales —y las ineficiencias organizativas y de gestión que ello conlleva—, los problemas de calidad asistencial —en ocasiones, debidos a carencias en formación específica—, o la necesidad de una mayor orientación de sus actuaciones hacia la prevención, la promoción y la atención comunitaria. La mejora de los sistemas de información y digitalización, o la actualización y ampliación de la cartera de servicios son, así mismo, cuestiones pendientes que requieren de más financiación, pero también de cambios organizativos y decisión política.

Sobre todas estas cuestiones citadas sobrevuelan, por último, objetivos más generales o “estratégicos”, como la atribución efectiva a la APS de su condición de eje vertebrador del sistema de salud, el refuerzo de la gobernanza y del modelo de dirección y liderazgo de la APS, y la adaptación de la APS a un entorno sociodemográfico que evoluciona y a las nuevas demandas de una sociedad más informada.

El sistema público de salud de la Región de Murcia y su nivel de Atención Primaria no son ajenos, antes al contrario, a los problemas y retos mencionados hasta el momento. Los llamados “determinantes sociales de la salud” presentan en la Región de Murcia un perfil significativamente peor que en el conjunto del país. La nuestra es una comunidad más pobre que la media (un 17 % menos que la media nacional de PIB por habitante) y su población presenta un nivel educativo bajo, en términos relativos (mayor porcentaje de adultos sin haber completado estudios primarios y menor porcentaje de población con estudios superiores). La región ocupa el segundo lugar en porcentaje de población fumadora y el primer lugar en prevalencia de obesidad. Estos datos sugieren unas mayores necesidades relativas en lo que atañe a la función “compensatoria” que la APS ha de llevar a cabo en términos de prevención y promoción de la salud.

La Región de Murcia presenta, además, como se ha puesto de manifiesto en informes previos del propio Consejo Económico y Social, un déficit de financiación crónico que la sitúa históricamente y de manera sistemática como una de las comunidades peor tratadas por el sistema de financiación autonómica. Este hecho que, a priori, cabe considerar como una rémora para el desarrollo de una política sanitaria capaz de atender las necesidades de la población en condiciones de igualdad con otros territorios del estado, no ha sido, sin embargo, óbice para que la región se haya situado en los últimos años entre las comunidades que más gastan en asistencia sanitaria por habitante. La Región de Murcia ocupa,

según los últimos datos de GSP publicados en 2021, el sexto lugar en gasto sanitario por persona protegida, y es la tercera en la que más ha aumentado el gasto entre 2004 y 2021.

El Servicio Murciano de Salud (SMS) cuenta con 85 centros de salud y unos 180 consultorios locales para la provisión de los servicios primarios de salud, y las plantillas de profesionales de primaria en la región presentan algunas carencias en términos relativos, en particular en el caso de medicina de familia y enfermería, no así en el caso de pediatría. El gasto que el SMS destina a Atención Primaria por habitante se sitúa ligeramente por encima de la media, pese a que la importancia relativa del gasto en APS en el gasto total es menor en el SMS que en el conjunto de servicios de salud autonómicos. Con estos recursos, sin embargo, la APS en la región no parece ser capaz de alcanzar resultados que nos aproximen a la media del país si atendemos a determinados indicadores de calidad asistencial, como el control de pacientes hipertensos y diabéticos o los relacionados con unas prácticas adecuadas (y seguras) de prescripción de fármacos en primaria.

Existe, pues, un amplio margen para la mejora de la Atención Primaria en la Región de Murcia, que la aproxime a los niveles de efectividad y eficiencia del conjunto del sistema sanitario español, ya de por sí necesitado de reformas que mejoren su desempeño. A esto se añaden las importantes desigualdades intrarregionales, tanto en términos de dotación de recursos humanos y materiales, como en términos de resultados en salud, de los cuales los indicadores de calidad asistencial representan una evidencia indirecta. Hace apenas unos meses, en marzo de 2023, el Gobierno Regional aprobó su Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026⁸, una iniciativa estructurada en 5 ejes estratégicos, 19 líneas de actuación y 128 acciones. La estrategia prevé inversiones en infraestructuras, así como la ampliación de las plantillas en más de 500 profesionales en los cuatro años que conforman su horizonte temporal, además de una serie de acciones orientadas a “dar respuesta a las necesidades actuales y futuras de la Atención Primaria a través del abordaje de los retos planteados por la propia demanda asistencial, la transformación del modelo de atención, la valorización de la actividad desarrollada y el aprovechamiento de las oportunidades derivadas del marco estratégico existente”. Habrá que esperar para ver si el desarrollo de la EMAP cumple con las expectativas que plantea y, lo que es más importante, si su plan de seguimiento hace posible la medición de los resultados de las diferentes acciones y su posterior evaluación.

8 https://www.murciasalud.es/documents/20124/5051267/Estrategia_de_Mejora_de_Atencion Primaria-EMAP_2023-2026.pdf/2428ceb1-d184-4ff4-98e9-6145919fec59?t=1678709574083.

Este informe pretende, en primer lugar, ofrecer un análisis descriptivo, a modo de diagnóstico, de la situación de la Atención Primaria en la Región de Murcia, atendiendo al contexto demográfico, socioeconómico y presupuestario, en perspectiva comparada con el resto de Comunidades Autónomas. En segundo lugar, partiendo de este diagnóstico, se persigue identificar las principales debilidades del modelo de Atención Primaria regional para, a continuación, formular propuestas de reforma y rediseño del modelo vigente, orientadas a mejorar sus resultados, en términos de calidad asistencial y satisfacción de los usuarios, así como su eficiencia.

A tal fin, en el capítulo 1 se aborda un análisis general de la APS en el conjunto del SNS y de los diecisiete servicios regionales de salud que lo integran. En este estudio descriptivo de la asistencia sanitaria en España y en sus Comunidades Autónomas se examinarán aspectos como el marco normativo e institucional de la sanidad en España, el estado de salud y sus determinantes socioeconómicos, el gasto público en sanidad, en general, y en Atención Primaria, en particular, los modelos de organización y gestión, los recursos humanos y materiales, algunos indicadores de calidad asistencial relacionados con la APS y, finalmente, se revisarán las estrategias y planes de mejora aprobados a escala nacional y en cada una de las Comunidades Autónomas del país.

El capítulo 2 reproduce el esquema anterior, aplicado esta vez al sistema sanitario en la Región de Murcia. Tras la presentación del marco normativo e institucional, se abordará el contexto socioeconómico y demográfico regional, la evolución de los determinantes de la salud en la región, la población asignada a la APS y su composición, el gasto en servicios primarios de salud en el contexto del GSP total regional, los recursos estructurales, las plantillas de profesionales y ciertos indicadores de calidad asistencial. Concluye este capítulo con una breve descripción de la EMAP 2023-2026.

El capítulo 3 evalúa las debilidades, fortalezas y retos futuros de la APS en la Región de Murcia, comenzando por un análisis cualitativo de los contextos español e internacional (europeo). Seguidamente se presentan los resultados de dos procesos de recogida de opiniones acerca del estado de la APS en la región y de las posibles medidas para su mejora: uno dirigido a instituciones y asociaciones de ámbito regional directamente concernidas por esta cuestión (sociedades, colegios profesionales, organizaciones sindicales, asociaciones de usuarios y consumidores); y otro enfocado en profesionales con acreditada experiencia en la gestión sanitaria dentro del sistema de salud murciano.

Finalmente, basándonos en las evidencias de índole cuantitativo que resultan de los análisis presentados en los capítulos 1 y 2, así como en los resultados del enfoque cualitativo que se aborda en el capítulo 3, en el cuarto capítulo se

presentan de manera sistemática una serie de propuestas de mejora agrupadas en distintos ámbitos o áreas de actuación: planificación, organización y gestión, gasto y presupuestación, recursos humanos, recursos estructurales, materiales y tecnológicos, y cartera de servicios y acuerdos de gestión. El informe se cierra con un capítulo de conclusiones en el que se resumen los principales resultados del estudio, seguido por la relación de todas las propuestas de mejora descritas en el capítulo 4.

CAPÍTULO 1

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SNS

1.1. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CC. AA.), que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Si bien, como es notorio, la gestión de las prestaciones sanitarias está ampliamente descentralizada, siendo responsables las CC. AA. en el año 2021 del 92,1% del gasto sanitario público consolidado del conjunto de las administraciones públicas (AA. PP.)⁹, la administración central es la responsable de sentar las bases normativas básicas que permiten hacer efectivo el derecho constitucional (artículo 43) a la protección de la salud.

La legislación básica estatal que regula el conjunto de acciones conducentes a garantizar el ejercicio del mencionado derecho son las siguientes:

- Ley General de Sanidad (1986).¹⁰
- Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003).¹¹

9 Último año, 2021, para el que la Estadística de Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad, estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional, ofrece información sobre gasto sanitario público en España: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

10 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986.

11 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003.

- Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006, 2015).¹²
- Ley General de Salud Pública (2011).¹³
- Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012).¹⁴
- Real Decreto-Ley sobre acceso universal al Sistema Nacional de Salud (2018).¹⁵

Una vez establecido el marco normativo de referencia en materia sanitaria para el conjunto del territorio nacional, abordaremos a continuación la regulación de varios de los aspectos fundamentales de la Atención Primaria en el seno del SNS.

Comenzando por la ordenación sanitaria, la Ley General de Sanidad establece en su artículo 56.1 que “Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas *Áreas de Salud*, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta Ley se establecen, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral”.¹⁶ Las Áreas de Salud son definidas a continuación (art. 56.2) como “las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos”. Asimismo, la Ley General de Sanidad establece (art. 56.4) los factores esenciales a tener en cuenta para delimitar estas estructuras fundamentales del sistema sanitario, a saber: “factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área”. Establece además (art. 65.1) que “cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud”.

Los nueve criterios enunciados son utilizados por todas las CC. AA. para delimitar territorialmente las Áreas de Salud, aunque algunas de ellas han legislado, de modo complementario a la norma estatal, especificando criterios

¹² Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 177, de 25 de julio de 2015.

¹³ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011.

¹⁴ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012.

¹⁵ Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 183, de 30 de julio de 2018.

¹⁶ La cursiva es nuestra.

adicionales. Así, por ejemplo, en Cataluña, mediante orden de la persona titular del Departamento de Salud, se podrán establecer agrupaciones de sectores sanitarios limítrofes y, en su caso, se podrán disolver. También se faculta a la persona titular del Departamento de Salud a adaptar la delimitación de los sectores sanitarios, mediante orden, al contenido de los sucesivos planes de salud de Cataluña.¹⁷ En Extremadura actuarán como criterios complementarios en la delimitación, los recursos existentes en las diversas zonas, así como la comarcalización existente o que fuese establecida por la Administración de la comunidad autónoma.¹⁸ La Comunidad Valenciana establece la máxima integración de los recursos asistenciales como criterio complementario para prestar una asistencia sanitaria y sociosanitaria ágil, dinámica, eficaz y sin barreras.¹⁹ En Cantabria las Áreas de Salud se adaptaron a las fuentes estadísticas que proporcionan los datos poblacionales, considerando los distritos y secciones censales como unidades mínimas de población.²⁰ En esta misma línea, Castilla-La Mancha precisa que el número de habitantes de las Áreas de Salud estará comprendido en general entre 5.000 y 25.000, pudiendo ser inferior a 5.000 en zonas rurales con gran dispersión.²¹ Por último, tanto Galicia²² como País Vasco²³ contemplan la delimitación de las Áreas de Salud atendiendo a criterios de accesibilidad.

A su vez, estas estructuras fundamentales pueden fragmentarse en divisiones menores, según cada territorio, hasta conformar Zonas Básicas de Salud. Así lo contempla el artículo 62.1 de la Ley General de Sanidad, con el objeto de “conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario” y, más detalladamente, el Real Decreto 137/1984 que en su primer artículo²⁴ las define como “la demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines”. Los criterios previstos en esta última

17 Decreto 10/2013, de 3 de enero, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 6287, de 7 de enero de 2013.

18 Decreto 180/2017, de 31 de octubre, por el que se modifica el Decreto 166/2005, de 5 de julio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE núm. 212, de 6 de noviembre de 2017.

19 Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. BOE núm. 35, de 10 de febrero de 2015.

20 Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria. BOC núm. 68, de 7 de abril de 2011.

21 Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. BOE núm. 50, de 27 de febrero de 2001.

22 Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. BOE núm. 202, de 21 de agosto de 2008.

23 Decreto 59/2003, de 11 de marzo, por el que se determinan las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi. BOPV núm. 2189, de 10 de abril de 2003.

24 Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27, de 1 de febrero de 1984.

norma (art. 62.2) para delimitar el marco territorial que abarcará cada Zona Básica de Salud²⁵ serán demográficos, geográficos y sociales, precisando que el volumen de población a atender en cada una de ellas oscilará, por lo general, entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano.²⁶ Asimismo (art. 1.3): “La Zona Básica de Salud delimita una Zona Médica, y está constituida por un solo Partido Médico, sin separación en distritos. Cuando la Zona de Salud esté constituida por varios municipios se fijará un municipio-cabecera cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicará el Centro de Salud.”

Nuevamente en este caso, también hay diferencias entre los criterios complementarios definidos en las distintas CC. AA. Así, por ejemplo, en Aragón se estipula un tiempo máximo de desplazamiento para acceder a los centros de Atención Primaria siempre inferior a 30 minutos. En Cantabria y Castilla-La Mancha tienen preponderancia los criterios de dispersión y concentración de la población. En Castilla y León se enuncia una amplia variedad de criterios, entre ellos, socioeconómicos, laborales, epidemiológicos y culturales. En la Región de Murcia también se establecen diferentes factores de esa índole, tal y como se sigue del artículo 19.2 de la Ley 4/94 de Salud de la Región de Murcia: “Las Zonas Básicas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías y medios de comunicación, disponiendo de una cabecera en donde se ubicará un centro de salud, como estructura física y funcional que dará soporte a las actividades comunes de los profesionales del equipo, así como de las instalaciones sanitarias existentes”.

En la Tabla 1 se presenta la ordenación territorial de estas estructuras sanitarias —Áreas y Zonas Básicas de Salud— en las distintas CC. AA., de acuerdo con la información registrada en el Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS.²⁷

Como puede deducirse del contenido de la Tabla, las diferentes formas de organizar la atención sanitaria desarrolladas por las Comunidades Autónomas a lo largo del tiempo hacen que el concepto de Área de Salud haya sufrido adaptaciones en los distintos territorios, tanto en su nomenclatura, como en su dimensionamiento, siguiendo diferentes criterios organizativos de planificación

25 El Real Decreto realmente habla de “Zona de Salud”, si bien coincide a todos los efectos con el término “Zona Básica de Salud” empleado en la Ley General de Sanidad.

26 Pese a lo fijado en este criterio general, el propio artículo 62.2 en su segundo párrafo prevé que “con carácter excepcional, podrá determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo, y también con carácter excepcional, podrá abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen”.

27 La información estadística relativa al Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS (y de Atención Urgente Extrahospitalaria) puede consultarse aquí: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/centrosSalud/home.htm>

y gestión. Así, por ejemplo, aun cuando “Área de Salud” sea la denominación más frecuente, en la Comunidad Valenciana esas estructuras sanitarias se refieren como Departamentos de Salud, en Galicia y Principado de Asturias como Áreas Sanitarias, y en Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra como Región Sanitaria. En definitiva, cada comunidad autónoma decide qué nivel dentro de su estructura organizativa es el equivalente al de Área de Salud. En la Región de Murcia en concreto se mantiene el término común de Área de Salud.

En total, una vez trazadas las equivalencias terminológicas y conceptuales correspondientes entre las diferentes estructuras organizativas existentes, se identifican con datos de diciembre de 2022, 167 Áreas de Salud y 2.729 Zonas Básicas de Salud, distribuidas a lo largo y ancho del territorio nacional. Como puede observarse, punto en el que se abundará en el siguiente capítulo de esta monografía, el “mapa” sanitario de la Región de Murcia se organiza en la actualidad en 9 Áreas de Salud y 90 Zonas Básicas de Salud.

TABLA 1.
Ordenación sanitaria del territorio de las CC. AA. 2022.

Comunidad Autónoma	Estructura
Andalucía	Áreas de Salud (8) > Áreas de Gestión Sanitaria (15) > Distritos de Atención Primaria (34) > Zonas Básicas de Salud (216)
Aragón	Áreas de Salud (8) > Zonas Básicas de Salud (123)
Asturias (Principado de)	Áreas Sanitarias (8) > Zonas de Salud (70). Existen también Zonas Especiales de Salud (16) y Distritos Sanitarios (2)
Islas Baleares	Áreas de Salud (3) > Sectores Sanitarios (7) > Zonas Básicas de Salud (61).
Islas Canarias	Áreas de Salud (7) > Zonas Básicas de Salud (108)
Cantabria	Áreas de Salud (4) > Zonas Básicas de Salud (42)
Castilla y León	Área de Salud (11) > Zonas Básicas de Salud (249)
Castilla-La Mancha	Gerencias de Atención Integrada (GAI) (13) + Gerencias de Atención Primaria (GAP) (1) > Zonas Básicas de Salud (205)
Cataluña	Regiones Sanitarias (7) > Sectores Sanitarios (29) > Áreas Básicas de Salud (370)
Comunidad Valenciana	Departamentos de Salud (24) > Zonas Básicas de Salud (241)
Extremadura	Áreas de Salud (8) > Zonas de Salud (113)
Galicia	Áreas Sanitarias (7) > Distritos sanitarios (14) > Zonas Sanitarias (314)
Madrid (Comunidad de)	Áreas de Salud (1) > Direcciones Asistenciales (7) > Zonas Básicas de Salud (286)
Murcia (Región de)	Áreas de Salud (9) > Zonas Básicas de Salud (90)
Navarra (C. Foral de)	Región Sanitaria (1) > Área de Salud (1) y Gerencias Integradas de Área de Salud (2) > Zonas Básicas de Salud (56)
País Vasco	Áreas de Salud (3) > Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) (13) > Zonas Básicas de Salud (136)
La Rioja	Área de Salud (1) > Zonas de Salud (20).

Fuente: Ministerio de Sanidad. Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS.

La gran diversidad organizativa que muestra la Tabla 1 mueve al Sistema de Información de Atención Primaria del SNS (SIAP)²⁸ a convenir una definición operativa de Área de Salud, entendiendo por tal “aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional”. Esta definición remite a los “Centros de atención primaria”, como los denomina el Real Decreto 1277/2003, los cuales a su vez son de dos tipos: centros de salud y consultorios de Atención Primaria, también denominados consultorios locales.

La Ley General de Sanidad establece en su artículo 63 que “La Zona Básica de Salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria”. El Real Decreto 137/1984, a su vez, define el Centro de Salud como “la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúen en el mismo. En él desarrollará sus actividades y funciones el Equipo de Atención Primaria”. Acto seguido (art. 2.2) se introduce la posibilidad de que exista un “Consultorio Local” en cada una de las localidades restantes (a aquella en la que esté ubicado el Centro de Salud) que constituyan la Zona.²⁹ Asimismo, también en el medio urbano, “cuando las condiciones lo aconsejen, podrán existir otras instalaciones diferenciadas dependientes del Centro de Salud”. El Real Decreto 1277/2003 define por exclusión los consultorios de Atención Primaria, esto es, serían aquellos “centros sanitarios que, sin tener la consideración de centros de salud, proporcionan atención sanitaria no especializada en el ámbito de la atención primaria de salud”. En el apartado 1.6 de este primer capítulo, en la Tabla 24, puede verse una comparativa del número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria existentes, a 31 de diciembre de 2021, en las diferentes CC. AA. del territorio español.

El Real Decreto 137/1984 define (art. 3.1) el Equipo de Atención Primaria como el “conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud”, que es su ámbito territorial de actuación, y su “localización física principal el Centro de Salud” (art. 3.2). A continuación (art. 3.3) detalla la composición de estos equipos:

28 Las definiciones manejadas por el SIAP respecto de la ordenación sanitaria en el territorio, la población asignada, los recursos físicos y profesionales y la actividad asistencial en Atención Primaria pueden consultarse aquí: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Definiciones.pdf>

29 Como se indica en el artículo 1.3 del Real Decreto 137/1984: “La Zona de Salud delimita una Zona Médica, y está constituida por un solo Partido Médico, sin separación en distritos. Cuando la Zona de Salud esté constituida por varios municipios se fijará un municipio-cabecera cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicará el Centro de Salud”.

“Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la zona.

Los funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la zona.

Los Farmacéuticos titulares radicados en la zona colaborarán con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.

Los Veterinarios titulares radicados en la zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.

Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.

El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro”.

A su vez, el SIAP diferencia, en su base de datos, entre:

- Profesionales de los Equipos de Atención Primaria (Medicina de Familia y Comunitaria; Pediatría, Enfermería; Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Administrativo, Otro personal no sanitario³⁰).
- Otro personal sanitario de Atención Primaria (Matrona, Fisioterapia, Higienista dental, Odontología/estomatología, Psicología Clínica, Técnico de radiodiagnóstico, Logopedia, Terapeuta ocupacional).

El SIAP excluye los profesionales de refuerzo, los exclusivos de urgencias, personal de otras unidades de apoyo y personal directivo.

Con relación a los recursos humanos de Atención Primaria, la Constitución atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las bases del régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del régimen estatuario de sus funcionarios. Las Comunidades Autónomas, por su parte, tienen las competencias para el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado sobre dicho régimen estatuario. La Ley 55/2003³¹, a su vez, establece las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el SNS, a través del Estatuto Marco de dicho personal. Esta

³⁰ Incluyendo las siguientes modalidades: celadores, telefonistas y funciones tipo *call-center*, personal polivalente o definiciones semejantes, otros.

³¹ Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 301, de 17 de diciembre de 2003.

Ley fue modificada a principios de julio de 2022 por el Real Decreto-Ley 12/2022, con el objetivo de limitar la temporalidad en la contratación de los trabajadores sanitarios a la atención de necesidades de carácter estrictamente coyuntural, y no a desempeñar eventual o interinamente tareas de carácter estructural que deberían prestarse por personal estatutario fijo.³² Esta modificación trae causa, a su vez, de la entrada en vigor del Real Decreto-ley 14/2021 de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público,³³ el cual establece en su disposición final segunda el plazo de un año desde la entrada en vigor del mismo para que se proceda a la adaptación de la normativa del personal estatutario y equivalente de los servicios de salud. Este Real Decreto-ley, tramitado como proyecto de ley, dio origen a la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.³⁴

La selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud, se regula según la Ley 30/1999 de Selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud.³⁵ En el artículo 1.3 asigna a las Comunidades Autónomas el desarrollo del contenido básico de la Ley, en el ámbito de sus competencias, aprobando las normas relativas a la selección y provisión de plazas del personal estatutario dependiente de su Servicio de Salud.

El volumen de profesionales sanitarios disponibles en cada momento para nutrir los servicios de Atención Primaria no solo depende de las políticas de recursos humanos que lleven a cabo las CC. AA., sino también del número de egresados de las distintas titulaciones de Ciencias de la Salud, la ordenación de las especialidades de esta rama de conocimiento y del acceso a las mismas a través de las plazas de formación sanitaria especializada convocadas anualmente. La legislación básica al respecto la componen la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias³⁶, que regula el procedimiento de acreditación de centros y unidades docentes que forman a los titulados universitarios que pueden acceder a las plazas de formación sanitaria especializada, y el Real Decreto 184/2015, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento

32 Real Decreto-ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 161, de 6 de julio de 2022.

33 Real Decreto-ley 14/2021, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público. BOE núm. 161, de 7 de julio de 2021.

34 Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público. BOE núm. 312, de 29 de diciembre de 2021.

35 Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud. BOE núm. 239, de 6 de octubre de 1999.

36 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.

de su actualización.³⁷ También el Real Decreto 640/2014, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios y el Real Decreto 459/2010, por el que se regulan las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea, y el Real Decreto 589/2022, que desarrolla varios aspectos de la Ley 44/2003 y modifica en alguno de sus puntos los dos Reales Decretos que acabamos de mencionar. Algunos de los aspectos cruciales que regula el Real Decreto 589/2022 son el procedimiento para la creación y revisión, y en su caso supresión, de los títulos de especialista en Ciencias de la Salud y los diplomas de área de capacitación específica, así como la normativa reguladora de las pruebas de acceso a las plazas de formación sanitaria especializada.

El mapa de especialidades en Ciencias de la Salud a las que se accede por el sistema de residencia viene establecido en el Anexo I del Real Decreto 183/2008, en el que se contemplan 42 especialidades exclusivamente médicas (entre las que se halla la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria), más otras 15 especialidades, 11 de las cuales son accesibles con títulos universitarios distintos a los de Medicina. Dentro de las 7 especialidades de Enfermería que incluye esta norma se encuentra la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

1.2. ESTADO DE SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

Como paso previo al análisis detallado de las diferentes variables relacionadas con el sistema sanitario público y, en particular, con los servicios de Atención Primaria, en este apartado se revisan algunos indicadores básicos del estado de salud de la población española y sus determinantes socioeconómicos. En la Tabla 2 se muestra la evolución anual de la esperanza de vida al nacer y de la tasa bruta de mortalidad en el periodo 2003-2021, así como de algunos otros indicadores relacionados con la salud y sus determinantes, extraídos de las encuestas de salud, cuya periodicidad no es anual.

La esperanza de vida aumentó en España casi cuatro años entre 2003 y 2019 (desde los 79,7 hasta los 83,6 años), para sufrir una contracción en 2020, como consecuencia de la pandemia por COVID-19, y una ligera recuperación en 2021. La tasa de mortalidad, que mostraba una tendencia decreciente —con ciertos altibajos— entre 2003 y 2014, periodo en el que la media se situó en torno a 8,5 fallecidos por cada 1.000 habitantes, experimentó un brusco incremento en 2015, instalándose en torno al valor de 9 por cada 1.000, que se superó con creces en 2020 (10,4 ‰), debido a la mortandad causada por la epidemia de coronavirus.

³⁷ Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. BOE núm. 83, de 7 de julio de 2015.

TABLA 2.
Indicadores de estado de salud y hábitos de vida. Total nacional. 2003-2021.

	Valoración positiva ES (%)	EVN (años)	TM (por 1.000 habitantes)	Población fumadora (%)	Consumo alcohol últ. 12 meses (%)	IMC \geq 30 kg/m ² (%)
2003	71,3	79,7	9,1	31,0	56,1	13,3
2004	--	80,3	8,6	--	--	--
2005	--	80,3	8,8	--	--	--
2006	70,0	80,9	8,3	29,5	68,3	14,2
2007	--	81,0	8,5	--	--	--
2008	--	81,3	8,4	--	--	--
2009	74,0	81,7	8,3	28,5	61,6	15,1
2010	--	82,1	8,2	--	--	--
2011	--	82,3	8,3	--	--	--
2012	75,3	82,3	8,6	26,9	61,6	15,7
2013	--	82,8	8,3	--	--	--
2014	71,0	82,9	8,5	25,3	67,2	16,3
2015	--	82,7	9,1	--	--	--
2016	--	83,1	8,8	--	--	--
2017	74,0	83,1	9,1	24,4	65,5	16,8
2018	--	83,2	9,1	--	--	--
2019	--	83,6	8,8	--	--	--
2020	75,5	82,3	10,4	22,1	65,4	15,3
2021	--	83,1	9,5	--	--	--

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Encuesta Europea de Salud e INE.

La reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida muestran solamente una parte de los avances en términos de salud, pues una mejor salud no solo implica ganancias en supervivencia, sino también mejoras en la calidad de vida de la población. Una forma de evaluar esta calidad de vida es atendiendo a la valoración subjetiva que la población hace de su propio estado de salud, información que puede obtenerse de las encuestas de salud que periódicamente se realizan en España. Si observamos cómo ha evolucionado el porcentaje de población que valora positivamente su estado de salud (esto es, que considera que dicho estado de salud es “bueno” o “muy bueno”), comprobamos cómo tal proporción es cuatro puntos mayor en 2021 (75,5%) que en 2003 (71,3%), si bien en las distintas oleadas de las encuestas de salud, la cifra se ha movido con un patrón irregular.

Finalmente, en la tabla se presentan tres indicadores estrechamente ligados a los denominados “determinantes sociales” de la salud: el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sobrepeso/obesidad. Por lo que respecta al consumo de tabaco, la población adulta que fumaba a diario u ocasionalmente en 2003 rozaba el 31% y se ha reducido hasta el 22% en la última encuesta de 2020. En el caso del consumo de bebidas alcohólicas la evolución no es, sin embargo, tan positiva: aunque el porcentaje de población que declara haber consumido alcohol en el último año es en 2020 tres puntos inferior al registrado quince años antes, en 2006 (65,4% vs. 68,3%), supera en más de ocho puntos la cifra de 2003 (56,1%) y en cuatro puntos los valores de 2009 (61,6%). También resulta preocupante la información que se desprende de la tabla en lo que atañe a la incidencia de sobrepeso y obesidad. Entre 2003 y 2017, el porcentaje de población con obesidad, esto es, con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m², aumentó tres puntos y medio (del 13,3% al 16,8%), si bien en la última encuesta de salud dicho porcentaje se redujo 1,5 puntos, hasta el 15,3%.³⁸

Estos indicadores presentan, como cabe prever, importantes diferencias territoriales. Estas diferencias por Comunidades Autónomas se muestran, para el último año disponible, en la Tabla 3, siendo posible extraer algunas conclusiones al respecto. En primer lugar, por lo que atañe a la esperanza de vida al nacer, se observa un gradiente socioeconómico, correspondiendo las cifras más elevadas a comunidades con mayor nivel de renta, como la Comunidad de Madrid, Navarra y País Vasco. En el extremo opuesto se sitúan Andalucía, Extremadura y la Región de Murcia, todas ellas con niveles de renta per cápita alejados de la media nacional. Las tasas de mortalidad muestran un patrón territorial diferente, siendo más altas en las comunidades más envejecidas, como Asturias, Castilla y León o Galicia.

El envejecimiento poblacional puede explicar también que sean las tres comunidades citadas (además de Canarias) aquellas en las que menor es el porcentaje de población que valora positivamente su estado de salud. Los porcentajes más altos se localizan en Baleares, Extremadura y Andalucía. La prevalencia del tabaquismo también muestra un cierto gradiente socioeconómico, siendo mayor el porcentaje de fumadores en Extremadura, Región de Murcia, Andalucía y Baleares, además de en Cataluña. Las diferencias entre el máximo (Extremadura) y el mínimo (País Vasco) rozan los 10 puntos porcentuales. El consumo de alcohol alcanza sus valores más altos en las comunidades del norte (País Vasco, Navarra, Asturias, Cantabria y La Rioja), lo que puede sugerir un patrón cultural, pues el indicador disponible no distingue entre consumo abusivo y

³⁸ La conclusión es similar si atendemos al indicador que mide la proporción de población con sobrepeso (IMC>25), que aumentó 3,4 puntos entre 2003 y 2017 (del 49,2% al 52,6%) y disminuyó en 2020 1,2 puntos, hasta el 51,4%.

consumo social esporádico. Los factores socioeconómicos vuelven, por el contrario, a aflorar en el caso de la prevalencia de obesidad: el porcentaje de población con IMC igual o superior a 30 alcanza su máximo en la Región de Murcia (18,8%), siendo también muy superior a la media en Andalucía, Asturias y Canarias. La prevalencia es menor en Navarra y País Vasco, así como, curiosamente, en una de las comunidades con menor nivel de renta: Extremadura.

TABLA 3.
Indicadores de estado de salud y hábitos de vida por Comunidades Autónomas.
2020/2021.

	Valoración positiva ES (%)	EVN (años)	TM (por 1.000 habitantes)	Población fumadora (%)	Consumo alcohol últ. 12 meses (%)	IMC \geq 30 kg/m ² (%)
Andalucía	78,3	81,5	9,3	23,7	53,2	18,3
Aragón	76,8	83,2	11,1	20,8	59,5	13,9
Asturias (Principado de)	68,0	82,7	13,3	21,1	72,9	17,9
Islas Baleares	82,9	83,4	7,2	23,5	61,4	15,5
Islas Canarias	64,6	82,5	7,6	21,9	55,7	17,3
Cantabria	76,5	83,6	10,4	19,7	72,9	13,2
Castilla y León	66,4	83,9	12,3	21,0	71,4	16,3
Castilla-La Mancha	74,8	83,0	10,0	22,5	61,3	13,8
Cataluña	78,6	83,3	9,1	23,7	69,7	13,8
Comunidad Valenciana	75,7	82,2	9,8	22,0	71,9	16,2
Extremadura	79,5	82,1	11,7	27,4	63,5	12,3
Galicia	70,0	83,4	12,2	20,0	62,6	15,7
Madrid (Comunidad de)	75,8	84,6	7,4	19,5	70,2	13,3
Murcia (Región de)	75,6	82,2	8,4	26,6	64,1	18,8
Navarra (Com Foral de)	77,6	84,3	8,8	22,0	77,5	12,3
País Vasco	77,8	83,7	10,6	17,7	77,9	12,1
La Rioja	73,3	83,2	10,8	22,5	72,1	14,0
Total CC.AA.	75,5	83,1	9,5	22,1	65,5	15,4

Fuente: Encuesta europea de salud e INE.

1.3. POBLACIÓN ASIGNADA

Antes de abordar el análisis descriptivo de la evolución y composición del gasto sanitario público, en general, y del gasto en Atención Primaria, en particular, en este apartado estudiamos el componente demográfico, a través del análisis

de los cambios habidos en la población protegida por el sistema público y su composición por edades, tanto en conjunto del SNS, como en los distintos servicios regionales de salud.

Al estudiar el coste de la prestación de los servicios sanitarios, la variable relevante es la población asignada, esto es, la población con tarjeta sanitaria individual expresamente asignada a los Equipos de Atención Primaria de una determinada área o departamento de salud del sistema sanitario de una comunidad autónoma (o bien del INGESA, en el caso de los residentes en Ceuta o Melilla). La Tabla 4 muestra la evolución de la población residente en España, según el padrón de habitantes, y de la población asignada. La primera creció un 11,4% en el conjunto del periodo, con tasas anuales más altas, aunque decrecientes, hasta 2012; se contrajo entre dicho año y 2015, debido a la inversión del signo del saldo migratorio, inducida por la crisis económica; y volvió a crecer, aunque a un ritmo significativamente menor, desde 2016 hasta 2021.

Por su parte, la población “protegida” por el sistema público de salud aumentó en el periodo un 8,2%, con un perfil evolutivo similar al de la población residente: tasas anuales más altas pero decrecientes hasta 2011, fuerte contracción en 2012 y 2013, seguida de un estancamiento hasta 2017, y ligera recuperación del ritmo de crecimiento hasta 2021.

La última columna de la Tabla 4 pone de manifiesto la cuasi-universalización de la cobertura sanitaria pública en nuestro país. Hasta 2012, de hecho, la cifra de población asignada supera a la de población residente.³⁹ La relación población asignada/población residente se redujo significativamente tras la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, que supuso un paso atrás en el proceso de universalización del SNS, no superando el 99% desde entonces.⁴⁰

³⁹ Cabe suponer que este fenómeno obedecía a la atención a personas extranjeras no empadronadas que, por ejemplo, accediesen a la cobertura sanitaria pública por carecer de recursos económicos suficientes. La norma que posibilitaba dicho acceso, derogada en 2012, era el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE núm. 216, de 09/09/1989.

⁴⁰ Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012.

TABLA 4.
Población residente y población asignada. Total nacional. 2004-2021.

	Población residente (1)	Población asignada (2)	(2)/(1) (%)
2004	42.547.454	43.130.978	101,4
2005	43.296.335	44.344.416	102,4
2006	44.009.969	45.160.982	102,6
2007	44.784.659	45.984.845	102,7
2008	45.668.938	46.166.853	101,1
2009	46.239.271	46.705.971	101,0
2010	46.486.621	46.925.310	100,9
2011	46.667.175	46.983.093	100,7
2012	46.818.216	46.300.874	98,9
2013	46.727.890	45.877.690	98,2
2014	46.512.199	45.752.957	98,4
2015	46.449.565	45.963.663	99,0
2016	46.440.099	45.975.013	99,0
2017	46.527.039	45.880.531	98,6
2018	46.658.447	46.011.213	98,6
2019	46.937.060	46.278.123	98,6
2020	47.332.614	46.324.712	97,9
2021	47.398.695	46.655.391	98,4

Fuente: INE y SIAP.

Como ocurría en el caso de los indicadores comentados en el epígrafe anterior, este “grado de cobertura” de la asistencia sanitaria pública está lejos de ser homogéneo en el territorio nacional, tal y como se pone en evidencia en la Tabla 5. El porcentaje de población residente que tiene asignado un centro de salud o consultorio de Atención Primaria, que para el conjunto del sistema público alcanza el 98,4%, está por encima del 100% en los casos de Cataluña y País Vasco, mientras que apenas supera el 95% en Castilla-La Mancha. Mención aparte merece la situación en Canarias, donde la mayor presencia de inmigración irregular, en no pocos casos sin acceso pleno a los servicios públicos sanitarios, hace que el porcentaje sea del 92,5%. Por encima de la media nacional se encuentran Aragón, Asturias, Madrid, Región de Murcia, Navarra y La Rioja (además de las citadas Cataluña y País Vasco). Por debajo del 98,4% del agregado se sitúan Andalucía, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura y Galicia, junto con Castilla-La Mancha y Canarias.

Un aspecto crucial en lo que atañe al factor demográfico, por su incidencia en las necesidades de gasto y, en consecuencia, en las cifras de gasto en servicios públicos de salud, es la composición por edades de la población protegida por el sistema público. La evidencia disponible indica que el gasto sanitario por persona comienza a declinar una vez pasada la primera edad pediátrica (0-5 años), muestra un perfil más o menos plano hasta la década de los 50 años y comienza a ascender hasta alcanzar sus máximos en las edades más avanzadas. Por tanto, una población más envejecida se asocia a mayores necesidades de gasto en atención a la salud.

TABLA 5.
Población residente y población asignada. Comunidades Autónomas, 2021.

	Población residente (1)	Población asignada (2)	(2)/(1) (%)
Andalucía	8.502.217	8.359.743	98,3
Aragón	1.331.133	1.320.058	99,2
Asturias (Principado de)	1.012.889	999.810	98,7
Islas Baleares	1.219.775	1.175.104	96,3
Islas Canarias	2.244.369	2.076.088	92,5
Cantabria	583.655	567.767	97,3
Castilla y León	2.386.649	2.308.434	96,7
Castilla-La Mancha	2.048.656	1.954.202	95,4
Cataluña	7.671.253	7.794.749	101,6
Comunidad Valenciana	5.047.045	4.854.773	96,2
Extremadura	1.057.999	1.019.849	96,4
Galicia	2.696.876	2.633.377	97,6
Madrid (Comunidad de)	6.755.828	6.720.585	99,5
Murcia (Región de)	1.513.076	1.498.266	99,0
Navarra (Comunidad Foral de)	657.654	653.490	99,4
País Vasco	2.185.908	2.256.231	103,2
La Rioja	316.176	313.853	98,3
Total CC.AA.	47.231.157	46.506.379	98,5

Fuente: INE y SIAP.

En la Tabla 6 se visualiza el proceso de envejecimiento poblacional que nuestro país, como el resto de los países europeos, pero, si cabe, de un modo más intenso y acelerado, está experimentando. La población de 0 a 14 años registra en 2021 su participación más baja en el total de población asignada (13,6%), tras haber experimentado una recuperación hasta la mitad de la segunda década del siglo XXI, como consecuencia del incremento transitorio de la natalidad que tuvo lugar en la

primera década del siglo. Por el contrario, la proporción de población protegida que supera los 65 años ha aumentado casi dos puntos porcentuales entre 2004 y 2021 (casi 3 puntos desde 2008, cuando alcanzó su valor mínimo en el periodo, un 16,8%).

TABLA 6.
Composición de la población asignada por grupos de edad (%).
Total nacional. 2004-2021.

	0-14	15-34	35-64	>65 años
2004	14,3	29,5	38,9	17,4
2005	14,3	29,0	39,4	17,3
2006	14,4	28,7	39,8	17,2
2007	14,5	28,2	40,3	17,0
2008	14,7	27,9	40,6	16,8
2009	14,7	26,6	41,2	17,5
2010	14,8	26,2	41,8	17,2
2011	15,1	25,0	42,4	17,5
2012	15,2	24,2	42,9	17,7
2013	15,2	23,5	43,3	18,0
2014	15,2	22,8	43,8	18,2
2015	15,1	22,2	44,3	18,5
2016	15,0	21,7	44,7	18,6
2017	14,9	21,4	45,0	18,8
2018	14,6	21,3	45,1	19,0
2019	14,3	21,3	45,1	19,3
2020	14,1	21,4	45,2	19,4
2021	13,6	21,5	45,3	19,6

Fuente: SIAP.

La dispar incidencia territorial de este proceso de envejecimiento de la población cubierta por el sistema público de salud se aprecia en los datos de la Tabla 7, referida al último año del periodo objeto de análisis, en la que podemos comprobar la composición por grupos de edad de la población asignada en cada comunidad autónoma en el año 2021. La Región de Murcia es la comunidad que presenta un peso más elevado de la población en edad pediátrica (0-14 años) del país, un 16,1%. A más de un punto de distancia se sitúan los porcentajes correspondientes a Navarra, Baleares y Cataluña, todos ellas por encima del 14%. En el otro extremo se encuentran las comunidades de la cornisa cantábrica, en las que la participación de este grupo de edad no alcanza el 13%: Asturias (que presenta el valor mínimo: 10,2%), Galicia, Cantabria y País Vasco, además de Castilla y León, Canarias y Extremadura.

La imagen es simétrica si observamos la última columna de la tabla, que recoge la participación en la población asignada total de la cohorte de edad por encima de los 65 años. Los porcentajes más elevados corresponden a Asturias (26,9%), Galicia, Castilla-León, Cantabria y País Vasco (todos por encima del 22%); las cifras más bajas son las de la Región de Murcia (15,7%), Baleares, Canarias, Andalucía y Madrid (todas con valores inferiores al 18%). El caso de Canarias es llamativo, por cuanto se sitúa por debajo de la media nacional en los dos extremos de la distribución: en población menor de 15 años y en población mayor de 65, concentrando más del 70% de su población entre los 15 y los 64 años.

TABLA 7.
Composición de la población asignada por grupos de edad (%).
Comunidades Autónomas. 2021.

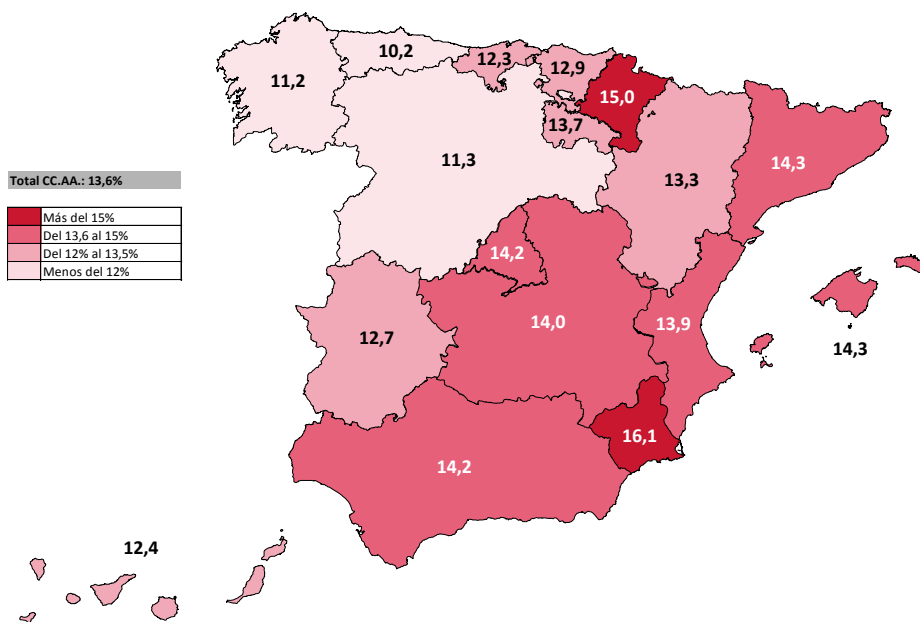
	0-14	15-34	35-64	>65 años
Andalucía	14,2	23,0	45,3	17,5
Aragón	13,3	20,5	44,8	21,4
Asturias (Principado de)	10,2	16,5	46,4	26,9
Islas Baleares	14,3	23,5	46,3	15,9
Islas Canarias	12,4	23,1	47,8	16,7
Cantabria	12,3	18,4	46,3	23,0
Castilla y León	11,3	18,5	44,6	25,6
Castilla-La Mancha	14,0	22,2	44,5	19,3
Cataluña	14,3	22,1	44,3	19,3
Comunidad Valenciana	13,9	21,1	45,0	20,1
Extremadura	12,7	21,5	44,6	21,2
Galicia	11,2	17,8	45,2	25,8
Madrid (Comunidad de)	14,2	21,9	46,3	17,6
Murcia (Región de)	16,1	23,4	44,8	15,7
Navarra (Comunidad Foral de)	15,0	21,2	43,7	20,1
País Vasco	12,9	19,1	45,4	22,6
La Rioja	13,7	20,0	45,0	21,3
Total CC.AA.	13,6	21,4	45,3	19,7

Fuente: SIAP.

En el Mapa 1 y en el Mapa 2 se visualiza esta disparidad territorial en la composición por edades de la población cubierta por el sistema público de salud. En el primero de ellos se observa cómo las regiones del centro —Madrid y Castilla-La Mancha—, junto con las mediterráneas presentan porcentajes superiores a la

media en lo que se refiere al grupo de población de menor edad, mientras que las comunidades de la España noroccidental cuentan con una menor presencia de población en edad pediátrica en sus respectivas estructuras poblacionales. La única excepción a esta pauta geográfica es la Comunidad Foral de Navarra, que ocupa el segundo lugar en porcentaje de población menor de 15 años, tras la Región de Murcia. Como se ha señalado, también Canarias presenta un indicador inferior al del agregado nacional.

MAPA 1.

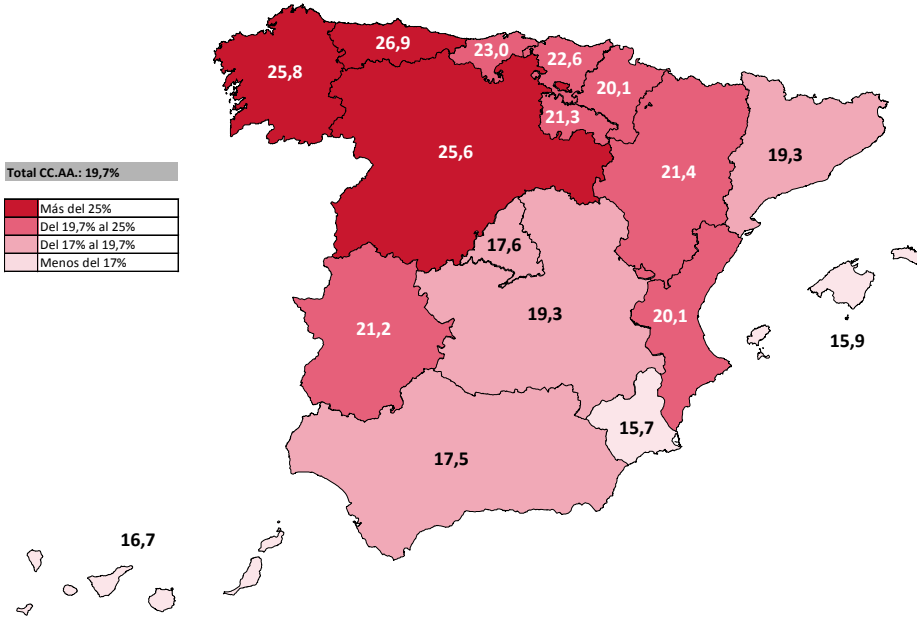
Participación de la población entre 0 y 14 años en la población asignada total de las CC.AA. 2021.


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIAP.

El Mapa 2 presenta similar información, referida en este caso al peso en el total del grupo de mayor edad. Las conclusiones son, en esencia, simétricas a las que se derivan de la observación del mapa anterior, con la salvedad de que una de las comunidades del arco mediterráneo, la Comunidad Valenciana, presenta un indicador ligeramente superior a la media. Al margen de esta singularidad (relativa), se confirma la mayor incidencia del envejecimiento poblacional en el noroeste del país.

MAPA 2.

Participación de la población mayor de 65 años en la población asignada total de las CC.AA. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIAP.

Con el fin de evaluar en qué medida la distribución por edades de la población ha cambiado en los últimos años, la Tabla 8 reproduce la información de la Tabla 7 para el año inicial del periodo analizado, 2004. En general, la posición relativa de las comunidades no difiere mucho de la observada diecisiete años más tarde. La Región de Murcia es la comunidad con una mayor proporción de población asignada entre 0 y 14 años, mientras que Asturias es la región con un valor más bajo del indicador. En lo que respecta al peso de la población de más de 65 años, Canarias, Baleares y la Región de Murcia presentan los valores más bajos, si bien, a diferencia de 2021, las dos comunidades insulares tienen porcentajes menores que la comunidad murciana, que en 2021 ocupa el último lugar en la ordenación. Las cifras más altas en la última columna de la Tabla 8 corresponden a Castilla y León y a Asturias.

La situación en 2004 se visualiza en el Mapa 3 y en el Mapa 4, que representan las cuotas de los grupos de menor y mayor edad, respectivamente, en el total de población asignada en dicho año. De nuevo se adivina en el Mapa 3 una

línea diagonal que divide el territorio nacional en dos secciones, con un sector noroccidental con menos población infantil y un área suroriental con más presencia de población en edad pediátrica. Por debajo de la media nacional (14,2%) se ubican Asturias, Galicia, Castilla y León, País Vasco, Cantabria, Aragón, La Rioja y Madrid. Por encima de dicho umbral, Navarra (que prácticamente iguala la media), Comunidad Valenciana, Baleares, Extremadura, Cataluña, Castilla-La Mancha, Canarias, Andalucía y la Región de Murcia.

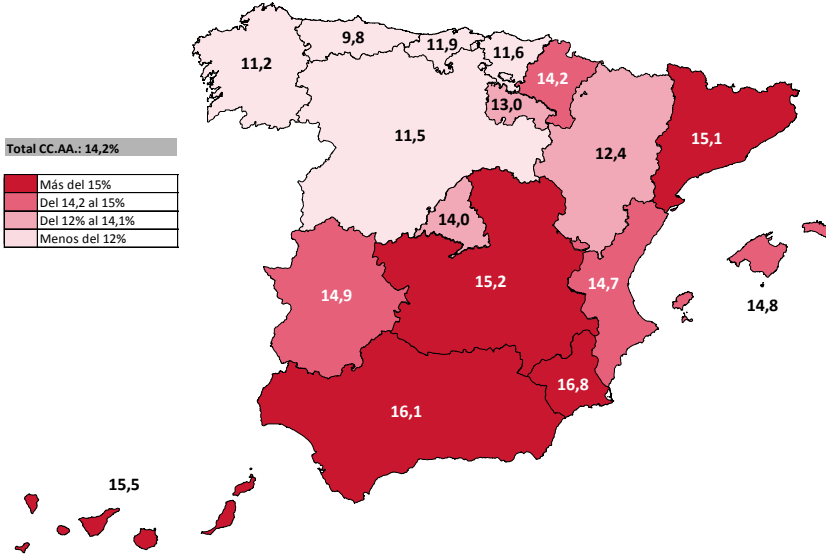
TABLA 8.
Composición de la población asignada por grupos de edad (%).
Comunidades Autónomas. 2004.

	0-14	15-34	35-64	>65 años
Andalucía	16,1	31,2	37,4	15,4
Aragón	12,4	27,2	38,9	21,4
Asturias (Principado de)	9,8	26,2	41,6	22,4
Islas Baleares	14,8	31,6	39,3	14,4
Islas Canarias	15,5	32,5	39,2	12,8
Cantabria	11,9	28,1	40,5	19,5
Castilla y León	11,5	26,1	39,1	23,3
Castilla-La Mancha	15,2	28,3	36,4	20,2
Cataluña	15,1	28,7	39,4	16,8
Comunidad Valenciana	14,7	29,3	38,9	17,1
Extremadura	14,9	27,7	37,4	19,9
Galicia	11,2	27,9	39,3	21,6
Madrid (Comunidad de)	14,0	31,6	39,4	15,0
Murcia (Región de)	16,8	32,6	35,8	14,8
Navarra (Comunidad Foral de)	14,2	28,2	40,0	17,5
País Vasco	11,6	27,3	42,3	18,8
La Rioja	13,0	28,5	39,3	19,2
Total CC.AA.	14,2	29,5	38,9	17,4

Fuente: SIAP.

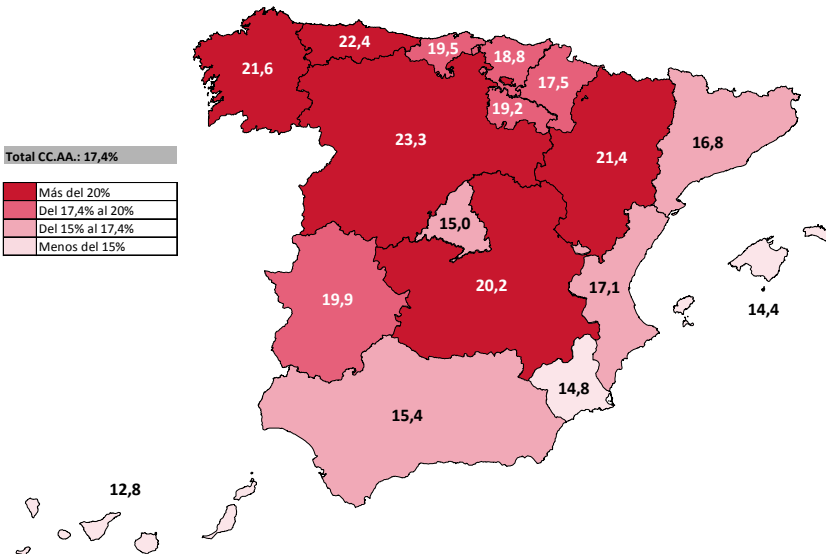
Por lo que respecta a la participación de la población mayor de 65 años, como puede apreciarse en el Mapa 4, el grupo de comunidades que superan el indicador agregado vuelve a estar concentrado en el área noroccidental, si bien Castilla-La Mancha se suma a ese grupo, no así la Comunidad de Madrid. Esta última presenta un porcentaje inferior a la media, junto con las comunidades insulares y las cinco del arco mediterráneo.

MAPA 3.
Participación de la población entre 0 y 14 años en la población asignada total de las CC.AA. 2004.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIAP.

MAPA 4.
Participación de la población mayor de 65 años en la población asignada total de las CC.AA. 2004.

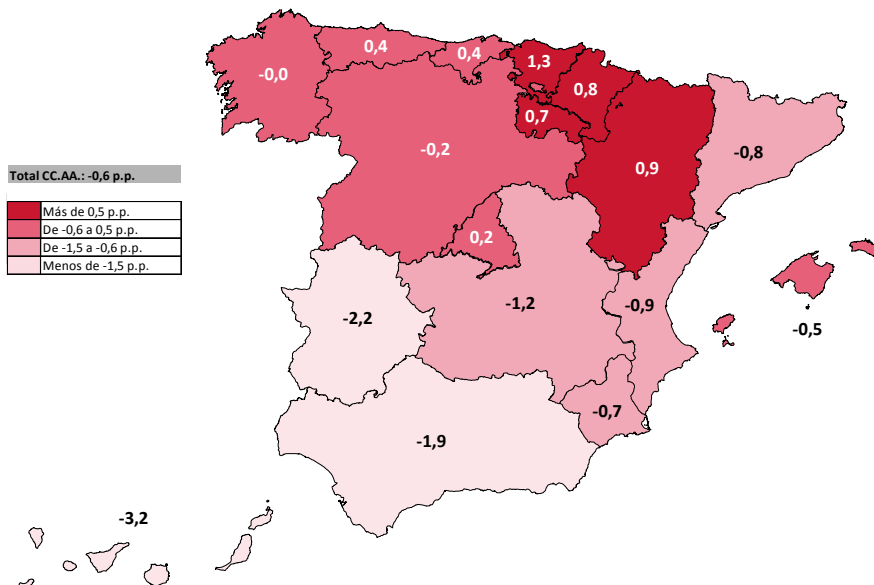


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIAP.

La comparación de los datos referidos al inicio y al final del periodo permite analizar las diferentes dinámicas seguidas por las Comunidades Autónomas en lo que atañe a la composición de sus respectivas poblaciones por grupos de edad. Estas dinámicas se resumen gráficamente en los dos últimos mapas con los que se cierra esta sección. El primero de ellos (Mapa 5) da cuenta de la evolución porcentual de la participación de la población entre 0 y 14 años en el total de población asignada, entre 2004 y 2021. Esto nos da una idea del grado en que cada comunidad ha “rejuvenecido” su población a lo largo del periodo. Como se puede observar, es en las comunidades del País Vasco, Aragón, Navarra y La Rioja donde más ha aumentado su peso este grupo poblacional. Otras tres comunidades presentan una evolución del indicador positiva: Cantabria, Asturias y Madrid. Y en otras tantas, aunque el indicador en 2021 es inferior al de 2004, la caída ha sido menor, en términos porcentuales, que la observada para el conjunto nacional (-4,4%); se trata de Galicia (apenas 3 centésimas), Castilla y León y Baleares. En la Región de Murcia el peso de la población en edad pediátrica se redujo en una magnitud similar a la del total del país, siendo superior a la media la contracción experimentada por este grupo etario en Cataluña, Valencia, Castilla-La Mancha, Andalucía, Extremadura y Canarias. En el caso de esta última, la participación de la población de 0 a 14 años en el total se contrajo 3,2 puntos (más de un 20%).

MAPA 5.

Evolución de la participación de la población entre 0 y 14 años en la población asignada total de las CC.AA. Variación 2004-2021 (puntos porcentuales).

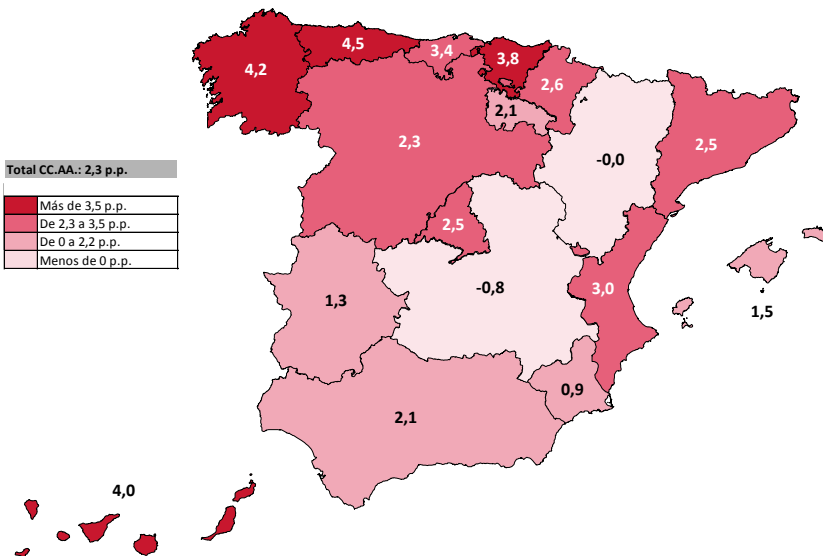


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIAP.

El Mapa 6 reproduce el mismo ejercicio de estática comparativa, referido, en esta ocasión, a la participación de la población de más de 65 años en el total, entre 2004 y 2021. Esta información permite evaluar la intensidad con la que, en dicho periodo, avanza el proceso de envejecimiento poblacional en cada comunidad. En este caso no cabe distinguir una pauta geográfica simple (norte/sur, este/oeste), por cuanto, aunque los incrementos de mayor magnitud se concentran en las comunidades del Cantábrico (Asturias, Galicia, País Vasco, Cantabria, por este orden), observamos, en primer lugar, que la comunidad en la que mayor ha sido el avance relativo de este grupo etario es Canarias (+4 puntos porcentuales; un 31% de aumento), y, en segundo lugar, que hay comunidades pertenecientes al arco mediterráneo, como la Comunidad Valenciana, en la que el incremento del peso del grupo de mayor edad ha estado cercano al registrado en regiones del norte del país. Solo en dos comunidades, Castilla-La Mancha y Aragón, la participación del grupo de más edad en el total ha retrocedido (en el caso de la segunda, apenas una centésima de punto), contándose otras cinco en las que el incremento ha sido inferior a la media nacional (Región de Murcia, Extremadura, Baleares, Andalucía y La Rioja). Por encima de la media, además de la Comunidad Valenciana y las cuatro citadas de la cornisa cantábrica, se sitúan Castilla y León (prácticamente en la media), Cataluña, Navarra y la Comunidad de Madrid.

MAPA 6.

Evolución de la participación de la población mayor de 65 años en la población asignada total de las CC.AA. Variación 2004-2021 (puntos porcentuales).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIAP.

1.4. GASTO PÚBLICO EN SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD

1.4.1. Gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud

El gasto sanitario público (GSP) en España alcanzó en 2021 la cifra de 87.941 millones de euros. Dicha cuantía representa un 7,1% del producto interior bruto del país y, expresada en términos per cápita, se traduce en 1.855 euros por habitante. En la Tabla 9 se presenta la evolución del GSP entre 2004 y 2021, así como la de los indicadores de gasto sobre PIB y gasto per cápita.

TABLA 9.

Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Total SNS, 2004-2021.

	Millones de euros	Tasa anual de variación (%)	% PIB	Euros / habitante
2004	46.287	8,0	6,2	1.088
2005	50.587	9,3	6,3	1.168
2006	55.739	10,2	6,5	1.267
2007	60.350	8,3	6,5	1.348
2008	66.931	10,9	6,7	1.466
2009	70.724	5,7	6,6	1.530
2010	69.499	-1,7	6,3	1.495
2011	68.033	-2,1	6,4	1.458
2012	64.094	-5,8	6,0	1.369
2013	61.706	-3,7	5,8	1.321
2014	61.951	0,4	6,0	1.332
2015	65.744	6,1	6,4	1.415
2016	66.697	1,4	6,5	1.436
2017	68.507	2,7	6,4	1.472
2018	71.091	3,8	6,4	1.524
2019	75.111	5,7	6,5	1.600
2020	83.622	11,3	6,9	1.767
2021	87.941	5,2	7,1	1.855

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

El peso del GSP en el PIB ha oscilado en el periodo entre el mínimo del 5,8% en 2013 (tras los “recortes” al gasto público social aplicados en 2012) y el máximo del 7,1% registrado en 2021, motivado, tanto por los incrementos del gasto asociados a la lucha contra la pandemia de la COVID-19, que ya elevaron en 2020 el indicador hasta el 6,9%, como por contracción del denominador de la ratio, el PIB, a consecuencia de la propia crisis sanitaria. La tendencia del indicador de gasto sobre PIB fue creciente hasta el inicio de la crisis de 2008, se invirtió hasta alcanzar el citado mínimo en 2013, volvió a cambiar de signo hasta el 2015, estabilizándose por debajo del 6,5% durante un quinquenio hasta el repunte observado con ocasión

de la pandemia. El perfil evolutivo del indicador per cápita es similar, habiendo aumentado un 80% en valores nominales el gasto por habitante entre 2004 y 2021.

El principal componente del GSP son las remuneraciones del personal (un 44% en 2021), seguidas de los consumos intermedios (27,5% en el último año), las transferencias corrientes, principalmente destinadas al gasto en medicamentos con receta (17%), y el gasto destinado a conciertos (10,5%). Las restantes categorías de gastos corrientes y de capital no alcanzan, conjuntamente, el 1% del GSP total. Esta composición por categorías económicas ha experimentado algunos cambios a lo largo del periodo, tal y como se muestra en la Tabla 10, que recoge la estructura económica del gasto en todos los años del periodo y en el Gráfico 1, que confronta las estructuras por categorías económicas del GSP en 2004 y 2021.

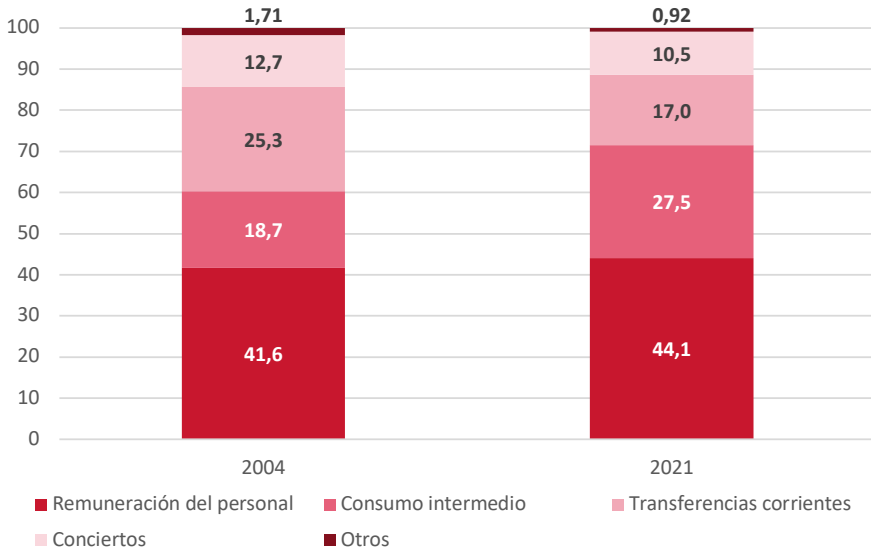
La remuneración del personal ha aumentado más de 2 puntos porcentuales su participación en el gasto total, y más aún lo ha hecho la cuota de los consumos intermedios, que han pasado de suponer menos del 19% a superar el 27% del gasto agregado. Por el contrario, la parte destinada a trasferencias corrientes, que en 2004 excedía del 25%, se ha contraído más de 8 puntos porcentuales, hasta quedar en el 17% en 2021. También el peso de los conciertos se ha reducido más de 2 puntos en el periodo.

TABLA 10.
Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas.
Total SNS, 2004-2021.

	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Transferencias corrientes	Conciertos	Otros
2004	41,6	18,7	25,3	12,7	1,7
2005	41,3	19,4	24,7	12,4	2,1
2006	43,5	18,4	24,6	11,9	1,6
2007	43,2	19,7	24,0	11,7	1,5
2008	43,4	20,6	22,7	11,5	1,7
2009	44,2	21,1	22,3	10,8	1,6
2010	44,3	20,6	23,0	11,0	1,0
2011	44,4	22,5	21,0	11,2	0,9
2012	43,5	24,8	19,8	11,9	0,0
2013	44,8	23,6	19,7	11,8	0,1
2014	44,8	23,9	19,4	11,8	0,0
2015	43,9	25,7	18,5	11,6	0,3
2016	44,4	25,4	18,8	11,3	0,1
2017	44,1	25,2	18,9	11,5	0,3
2018	44,0	25,3	18,8	11,4	0,5
2019	44,7	25,5	18,3	11,0	0,5
2020	43,6	27,7	17,1	10,3	1,3
2021	44,1	27,5	17,0	10,5	0,9

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

GRÁFICO 1.
Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas.
Total SNS, 2004 y 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 10.

La composición del GSP por funciones asistenciales ofrece información, si cabe, más interesante, por cuanto informa acerca de la orientación de los recursos sanitarios públicos (el “para qué se gasta”). En el último año con información publicada, 2021, los servicios de atención hospitalaria absorbieron más del 61% de todos los recursos destinados a la provisión de asistencia sanitaria pública. El gasto en Atención Primaria supuso un 14,5% del GSP total, mientras que el gasto en farmacia superó ligeramente esa cifra (14,6%). El resto de funciones no llegó a sumar el 10% del gasto total.

También en este caso se observan dinámicas dispares en las diferentes funciones asistenciales, siendo las tendencias aún más claras que las comentadas en relación con la clasificación del GSP por categorías económicas. Los datos para todos los años del periodo se muestran en la Tabla 11 y la comparación entre el primero y el último de los ejercicios en el Gráfico 2.

El primer hecho evidente es que los servicios especializados y de atención hospitalaria han ganado peso de manera ininterrumpida sobre el total de gasto público; son más de 8 puntos porcentuales los que ha aumentado dicha función en la estructura del GSP entre 2004 y 2021. Idéntico perfil, pero en sentido inverso, es el que ha transitado el gasto en farmacia, que en 2004 suponía

casi el 22% del GSP total y hasta 2021 ha retrocedido 7 puntos y medio. La participación de los servicios de Atención Primaria, que alcanzó un 15,2% en 2004, experimentó una tendencia moderadamente decreciente hasta 2015, cuando registró su valor mínimo del 14,1% y ha tenido una tímida recuperación desde dicho año hasta 2021, cifrándose su retroceso en el conjunto de periodo en siete décimas. Esta evolución de la estructura por funciones del GSP está muy ligada al avance tecnológico que, fundamentalmente, se concentra en los servicios especializados y hospitalarios.⁴¹

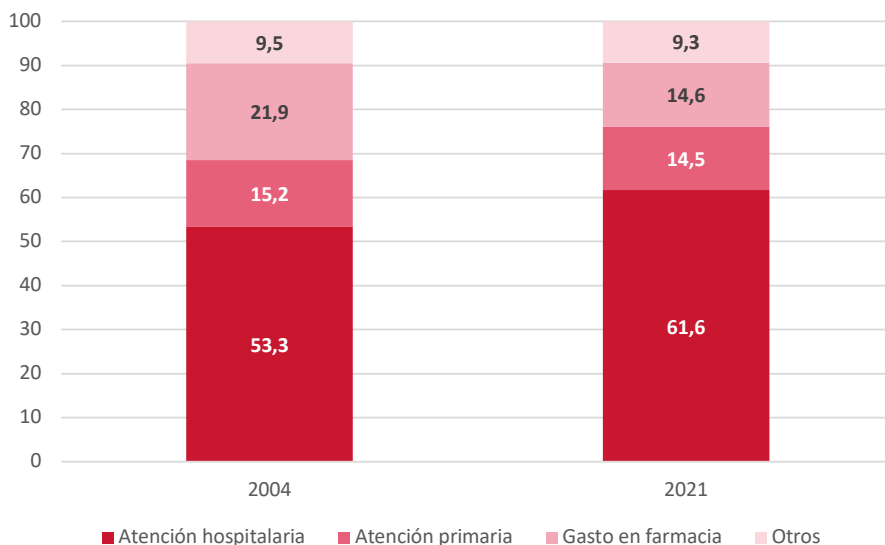
TABLA 11.
Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales.
Total SNS, 2004-2021.

	Atención hospitalaria	Atención primaria	Gasto en farmacia	Otros
2004	53,3	15,2	21,9	9,5
2005	53,6	15,1	21,3	10,0
2006	54,1	14,9	20,3	10,7
2007	54,2	15,4	19,7	10,7
2008	55,5	15,4	19,0	10,2
2009	55,6	15,1	19,0	10,3
2010	56,3	15,1	19,2	9,4
2011	58,6	14,8	18,0	8,6
2012	60,6	14,6	16,9	8,0
2013	60,7	14,6	16,9	7,7
2014	61,5	14,4	16,8	7,3
2015	62,6	14,1	15,9	7,3
2016	62,4	14,2	16,3	7,1
2017	62,2	14,1	16,4	7,3
2018	61,9	14,5	16,2	7,4
2019	62,3	14,7	15,7	7,3
2020	62,2	14,3	14,5	9,0
2021	61,6	14,5	14,6	9,3

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

41 Téngase en cuenta que las innovaciones en el sector de los medicamentos, particularmente las más costosas, no terminan reflejándose en la función de Farmacia, sino en la de atención especializada, por tratarse de tratamientos de administración y/o dispensación hospitalaria, en su mayor parte (por ejemplo, nuevos tratamientos oncológicos, terapias génicas, CAR-T, etc.).

GRÁFICO 2.
Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales.
Total SNS, 2004 y 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 11.

El elevado peso que la función de servicios de atención especializada y hospitalaria tiene en el GSP, así como su tendencia de crecimiento en el periodo hacen que dicha función sea responsable del 70% del incremento nominal registrado en el GSP entre 2004 y 2021. De hecho, dicha función es la única que ha crecido por encima de la tasa de variación del agregado.⁴² La contribución de los servicios de Atención Primaria al crecimiento del GSP fue del 13,7% en el periodo y la de los gastos en farmacia del 6,4%.

En la Tabla 12 y en el Gráfico 3 se presentan las contribuciones anuales al crecimiento del GSP de las principales funciones asistenciales, así como la media del periodo. Salvo en tres de los años del cuatrienio 2009-2013, durante el cual el GSP experimentó tasas de variación anuales negativas, el gasto en servicios especializados y hospitalarios es el que más ha contribuido al crecimiento anual del GSP. Si nos centramos en las tres funciones principales, únicamente en 2010 y 2013 la atención especializada fue la que menos contribuyó al crecimiento

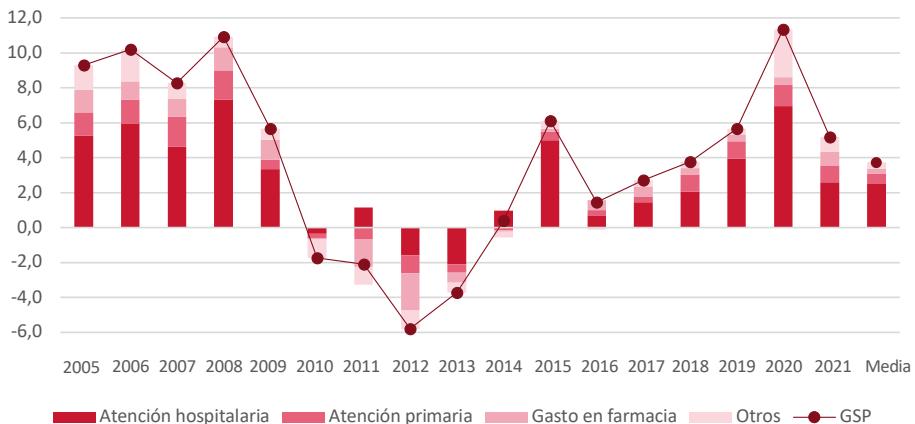
⁴² El conglomerado "Otros" explica un 9% del crecimiento total, correspondiendo la mitad de dicha contribución a la función "Servicios de salud pública", cuya tasa de variación en el periodo (que también supera la tasa de crecimiento del GSP total) está condicionada por el espectacular incremento experimentado por el gasto en esta función con ocasión de la pandemia de la COVID-19 (tasa anual de variación en 2020 del 117%).

TABLA 12.
Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las distintas funciones asistenciales. Total SNS, 2004-2021.

	Atención hospitalaria	Atención primaria	Gasto en farmacia	Otros
2005	5,3	1,3	1,3	1,4
2006	5,9	1,4	1,1	1,8
2007	4,6	1,7	1,0	0,9
2008	7,3	1,7	1,3	0,6
2009	3,3	0,6	1,1	0,7
2010	-0,4	-0,2	-0,1	-1,1
2011	1,1	-0,7	-1,6	-1,0
2012	-1,6	-1,0	-2,1	-1,1
2013	-2,1	-0,5	-0,6	-0,6
2014	1,0	-0,1	-0,1	-0,3
2015	5,0	0,5	0,2	0,5
2016	0,7	0,3	0,6	-0,1
2017	1,5	0,3	0,6	0,4
2018	2,0	1,0	0,4	0,4
2019	3,9	1,0	0,4	0,3
2020	7,0	1,2	0,4	2,7
2021	2,6	0,9	0,8	0,8
Media	2,5	0,5	0,3	0,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 11.

GRÁFICO 3.
Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las funciones asistenciales. Total SNS, 2004-2021. (puntos porcentuales).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 12.

—la que más contribuyó a la reducción— del GSP total; en 2012 su contribución a la caída del gasto fue mayor que la de la Atención Primaria, pero inferior a la del gasto en farmacia, que se contrajo más. Precisamente el gasto en farmacia es, entre las tres funciones asistenciales principales, la que menos contribuye al crecimiento del GSP en 12 de los 17 años del periodo. Los servicios de Atención Primaria únicamente presentan la mayor contribución de las tres funciones más importantes en los años 2012 y 2013, en los que su aportación es negativa, pero de menor valor absoluto que la de los servicios especializados y el gasto en farmacia.

1.4.2. Gasto sanitario de las Comunidades Autónomas

Concluido el análisis a escala agregada, para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, abordaremos a continuación el estudio descriptivo del GSP por Comunidades Autónomas, con el fin de identificar similitudes, diferencias y patrones entre los servicios regionales de salud, por lo que respecta al nivel y composición del gasto en servicios sanitarios. Conviene comenzar advirtiendo de que la administración autonómica es responsable de la mayor parte del GSP, por cuanto las CC.AA. tienen atribuidas las competencias en gestión y provisión de los servicios de asistencia sanitaria. Como puede observarse en la Tabla 13, las CC.AA. gestionan más del 90% del GSP total, un porcentaje que, además, ha ido aumentando a lo largo del periodo de estudio. El máximo se alcanzó en 2019 (93%) y la reducción del porcentaje en 2020 y 2021 está directamente causada por los gastos extraordinarios que la Administración Central hubo de afrontar para luchar contra la pandemia por COVID-19. Estos gastos en servicios asistenciales y preventivos (en particular, la compra de vacunas) hicieron que la participación en el GSP de la Administración Central, que había caído por debajo del 1%, se duplicase en 2020 y volviese a crecer en 2021, hasta llegar al 2,6% del total.

TABLA 13.

Estructura sectorial del gasto sanitario público consolidado. Porcentaje sobre el total de GSP. 2021.

	Administración Central	Sistema de Seguridad Social	Mutualidades de funcionarios	Comunidades Autónomas	Corporaciones Locales
2004	1,3	3,1	3,5	90,2	1,9
2005	1,4	3,1	3,3	90,4	1,8
2006	1,5	3,2	3,1	90,4	1,8
2007	1,6	2,9	3,0	90,6	1,8
2008	1,4	2,7	2,9	91,2	1,8
2009	1,8	2,2	2,9	91,3	1,8
2010	1,4	2,3	2,9	92,0	1,5
2011	1,3	2,2	3,0	92,1	1,4

	Administración Central	Sistema de Seguridad Social	Mutualidades de funcionarios	Comunidades Autónomas	Corporaciones Locales
2012	1,2	2,2	3,2	92,1	1,2
2013	1,2	2,3	3,4	92,0	1,1
2014	1,0	2,4	3,4	92,2	1,1
2015	1,0	2,3	3,2	92,4	1,0
2016	0,9	2,4	3,2	92,4	1,0
2017	1,0	2,4	3,1	92,6	1,0
2018	0,9	2,4	3,2	92,6	0,9
2019	0,9	2,3	3,0	93,0	0,9
2020	1,9	2,0	2,7	92,5	0,9
2021	2,6	1,9	2,6	92,1	0,8

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

La Tabla 14 resume los principales indicadores referidos al gasto sanitario de las CC.AA. en 2021, último año publicado de la Estadística de Gasto Sanitario Público. El gasto total de las CC.AA. asciende a 80.955 millones de euros, lo que representa un 92,1% de los 87.941 millones de euros en los que se cifra el GSP total analizado en el epígrafe anterior. El gasto sanitario de las CC.AA. supone un 6,7% del total del PIB regional y, en términos per cápita, se traduce en 1.714 euros por habitante (1.741 euros si tomamos como referencia el concepto de población asignada y no el de población residente). En relación con el año anterior, el gasto autonómico creció en 2021 un 4,6% en términos nominales.

TABLA 14.

Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. CC.AA. 2021.

	Miles de euros	% sobre PIB	Euros / habitante	Euros / persona protegida
Andalucía	12.638	7,9	1.486	1.512
Aragón	2.487	6,6	1.868	1.884
Asturias (Principado de)	1.983	8,5	1.958	1.983
Islas Baleares	2.005	6,6	1.644	1.706
Islas Canarias	3.890	9,1	1.733	1.874
Cantabria	1.089	7,9	1.866	1.918
Castilla y León	4.472	7,7	1.874	1.937
Castilla-La Mancha	3.670	8,7	1.792	1.878
Cataluña	14.017	6,1	1.827	1.798
Comunidad Valenciana	8.368	7,4	1.658	1.724
Extremadura	1.999	9,9	1.889	1.960

	Miles de euros	% sobre PIB	Euros / habitante	Euros / persona protegida
Galicia	4.778	7,6	1.772	1.815
Madrid (Comunidad de)	10.353	4,4	1.532	1.540
Murcia (Región de)	2.895	9,0	1.913	1.932
Navarra (Comunidad Foral de)	1.275	6,3	1.939	1.951
País Vasco	4.514	6,3	2.065	2.001
La Rioja	524	6,1	1.658	1.670
Total CC.AA.	80.955	6,7	1.714	1.741

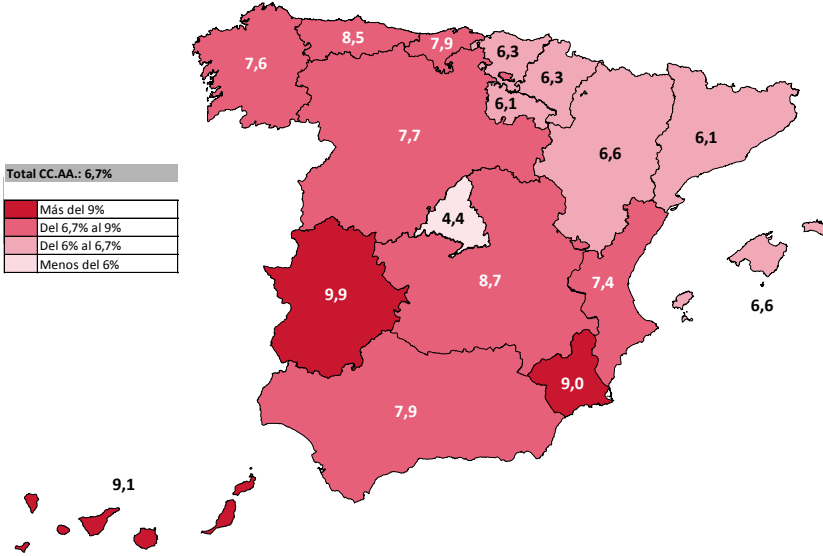
Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Estos indicadores básicos muestran una notable heterogeneidad entre comunidades. La ratio de gasto sanitario sobre el PIB alcanza su valor máximo en Extremadura (9,9%) y su mínimo en la Comunidad de Madrid (4,4%). Este indicador, como cualquier otro que utilice como denominador una medida de renta agregada, como el PIB, muestra una correlación inversa con los niveles de renta per cápita. Así, además de Extremadura, las regiones con una ratio de gasto/PIB más elevada son Canarias, la Región de Murcia y Castilla La Mancha. Por el contrario, en el grupo de comunidades con un menor valor de gasto en porcentaje del PIB se ubican, junto a Madrid, otras con alto nivel de renta como Cataluña, Navarra o País Vasco. Este gradiente económico del indicador de GSP sobre PIB se puede ver en el Mapa 7.

La dispersión del indicador de gasto per cápita no es menor, como se puede comprobar en las últimas columnas de la Tabla 14 y en el Mapa 8. En este caso no se observa, sin embargo, una relación clara entre las cifras de gasto por persona protegida y los niveles de renta por habitante de las comunidades. De hecho, en el grupo de regiones con mayor gasto per cápita encontramos dos de las de mayor PIB por habitante, como son Navarra y País Vasco, junto a una de las más pobres del país, Extremadura. Las diferencias entre estas comunidades y las de Madrid y Andalucía son notables: el gasto por persona protegida en las tres citadas en primer lugar es entre un 27% y un 32% superior al realizado por las dos que ocupan las últimas posiciones en el ranquin de gasto por habitante.

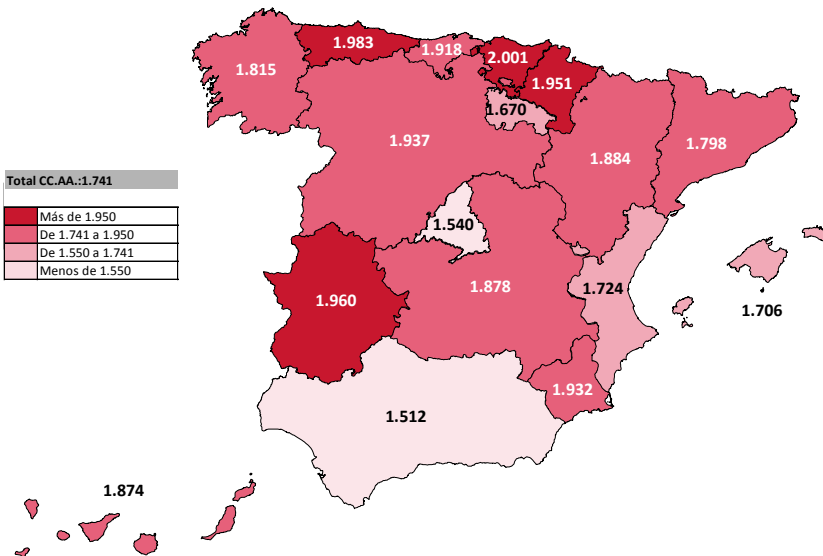
Estas disparidades territoriales en los niveles relativos de gasto sanitario no difieren mucho de las observadas al inicio del periodo de análisis. En el Mapa 9 y en el Mapa 10 se presenta la información referida a los indicadores de gasto sobre PIB y gasto por persona protegida para el año 2004, pudiendo constatarse, en el primer caso, cómo los menores porcentajes de gasto respecto a la renta agregada se corresponden con las comunidades de mayor nivel de renta (Madrid, Cataluña, País Vasco, Navarra) y el máximo lo ostenta la comunidad de Extremadura.

MAPA 7.
Gasto sanitario en porcentaje del PIB. CC.AA. 2021.



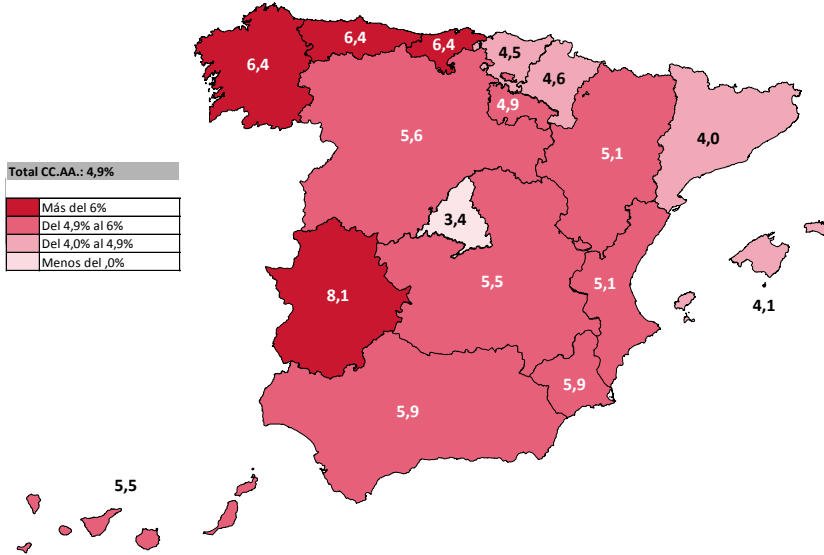
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EGSP.

MAPA 8.
Gasto sanitario en euros por persona protegida. CC.AA. 2021.



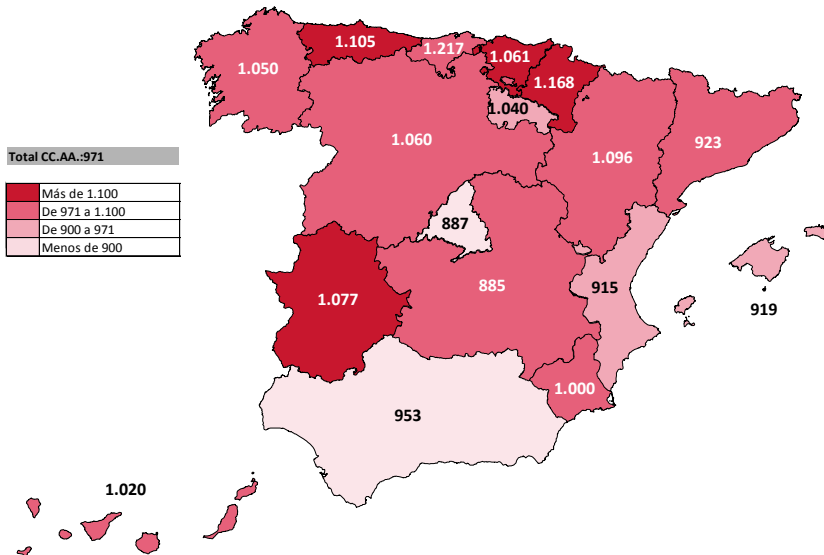
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EGSP.

MAPA 9.

Gasto sanitario en porcentaje del PIB. CC.AA. 2004.


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EGSP.

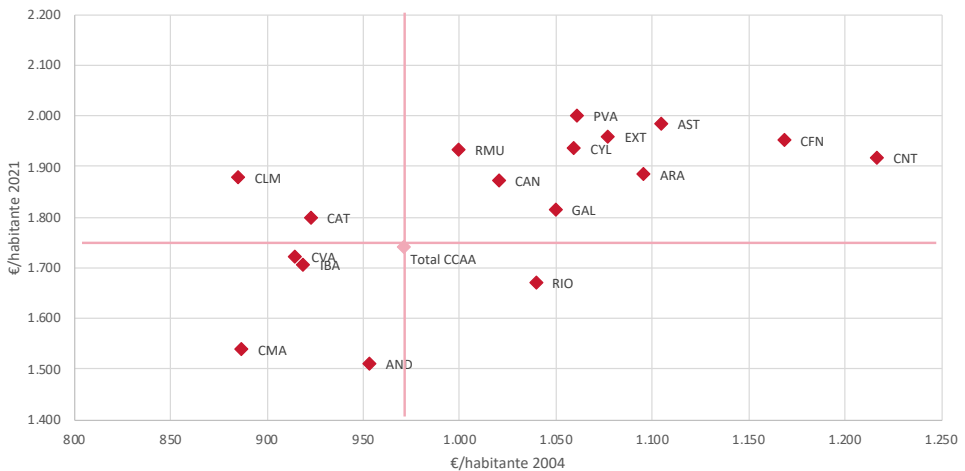
MAPA 10.

Gasto sanitario en euros por persona protegida. CC.AA. 2004.


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EGSP.

Por lo que respecta al gasto per cápita, aunque el mapa muestra algunas diferencias con el representativo de 2021, lo más significativo quizás sea el desplazamiento en el ranquin de comunidades como Castilla-La Mancha (que en 2004 era la región con menor nivel de gasto per cápita y en 2021 supera la media nacional) y Cataluña (que en 2004 está por debajo de la media y en 2021 la supera). Trayectoria inversa es la experimentada por el gasto por persona protegida en La Rioja, que superaba la cifra media en 2004 y no la alcanza diecisiete años más tarde. Estas dinámicas se observan en el Gráfico 4.

GRÁFICO 4.
Gasto sanitario en euros por persona protegida. CC.AA. 2004 y 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EGSP.

La composición del gasto sanitario público por categorías económicas que, para el conjunto del SNS, se analizó en el epígrafe anterior, muestra rasgos comunes, aunque también algunas diferencias, cuando se estudia para cada una de las Comunidades Autónomas, como se observa en la Tabla 15. En el total de servicios regionales de salud los gastos de personal absorben en 2021 casi el 46% del gasto sanitario total. Este porcentaje, no obstante, alcanza el 53,7% en el País Vasco y apenas un 37,1% en Cataluña. Esta reducida importancia de las remuneraciones del personal en la comunidad catalana se debe a la singularidad de su modelo de provisión de los servicios sanitarios públicos, en los que es muy destacada la presencia de proveedores privados (sin ánimo de lucro), lo que también explica el elevado peso de la categoría de Concertos. Si dejamos al margen el caso de Cataluña, las comunidades con una menor participación relativa de los gastos de personal son la Comunidad Valenciana, Madrid y Galicia (las dos primeras también con una presencia

significativa de mecanismos de gestión indirecta de los servicios asistenciales. Asimismo se observan diferencias significativas en la categoría de transferencias corrientes (muy vinculada al gasto en farmacia, como se verá más adelante), en la que destacan las participaciones relativas de dicha categoría en el total de gasto en Andalucía y Extremadura; los porcentajes más bajos corresponden a Navarra y País Vasco. Por último, en el caso de los conciertos, destacan los porcentajes de Cataluña y Madrid, así como los de las comunidades insulares. Las comunidades que recurren en menor medida a la contratación externa de servicios asistenciales son Castilla y León y Cantabria.

TABLA 15.

Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas. CC.AA. 2021.

	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Transferencias corrientes	Conciertos	Otros
Andalucía	49,5	26,4	19,3	3,9	1,0
Aragón	53,4	25,6	15,2	3,7	2,1
Asturias (Principado de)	48,5	28,8	16,3	5,9	0,5
Islas Baleares	47,6	28,7	12,9	8,6	2,1
Islas Canarias	51,7	23,0	16,9	7,3	1,0
Cantabria	47,8	31,7	16,0	3,1	1,4
Castilla y León	49,6	27,5	17,5	2,8	2,6
Castilla-La Mancha	48,8	25,2	17,0	5,0	3,9
Cataluña	37,1	23,1	12,7	24,1	3,0
Comunidad Valenciana	40,9	35,0	18,4	3,9	1,8
Extremadura	49,2	25,5	19,0	4,2	2,1
Galicia	44,3	29,5	18,1	4,6	3,7
Madrid (Comunidad de)	44,1	27,7	14,5	11,8	1,9
Murcia (Región de)	49,5	26,6	15,4	5,5	3,0
Navarra (Comunidad Foral de)	52,4	24,7	13,3	6,7	2,8
País Vasco	53,7	24,6	12,3	6,1	3,4
La Rioja	49,8	27,7	15,6	5,6	1,3
Total CCAA	45,9	26,9	16,0	9,0	2,2

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

El análisis de la distribución del GSP de las CC.AA. por funciones asistenciales (Tabla 16) confirma la preeminencia que, en todos los servicios regionales de salud, tienen los créditos asignados a asistencia especializada y hospitalaria. El porcentaje que se destina a esta función oscila entre el mínimo del 57,5% de Castilla-La Mancha y el máximo del 69,2% de la Comunidad de Madrid. Por lo que respecta al gasto en servicios primarios de salud, Andalucía es la comunidad que en 2021 destinó un porcentaje mayor de su gasto sanitario a Atención Primaria (17%),

seguida a distancia por Castilla-La Mancha (15,9%), Navarra (15,6%) y Castilla y León (15,5%). La Comunidad de Madrid (11,0%) y Galicia (11,8%) son, con diferencia, las que menos recursos destinan, en términos del total de su presupuesto sanitario, a la provisión de servicios primarios de salud. Finalmente, también en el gasto en farmacia se observan importantes diferencias entre comunidades, de manera que Extremadura, Galicia y Andalucía dedican más del 17% de su gasto sanitario total a la financiación de la prestación farmacéutica con receta, mientras que en País Vasco y Navarra dicho porcentaje no llega al 12%.

TABLA 16.

Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales. CC.AA. 2021.

	Atención hospitalaria	Atención primaria	Gasto en farmacia	Otros
Andalucía	61,9	17,0	17,3	3,7
Aragón	64,3	13,4	14,8	7,5
Asturias (Principado de)	66,0	13,3	15,8	5,0
Islas Baleares	65,1	14,2	12,7	8,0
Islas Canarias	62,7	14,8	16,0	6,6
Cantabria	62,3	14,5	15,7	7,5
Castilla y León	59,7	15,6	16,7	8,1
Castilla-La Mancha	57,5	15,9	16,1	10,5
Cataluña	64,9	13,7	12,1	9,3
Comunidad Valenciana	62,0	14,3	17,2	6,6
Extremadura	57,7	15,0	18,5	8,8
Galicia	64,3	11,8	17,4	6,5
Madrid (Comunidad de)	69,4	11,0	14,4	5,2
Murcia (Región de)	62,1	13,8	15,1	9,0
Navarra (Comunidad Foral de)	63,6	15,6	11,8	9,1
País Vasco	65,7	13,9	11,7	8,7
La Rioja	63,1	15,4	15,2	6,3
Total CCAA	63,6	14,2	15,2	7,0

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

La estructura funcional del GSP de las CC.AA. ha experimentado variaciones, a veces importantes, a lo largo del periodo de análisis. En la Tabla 17 se presentan los cambios en dicha estructura porcentual para las distintas comunidades, expresados en variaciones en puntos porcentuales, lo que permite analizar las dinámicas seguidas en cada comunidad. Un rasgo común a todas las comunidades es la pérdida de peso de los gastos en farmacia en el total de gasto sanitario autonómico, lo que se explica por el hecho de que los factores que están detrás de la contracción del gasto en farmacia son cambios normativos de aplicación

general en el territorio nacional: cambios en el copago, “desfinanciación” de medicamentos, reducción de márgenes a mayoristas y oficinas de farmacia. Pese a ello, la magnitud de esta contracción en el gasto en farmacia en términos relativos (es decir, en el porcentaje que representan sobre el gasto total) resulta ciertamente dispar entre servicios regionales de salud. Así, mientras que en Cataluña, Castilla-La Mancha y la Comunidad Valenciana dicha función de gasto ha perdido más de 10 puntos porcentuales en la estructura del gasto sanitario, en Cantabria apenas ha retrocedido un punto y medio.

TABLA 17.

Cambios en la composición del gasto sanitario público por funciones asistenciales. CC.AA. 2004-2021 (variación en puntos porcentuales).

	Atención hospitalaria	Atención primaria	Gasto en farmacia	Otros
Andalucía	8,0	1,1	-6,8	-2,2
Aragón	9,1	-0,3	-7,5	-1,3
Asturias (Principado de)	10,1	0,5	-7,3	-3,3
Islas Baleares	7,1	0,6	-6,3	-1,4
Islas Canarias	6,9	2,6	-5,1	-4,4
Cantabria	11,5	3,2	-1,6	-13,1
Castilla y León	12,1	-0,2	-7,5	-4,4
Castilla-La Mancha	9,9	1,2	-10,1	-1,1
Cataluña	11,1	-2,2	-12,0	3,1
Comunidad Valenciana	11,0	1,2	-10,8	-1,3
Extremadura	8,2	-3,3	-4,8	-0,1
Galicia	9,6	0,9	-8,5	-2,0
Madrid (Comunidad de)	7,8	-0,8	-4,1	-3,0
Murcia (Región de)	9,3	1,5	-8,6	-2,2
Navarra (Comunidad Foral de)	7,2	0,2	-7,5	0,0
País Vasco	9,0	-0,4	-8,9	0,3
La Rioja	12,1	2,0	-5,8	-8,3
Total CCAA	9,4	0,1	-8,1	-1,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EGSP.

Por lo que atañe a los gastos en atención especializada y hospitalaria, siendo el aumento de la participación de esta función un rasgo común a todos los servicios regionales de salud (9 puntos porcentuales de aumento para el total de CC.AA.), hay regiones en las que este avance ha sido más moderado, como Canarias (+6,9 p.p.), Baleares (+7,1) o Navarra (+7,2), y otras en las que ha tenido una magnitud muy superior, como son los casos de Castilla y León (+12,1), La Rioja (+12,1) o Cantabria (+11,5).

Por último, en lo que respecta a la Atención Primaria, los mayores avances relativos corresponden a Cantabria (+3,3 p.p.) y Canarias (+2,6), mientras que en regiones como Extremadura (-3,3) o Cataluña (-2,2) el gasto en servicios primarios de salud se ha visto relegado en términos relativos frente a otras funciones de gasto.

Detrás de estos cambios en la composición del gasto por funciones está la diferente evolución de cada una de las partidas de gasto a lo largo del periodo en las CC.AA. La combinación de las variaciones experimentadas por cada función de gasto con su peso relativo al inicio del periodo permite obtener las contribuciones al crecimiento del GSP de las funciones asistenciales por CC.AA., información que se muestra en la Tabla 18 y el Gráfico 5, expresada en medias anuales. En todos los casos es la función de gasto en atención especializada y hospitalaria la que contribuye más al crecimiento de GSP en todas las comunidades, lo que se explica, tanto por su hegemonía en la estructura funcional del gasto, como por su comportamiento más dinámico. En términos relativos, la contribución de esta función ha sido menor en Castilla-La Mancha, Extremadura y Región de Murcia, y más elevada en Cantabria, La Rioja y Asturias.

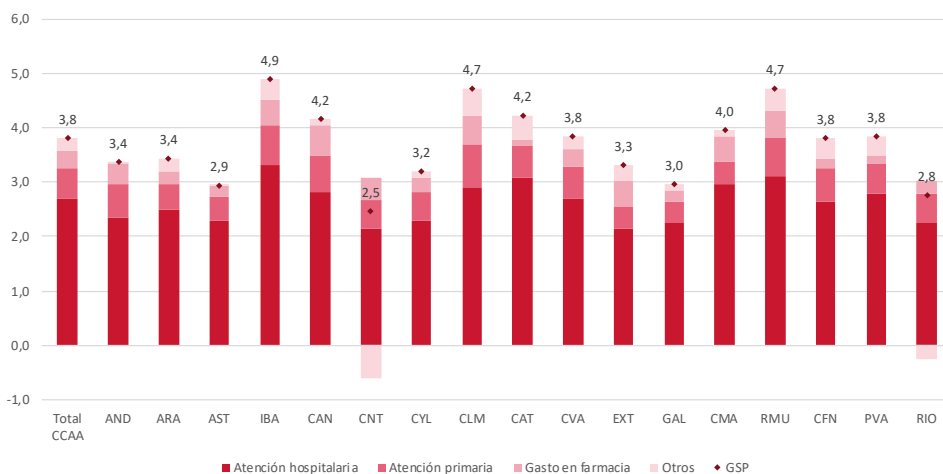
TABLA 18.

Contribuciones al crecimiento medio anual del gasto sanitario público de las distintas funciones asistenciales. CC.AA. 2004-2021.

	Atención hospitalaria	Atención primaria	Gasto en farmacia	Otros
Andalucía	2,3	0,6	0,4	0,0
Aragón	2,5	0,5	0,2	0,2
Asturias (Principado de)	2,3	0,4	0,2	0,0
Islas Baleares	3,3	0,7	0,5	0,4
Islas Canarias	2,8	0,7	0,6	0,1
Cantabria	2,1	0,5	0,4	-0,6
Castilla y León	2,3	0,5	0,3	0,1
Castilla-La Mancha	2,9	0,8	0,5	0,5
Cataluña	3,1	0,6	0,1	0,4
Comunidad Valenciana	2,7	0,6	0,3	0,2
Extremadura	2,1	0,4	0,5	0,3
Galicia	2,3	0,4	0,2	0,1
Madrid (Comunidad de)	3,0	0,4	0,5	0,1
Murcia (Región de)	3,1	0,7	0,5	0,4
Navarra (Comunidad Foral de)	2,6	0,6	0,2	0,4
País Vasco	2,8	0,6	0,1	0,4
La Rioja	2,2	0,5	0,2	-0,3
Total CCAA	2,7	0,6	0,3	0,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EGSP.

GRÁFICO 5.
Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las funciones asistenciales. CC.AA. 2004-2021. (puntos porcentuales).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 18.

1.4.3. Gasto público en Atención Primaria en el SNS y en las CC.AA.

Una vez se ha realizado en los apartados anteriores el análisis del GSP en su conjunto, de su evolución y composición, tanto para el total del SNS como en su dimensión territorial, en el presente epígrafe nos centraremos en el estudio del gasto en servicios primarios de salud, objeto principal de la presente monografía, con el fin de destacar los principales rasgos de su nivel, evolución, composición y distribución geográfica. En la Tabla 19 se presenta la evolución del gasto en Atención Primaria en millones de euros, así como en relación con el PIB y euros por habitante. La primera columna, que muestra la evolución en valores nominales del total de gasto asignado a servicios primarios de salud, permite comprobar, a simple vista, el impacto que los “recortes” presupuestarios acometidos en la segunda mitad del periodo conocido como “la Gran Recesión” tuvieron sobre los recursos destinados al primer nivel asistencial. El gasto en Atención Primaria se redujo en términos nominales durante cinco ejercicios consecutivos, entre 2009 y 2014, en una cuantía de 1.723 millones de euros o, lo que es lo mismo, más del 16% en términos acumulados.

El gasto en Atención Primaria que, en 2008 había superado el 1% del PIB, vio su valor relativo reducido hasta un 0,87% del PIB en 2014 (0,85% en 2013). En términos per cápita, el máximo alcanzado en 2009 de 230,77 euros por habitante cayó hasta los 192,38 euros de 2014 (un 16,6% de reducción, en términos nominales). La cifra absoluta de gasto en Atención Primaria de 2009 no

se recuperó hasta 2018 (en valores nominales, insistimos) y el gasto por habitante no se igualó hasta un año después, 2019. Ha sido necesario esperar trece años, hasta 2021, para que el gasto en Atención Primaria vuelva a superar el 1% del PIB, lo que ha requerido la conjunción de dos factores, ambos relacionados con el impacto de la pandemia por COVID-19: la caída del PIB y una tímida apuesta por reforzar los servicios primarios de salud. El relativo abandono de la Atención Primaria a la hora de establecer prioridades en el sistema público de salud queda evidenciado en la última columna de la tabla, donde se puede comprobar que el peso de esta función en el total de GSP se ha reducido 7 décimas en el periodo, mostrando una evolución temporal un tanto errática; que la reducción no haya sido mayor se debe, por otra parte, a la fuerte contracción del gasto en farmacia, tal y como se puso de manifiesto en un apartado anterior.

TABLA 19.

Gasto sanitario público en Atención Primaria. Millones de euros, participación en el GSP total, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Total SNS, 2004-2021.

	Millones de euros	Tasa anual de variación (%)	% PIB	Euros por habitante	% sobre GSP total
2004	7.033	8,9	0,94	165	15,2
2005	7.638	8,6	0,95	176	15,1
2006	8.321	8,9	0,97	189	14,9
2007	9.275	11,5	1,00	207	15,4
2008	10.297	11,0	1,03	225	15,4
2009	10.671	3,6	0,99	231	15,1
2010	10.509	-1,5	0,95	226	15,1
2011	10.046	-4,4	0,94	215	14,8
2012	9.343	-7,0	0,87	200	14,6
2013	9.028	-3,4	0,85	193	14,6
2014	8.948	-0,9	0,87	192	14,4
2015	9.260	3,5	0,91	199	14,1
2016	9.457	2,1	0,92	204	14,2
2017	9.675	2,3	0,90	208	14,1
2018	10.335	6,8	0,93	222	14,5
2019	11.027	6,7	0,95	235	14,7
2020	11.947	8,3	0,99	252	14,3
2021	12.720	6,5	1,02	268	14,5

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Por lo que respecta a la composición del gasto en servicios primarios de salud según categorías económicas, en la Tabla 20 se observa que, como cabría esperar por la naturaleza de este tipo de servicios asistenciales, la mayor parte

del gasto en Atención Primaria se concreta en remuneraciones al personal. El porcentaje que representa esta categoría en el gasto en primaria oscila entre el mínimo del 75,3% registrado en 2005 y el máximo del 79,4% de 2017. El peso de las remuneraciones del personal presenta una tendencia al alza hasta este último año, produciéndose a continuación un leve retroceso y su estabilización hasta 2021, ligeramente por encima del 77,5%. La segunda categoría en importancia son los consumos intermedios, cuyo peso relativo (14,7% en 2004 y 14,4% en 2021) muestra un perfil evolutivo casi simétrico al de los gastos de personal: disminución paulatina hasta 2017 y ligera recuperación entre 2017 y 2021. Por último, los gastos destinados a financiar la producción de mercado como, por ejemplo, la contratación externa de servicios de mantenimiento de las infraestructuras y de control de inventarios de los equipamientos, tienen una importancia menor y decreciente (5,8% en 2004 y 4,0% en 2021).

TABLA 20.
**Composición del gasto público en servicios primarios de salud.
 Total SNS, 2004-2021.**

	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Producción de mercado	Otros
2004	75,7	14,7	5,8	3,8
2005	75,3	15,5	5,8	3,4
2006	75,6	15,3	5,6	3,5
2007	76,3	14,9	5,1	3,7
2008	76,7	14,7	4,8	3,8
2009	78,4	13,5	4,0	4,0
2010	77,6	13,9	4,0	4,5
2011	78,5	13,2	4,2	4,1
2012	77,8	13,5	4,4	4,2
2013	78,1	12,6	4,6	4,7
2014	78,2	13,0	4,5	4,2
2015	78,4	13,1	4,6	3,9
2016	78,6	12,5	4,6	4,3
2017	79,4	11,9	4,6	4,2
2018	77,6	13,8	4,5	4,1
2019	77,6	14,0	4,3	4,2
2020	77,6	14,1	4,0	4,3
2021	77,8	14,4	4,0	3,9

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Los principales indicadores del gasto en Atención Primaria por Comunidades Autónomas, referido al último año disponible en la Estadística de Gasto Sanitario

Público, se presentan en la Tabla 21. El gasto en primaria en Extremadura roza el 1,5% del PIB regional, situándose Castilla-La Mancha, Canarias y Andalucía por encima del 1,3%. En el extremo opuesto, la Comunidad de Madrid destina a Atención Primaria menos del 0,5% de su PIB. Más interesante que este indicador —condicionado por la mayor o menor magnitud del denominador de la ratio, esto es, del PIB—, resulta a efectos comparativos el que pone en relación el gasto en Atención Primaria con la población destinataria de los servicios, es decir, con la población protegida por el sistema público de salud (“población asignada”). Curiosamente, el valor mínimo de dicho indicador se corresponde también con la Comunidad de Madrid, mientras que la Comunidad Foral de Navarra es la que presenta una cifra mayor de gasto en Atención Primaria per cápita. Entre las comunidades con mayor nivel de gasto en servicios primarios por habitante (“asignado”) se sitúan, tras Navarra, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Extremadura. En los últimos lugares del ranquin de gasto por habitante, acompañan a Madrid las comunidades de Galicia y Baleares, y la Comunidad Valenciana.

TABLA 21.

Gasto sanitario público en Atención Primaria. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. CC.AA. 2021.

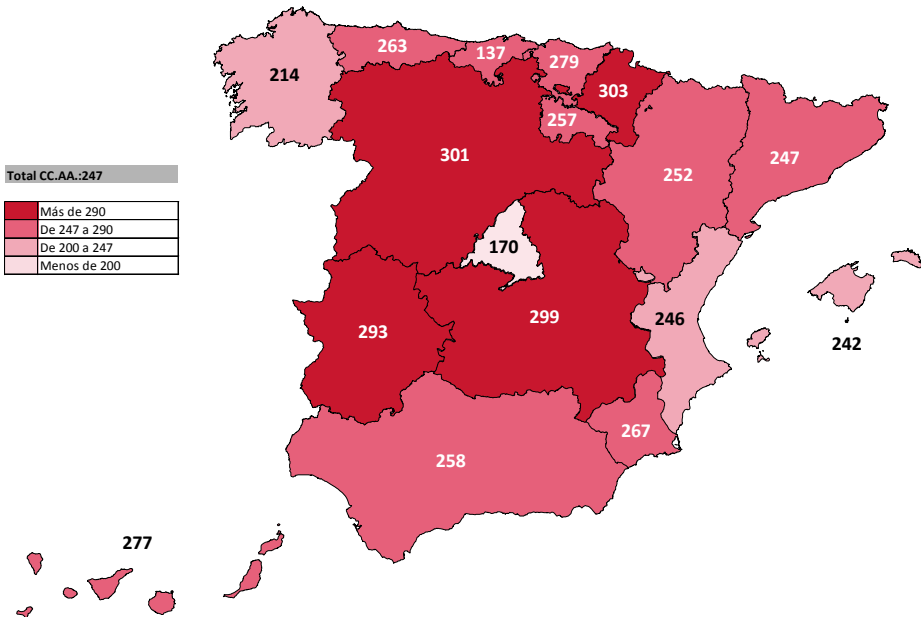
	Millones de euros	% PIB	euros/habitante	euros/persona protegida	% sobre GSP total
Andalucía	2.152.846	1,34	253	258	17,0
Aragón	333.224	0,88	250	252	13,4
Asturias (Principado de)	263.022	1,12	260	263	13,3
Islas Baleares	284.228	0,94	233	242	14,2
Islas Canarias	574.224	1,35	256	277	14,8
Cantabria	158.299	1,14	271	279	14,5
Castilla y León	695.392	1,20	291	301	15,6
Castilla-La Mancha	583.968	1,38	285	299	15,9
Cataluña	1.926.357	0,84	251	247	13,7
Comunidad Valenciana	1.192.975	1,06	236	246	14,3
Extremadura	299.074	1,49	283	293	15,0
Galicia	563.596	0,89	209	214	11,8
Madrid (Comunidad de)	1.140.643	0,49	169	170	11,0
Murcia (Región de)	399.424	1,24	264	267	13,8
Navarra (Com. Foral de)	198.332	0,97	302	303	15,6
País Vasco	628.609	0,88	288	279	13,9
La Rioja	80.736	0,94	255	257	15,4
Total CC.AA.	11.474.947	0,95	243	247	14,2

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

En el Mapa 11 se visualizan los niveles de gasto en Atención Primaria per cápita en 2021 y, a efectos comparativos, se presenta esa misma información para el año 2004 en el Mapa 12. Confrontando ambos mapas se constata una cierta estabilidad en la posición relativa de las comunidades en lo que atañe a este indicador (Madrid y Galicia registran los valores mínimos en ambos años; Extremadura, Castilla y León y Navarra los valores más altos), aunque algunas comunidades ven modificada su posición relativa de un modo apreciable. Así, Castilla-La Mancha avanza 8 puestos en la ordenación de mayor a menor gasto en servicios primarios de salud por habitante (pasa del 11º al 3º lugar) la Región de Murcia gana 6 puestos (del 14º al 8º), lo mismo que Canarias (del 13º al 7º) y Cantabria adelanta 5 posiciones (del 10º al 5º). Estas tres comunidades pasan de estar por debajo de la media de gasto en primaria por persona protegida a superar dicha media, como se observa en el Gráfico 6. Aragón y Cataluña, por el contrario, retroceden 6 puestos (del 6º al 12º y del 7º al 13º, respectivamente), y Andalucía pierde 6 posiciones (del 5º al 10º), aunque eso no las lleva a cambiar de cuadrante en el Gráfico 6.

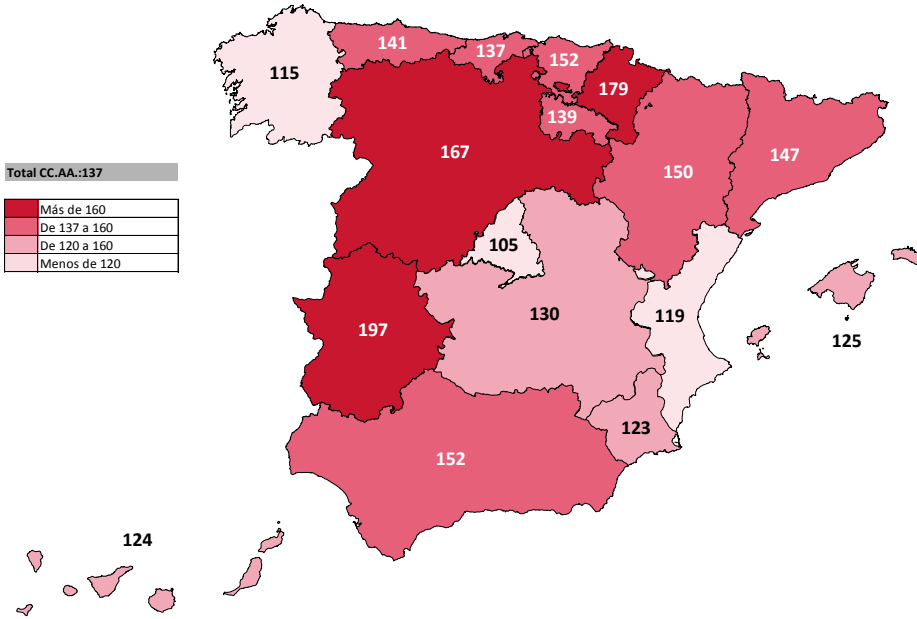
MAPA 11.

Gasto en Atención Primaria en euros por persona protegida. CC.AA. 2021.



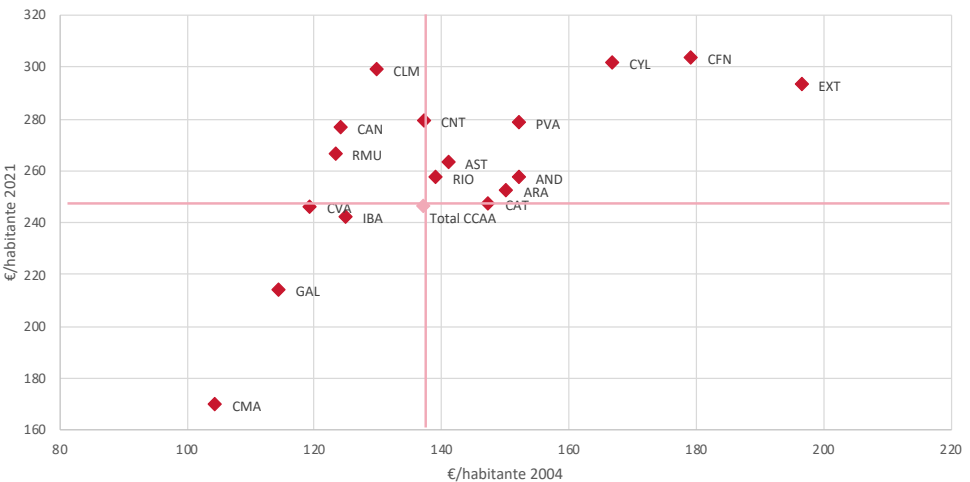
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EGSP.

MAPA 12.
Gasto en Atención Primaria en euros por persona protegida. CC.AA. 2004.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EGSP.

GRÁFICO 6.
Gasto en Atención Primaria en euros por persona protegida. CC.AA. 2004 y 2021.

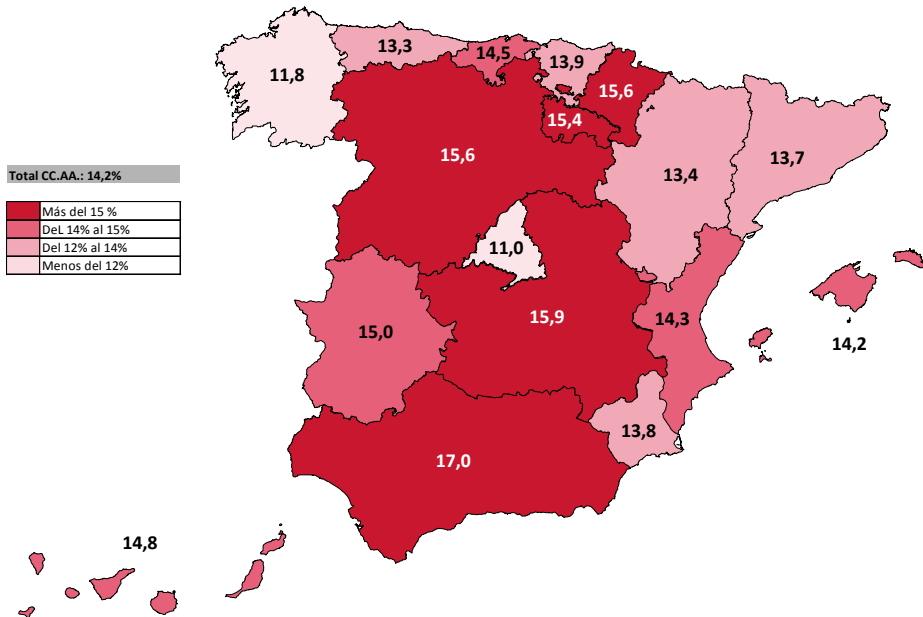


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EGSP.

El peso del gasto en Atención Primaria sobre el total de gasto de las CC.AA. puede ser un indicador del grado en que los respectivos servicios de salud apuestan por la Atención Primaria como una pieza clave del sistema sanitario público. Esta información, recogida para 2021 en la última columna de la Tabla 21, y que ya se comentó en el apartado anterior, permite identificar a Andalucía, Castilla-La Mancha, Navarra y Castilla y León como las regiones que más apuestan por los servicios primarios de salud; y a la Comunidad de Madrid y Galicia (11,8%) como las que, con diferencia, menos recursos destinan a este nivel asistencial. Esta información se muestra gráficamente en el Mapa 13 y se completa con la ofrecida en el Mapa 14, que recoge la evolución del indicador entre 2004 y 2021, en puntos porcentuales. En este último mapa se pone de manifiesto qué comunidades han incrementado más su apuesta por la Atención Primaria entre 2004 y 2021 (Cantabria, Canarias La Rioja, la Región de Murcia, Valencia, Castilla-La Mancha y Galicia) y en cuáles los servicios primarios han perdido relevancia en el proceso de asignación de recursos dentro de los presupuestos para salud (Extremadura, Cataluña, Madrid, País Vasco, Aragón y Castilla y León).

MAPA 13.

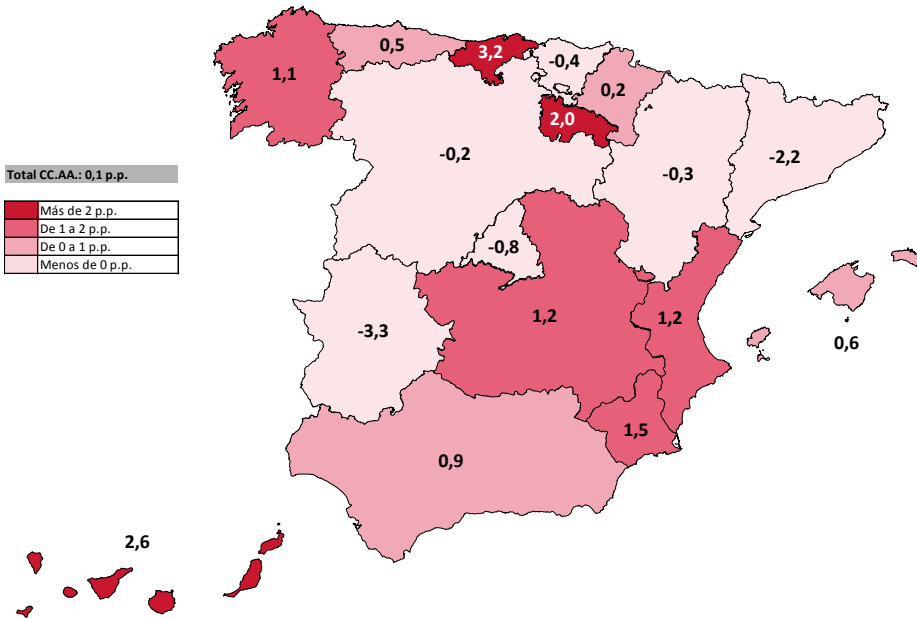
Participación del gasto en servicios primarios de salud en el total de gasto sanitario de las CC.AA. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EGSP.

MAPA 14.

Participación del gasto en servicios primarios de salud en el total de gasto sanitario de las CC.AA. Variación (puntos porcentuales) 2004-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EGSP.

Para concluir este análisis del gasto en Atención Primaria en el SNS y en las CC.AA., en la Tabla 22 se ofrece información sobre la estructura por categorías económicas del gasto en Atención Primaria en 2021. El protagonismo de los gastos de personal, que ya se comentó en relación con las cifras agregadas del SNS, se confirma para la totalidad de las CC.AA., si bien, como ocurre con la práctica totalidad de las variables e indicadores objeto de análisis en esta monografía, es posible identificar notables diferencias entre territorios. Las remuneraciones del personal representan un 91,6% del gasto en Atención Primaria total en Aragón y no alcanzan el 70% en Castilla-La Mancha (69,1%). Claramente por encima de la media de las CC.AA. (79,8%) se encuentran también Canarias, Galicia, Castilla y León y Extremadura. Nítidamente por debajo de la media, aunque por encima del 72%, están la Comunidad Valenciana, Cataluña y Extremadura. En el caso de Cataluña el peso de los gastos de personal en el gasto en servicios primarios de salud está sesgado a la baja por la presencia de experiencias de gestión indirecta o contratación externa de servicios; de hecho, solo en esta comunidad el peso de la producción de mercado (esto es, provisión privada financiada públicamente) sobre el total de gasto en Atención Primaria supera el diez por ciento (11,36%).

TABLA 22.

Composición del gasto público en servicios primarios de salud. CC.AA. 2021.

	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Producción de mercado	Otros
Andalucía	79,1	17,0	0,3	3,6
Aragón	91,6	4,3	0,0	4,1
Asturias (Principado de)	82,9	13,4	0,0	3,8
Islas Baleares	79,7	16,0	0,8	3,5
Islas Canarias	89,6	7,4	0,0	3,0
Cantabria	82,8	12,7	0,1	4,5
Castilla y León	86,8	6,8	0,1	6,4
Castilla-La Mancha	69,1	26,0	0,1	4,9
Cataluña	73,9	12,1	11,4	2,6
Comunidad Valenciana	72,1	21,2	0,0	6,6
Extremadura	86,5	7,0	0,6	5,9
Galicia	88,7	6,2	1,2	4,0
Madrid (Comunidad de)	83,4	12,7	0,0	4,0
Murcia (Región de)	84,3	11,8	0,2	3,8
Navarra (Comunidad Foral de)	81,7	10,9	1,2	6,2
País Vasco	77,5	12,3	4,5	5,7
La Rioja	82,6	12,9	0,0	4,4
Total CCAA	79,8	13,6	2,3	4,3

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

1.5. MODELOS DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

El Sistema Nacional de Salud está configurado en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como un sistema descentralizado, en consonancia con la organización territorial del Estado prevista en la Constitución. En virtud de este diseño, las CC. AA. disponen de autonomía de gestión en el ejercicio de sus competencias en materia de sanidad, según lo previsto en la propia Constitución y en la legislación que la desarrolla. Desde la culminación en 2022 del proceso de traspaso de competencias en esta materia a las CC. AA., el Sistema Nacional de Salud (SNS) está integrado por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA), responsable de la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

La autonomía de que disponen las comunidades en el ejercicio de sus competencias ha dado lugar a que existan diferentes modelos de organización y gestión de los servicios de Atención Primaria dentro del SNS.

En principio, cabe establecer una taxonomía de modelos o fórmulas de gestión, atendiendo a dos criterios. De un lado, teniendo en cuenta la forma de proveer los servicios sanitarios, y de acuerdo con el marco establecido por la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud⁴³, desarrollada posteriormente mediante el Real Decreto 29/2000, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud⁴⁴, se puede distinguir entre:⁴⁵

- **Gestión Pública Directa.** La financiación es pública y la prestación de los servicios primarios de salud se realiza exclusivamente por proveedores públicos (entes de derecho público, fundaciones públicas, consorcios). Esta modalidad de gestión está presente en todas las Comunidades Autónomas, bien de manera exclusiva (en 15 de ellas), bien en cohabitación con fórmulas de gestión indirecta (Cataluña y Comunidad Valenciana).
- **Gestión Indirecta.** La financiación es pública y la provisión de los servicios de Atención Primaria se lleva a cabo a través de un proveedor privado, con o sin finalidad de lucro (sociedades profesionales, cooperativas, sociedades mercantiles, sociedades laborales...), recurriéndose a alguna modalidad de contratación externa. La gestión indirecta de la Atención Primaria está presente en Cataluña y, en menor medida, en la Comunidad Valenciana.

En segundo lugar, atendiendo a cómo se organice el sistema de Atención Primaria en su relación y su coordinación con la atención hospitalaria, se pueden diferenciar tres modelos:

- **Gestión única.** La Atención Primaria está dirigida por una gerencia independiente de la atención hospitalaria. Este modelo está presente en dos Comunidades Autónomas: Cantabria y Comunidad de Madrid.
- **Gestión compartida.** La Atención Primaria y la hospitalaria están dirigidas por una misma gerencia (gerencia de atención integrada), que se encarga de proporcionar todos los servicios de asistencia sanitaria a una determinada población (Área de Salud, por ejemplo). Es la fórmula más extendida, encontrándose en nueve servicios de salud regionales (además de en la gestión que realiza el INGESA en Ceuta y Melilla).

43 Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 100, de 26 de mayo de 1997.

44 Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 21, de 25 de enero de 2000.

45 La Ley 15/1997 establece que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios podría llevarse a cabo directa o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho.

- Gestión mixta. Las dos modalidades de gestión (única y compartida) coexisten en un servicio regional de salud, dependiendo del área sanitaria. La gestión mixta está presente en seis Comunidades Autónomas: Baleares, Canarias, Castilla y León, Castilla-La-Mancha, Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra.

Por lo que respecta a las experiencias de gestión indirecta, el caso más singular es el del modelo catalán de gestión de Atención Primaria, en el que hay una mayor diversidad de proveedores. Además del Instituto Catalán de la Salud (ICS), empresa pública mayoritaria en la prestación de servicios, existen diferentes entidades que se encargan de, aproximadamente, un 20% de los servicios primarios de salud prestados a los ciudadanos residentes en territorio catalán. En la Comunidad Valenciana, la atención primaria es gestionada de manera indirecta (esto es, con proveedores privados) en los tres departamentos de salud en régimen de concesión administrativa.

En relación con las modalidades de organización de la gestión de los dos principales niveles de atención sanitaria, primaria y especializada, las dos únicas comunidades en las que la gerencia de Atención Primaria está diferenciada de la de atención hospitalaria son Cantabria y Madrid. En la primera existe una gerencia de primaria y tres de atención hospitalaria. En la Comunidad de Madrid existe un Área Única de Salud para todo el territorio regional, dentro de la cual está constituida la gerencia de Atención Primaria, diferenciada de la gerencia asistencial de atención hospitalaria y de la gerencia del SUMMA 112.

La fórmula mayoritaria en los servicios regionales de salud es aquella en la que la gestión de la Atención Primaria es compartida con la de la atención hospitalaria (Gerencias de Atención Integrada). Este es el caso de Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Región de Murcia, País Vasco y La Rioja. Los servicios de salud de estas comunidades cuentan con estructuras orgánicas que gestionan tanto la Atención Primaria como la especializada y hospitalaria en cada área de salud. La denominación de estas estructuras o gerencias cambia entre unas comunidades y otras: Organización Sanitaria Integrada (OSI) en el País Vasco, Gerencia de Área en Murcia, Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) en Galicia, Gerencia de Sector en Aragón, etc.

En Baleares, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña y Navarra existe un modelo mixto de Gestión, según el cual, la fórmula de organización de la gestión es única o compartida, según el área sanitaria. En Baleares, la isla de Mallorca cuenta con una gerencia específica de Atención Primaria (gestión única), mientras que en Menorca Ibiza y Formentera la gestión es compartida con la atención hospitalaria. En Canarias existen gerencias independientes para Atención Primaria y

atención hospitalaria solo en Tenerife y Gran Canaria, no así en el resto de las islas. En Castilla y León, hay casos de gestión única de la Atención Primaria en algunas Áreas de Salud (Salamanca, Valladolid Este y Oeste, Burgos y León), mientras que en el resto de áreas (Ávila, El Bierzo, Zamora, Soria, Segovia y Palencia) la gerencia es compartida. En Castilla-La Mancha hay 13 gerencias de atención integrada y un caso de gestión única: la gerencia de atención Primaria de Toledo. En Cataluña también hay Áreas de Salud que gestionan de manera independiente los dos niveles de atención sanitaria y otras en las que la gestión es compartida. En Navarra, un área de salud (Pamplona) cuenta con gerencia propia para Atención Primaria, mientras que las otras dos (Tudela y Estella) tienen gerencia compartida.

La principal ventaja del modelo de gestión compartida es, a priori, una mayor coordinación entre niveles asistenciales. En los casos en que se ha optado por la gestión única (para el conjunto del servicio de salud o para algunas Áreas de Salud concretas: modelo mixto) resulta necesario crear recursos institucionales (comisiones, protocolos, sistemas de información compartidos) que favorezcan la coordinación.

1.6. RECURSOS ESTRUCTURALES

En el apartado 1.4 se abordó el análisis del gasto en sanidad, en general, y en servicios de Atención Primaria en particular, en el SNS. En este epígrafe y el que le sigue, centraremos el foco en la Atención Primaria para analizar la materialización de los flujos monetarios que conforman el GSP, esto es, los recursos materiales de carácter estructural —en el presente apartado— y los recursos humanos —en el siguiente— con los que cuenta el sistema público de salud para llevar a cabo la provisión de los servicios primarios de salud.

En la Tabla 23 y el Gráfico 7 se muestra la evolución del número de centros de salud y consultorios locales de Atención Primaria en el conjunto del SNS, desde 2004 hasta 2021. En 2004 había en España 2.756 centros de salud y 10.145 consultorios locales, para un total de 12.901 centros asistenciales de Atención Primaria. Diecisiete años más tarde, la cifra agregada apenas ha aumentado un 1%, hasta superar ligeramente los 13.050 centros, si bien se ha producido un proceso de sustitución de consultorios locales (cuyo número cae un 1,3% en el periodo) por centros de salud, experimentando estos un incremento acumulado superior al 10%.

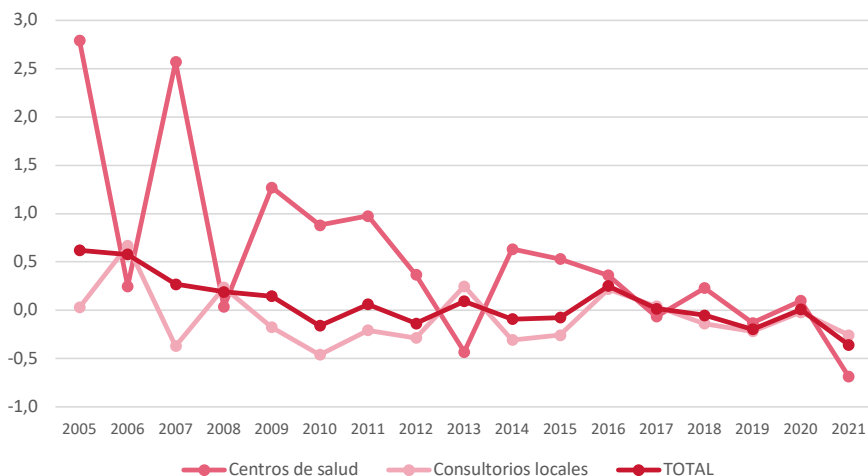
El Gráfico 7 permite ver con claridad cómo este proceso fue mucho más intenso en los primeros años del periodo de análisis. De hecho, el número de centros de salud aumentó a un ritmo anual del 1,1% entre 2004 y 2012 y de solo el 0,1% en el periodo 2012-2021, registrándose tasas de variación negativas en cuatro de los 9 años de este subperiodo.

TABLA 23.
Centros de salud y consultorios de Atención Primaria. Total SNS, 2004-2021.

	Centros de salud	Consultorios locales	Total
2004	2.756	10.145	12.901
2005	2.833	10.148	12.981
2006	2.840	10.216	13.056
2007	2.913	10.178	13.091
2008	2.914	10.202	13.116
2009	2.951	10.184	13.135
2010	2.977	10.137	13.114
2011	3.006	10.116	13.122
2012	3.017	10.087	13.104
2013	3.004	10.112	13.116
2014	3.023	10.081	13.104
2015	3.039	10.055	13.094
2016	3.050	10.077	13.127
2017	3.048	10.081	13.129
2018	3.055	10.067	13.122
2019	3.051	10.045	13.096
2020	3.054	10.043	13.097
2021	3.033	10.017	13.050

Fuente: SIAP.

GRÁFICO 7.
Evolución del número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria. Total SNS, 2004-2021. Tasas anuales de variación (%).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 23.

La distribución geográfica de los centros de salud y consultorios de Atención Primaria en 2021 se muestra en la Tabla 24. En dicho año hay 3.026 centros de salud gestionados por las CC.AA. (más los siete que el INGESA gestiona en Ceuta y Melilla, que suman los 3.033 que aparecen en la última fila de la Tabla 23). Estos centros de salud, sumados a los más de 10.000 consultorios locales, arrojan una cifra total de 13.043 centros asistenciales de primaria en el conjunto de servicios regionales de salud.

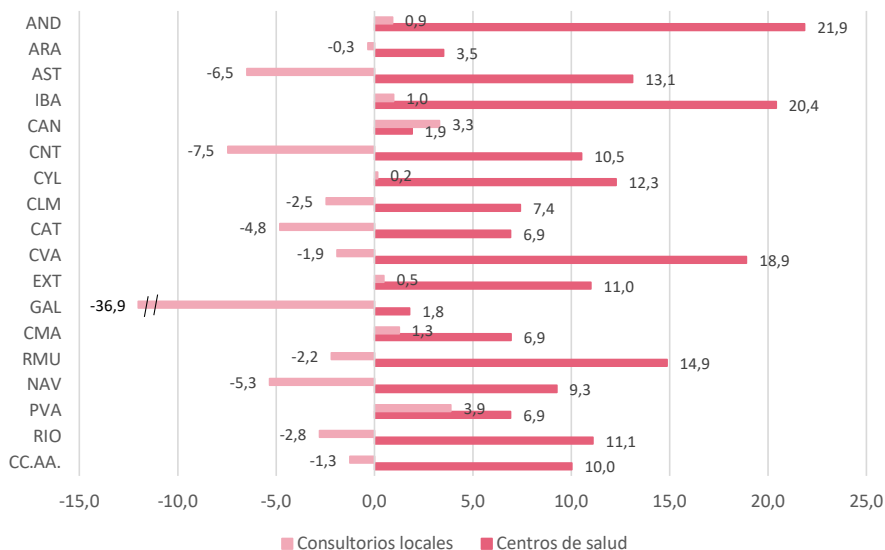
La dinámica observada en los datos agregados del SNS se reproduce en las CC.AA. pues, como se puede ver en el Gráfico 8, en todas ellas se ha registrado un aumento del número de centros de salud, bien es cierto que de dispar magnitud. Las comunidades en las que menor ha sido dicho incremento son Galicia (1,8%) y Canarias (1,9%), mientras que las regiones en las que el catálogo de centros de salud más se amplió en el periodo son Andalucía (21,9%), Baleares (20,4%), Comunidad Valenciana (18,9%) y la Región de Murcia (14,9%). No ha sido igual de generalizada la reducción del número de consultorios locales observada a escala agregada. De hecho, en siete de los diecisiete servicios regionales de salud se ha ampliado el listado de consultorios de primaria, con el País Vasco a la cabeza (+3,9%). Galicia es la comunidad en la que mayor ha sido la reducción del número de consultorios, que se cifra en casi un 40% en el periodo.

TABLA 24.
Centros de salud y consultorios de Atención Primaria. CC.AA. 2021.

	Centros de salud	Consultorios locales	Total
Andalucía	407	1.107	1.514
Aragón	118	872	990
Asturias (Principado de)	69	144	213
Islas Baleares	59	104	163
Islas Canarias	107	156	263
Cantabria	42	124	166
Castilla y León	247	3.650	3.897
Castilla-La Mancha	203	1.110	1.313
Cataluña	417	770	1.187
Comunidad Valenciana	283	567	850
Extremadura	111	415	526
Galicia	398	65	463
Madrid (Comunidad de)	262	162	424
Murcia (Región de)	85	179	264
Navarra (Comunidad Foral de)	59	231	290
País Vasco	139	187	326
La Rioja	20	174	194
Total CC.AA.	3.026	10.017	13.043

Fuente: SIAP.

GRÁFICO 8.

Evolución del número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria. Total CC.AA., 2004-2021. Tasas de variación (%).


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP.

Dado que la población asignada al sistema público ha evolucionado al tiempo que lo ha hecho el volumen de recursos estructurales disponible, resulta conveniente analizar cómo ello se refleja en la ratio de población asignada por centros de salud. Esta información se presenta en la Tabla 25 para los años inicial y final del periodo objeto de estudio. En primer lugar, si nos centramos en 2021 es evidente la disparidad en la ratio de población por centro de salud entre Comunidades Autónomas. Sería temerario tratar de derivar conclusiones sobre la calidad de la oferta o la saturación de los servicios a partir de estos valores, pues el diferente tamaño poblacional medio de los centros de salud puede responder a distintos diseños de la oferta de servicios primarios, probablemente condicionados por la geografía y la distribución de la población en el territorio de cada comunidad. Más informativas a este respecto serán las ratios que en el apartado siguiente se analizarán, a partir de la dotación de recursos humanos (población por cada médico de familia, pediatra, enfermero, etcétera). El hecho, en cualquier caso, es que es posible observar distintos “modelos” de servicios primarios de salud, en lo que respecta a la configuración del mapa de centros asistenciales, de suerte que la población media asignada por centro de salud es inferior a 10.000 en Galicia (6.617), Castilla-La Mancha (9.627) y Castilla y León (9.346) y supera los 20.000 o se acerca a dicha cifra en Madrid (25.651), Andalucía (20.540), Baleares (19.917) y Canarias (19.403).

Interesante resulta también observar la evolución de estas ratios por comunidades entre 2004 y 2021, que también es ciertamente dispar. En diez CC.AA. el número de centros de salud ha crecido más que la población asignada, lo que ha dado lugar a una disminución del “tamaño medio” de los centros asistenciales. Este cambio ha sido particularmente apreciable en Asturias, Castilla y León, Extremadura y la Comunidad Valenciana. En las otras siete ha ocurrido lo contrario, de manera que la ratio de población por centro de salud ha aumentado. Canarias (9,59%) y Madrid (5,85%) son las regiones en las que mayor ha sido el aumento de dicha ratio.

TABLA 25.
Ratio media de población asignada por centro de salud. CC.AA. 2004-2021.

	2004	2021	Variación (%)
Andalucía	22.066	20.540	-6,9
Aragón	10.957	11.187	2,1
Asturias (Principado de)	17.494	14.490	-17,2
Islas Baleares	19.417	19.917	2,6
Islas Canarias	17.705	19.403	9,6
Cantabria	14.295	13.518	-5,4
Castilla y León	10.865	9.346	-14,0
Castilla-La Mancha	9.678	9.627	-0,5
Cataluña	18.218	18.692	2,6
Comunidad Valenciana	19.489	17.155	-12,0
Extremadura	10.525	9.188	-12,7
Galicia	6.887	6.617	-3,9
Madrid (Comunidad de)	24.233	25.651	5,9
Murcia (Región de)	17.359	17.627	1,5
Navarra (Comunidad Foral de)	10.489	11.076	5,6
País Vasco	16.736	16.232	-3,0
La Rioja	16.627	15.693	-5,6
Total CC.AA.	15.640	15.369	-1,7

Fuente: SIAP.

1.7. RECURSOS HUMANOS

Los servicios sanitarios son muy intensivos en factor trabajo. Como se ha visto en epígrafes anteriores, los gastos destinados a remunerar al personal representan cerca del 50% del total de gasto sanitario público y, en el caso de la Atención Primaria, superan el 70% e incluso el 80% en algunas Comunidades Autónomas. En consecuencia, el estudio de los recursos humanos, su dotación relativa, composición y evolución, constituye una pieza clave en el análisis del funcionamiento de los servicios primarios del SNS en su conjunto y en cada una de las CC.AA.

En 2021, según datos del Ministerio de Sanidad, había un total de 118.258 profesionales de Atención Primaria en el SNS, de los cuales un 80% eran miembros del personal sanitario (un 70% médicos/as y enfermeros/as). No resulta posible analizar la evolución de las categorías de personal no sanitario y de personal sanitario distinto del personal médico y de enfermería, debido a que las series publicadas están incompletas. Por esta razón el estudio longitudinal se limitará a estas últimas dos categorías, distinguiendo en la primera de ellas entre profesionales de la medicina de familia y pediatras.

Los datos referidos al conjunto del SNS se presentan en la Tabla 26 para el periodo 2004-2021. De los 67.086 profesionales sanitarios registrados en 2021, un 46% son enfermeras/os, un 44% médicas/os de familia y algo menos de un 10% pediatras. Respecto a 2004 ha aumentado ligeramente el porcentaje correspondiente al personal de enfermería y se ha reducido el relativo a profesionales de la medicina de familia. Esto es consecuencia del diferente ritmo de crecimiento de las tres categorías profesionales. Mientras que el total aumentó un 20,4% (a un ritmo anual del 1,1%), el personal de enfermería creció un 23,5% (media anual del 1,2%), el de medicina de familia un 18% y el de pediatría un 17,6% (ambos a una media anual próxima al 1%).

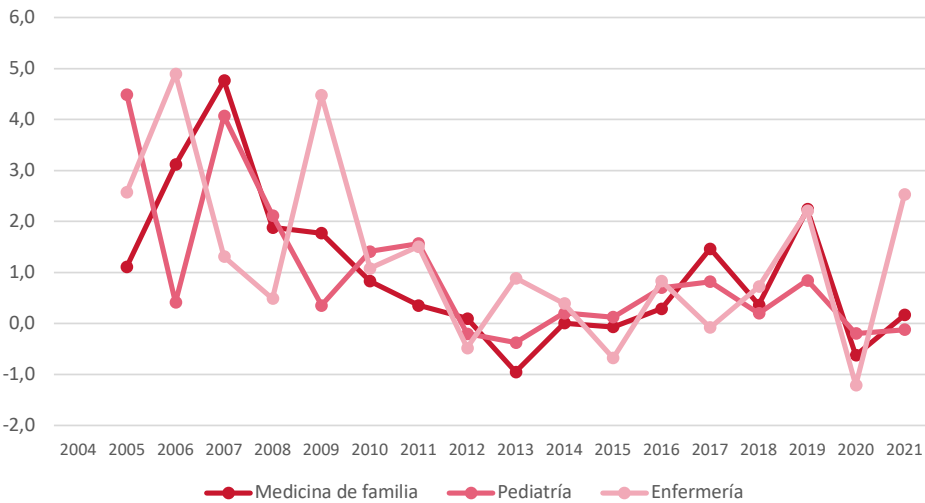
TABLA 26.
Profesionales de Atención Primaria. Personal sanitario por tipos.
Total SNS. 2004-2021.

	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería	Total
2004	25.080	5.574	25.045	55.699
2005	25.359	5.824	25.690	56.873
2006	26.150	5.848	26.947	58.945
2007	27.395	6.086	27.300	60.781
2008	27.911	6.215	27.433	61.559
2009	28.405	6.237	28.660	63.302
2010	28.641	6.325	28.970	63.936
2011	28.743	6.424	29.407	64.574
2012	28.771	6.411	29.266	64.448
2013	28.498	6.387	29.526	64.411
2014	28.500	6.400	29.642	64.542
2015	28.480	6.408	29.441	64.329
2016	28.562	6.453	29.686	64.701
2017	28.980	6.506	29.662	65.148
2018	29.086	6.519	29.877	65.482
2019	29.737	6.574	30.537	66.848
2020	29.552	6.561	30.167	66.280
2021	29.601	6.553	30.932	67.086

Fuente: SIAP.

Las tasas anuales de variación se representan en el Gráfico 9, en el que se observa una ralentización del crecimiento a partir de 2010, coincidiendo con la crisis económica, registrándose incluso tasas negativas en algunas categorías en 2012 y 2013. También hubo variaciones negativas, en este caso afectando de manera generalizada a todos los tipos de profesionales en el año 2020.

GRÁFICO 9.
Evolución del número de profesionales de Atención Primaria. Total SNS, 2004-2021.
Tasas anuales de variación (%).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 26.

En la Tabla 27 el número de profesionales de primaria se pone en relación con la población asignada al sistema, con el fin de obtener ratios de población por profesional. En 2004 las ratios eran de 1.484, 1.030 y 1.709 personas por cada profesional de medicina de familia, pediatría y enfermería, respectivamente. Dichas ratios se redujeron hasta los 1.371, 938 y 1.508. En el Gráfico 10 se aprecia la tendencia decreciente en las tres ratios, si bien la intensidad en la reducción de estas ha sido dispar. La mayor caída en la ratio (un 11,8%) se ha producido en el caso del personal de enfermería, lo que es congruente con el mayor incremento registrado en el número de profesionales de este tipo que se señaló antes. La ratio de pacientes potenciales por pediatra se redujo en el periodo un 8,9%, mientras que la relativa al personal de medicina de familia solo se contrajo un 7,6%. Esto es así, pese a que el número de médicos/os de familia aumentó más que el de pediatras, y se explica por el menor crecimiento de la población en edad pediátrica respecto a la población protegida de todas las edades.

TABLA 27.

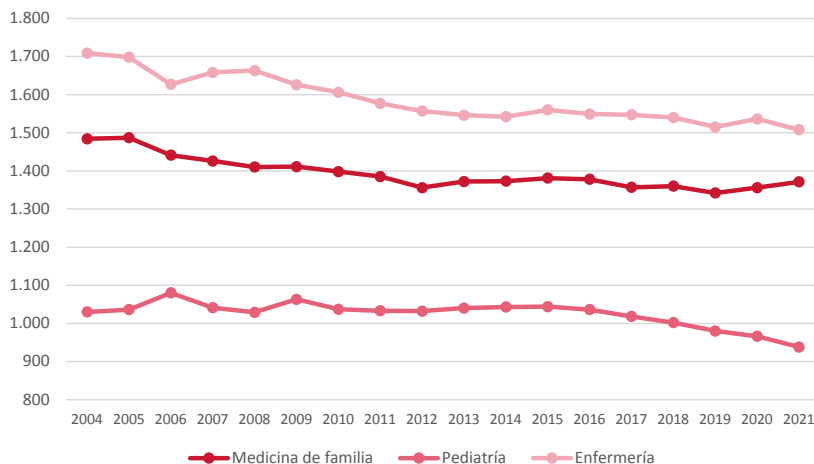
Ratio de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). Total SNS. 2004-2021.

	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería
2004	1.484	1.030	1.709
2005	1.487	1.036	1.698
2006	1.441	1.080	1.627
2007	1.426	1.041	1.658
2008	1.410	1.029	1.663
2009	1.411	1.063	1.626
2010	1.398	1.037	1.606
2011	1.385	1.033	1.577
2012	1.356	1.032	1.557
2013	1.372	1.040	1.546
2014	1.373	1.043	1.542
2015	1.381	1.044	1.560
2016	1.378	1.036	1.549
2017	1.357	1.018	1.547
2018	1.360	1.002	1.540
2019	1.342	980	1.515
2020	1.356	966	1.536
2021	1.371	938	1.508

Fuente: SIAP.

GRÁFICO 10.

Evolución de las ratios de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). Total SNS. 2004-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 27.

Analizamos, seguidamente, las diferencias en la dotación de profesionales de Atención Primaria por Comunidades Autónomas. Como se desprende de los datos de la Tabla 28, resumidos en el Gráfico 11, en 2021, un 44% del personal sanitario de las CC.AA. estaba constituido por profesionales de la medicina de familia, un 8% eran pediatras y un 48% personal de enfermería. El colectivo de médicas/os de primaria alcanzaba un máximo del 50% en Castilla y León y un mínimo del 39% en La Rioja. La participación en el total de los pediatras rozó el 11% en la Comunidad Valenciana y no alcanzó el 5% en Castilla y León. El mayor peso relativo del personal de enfermería se registró en La Rioja (55%) y el mínimo en la Comunidad de Madrid (45%).

TABLA 28.

Profesionales de Atención Primaria. Personal sanitario por tipos. CC.AA. 2021.

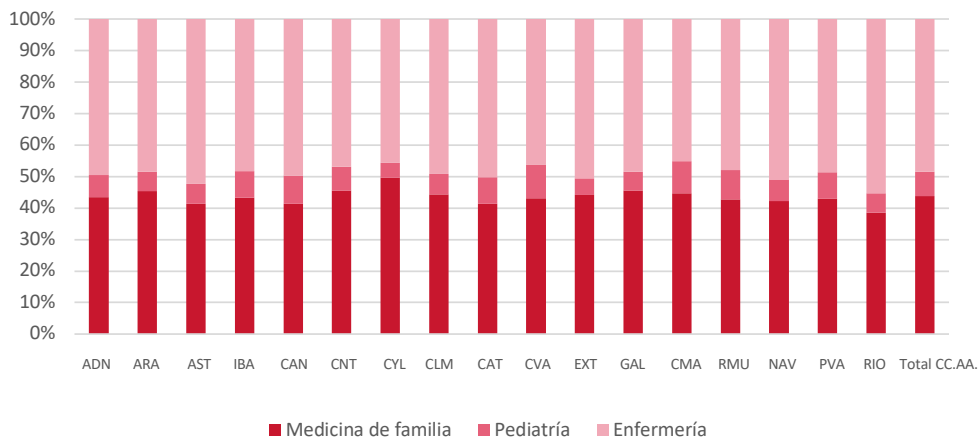
	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería	Total
Andalucía	7.131	1.151	8.132	16.414
Aragón	1.356	184	1.451	2.991
Asturias (Principado de)	804	122	1.016	1.942
Islas Baleares	750	144	836	1.730
Islas Canarias	1.451	315	1.747	3.513
Cantabria	523	87	540	1.150
Castilla y León	2.924	286	2.689	5.899
Castilla-La Mancha	1.799	265	1.997	4.061
Cataluña	4.976	1.014	6.027	12.017
Comunidad Valenciana	3.481	864	3.740	8.085
Extremadura	1.145	137	1.311	2.593
Galicia	2.450	318	2.612	5.380
Madrid (Comunidad de)	3.965	920	4.006	8.891
Murcia (Región de)	1.177	252	1.319	2.748
Navarra (Comunidad Foral de)	656	107	790	1.553
País Vasco	1.662	320	1.883	3.865
La Rioja	271	43	389	703
Total CC.AA.	36.521	6.529	40.485	83.535

Fuente: SIAP.

Una comparación más ilustrativa entre comunidades es la que se deriva de observar las ratios de población por profesional, en la medida en que tales ratios pueden ser un indicador de la presión asistencial que soportan los profesionales de primaria en cada territorio. Esta información se muestra, para el año 2021, en la Tabla 29 y en los mapas que aparecen tras ella. Al estar las ratios definidas como número de personas por profesional, un menor valor puede interpretarse —con todas las cautelas— como indicador de una mejor dotación relativa de recursos humanos, mientras que los valores más altos serían indicativos de una menor dotación y, en consecuencia, una mayor presión asistencial y un mayor riesgo de saturación del sistema.

GRÁFICO 11.

Composición por tipos del personal sanitario de Atención Primaria. CC.AA. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 28.

TABLA 29.

Ratio de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). CC.AA. 2021.

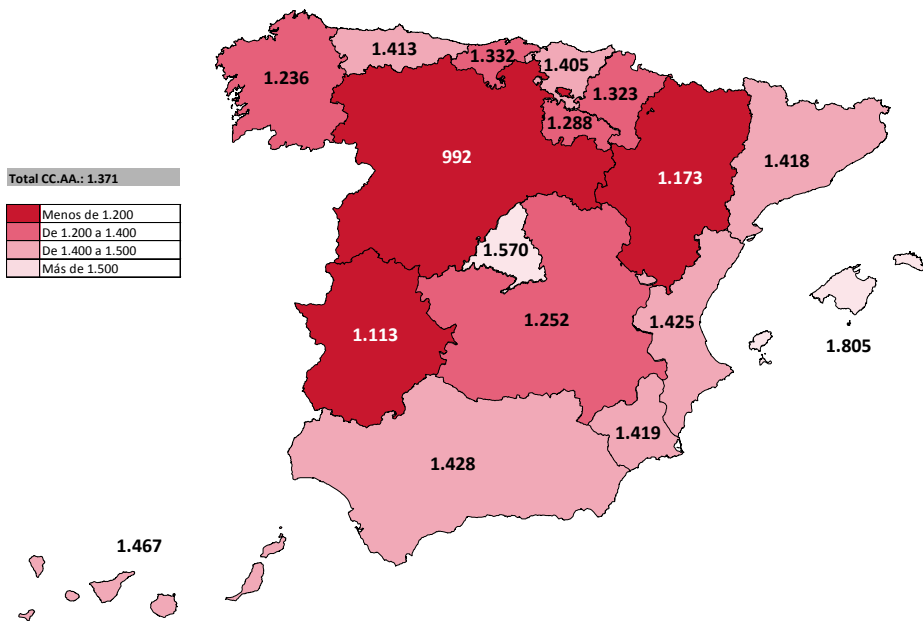
	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería
Andalucía	1.428	924	1.643
Aragón	1.173	941	1.208
Asturias (Principado de)	1.413	802	1.321
Islas Baleares	1.805	1.088	1.791
Islas Canarias	1.467	807	1.436
Cantabria	1.332	881	1.543
Castilla y León	922	815	1.120
Castilla-La Mancha	1.252	992	1.305
Cataluña	1.418	1.098	1.477
Comunidad Valenciana	1.425	773	1.584
Extremadura	1.113	855	1.121
Galicia	1.236	928	1.374
Madrid (Comunidad de)	1.570	1.062	1.973
Murcia (Región de)	1.419	882	1.714
Navarra (Comunidad Foral de)	1.323	916	1.238
País Vasco	1.405	834	1.413
La Rioja	1.288	918	1.029
Total SNS	1.371	938	1.508

Fuente: SIAP.

En 2021 se puede identificar a la comunidad de Islas Baleares como la que adolece de una mayor presión asistencial, por cuanto sus ratios son elevadas en los tres tipos de categorías profesionales. En el lado opuesto se encuentra Castilla y León, con ratios bajas también para las tres categorías. El análisis por tipos de profesionales permite comprobar cómo en la categoría de medicina de familia (ver Mapa 15) las ratios más elevadas corresponden a la citada comunidad balear (1.805), seguida, a una considerable distancia, por la Comunidad de Madrid (1.570). En el caso de los profesionales de pediatría (Mapa 16), las comunidades con mayores ratios son Cataluña (1.098), Baleares (1.088) y Madrid (1.062). El personal de enfermería presenta ratios más altas en las comunidades de Madrid (1.973), Baleares (1.791) y la Región de Murcia (1.714), como se observa en el Mapa 17.

MAPA 15.

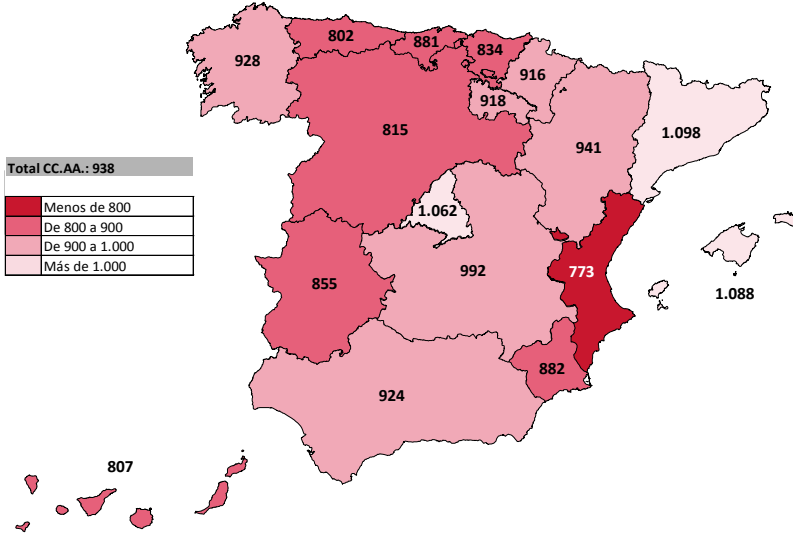
Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional). CC.AA. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro (menor ratio) se asocia con una mayor dotación relativa de profesionales.

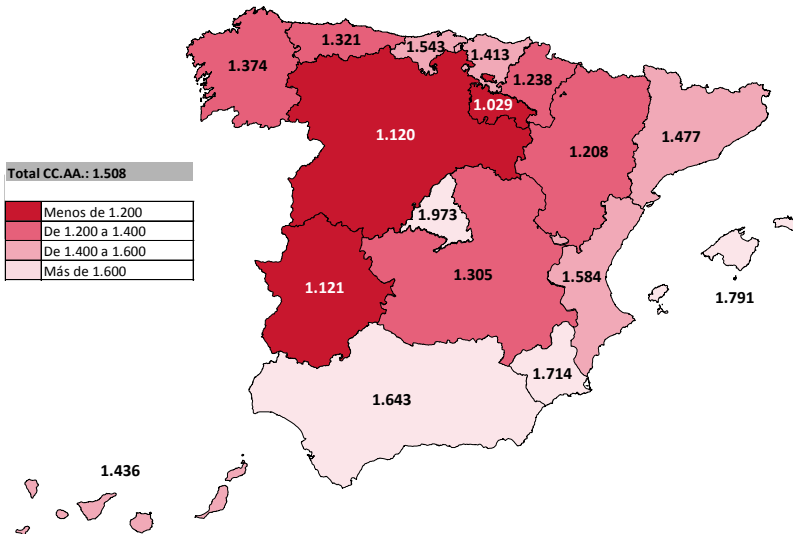
Los mayores niveles de dotación relativa de profesionales sanitarios se localizan en Castilla y León (922), Aragón (1.173) y Extremadura (1.113), para el caso de la medicina de familia; en la Comunidad Valenciana (773), Asturias (802) y Canarias (807) en el caso de los pediatras; y en Extremadura (1.121), Castilla y León (1.120) y Aragón (1.208) en los profesionales de enfermería.

MAPA 16.

Ratio de pediatras (población asignada por profesional). CC.AA. 2021.


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro (menor ratio) se asocia con una mayor dotación relativa de profesionales.

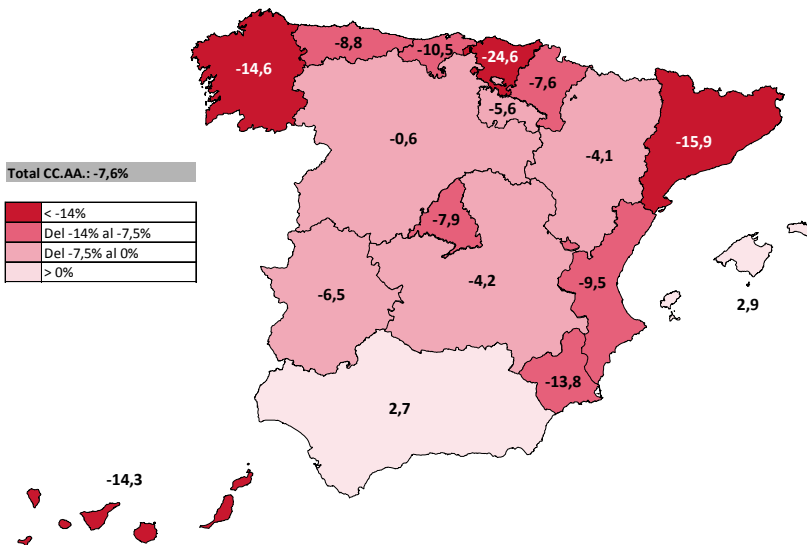
MAPA 17.

Ratio de enfermeras (población asignada por profesional). CC.AA. 2021.


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro (menor ratio) se asocia con una mayor dotación relativa de profesionales.

Por lo que atañe a la evolución de las ratios de profesionales de primaria en cada comunidad autónoma a lo largo del periodo 2004-2021, en el Mapa 18 se puede comprobar cómo los servicios de salud que han mejorado (esto es, reducido) más sus ratios de personal de medicina de familia son los de las comunidades del País Vasco (donde la ratio se redujo un 24,6%), Cataluña (-15,9%) y Galicia (-14,6%). Por el contrario, la ratio aumentó en Islas Baleares (+2,9%) y en Andalucía (+2,7%).

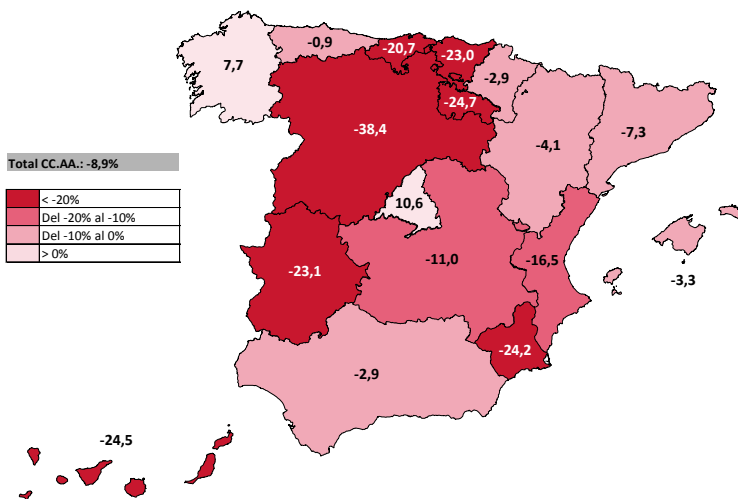
MAPA 18.
Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional). CC.AA.
Variación % 2004-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro se asocia con una mayor reducción de la ratio, esto es, una mejor evolución de la dotación relativa de profesionales.

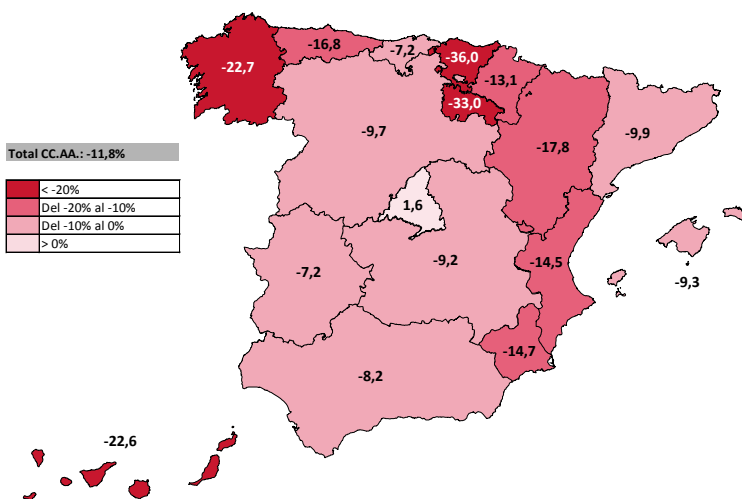
En el caso del personal de pediatría (Mapa 19), las ratios han experimentado un descenso generalizado y de mayor intensidad, presumiblemente, como consecuencia de la caída en las tasas de natalidad y la consiguiente disminución de la población en edad pediátrica, en términos relativos (la población asignada total en el SNS aumentó en 3 millones y medio de personas entre 2004 y 2021 y la población entre 0 y 14 años en poco más de 200.000). A la cabeza en la reducción de la ratio se encuentra Castilla y León (-38,4%), seguida de La Rioja (-24,7%) y la Región de Murcia (-24,2%). El número de personas protegidas en edad pediátrica por cada profesional de la pediatría en Atención Primaria únicamente aumentó, de manera significativa, además, en Madrid (+10,6%) y Galicia (+7,7%), quedando prácticamente inalterado en Asturias (-0,9%).

MAPA 19.

**Ratio de pediatras (población asignada por profesional). CC.AA.
Variación % 2004-2021.**


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro se asocia con una mayor reducción de la ratio, esto es, una mejor evolución de la dotación relativa de profesionales.

MAPA 20.

**Ratio de enfermeras (población asignada por profesional). CC.AA.
Variación % 2004-2021.**


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro se asocia con una mayor reducción de la ratio, esto es, una mejor evolución de la dotación relativa de profesionales.

Finalmente, la dotación relativa de personal de enfermería también presenta dinámicas dispares entre territorios, como se observa en el Mapa 20, aunque la mejora es, como en el caso de la categoría de pediatras, generalizada y de cierta intensidad. Las mejoras (reducciones) de mayor magnitud se localizan en el País Vasco (-36%), La Rioja (-33%) y Galicia (-22,7%). La Comunidad de Madrid es la única que presenta un empeoramiento de la ratio (+1,6%), mientras que en el resto de las comunidades la reducción supera, como mínimo, el 7%.

1.8. CALIDAD ASISTENCIAL

1.8.1. La calidad asistencial y su medición en Atención Primaria

La calidad asistencial es un concepto poliédrico que abarca diversos atributos, algunos de ellos comunes a otros servicios públicos y otros específicos de los servicios sanitarios. La calidad de la asistencia sanitaria es un término relativo que implica la idea de mejora continua y que exige medir y comparar, para lo cual se emplean diversos indicadores de naturaleza dispar. Entre los atributos de la calidad asistencial cabe citar la efectividad, la eficiencia, la seguridad, la adecuación, la accesibilidad o la continuidad temporal y espacial (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Con el fin de evaluar el nivel relativo de calidad asistencia de los servicios primarios de salud de las Comunidades Autónomas, así como su evolución en el tiempo, se ha seleccionado una serie de indicadores representativos de algunos de los atributos asociados a la calidad asistencial. Así, se revisará la situación actual y la evolución reciente de indicadores relacionados con la efectividad y adecuación, la seguridad, la experiencia del paciente y la accesibilidad. Los datos proceden de los Indicadores Clave del SNS (INCLASNS), publicados por el Ministerio de Sanidad⁴⁶, que no están disponibles todos los años para todas las Comunidades Autónomas, de ahí que las series que se presentan y analizan resulten heterogéneas, tanto en el periodo considerado, como en el número de comunidades incluidas en el análisis.

1.8.2. Indicadores de efectividad/adecuación

Comenzando con los indicadores que el sistema INCLASNS incluye en la categoría de medidas de efectividad y/o adecuación, uno que directamente concierne a la actividad asistencial de la Atención Primaria es el referido al correcto seguimiento de los pacientes hipertensos. En concreto, el indicador mide el número de personas con hipertensión arterial y control de las cifras de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) respecto al total de personas diagnosticadas de

⁴⁶ Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud que pueden consultarse aquí: <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>

hipertensión con un registro de cifras de tensión arterial en Atención Primaria.⁴⁷ Los valores de este indicador se presentan en la Tabla 30 para el periodo 2017-2021 y para catorce comunidades (trece en 2017 y 2018, doce en 2020).

TABLA 30.

Control de Presión Arterial Sistólica y Presión Arterial Diastólica en pacientes con hipertensión arterial. CC.AA. 2017-2021. (% pacientes controlados sobre diagnosticados)

	2017	2018	2019	2020	2021
Andalucía	--	--	--	51,9	50,5
Aragón	52,0	51,4	52,4	47,2	47,8
Islas Baleares	49,0	49,6	48,2	42,6	43,7
Islas Canarias	57,5	56,5	56,1	50,0	46,4
Cantabria	52,5	54,2	52,6	50,1	49,6
Castilla y León	56,1	55,9	56,6	53,1	54,1
Castilla-La Mancha	50,7	51,2	49,6	--	45,2
Comunidad Valenciana	58,1	60,3	60,5	56,3	57,2
Extremadura	50,3	51,7	50,1	46,4	47,8
Madrid (Comunidad de)	64,6	63,3	66,3	58,7	54,0
Murcia (Región de)	54,5	53,5	52,9	50,1	48,1
Navarra (Comunidad Foral de)	56,4	57,0	57,7	51,7	52,9
País Vasco	54,7	55,6	55,0	52,6	53,9
La Rioja	55,1	55,8	57,0	--	53,5
Total	57,3	57,4	57,9	52,9	51,6

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

En el último año de la serie, 2021, el porcentaje de pacientes hipertensos con control adecuado de la presión arterial era del 51,6 para el conjunto de comunidades con datos disponibles. Por encima de este valor agregado se situaban la Comunidad Valenciana, que presentaba el valor máximo del indicador (57,2%), Castilla y León, Madrid, País Vasco, La Rioja y Navarra. Por debajo del promedio se sitúan las ocho comunidades restantes, todas ellas, salvo Andalucía, con valores inferiores al 50%. El valor mínimo correspondió en 2021 a Baleares (43,7%) y la Región de Murcia presentó un indicador del 48,1%. Estos valores se muestran en el Mapa 21.

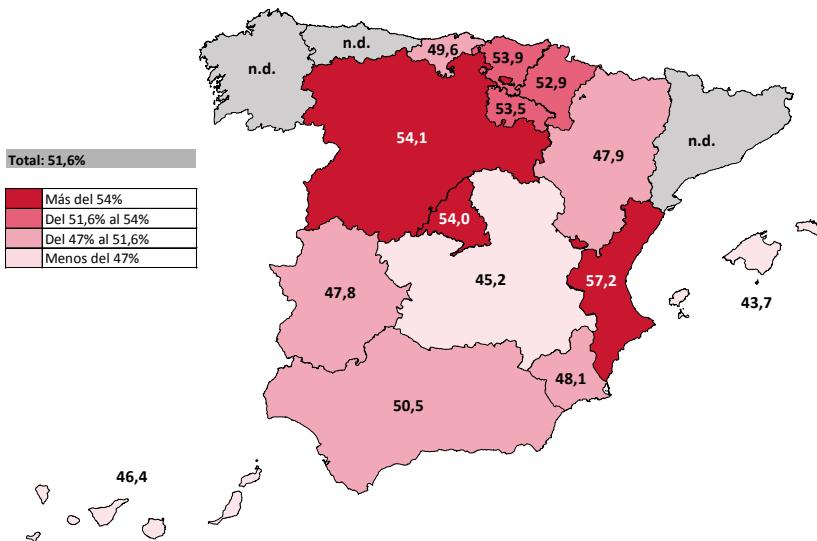
Por lo que respecta a la evolución en el periodo, la comparación de los valores de 2021 con los de 2017 muestra una caída generalizada de los indicadores. En todas las comunidades, como también en el caso del total, el porcentaje de pacientes con un control adecuado de su hipertensión era menor al final del

⁴⁷ Se entiende que la presión arterial sistólica (PAS) está controlada cuando su valor es inferior a 140 mm Hg y se considera bajo control la diastólica (PAD) cuando su valor es inferior a 90 mm Hg.

periodo que cuatro años antes. Parece que esta caída se debe, fundamentalmente, al retroceso experimentado en las ratios en 2020, lo que puede atribuirse al efecto que la pandemia de la COVID-19 tuvo en términos de seguimiento de los pacientes crónicos en Atención Primaria (por la menor afluencia a los centros de salud que se derivó de las medidas de confinamiento y distanciamiento social). Aunque en 2021 se observa una cierta recuperación de los índices de control de la presión arterial, tal recuperación no ha sido suficiente como para retornar a los niveles de 2017. El caso de la Región de Murcia es, no obstante, significativo, pues, aunque el mayor retroceso se registra, efectivamente, en 2020, la tendencia a la reducción del índice es una constante en todo el periodo y en 2021, lejos de registrarse un cambio en la tendencia, esta prosigue con un recorte de más de dos puntos respecto al año anterior.

MAPA 21.

Control de la presión arterial en pacientes con hipertensión. CC.AA. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS.

Podemos concluir, por tanto, que entre 2017 y 2021 se ha producido un retroceso generalizado en el control de la presión arterial en el conjunto del SNS. Valga como dato que en 2017 solo una comunidad se situaba por debajo del umbral del 50 por ciento, mientras que, en 2021, tanto el total del SNS como seis comunidades presentan indicadores por debajo de dicho umbral. Este deterioro del indicador ha sido aún más intenso en la Región de Murcia, ampliándose la distancia con respecto al promedio nacional.

El siguiente indicador objeto de interés, dentro de la categoría de medidas de efectividad/adequación de la asistencia sanitaria proporcionada en el nivel de servicios primarios de salud, alude al adecuado seguimiento y control de los pacientes diabéticos. El indicador registra la proporción de personas con diabetes mellitus (DM) cuyas cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c) son inferiores al 7,5%. Los valores registrados en el periodo 2016-2021 se muestran en la Tabla 31 para las comunidades con información disponible.⁴⁸ Como puede comprobarse, en el último año, 2021, las comunidades con ratios más altas son País Vasco, Comunidad Valenciana, Castilla León, Cantabria y Aragón, mientras que Castilla-La Mancha, Islas Baleares y Región de Murcia presentan los valores más bajos del indicador, situándose el promedio en el 72,6%.

TABLA 31.
Pacientes con diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada <7.5%.
CC.AA. 2013-2021 (porcentaje).

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Andalucía	--	--	--	--	69,5	71,7
Aragón	71,3	71,8	74,0	--	--	73,7
Islas Baleares	69,2	72,2	72,5	72,0	68,2	69,7
Islas Canarias	69,6	70,7	71,4	72,1	70,5	70,8
Cantabria	--	78,2	76,4	77,6	73,7	75,2
Castilla y León	74,1	76,0	76,3	76,9	75,4	73,8
Castilla-La Mancha	--	72,4	73,7	72,8	--	68,0
Comunidad Valenciana	75,4	77,3	77,4	77,4	76,0	76,5
Madrid (Comunidad de)	74,5	76,8	76,7	74,0	72,8	71,9
Murcia (Región de)	73,2	74,5	73,7	72,9	70,7	70,8
Navarra (Comunidad Foral de)	72,5	75,0	73,1	71,2	70,2	71,3
País Vasco	75,4	77,4	78,0	77,1	75,4	74,5
Total	73,9	76,4	76,8	74,9	72,2	72,6

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

Se puede constatar que, mientras algunas regiones lograron mejoras notables a lo largo del periodo, otras experimentaron una disminución en este indicador de calidad. Así, si comparamos los valores del primer y último año del periodo mostrado en la tabla (para aquellas comunidades con información en ambos momentos del tiempo), observamos cómo solo cuatro comunidades (Aragón, Baleares, Canarias y Comunidad Valenciana) presentan un valor del indicador en 2021 superior al registrado en 2016. El resto, así como el agregado, muestran una

48 Aunque el INCLASNS ofrece información desde 2013, el periodo anterior a 2016 se ha omitido en el análisis porque para esos años se dispone únicamente de datos referidos a 6 (2013 y 2014) o 7 (2015) comunidades.

caída en el porcentaje de pacientes con DM cuyas cifras de HbA1c son inferiores al 7,5%. También en Cantabria y Castilla-La Mancha se registra un retroceso en el control de la diabetes, en este caso entre 2017 y 2021. La Región de Murcia, aunque en los primeros tres años del periodo mejora ligeramente o mantiene el nivel de este indicador, presenta una caída significativa desde 2019, de suerte que la cifra de 2021 (70,8%) está 3,7 puntos por debajo del máximo alcanzado en 2017.

Algunas comunidades que presentan cifras superiores a las del agregado en todos los años en los que proporcionan datos son la Comunidad Valenciana y el País Vasco. En sentido contrario, también hay comunidades que están por debajo del promedio nacional en cada año con información disponible: Baleares, Canarias, Castilla La Mancha y la Región de Murcia. En términos relativos, el indicador de la Región de Murcia ha permanecido relativamente estable, en torno a un 97% del valor del agregado nacional.

El tercer y último indicador referido a la efectividad/adequación de la Atención Primaria se refiere al control de pacientes con fibrilación auricular anticoagulados. El indicador se define como el porcentaje de personas de 65 y más años con fibrilación auricular y un registro de cifras de INR (Índice Internacional Normalizado), cuya cifra está comprendida entre 1,8 y 3,4.⁴⁹ En la Tabla 32 se muestra la evolución entre 2016 y 2021 para la mitad, aproximadamente, de los servicios regionales de salud (8 comunidades reportan datos entre 2016 y 2018 y 9 lo hacen entre 2019 y 2021).

TABLA 32.

Pacientes con fibrilación auricular anticoagulados de 65 y más años con INR entre 1,8 y 3,4. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje).

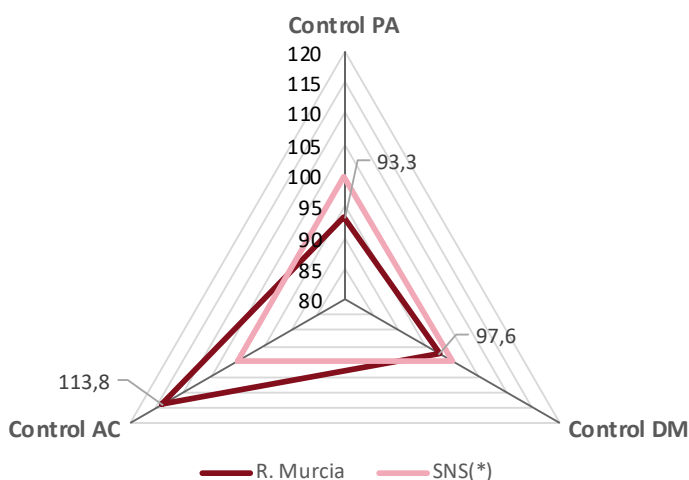
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aragón	78,0	80,9	73,8	--	--	69,6
Islas Canarias	75,3	74,0	75,3	73,2	74,7	65,6
Cantabria	--	--	--	67,1	61,7	55,9
Castilla y León	78,6	79,7	78,3	80,7	80,3	79,3
Cataluña	--	--	--	79,3	82,3	79,4
Madrid (Comunidad de)	77,2	48,6	59,0	70,9	65,5	60,9
Murcia (Región de)	78,1	81,4	80,7	80,5	78,8	79,8
Navarra (Comunidad Foral de)	78,6	79,8	60,4	57,5	54,3	51,8
País Vasco	71,6	75,8	67,2	72,5	67,8	--
La Rioja	77,7	74,6	72,0	75,3	74,4	59,5
Total	77,4	74,7	67,8	75,3	74,4	70,1

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

49 El INR informa sobre la razón entre el tiempo de protombina del paciente y el tiempo de protombina de referencia de la población general sin anticoagular. El INR de una persona sin anticoagular es 1, por lo tanto, un valor de 3,4 quiere decir que tarda 3,4 veces más en coagular. Un INR en el rango de 1,8 a 3,4 generalmente se considera adecuado para la prevención de coágulos, como en el caso de pacientes con afecciones como la fibrilación auricular o la trombosis venosa profunda. Dentro de ese intervalo para el INR se considera que el paciente está dentro del rango terapéutico deseado.

En el último año disponible los valores oscilan entre el mínimo del 51,8% de Navarra y el máximo del 79,8% de la Región de Murcia. Otras dos comunidades, Castilla y León y Cataluña, están por encima del nivel medio, mientras que las cinco restantes, además de Navarra, quedan por debajo del indicador agregado. La ratio de pacientes anticoagulados con INR dentro del rango ha disminuido, en general, a lo largo del periodo. Solo Castilla y León y la Región de Murcia presentan indicadores más elevados en 2021 que en 2016, pese a que ambas experimentaron un retroceso en el último año respecto a 2020. El mejor desempeño en este indicador en la Región de Murcia se registra casi desde el inicio del periodo y en 2021 el diferencial respecto a la media de las comunidades con datos se cifra en casi 10 puntos (un 13,8% por encima del valor agregado).

En el Gráfico 12 se resume la situación relativa de la Región de Murcia en los tres indicadores de efectividad/adequación seleccionados. El SMS presenta buenos resultados comparados frente al resto de Comunidades Autónomas con datos en el indicador que informa sobre el control adecuado de pacientes anticoagulados, superando el valor del agregado en un 13,8%. Por el contrario, se encuentra ligeramente por debajo del promedio (un 2,4% menos) en lo que se refiere al control de la glucemia en pacientes diabéticos, y un poco más lejos del desempeño medio (un 6,7% menos) en el control de la presión arterial sistólica y diastólica de pacientes diagnosticados de hipertensión.

GRÁFICO 12.
Indicadores de efectividad/adequación. Región de Murcia vs. España (SNS*=100). 2021.


* El agregado SNS incluye datos de entre 9 (control AC) y 14 (control PA) servicios regionales de salud.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS.

1.8.3. Indicadores de seguridad

Dentro de los indicadores que el INCLASNS agrupa bajo la rúbrica “Seguridad”, comenzaremos analizando el referido a la población mayor polimedificada. El indicador mide el porcentaje de personas mayores de 75 años asignadas a Atención Primaria que toman 6 o más fármacos durante, al menos, 6 meses de cada año. Un valor elevado de esta ratio podría sugerir la existencia de cierto grado de “sobremedicación” o prescripción excesiva, lo que puede aumentar el riesgo de efectos secundarios, interacciones entre fármacos y otros problemas de salud. En el caso de este indicador se dispone de información para todas las comunidades en los tres últimos años, aunque solo para algo más de la mitad (8) en el año inicial del periodo que se muestra en la Tabla 33.

TABLA 33.
Pacientes polimedificados de 75 y más años. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Andalucía	--	--	25,6	22,4	26,9	31,6
Aragón	18,6	19,6	22,0	18,3	16,1	29,7
Asturias (Principado de)	19,5	11,3	19,1	22,9	26,3	17,7
Islas Baleares	--	23,4	23,3	36,3	38,9	28,5
Islas Canarias	33,1	32,7	33,1	10,0	10,6	39,9
Cantabria	10,1	13,1	11,4	21,6	23,4	19,4
Castilla y León	--	20,5	20,8	24,6	22,4	25,1
Castilla-La Mancha	--	22,4	23,2	26,5	27,3	34,3
Cataluña	--	--	--	17,4	19,2	28,5
Comunidad Valenciana	--	--	--	23,9	27,5	21,6
Extremadura	24,5	25,4	24,6	27,4	28,5	29,0
Galicia	20,6	26,6	27,2	23,8	23,4	30,5
Madrid (Comunidad de)	12,8	14,6	22,2	37,0	37,0	25,5
Murcia (Región de)	--	--	25,4	20,5	20,8	40,3
Navarra (Comunidad Foral de)	19,9	16,8	14,8	11,6	12,6	21,6
País Vasco	--	10,2	10,8	19,0	18,0	14,7
La Rioja	--	--	24,1	24,3	25,3	17,5
Total	18,6	19,4	22,7	30,2	32,2	30,0

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

En 2021 el porcentaje de pacientes mayores de 75 años polimedificados en el conjunto del SNS era de un 30%. No obstante, se registraba una notable variabilidad entre comunidades. Los valores más bajos se localizaron en País Vasco (14,7%), La Rioja (17,5%), Asturias (17,7%) y Cantabria (19,4%); mientras que las

ratios más elevadas se registraron en Galicia (30,5%), Andalucía (31,6%), Castilla-La Mancha (34,3%), Canarias (39,9%) y la Región de Murcia, que marcó el valor máximo, con un 40,3%. Estas cinco comunidades son las únicas que superaban la media nacional en el año 2021.

Por lo que respecta a la evolución del indicador en el periodo, la del agregado no resulta significativa, por cuanto en los primeros años no había datos de todas las comunidades, si bien ello no impide intuir una tendencia creciente en el conjunto del SNS. En el periodo 2016-2021 todas las comunidades han visto aumentar su porcentaje de mayores polimedicados, salvo Asturias, Comunidad Valenciana y La Rioja (estas últimas desde 2019 y 2018, respectivamente). En algunas regiones, así como en el total nacional, el aumento del indicador ha superado los 10 puntos porcentuales; es el caso de Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña (desde 2019), Madrid y la Región de Murcia. En esta última comunidad, el incremento casi llega a los 15 puntos, como consecuencia de que, entre 2020 y 2021, la ratio casi se duplica, pasando de un valor claramente inferior a la media (20,8%) al citado máximo del 40,3%.

El segundo de los indicadores de calidad adscritos a la categoría de “seguridad”, según el INCLASNS, es el referido a la frecuencia de dispensación de ácido acetil salicílico (AAS) a personas no diagnosticadas de enfermedad cardiovascular (ECV).⁵⁰ El AAS es un medicamento antiagregante plaquetario, que reduce el riesgo de formación de coágulos sanguíneos, pero su uso en prevención primaria, esto es, a personas sin ECV diagnosticada, se desaconseja por los riesgos de efectos adversos graves (hemorragias digestivas e intracraneales) que conlleva. Los valores de este indicador, para el periodo 2016-2021, en aquellas comunidades con información disponible, se muestran en la Tabla 34.

En 2021, la comunidad autónoma con una ratio más alta fue Castilla-La Mancha (4,9 %), seguida de Extremadura (3,9 %) y Galicia (3,9 %). Por encima del valor agregado del 2,8% también se encuentran Asturias, Andalucía, Canarias, Región de Murcia y Castilla y León. Todas ellas, salvo la Región de Murcia, están por encima de la media en todos los años en los que proporcionan información sobre este indicador (la Región de Murcia está una décima por debajo del promedio en 2018). La comunidad autónoma con un menor valor del indicador es la Comunidad Valenciana (1,6 %) que, junto a País Vasco, Islas Baleares y La Rioja, son las únicas que no superan el 2%. Estas cuatro comunidades, junto a Aragón, Cantabria, Cataluña, Madrid y Navarra, presentan en todos los años valores inferiores al agregado.

⁵⁰ Para el cálculo de la ratio se excluyen, pues, del denominador los pacientes con isquemia cardiaca con angina, infarto agudo de miocardio, isquemia cardiaca sin angina, isquemia cerebral transitoria, ictus, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica.

TABLA 34.

Utilización de ácido acetilsalicílico en personas sin enfermedad cardiovascular. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje).

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Andalucía	--	--	3,4	4,1	4,1	3,5
Aragón	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7
Asturias (Principado de)	3,7	3,5	3,5	3,4	3,3	3,5
Islas Baleares	--	2,2	2,1	1,7	1,8	1,8
Islas Canarias	3,7	3,6	3,4	3,5	3,4	3,4
Cantabria	2,6	2,9	2,8	1,9	0,8	2,8
Castilla y León	--	3,5	3,3	3,2	3,0	2,9
Castilla-La Mancha	4,0	5,2	5,1	5,1	4,9	4,9
Cataluña	--	--	--	2,6	2,5	2,4
Comunidad Valenciana	--	--	--	1,6	1,6	1,6
Extremadura	4,5	4,4	4,3	4,0	4,0	3,9
Galicia	4,4	4,4	4,2	4,1	3,9	3,9
Madrid (Comunidad de)	1,7	2,0	2,4	2,4	2,3	2,4
Murcia (Región de)	--	--	3,0	3,2	3,1	3,1
Navarra (Comunidad Foral de)	2,4	2,2	2,0	2,4	2,2	2,2
País Vasco	--	1,8	1,7	1,8	1,8	1,8
La Rioja	--	--	2,5	2,1	1,9	1,9
Total SNS	3,0	3,1	3,1	3,0	2,9	2,8

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

Las diferencias entre comunidades parecen ser, pues, persistentes a lo largo del tiempo. Ello no obsta para que, en general, se observe un descenso en la prescripción de AAS en prevención primaria a lo largo de los años, en particular durante los tres primeros años del periodo mostrado en la tabla. Si consideramos solo las comunidades para las que se dispone de datos en todo el periodo, la mejor evolución (mayor descenso del indicador) se registra en dos de las que en 2016 presentaban valores más elevados de la ratio, Extremadura y Galicia, que se reducen en 6 décimas. No obstante, la comunidad en la que más creció el indicador fue Castilla-La Mancha, pese a que en 2016 ya superaba en 1 punto el promedio de las comunidades con información disponible. Otra región con un incremento significativo de la prescripción de AAS en prevención primaria es Madrid, si bien en este caso se partía de un nivel muy bajo en 2016, lo que permite a dicha comunidad seguir por debajo de la media.

El siguiente indicador al que prestaremos atención es el porcentaje de personas diagnosticadas de ECV a las que se ha dispensado un envase de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En general, no es recomendable recetar AINE a pacientes con

ECV, pues este tipo de medicamentos antiinflamatorios puede aumentar el riesgo de sangrado gastrointestinal, y el riesgo es aún mayor en pacientes con ECV, ya que tienen una mayor probabilidad de sufrir complicaciones cardiovasculares, como un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular. En la Tabla 35 se presenta la evolución de este indicador por Comunidades Autónomas para el periodo 2016-2021.

TABLA 35.

Utilización de antiinflamatorios no esteroideos en personas con enfermedad cardiovascular. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje).

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Andalucía	--	--	17,5	23,4	20,0	26,4
Aragón	15,1	22,5	21,9	21,2	18,9	23,5
Asturias (Principado de)	33,6	27,5	29,1	29,1	26,2	27,7
Islas Baleares	--	23,9	23,6	26,2	24,5	28,1
Islas Canarias	23,8	23,0	23,7	26,4	26,4	29,0
Cantabria	12,3	17,6	16,7	20,4	22,1	25,8
Castilla y León	--	27,9	26,7	25,9	23,3	25,2
Castilla-La Mancha	27,4	27,4	24,8	25,9	23,0	26,4
Cataluña	--	--	--	20,4	16,8	18,3
Comunidad Valenciana	--	--	--	25,1	21,2	24,8
Extremadura	29,2	26,1	25,4	25,2	22,3	21,5
Galicia	29,4	31,1	31,0	31,3	28,5	30,0
Madrid (Comunidad de)	11,9	11,8	17,7	18,5	16,9	18,8
Murcia (Región de)	--	--	25,5	28,4	22,6	25,4
Navarra (Comunidad Foral de)	20,6	21,4	21,1	24,4	22,4	23,6
País Vasco	--	22,0	21,5	21,9	20,8	22,1
La Rioja	--	--	20,9	20,8	18,0	21,7
Total SNS	20,1	22,0	22,2	23,6	20,9	23,8

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

Los datos muestran un amplio rango de utilización regional de AINE en personas con ECV. En 2021, las comunidades con mayor uso son Galicia (30,0), Canarias (29,9) y Baleares (28,1). Asturias, Castilla-La Mancha, Andalucía, Cantabria, Región de Murcia, Castilla y León y la Comunidad Valenciana también superan la media nacional (23,8%). Las Comunidades Autónomas con un valor más bajo en este indicador son Cataluña (18,3) y Madrid (18,8). También están por debajo de la media, aunque por encima del 20%, Extremadura, La Rioja, País Vasco, Aragón y Navarra. Solo la Comunidad de Madrid, La Rioja y Cataluña (estas dos últimas en los cuatro y tres años, respectivamente, en los que proporcionan información) se sitúan sistemáticamente por debajo del indicador agregado. Por el contrario, hay ocho comunidades, entre las que se encuentra la Región de Murcia, que siempre superan la media nacional.

A lo largo del conjunto del periodo se ha producido un aumento del indicador para el conjunto del SNS que se puede cifrar en 3,6 puntos. No obstante, dado que en 2016 apenas hay datos para 9 comunidades, la comparación de la cifra correspondiente al agregado no es homogénea. Desde 2019, cuando todas las comunidades ofrecen información, el indicador aumentó dos décimas en el conjunto del SNS. En cualquier caso, no en todas las regiones se observa el mismo comportamiento. Si comparamos el último valor (2021) con el primero disponible para cada comunidad (2016, 2017, 2018 o 2019, según los casos), podemos observar que en algunas comunidades la ratio de prescripción de AINES a pacientes con ECV aumentó considerablemente; es el caso de Cantabria (+13,5 puntos, a una media de 2,7 puntos al año) o Andalucía (8,9 puntos en 3 años, es decir, un aumento de 3 puntos al año). Otras regiones en las que también se incrementó el indicador fueron Aragón, Madrid, Baleares y Canarias. En Extremadura, por el contrario, el valor del indicador se redujo 7,7 puntos (una media anual de 1,5 puntos); en Asturias disminuyó casi 6 puntos (1,2 de media al año) y en Cataluña la caída fue de 2,1 puntos en dos años. En la Región de Murcia la variación también fue al alza: 3 puntos desde 2018, lo que representa un incremento anual de 6 décimas.

A continuación, se analiza el porcentaje de personas mayores de 65 años asignadas a Atención Primaria a las que se ha dispensado al menos un envase de benzodiacepinas de vida media larga en el último año.⁵¹ Los adultos mayores representan una población de riesgo en el uso de benzodiazepinas (BZD) por diversas razones, que incluyen la presencia de enfermedades concomitantes, el uso de múltiples medicamentos (polifarmacia) y, sobre todo, las alteraciones en el metabolismo hepático debido a cambios fisiológicos. La Sociedad Europea de Geriátrica (Delgado et al, 2015) considera inapropiada la prescripción de benzodiazepinas de vida larga por sus efectos adversos y las múltiples interacciones con otros fármacos. La evolución reciente de este indicador se presenta en la Tabla 36. Como en los casos anteriores, para los tres primeros años del periodo se carece de información sobre un número significativo de Comunidades Autónomas.

51 Se incluyen en este grupo terapéutico los siguientes fármacos: diazepam, clordiazepóxido, clorazepato dipotásico, bromazepam, prazepam, flurazepam, nitrazepam, flunitrazepam y quazepam.

TABLA 36.

**Utilización de benzodiazepinas de vida media larga en personas de 65 y más años.
CC.AA. 2016-2021 (porcentaje).**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Andalucía	--	--	14,9	18,4	17,5	18,0
Aragón	5,7	7,1	7,0	7,2	7,0	8,3
Asturias (Principado de)	15,9	14,6	15,5	15,2	14,4	14,9
Islas Baleares	--	9,0	8,6	8,8	8,5	8,9
Islas Canarias	12,0	11,7	11,6	12,6	12,3	11,9
Cantabria	9,7	10,6	10,7	11,3	11,8	12,5
Castilla y León	--	9,0	8,9	8,6	8,3	8,7
Castilla-La Mancha	7,5	9,4	9,3	9,3	9,0	10,2
Cataluña	--	--	--	8,3	7,6	8,0
Comunidad Valenciana	--	--	--	11,6	11,8	12,0
Extremadura	10,6	10,6	10,3	10,3	10,6	10,9
Galicia	10,1	10,1	10,4	10,4	10,0	10,6
Madrid (Comunidad de)	9,8	10,3	12,8	13,2	12,5	12,8
Murcia (Región de)	--	--	13,8	15,6	14,1	14,8
Navarra (Comunidad Foral de)	7,2	7,6	7,2	8,2	7,5	7,9
País Vasco	--	5,3	5,4	5,7	5,7	6,1
La Rioja	--	--	9,7	8,9	8,3	8,5
Total SNS	9,9	9,6	11,3	11,5	11,1	13,0

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

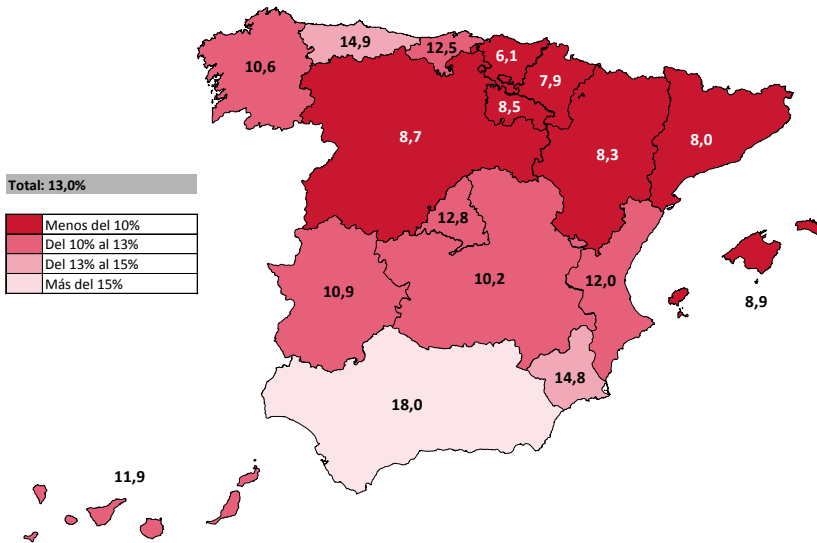
En año 2021, último del periodo, se observa una notable variabilidad interregional en los valores del indicador, tal y como se puede ver en el Mapa 22. Las tasas más reducidas se corresponden con las comunidades sombreadas en rojo más intenso, esto es, País Vasco, que reporta el valor mínimo del país (6,1%), Navarra, Cataluña, Aragón, La Rioja, Castilla y León y Baleares. Ninguna de estas comunidades supera el 10% y todas ellas se sitúan muy por debajo de la media nacional del 13%. En el extremo opuesto se encuentra Andalucía, que marca el máximo en 2021 con un 18%, siendo la única comunidad que supera, con creces, el 15%. Rozando ese umbral están Asturias (14,9%) y la Región de Murcia (14,8%) que, junto a Andalucía son las únicas que superan el valor del agregado SNS. El resto de comunidades presenta indicadores entre el 10% y el 13%.

El porcentaje de personas mayores de 65 años que toman benzodiazepinas de vida media larga aumentó para el total del SNS 1,4 puntos desde 2019, cuando hay datos de todas las comunidades; el incremento es mayor desde 2016 pero la comparación no es homogénea. Las regiones en las que peor evolucionó el indicador, esto es, donde más aumentó, son Andalucía (3,1 puntos en 3 años),

Madrid (3 puntos en 5 años), Cantabria y Castilla-La Mancha (2,8 puntos en 5 años, en ambos casos). El indicador evolucionó de manera más favorable, esto es, disminuyó en mayor medida, en La Rioja (-1,2 puntos en 3 años) y Asturias (-1 punto en 5 años). En la Región de Murcia la ratio pasó del 13,8% de 2018 al 14,8% en 2021, si bien en este último año es inferior al máximo registrado en 2019 (15,6%).

MAPA 22.

Utilización de benzodiacepinas de vida media larga en personas de 65 años y más. CC.AA. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS.

Cerramos el análisis de los indicadores de seguridad con la evolución del indicador que mide el porcentaje de población de 75 años o más, sin diagnóstico de enfermedad cardiovascular, a la que se ha dispensado al menos un envase de hipolemiantes durante el último año. Aunque el uso de las estatinas y la ezetimiba en prevención secundaria, esto es, en personas que ya han tenido ECV, tiene respaldo científico en todas las edades, su empleo en prevención primaria (personas sin ECV) en adultos mayores de 75 años resulta controvertido. El Ministerio de Sanidad no recomienda el uso de estatinas en personas mayores de 75 años sin ECV, como tampoco lo recomiendan de manera rutinaria para reducir el colesterol en este grupo de edad sociedades científicas, como la semFYC, ya que no existe evidencia de que reduzca la mortalidad por eventos cardiovasculares u otras causas (Alzueta et al., 2022). La evolución de este indicador para el periodo 2016-2021 se muestra en la Tabla 37.

En 2021 casi un 40% de personas de 75 años o más en el conjunto del SNS estaba tomando medicación hipolipemiente, pese a no tener un diagnóstico de ECV. Este porcentaje, como ocurría en el caso de los otros indicadores de seguridad previamente analizados, presenta una considerable variabilidad entre comunidades. Así, en dicho año había nueve comunidades con una ratio superior al 40%: Extremadura, Baleares, Aragón, Madrid, Castilla-La Mancha, Cantabria, Canarias, la Región de Murcia y Galicia. Esta última presentaba un valor máximo del 49,8%, lo que indica que casi la mitad de los mayores de 75 años estaba recibiendo un tratamiento contra la dislipemia no recomendado por las autoridades sanitarias y las sociedades científicas. El valor registrado en la Región de Murcia no andaba muy lejos de dicho máximo, situándose en el 48,6%. La comunidad con un mejor desempeño en este indicador de calidad en 2021 era País Vasco (28,2%) y, también por debajo de la media, pero a considerable distancia, se sitúan Andalucía, Navarra, Cataluña y Asturias (en torno al 35-36%); y La Rioja, Castilla y León y la Comunidad Valenciana (entre el 37% y el 39%).

TABLA 37.

Utilización de hipolipemiantes en personas de 75 y más años sin enfermedad cardiovascular. CC.AA. 2016-2021 (porcentaje).

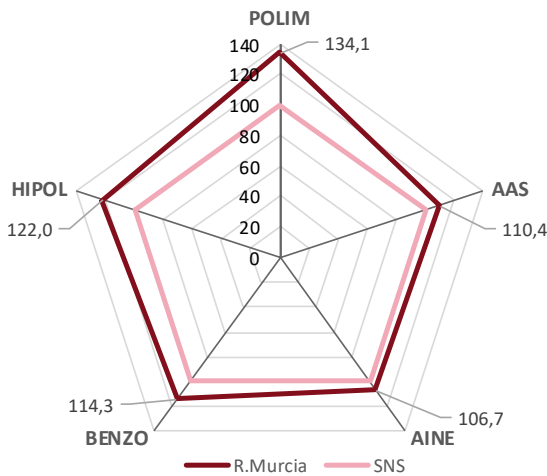
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Andalucía	--	--	25,8	33,2	34,6	34,6
Aragón	37,6	38,8	39,6	40,6	41,1	42,8
Asturias (Principado de)	31,0	31,5	32,5	31,9	33,1	35,9
Islas Baleares	--	39,3	39,6	40,4	41,2	42,3
Islas Canarias	44,8	44,9	45,2	44,8	45,1	46,8
Cantabria	36,3	39,2	40,4	41,8	41,7	45,9
Castilla y León	--	35,4	35,5	36,1	36,3	38,4
Castilla-La Mancha	29,7	38,6	39,3	40,3	40,0	45,8
Cataluña	--	--	--	34,4	35,1	35,6
Comunidad Valenciana	--	--	--	34,5	34,9	38,7
Extremadura	38,8	39,6	38,7	37,6	39,7	40,8
Galicia	42,3	44,7	46,3	47,2	47,8	49,8
Madrid (Comunidad de)	28,7	32,9	39,8	42,2	42,5	44,9
Murcia (Región de)	--	--	41,3	47,5	45,7	48,6
Navarra (Comunidad Foral de)	36,1	36,4	35,3	35,7	34,0	35,3
País Vasco	--	24,0	24,5	26,6	27,8	28,2
La Rioja	--	--	38,2	36,3	36,3	37,2
Total SNS	35,0	36,4	35,9	37,4	38,0	39,8

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

El valor del indicador para el conjunto del SNS aumentó 2,4 puntos desde 2019, primer año en el que hay información registrada para todas las Comunidades Autónomas. También creció de manera significativa la ratio de consumo de hipolipemiantes en mayores de 75 sin ECV en Madrid y Castilla-La Mancha (+16 puntos en 5 años), y algo menos en Andalucía (8,8 puntos en 3 años) y Cantabria (+9,6 puntos en 5 años). También en la Región de Murcia se constata un aumento considerable: más de 7 puntos porcentuales desde 2018, a una media de 2,4 puntos más cada año. En el lado opuesto, solo dos comunidades han conseguido reducir el valor de este indicador en los últimos años: Navarra, que lo hizo en 8 décimas desde 2016 y La Rioja, donde la ratio bajó más de un punto porcentual desde 2018.

En el Gráfico 13 se resume la situación relativa de la Región de Murcia en lo que atañe a los indicadores de calidad asistencial relacionados con la seguridad. Como se puede comprobar, el SMS presenta valores más altos que el promedio nacional en todos los indicadores (entre un 6,7% para el caso de uso de AINE en pacientes con ECV y un 34,1%, en el caso de los pacientes mayores polimedcados), lo que revela un peor desempeño de la Atención Primaria del SMS en lo que atañe a la seguridad del paciente.

GRÁFICO 13.
Indicadores de seguridad. Región de Murcia vs. España (SNS=100). 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS.

1.8.4. Indicadores de experiencia del paciente y accesibilidad

Para finalizar con el análisis de los indicadores de calidad asistencial en Atención Primaria, presentamos en este epígrafe algunos referidos a lo que,

en los últimos años, se viene denominando “experiencia del paciente” y que, fundamentalmente, recogen la satisfacción de los usuarios con el sistema público de salud, en términos de información y atención recibidas, y participación en la toma de decisiones. Al final de este apartado incluimos también un indicador referido a la accesibilidad de los pacientes a la Atención Primaria, medida a través de los tiempos de espera para conseguir una cita.

Los datos proceden, en todos los casos, del Barómetro Sanitario y están disponibles para todas las Comunidades Autónomas desde 2013 (salvo el de accesibilidad, que solo ofrece datos desde 2018). Sin embargo, el barómetro no se realizó en 2020 y 2021 y, por esta razón, se ha considerado oportuno incluir también el último año publicado, 2022, con el fin de disponer de unos valores más cercanos en el tiempo.⁵² Conviene, además, advertir de que, a diferencia de los indicadores anteriores, los que se presentan a continuación, al estar basados en encuestas de opinión, pueden estar sujetos a sesgos, como la memoria selectiva o la tendencia a responder de forma positiva.

El primer indicador de satisfacción o experiencia del paciente recoge la satisfacción de los pacientes con la información recibida en la consulta de Atención Primaria, en una escala que va desde el 1 hasta el 10, siendo 1 totalmente insatisfactorio y 10 totalmente satisfactorio. Este indicador únicamente hace referencia a la satisfacción con la información recibida, sin tener en cuenta otros factores importantes para la calidad de la atención sanitaria, como la empatía del médico, el tiempo dedicado a la consulta o la capacidad de respuesta a las preguntas del paciente, que se recogen, de algún modo, en otros indicadores que se muestran más adelante.

Según se puede ver en la Tabla 38, la información recibida en la consulta del médico de familia alcanzó una nota de 7,8 para el conjunto del SNS en 2022. La variabilidad entre comunidades es bastante reducida, siendo el valor mínimo 7,6 (Andalucía y Castilla y León) y el máximo 7,9 (Navarra, Aragón, Extremadura, Cantabria, Madrid, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana). La Región de Murcia registra una puntuación igual a la media nacional. Entre 2013 y 2022 se ha reducido, de hecho, el grado de dispersión entre comunidades por lo que atañe a este indicador. Hay cinco comunidades que presentan un indicador de satisfacción con la información recibida del médico de primaria superior al promedio en todos los años considerados: Aragón, Cantabria, Castilla La Mancha, Región de Murcia y Navarra. Solo Cataluña presenta valores por debajo del promedio en todos los años del periodo.

52 Se ha de advertir, por otra parte, que en 2022 se cambia el modo de administración del cuestionario del Barómetro Sanitario, que pasa a ser una entrevista telefónica, en lugar de personal.

TABLA 38.

Satisfacción media de los ciudadanos con la información recibida en la consulta del médico de familia sobre su problema de salud. CC.AA. 2013-2022 (porcentaje).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Andalucía	7,7	7,7	7,3	7,4	7,3	7,2	7,4	7,6
Aragón	8,6	8,5	8,4	8,1	8,2	8,1	8,2	7,9
Asturias (Principado de)	7,8	7,7	7,7	7,8	7,6	8,1	8,0	7,7
Islas Baleares	7,3	7,5	7,7	7,5	7,3	7,5	7,7	7,7
Islas Canarias	7,3	7,7	7,6	7,6	7,6	7,4	7,3	7,8
Cantabria	7,7	7,8	8,1	8,1	8,1	7,9	8,0	7,9
Castilla y León	7,7	8,0	7,7	7,7	7,7	7,5	7,8	7,6
Castilla-La Mancha	8,0	7,9	7,8	7,9	7,7	7,8	7,8	7,9
Cataluña	7,3	7,3	7,3	7,4	7,2	7,5	7,6	7,6
Comunidad Valenciana	7,3	7,4	7,5	7,4	7,4	7,4	7,9	7,9
Extremadura	7,6	7,5	7,5	7,9	7,9	7,8	8,0	7,9
Galicia	7,2	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6	7,8	7,8
Madrid (Comunidad de)	7,5	7,6	7,4	7,5	7,4	7,6	7,7	7,9
Murcia (Región de)	7,8	7,8	7,8	7,9	7,9	8,1	7,8	7,8
Navarra (Comunidad Foral de)	8,1	7,9	8,0	8,1	7,6	7,7	7,9	7,9
País Vasco	7,8	7,9	7,6	7,7	7,5	7,5	7,6	7,8
La Rioja	7,3	7,9	7,6	7,7	7,4	7,7	7,9	7,7
Total SNS	7,6	7,6	7,5	7,6	7,5	7,5	7,7	7,8

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

La satisfacción de los pacientes con la información recibida ha aumentado ligeramente entre 2013 y 2022 para el total nacional, siendo Galicia y la Comunidad Valenciana las que registran una mejora más significativa (6 décimas más de nota media entre el inicio y el final del periodo). Por el contrario, la puntuación se ha reducido en Aragón (-0,7) y, de manera menos significativa en Andalucía y Navarra (-0,2). En la Región de Murcia la nota se ha mantenido estable, si bien la tendencia de mejora habida hasta 2018, cuando se alcanzó un máximo de 8,1 puntos, se interrumpió en 2019.

El segundo indicador de experiencia del paciente que se analiza en este apartado es el que recoge la valoración holística que realizan los pacientes sobre la labor asistencial. El indicador mide el porcentaje de personas que valoran positivamente la atención que se les ha dispensado en los servicios primarios de salud, sobre el total de pacientes que hicieron uso de dichos servicios en los últimos 12 meses. Para el cálculo del indicador, se incluyen en el numerador de la ratio aquellos encuestados que valoraron la atención como “buena” o “muy buena”, y se excluyen del denominador las personas que no contestaron o que respondieron “no sabe”. Las cifras se presentan en la Tabla 39.

TABLA 39.

Valoración positiva de la atención recibida en las consultas del médico de familia de la sanidad pública. CC.AA. 2013-2022 (porcentaje).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Andalucía	89,2	89,6	85,6	81,8	87,9	83,4	82,7	79,0
Aragón	93,3	90,9	92,2	90,6	90,8	92,3	93,0	85,6
Asturias (Principado de)	89,5	87,5	92,5	90,2	91,4	87,7	89,9	80,2
Islas Baleares	86,5	86,8	90,3	85,9	86,1	87,4	88,2	80,9
Islas Canarias	83,1	84,8	82,8	82,0	86,8	83,0	79,0	80,8
Cantabria	93,3	90,0	92,2	93,9	92,2	90,7	89,0	81,5
Castilla y León	85,1	85,7	89,8	88,2	92,8	91,1	92,9	80,7
Castilla-La Mancha	88,5	90,3	89,0	86,8	85,0	88,2	85,4	79,5
Cataluña	88,3	88,1	84,4	86,8	87,2	86,1	87,8	78,6
Comunidad Valenciana	78,4	87,1	82,9	84,0	87,1	86,7	86,1	78,9
Extremadura	85,8	83,1	83,5	90,0	87,8	86,7	90,7	81,6
Galicia	87,3	92,1	89,9	90,0	89,5	88,3	87,2	74,9
Madrid (Comunidad de)	88,0	85,6	86,9	86,4	84,8	87,1	91,1	81,9
Murcia (Región de)	87,8	88,4	89,5	92,5	88,9	88,0	85,3	77,4
Navarra (Comunidad Foral de)	92,2	91,0	90,8	95,2	89,5	89,6	91,2	88,7
País Vasco	90,8	92,3	90,3	87,8	90,9	87,5	91,2	82,9
La Rioja	89,6	92,5	98,0	87,6	88,0	86,0	90,6	86,3
Total SNS	87,1	88,1	86,8	86,3	87,8	86,7	87,4	80,5

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

La valoración asignada por los pacientes a la atención recibida en los servicios primarios de salud es, en general, positiva. Un 80,5% de los pacientes valora la atención como “buena” o “muy buena” en 2022, aunque los datos muestran una gran variabilidad regional, tal y como se visualiza en el Mapa 23. La comunidad con un porcentaje más elevado de valoraciones positivas fue en dicho año Navarra (88,7%) seguida de La Rioja (86,3%) y Aragón (85,6%). Por encima del valor agregado se encuentran también País Vasco, Madrid, Extremadura, Cantabria, Baleares y Canarias. Las comunidades con un valor más bajo de este indicador en 2022 son Galicia (74,9%), y la Región de Murcia con (77,4%). También están por debajo de la media Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía, Castilla-La Mancha y Asturias.

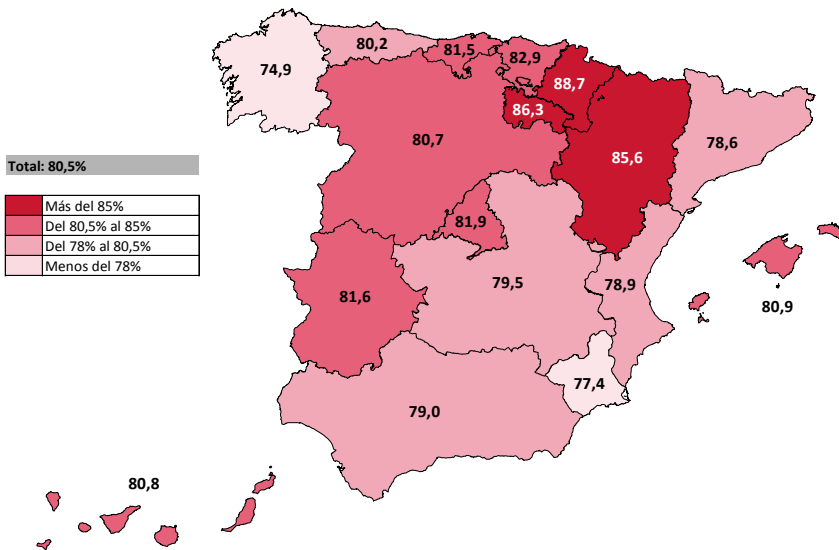
Entre 2013 y 2022 se registra una disminución importante del indicador para el conjunto del SNS, que pasa del 87,1% al 80,5%. No obstante, este retroceso se produce precisamente entre 2019 y 2022, los dos últimos registros del barómetro disponibles.⁵³ Esta dinámica es común a la práctica totalidad de comunidades

⁵³ Como se señaló en la nota al pie anterior, en 2022 cambia el modo de administración del cuestionario, lo que sugiere ser cauteloso a la hora de interpretar los cambios habidos en este último año.

(solo en la Comunidad Valenciana la cifra de 2022 supera la de 2013), si bien también aquí se detectan importantes diferencias entre comunidades, por lo que se refiere a la intensidad del deterioro del indicador. Así, la caída en la proporción de valoraciones positivas de la Atención Primaria oscila entre el máximo de Galicia (-12,4 puntos porcentuales) y el mínimo de Canarias (-2,3), dejando al margen el caso comentado de Valencia. La Región de Murcia es una de las comunidades en las que el indicador ha retrocedido de manera más intensa entre 2013 y 2022, registrándose una caída superior a los 10 puntos porcentuales.

MAPA 23.

Valoración positiva de la atención recibida en las consultas del médico de familia. CC.AA. 2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS.

Más allá de los cambios acaecidos a lo largo del periodo, cuatro comunidades siempre han mostrado porcentajes superiores al promedio del SNS: Aragón, Cantabria, Navarra y País Vasco; sin que quepa identificar ninguna comunidad que haya estado sistemáticamente por debajo de la media nacional en lo que atañe a este indicador.

El tercero de los indicadores de experiencia del paciente recoge el grado de satisfacción de estos en relación con su participación en las decisiones relativas a su salud, en el marco de la Atención Primaria. El indicador mide el porcentaje de encuestados que dicen haber participado en las decisiones sobre su problema de salud durante el último año. Los datos para el periodo 2013-2022 se presentan en la Tabla 40.

TABLA 40.

Participación en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento en Atención Primaria. CC.AA. 2013-2022 (porcentaje).

	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2022
Andalucía	70,0	77,7	80,7	75,0	74,5	81,3	75,4
Aragón	57,7	71,3	79,0	84,8	83,9	83,7	73,3
Asturias (Principado de)	29,1	63,3	76,0	75,7	86,9	77,3	78,8
Islas Baleares	74,2	85,3	82,8	88,7	84,6	85,0	77,9
Islas Canarias	60,9	68,0	78,1	78,6	76,6	74,1	76,5
Cantabria	49,2	60,7	66,1	81,8	79,7	85,9	73,4
Castilla y León	52,0	66,7	68,4	73,9	87,1	87,8	74,3
Castilla-La Mancha	63,3	80,2	78,7	80,8	79,4	92,1	73,7
Cataluña	70,7	80,6	83,0	81,6	84,4	91,2	76,6
Comunidad Valenciana	53,5	71,8	72,2	75,3	71,5	80,9	74,9
Extremadura	69,6	70,9	74,1	79,5	89,6	93,1	75,6
Galicia	64,6	71,7	71,7	79,3	82,3	87,0	73,9
Madrid (Comunidad de)	63,0	75,6	78,8	79,0	77,6	83,1	75,8
Murcia (Región de)	63,4	73,2	80,0	87,4	79,0	89,7	75,0
Navarra (Comunidad Foral de)	67,9	92,8	89,1	91,5	85,9	80,3	84,4
País Vasco	60,9	69,1	77,8	81,9	84,1	88,1	75,5
La Rioja	49,0	79,1	87,5	86,1	83,2	73,7	84,6
Total SNS	62,9	74,8	78,0	79,1	79,7	85,0	76,0

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

En 2022 el valor correspondiente al agregado SNS es del 76%. Los valores más altos se localizan en La Rioja (84,6%) y Navarra (84,4%), que son las únicas comunidades en las que el indicador supera el 80%. Por encima de la media también se sitúan Asturias, Baleares, Cataluña y Canarias. Las comunidades con un menor porcentaje de encuestados que declaran haber participado en las decisiones relativas a su proceso asistencial son Galicia (73,9%), Castilla-La Mancha (73,7%), Cantabria (73,4%) y Aragón (73,3%). Por debajo del 76% que registra el agregado del SNS también se encuentran los valores de Madrid, Extremadura, País Vasco, Andalucía y Región de Murcia.

El grado de participación de los pacientes ha aumentado considerablemente entre 2013 y 2022: más de 13 puntos para el total nacional. No obstante, gran parte de este progreso se registró en los primeros años del periodo (entre 2013 y 2015), así como entre 2018 y 2019; entre este año y 2022, de hecho, se ha registrado un retroceso notable del indicador. Las comunidades en las que ha sido más favorable la evolución de esta ratio son Asturias y La Rioja, mientras que los avances fueron mucho más modestos en Baleares y Andalucía. La Región

de Murcia partía en 2013 de un valor muy similar a la media nacional, siendo su evolución positiva pero menos intensa que la de la media nacional, de manera que su posición relativa apenas ha cambiado.

Cerramos esta sección dedicada al análisis de los indicadores de calidad asistencial en Atención Primaria con el referido a la accesibilidad. Este último indicador registra el porcentaje de pacientes que consiguió una cita en Atención Primaria en las 24 o 48 horas posteriores a haberla solicitado. Los datos se presentan para los tres años disponibles, 2018, 2019 y 2022, en la Tabla 41.

TABLA 41.

Accesibilidad a Atención Primaria en 24-48 horas desde la solicitud de la cita. CC.AA. 2018, 2019, 2022 (porcentaje).

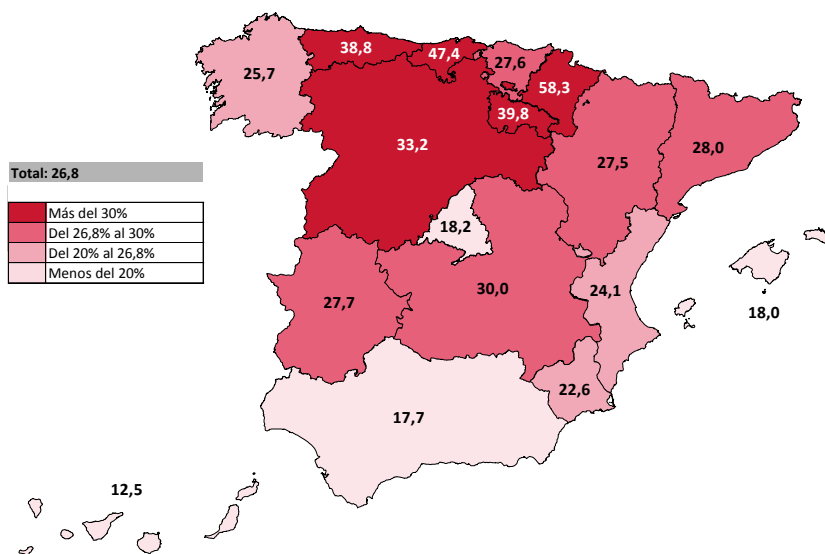
	2018	2019	2022
Andalucía	51,9	44,0	17,7
Aragón	66,1	58,4	27,5
Asturias (Principado de)	82,8	77,9	47,4
Islas Baleares	23,0	22,2	18,0
Islas Canarias	27,3	28,3	12,5
Cantabria	51,7	37,1	38,8
Castilla y León	63,2	58,2	33,2
Castilla-La Mancha	74,7	69,7	30,0
Cataluña	21,4	20,0	28,0
Comunidad Valenciana	33,2	29,0	24,1
Extremadura	65,5	68,6	27,7
Galicia	67,4	57,7	25,7
Madrid (Comunidad de)	47,6	44,7	18,2
Murcia (Región de)	67,8	42,3	22,6
Navarra (Comunidad Foral de)	85,3	80,0	58,3
País Vasco	59,6	56,0	27,6
La Rioja	80,8	81,8	39,8
Total SNS	48,0	42,7	26,8

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS).

Considerando el conjunto del SNS, en 2022 solo un 26,8% de los encuestados declaró haber conseguido una cita en Atención Primaria en el plazo de 48 horas posterior a la solicitud. La variabilidad entre comunidades es, en el caso de este indicador, quizás la mayor de entre todos los indicadores considerados hasta el momento, como se puede ver en el Mapa 24. El valor mínimo en 2022 corresponde a Canarias: apenas un 12,5% de los pacientes residentes en dicha comunidad pudo conseguir una cita con los servicios de Atención Primaria en un plazo máximo de

48 horas. Este porcentaje se dispara hasta el 58,3% en el caso de la Comunidad Foral de Navarra; casi 5 veces más. Navarra es la única comunidad en la que el indicador supera el 50%; solo Asturias se acerca a dicha cifra (47,4%) y el tercer valor más alto, correspondiente a La Rioja, no alcanza el 40%. Además de estas tres comunidades, superan el valor medio del SNS Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, País Vasco y Aragón. Las comunidades con peores índices de accesibilidad, además de Canarias, fueron en 2022 Andalucía, Baleares, Madrid (las tres por debajo del 20%), Región de Murcia, Comunidad Valenciana y Galicia.

MAPA 24.

**Accesibilidad a Atención Primaria en 24-48 horas desde la solicitud de la cita.
CC.AA. 2022.**


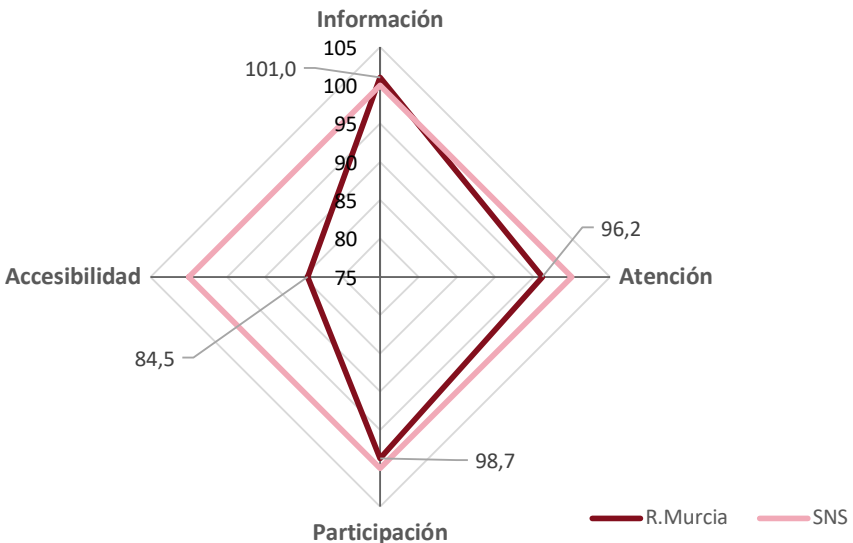
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS.

Además de esta gran variabilidad regional en términos de accesibilidad a la Atención Primaria, el segundo rasgo más destacado que se desprende de la información de la Tabla 41 es la muy negativa evolución temporal del indicador entre 2018 y 2022. El porcentaje de pacientes que consiguen cita en su centro de salud o consultorio de primaria en el plazo de 24 o 48 horas cayó más de 21 puntos para el conjunto del SNS. Mucho peor fue la evolución del indicador en la Región de Murcia, la comunidad en la que más cayó este indicador de calidad, pasando del 74,7% de 2018 al 30% de 2022 (un retroceso de 45,2 puntos porcentuales). También fue particularmente negativa la evolución en Castilla-La Mancha (-44,7

puntos), Galicia (-41,7 puntos) y La Rioja (-40,9 puntos). Cataluña es la comunidad que presenta una mejor evolución del indicador (de hecho, la única con una variación positiva entre 2018 y 2022), pero es también la que partía de un nivel más bajo en 2018 (menos de la mitad de la media del SNS en dicho año). Algo parecido ocurre en el caso de Baleares, cuyo indicador solo se reduce en 5 puntos porcentuales, pero partiendo del segundo valor más bajo registrado en 2018.

En el Gráfico 14 se resume la situación relativa de la Región de Murcia en lo referido a los indicadores de experiencia del paciente y accesibilidad. Solo en el caso del primero de los indicadores, el referido a la satisfacción de los usuarios con la información recibida en la consulta del médico de familia, la Región de Murcia se sitúa por encima de la media nacional. No obstante, se puede concluir que, en lo que respecta a los indicadores de satisfacción, el SMS presenta un desempeño similar a la media nacional, por cuanto el indicador que más se aleja de la media (el referido a la satisfacción con la atención recibida) apenas se distancia en 3,8 puntos porcentuales. Por el contrario, la Atención Primaria en la Región de Murcia presenta un importante problema de accesibilidad, medida a través de los tiempos de espera para conseguir cita con el profesional de primaria, al menos si nos atenemos a las cifras del último año disponible, 2022.

GRÁFICO 14.
Indicadores de experiencia y accesibilidad. Región de Murcia vs. España (SNS=100). 2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INCLASNS.

1.9. ESTRATEGIAS Y PLANES DE MEJORA DE ATENCIÓN PRIMARIA ESTATALES Y AUTONÓMICOS

La necesidad de renovar el modelo de Atención Primaria español, perentoria desde antes de la eclosión de la pandemia de la COVID-19, dio lugar a que en noviembre de 2018 el pleno del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) acordase con las CC. AA. la elaboración del documento Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, que sería aprobado al año siguiente⁵⁴. Más tarde, ya en plena pandemia, se aprobaría también por el CISNS, el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023⁵⁵, que concreta las acciones prioritarias contenidas en el Marco Estratégico a desarrollar por el Estado y CC. AA. durante el bienio 2022-2023. Este Plan de Acción constituye la primera de las cuatro fases previstas en el Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia⁵⁶ del Gobierno de España para desplegar la reforma denominada “Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria”. En este contexto, y con la crisis sanitaria desencadenada por la pandemia de fondo, la práctica totalidad de las CC. AA. ha aprobado o renovado a su vez planes y estrategias de mejora de la Atención Primaria; también la Región de Murcia, cuya Estrategia de Mejora de la Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 fue presentada por el Gobierno Regional en marzo de 2023.

En las siguientes páginas vamos a repasar los principales aspectos de estos planes y estrategias, tanto estatales como autonómicos. Durante este repaso nos centraremos en las diferentes iniciativas para mejorar la Atención Primaria y la Salud Comunitaria, abarcando, desde la transformación digital y la modernización administrativa, hasta la mejora en la accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios. En lo que sigue, presentaremos los objetivos, estrategias y medidas específicas adoptadas, tanto por la administración central, como por cada comunidad, junto con sus respectivos presupuestos y programas de implementación.

54 Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 10 de abril de 2019 y publicado mediante Resolución del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de 26 de abril de 2019 (BOE núm 109 de 07/05/2019). Disponible en https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf.

55 Plan aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1434.pdf>

56 La totalidad del Plan está disponible en: <https://planderecuperacion.gob.es/politicas-y-componentes>

1.9.1. Estrategias y planes de alcance estatal

El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria

En el preámbulo que sirve de presentación del contenido del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, se califica de crucial la modernización del sistema de Atención Primaria de Salud (APS) por el impacto de la crisis económica de 2008 y las políticas de austeridad subsiguientes, así como por la necesidad de adaptarse a los cambios sociales, como el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas. También, se arguye, la reforma busca responder a las demandas de pacientes informados, aprovechar tecnologías de información y comunicación, y satisfacer las necesidades de formación e investigación de los profesionales sanitarios.

La APS, sostiene el preámbulo de este documento estratégico, enfrenta desafíos en términos de recursos humanos, financiación y coordinación entre niveles asistenciales. En lo que atañe a los primeros, resultan esenciales aspectos como el necesario cambio del modelo retributivo, el acceso a la formación de los profesionales —para mantener las competencias profesionales y modelar la cultura organizacional— o la reasignación eficiente de tareas entre estos. La coordinación ha de extenderse, no solo a la imprescindible entre la APS y atención especializada, sino también entre aquella y la asistencia social, la farmacia comunitaria o la salud pública.

Para mejorar la eficiencia de unos recursos históricamente limitados, se propone una mayor flexibilidad organizativa, la descentralización de decisiones y la autogestión en los centros de salud, con un enfoque en la evaluación de resultados y el fortalecimiento de la atención comunitaria. Un objetivo prioritario es que la APS lidere la prestación de servicios de calidad, participativos y adaptados a las necesidades de salud de la población, con especial atención en la promoción de la salud, la prevención y la atención a enfermedades crónicas y cuidados paliativos. El abordaje de los determinantes sociales de la salud por parte de los equipos de Atención Primaria es clave para reducir las desigualdades en salud y mejorar el bienestar de los grupos más vulnerables. Los nuevos contenidos de la cartera de servicios han de orientarse a mejorar la calidad, la capacidad resolutoria y la continuidad asistencial.

El Marco Estratégico se divide en 6 grandes estrategias, cada una de las cuales conlleva una serie de objetivos y acciones concretas para su desarrollo, comprendiendo en su totalidad 23 objetivos y 100 acciones. Las estrategias mencionadas, con referencia al número de objetivos y acciones que corresponde a cada una de ellas, son las siguientes:

- Estrategia A.- Reforzar el compromiso del Consejo Interterritorial del SNS con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud (4 objetivos, 23 acciones).
- Estrategia B.- Consolidar una política presupuestaria y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la APS (4 objetivos, 23 acciones).
- Estrategia C.- Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones (2 objetivos, 11 acciones).
- Estrategia D.- Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud (5 objetivos, 11 acciones).
- Estrategia E.- Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) (3 objetivos, 13 acciones).
- Estrategia F.- Impulsar la Formación y la Investigación en Atención Primaria de Salud (5 objetivos, 19 acciones).

Ni las estrategias, ni los objetivos contenidos en el Marco Estratégico disponen de un cronograma o una estimación presupuestaria concreta. Sin embargo, para cada una de las acciones se señala un plazo de tiempo para llevarla a cabo. En particular, se distinguen tres horizontes temporales: corto plazo (para acciones que se deben iniciar en 2019); medio plazo (para acciones que se deberían iniciar en 2020) y largo plazo (para acciones que se iniciarían en 2021).

Los objetivos dentro de cada estrategia son muy diversos, existen objetivos muy generales, como por ejemplo el segundo de la primera estrategia señalada arriba —“Diseñar un plan de comunicación para dar relevancia a la atención primaria de salud”—, junto con otros bastante más específicos, como por ejemplo es el cuarto dentro de esa misma estrategia: “Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud”. De hecho, para llevar a cabo este objetivo se señalan 5 acciones, todas ellas de corto plazo, pero que cuentan con un grado de detalle elevado, especialmente la acción 4 que consiste en:

“Acometer los cambios normativos necesarios para definir un nuevo ámbito de Atención Primaria y Comunitaria de Salud, partiendo de la actual composición de los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo, vinculando la Cartera de Servicios de APS a competencias, definiendo perfiles profesionales, sanitarios y no sanitarios, funciones y servicios que deben desarrollar, así como ratios aceptables y circuitos de coordinación. Se potenciará asimismo el trabajo colaborativo con agentes de salud comunitarios, como puedan ser las y los farmacéuticas/os comunitarias/os y otras/os.”

Además de esta definición de la acción se señala un amplio listado de aspectos a tener en cuenta entre los que destaca fortalecer el rol de diversos profesionales:

- Enfermería: Aumentar la capacidad de las enfermeras en la gestión de cuidados para pacientes crónicos y terminales, con un enfoque en atención domiciliaria y salud comunitaria, utilizando protocolos basados en evidencia.
- Psicología Clínica: Integrar más a los psicólogos clínicos en el sistema sanitario y establecer protocolos claros de derivación de pacientes.
- Fisioterapia: Expandir la capacidad resolutive en casos de patologías agudas simples y crónicas estables, y promover su participación en actividades preventivas y educativas.
- Trabajo Social: Mejorar la colaboración de trabajadores sociales con otros profesionales en el manejo de casos de cronicidad, dependencia, y vulnerabilidad, incluyendo una atención especial a grupos vulnerables como mujeres víctimas de violencia de género y personas mayores.
- Matronas: Reforzar su papel en la atención a la salud sexual y reproductiva, embarazo de bajo riesgo, lactancia materna y actividades preventivas y educativas.
- Unidades Administrativas en APS: Potenciar la capacitación y el papel del personal de *call-center* y farmacéuticos en APS, enfocándose en el uso racional y seguro de medicamentos y la atención al usuario.

En lo que atañe a la segunda de las estrategias, la relativa a recursos humanos, los objetivos incluidos pasan, de un lado, por mejorar la financiación de la APS y la estabilidad y condiciones laborales, y, de otro, por desarrollar las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermería Pediátrica, así como impulsar la autonomía de gestión de los equipos de Atención Primaria. Para el desarrollo de las especialidades de Enfermería se contemplan 4 acciones de corto o medio plazo: creación de categorías estatutarias para Enfermeros/as Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica; definir los puestos de trabajo en APS para estas especialidades; crear bolsas de trabajo específicas para su contratación; resolver el procedimiento de reconocimiento de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria mediante una vía excepcional de acceso.

Con respecto a la tercera de las estrategias resulta especialmente relevante el primero de los objetivos: “Mejorar la capacidad resolutive de todos los profesionales, potenciando el trabajo multidisciplinar y transdisciplinar, con la visión de la persona como centro de atención”. Para ello, se incluyen 4 acciones de corto y medio plazo: facilitar el acceso a pruebas diagnósticas para los profesionales de Atención Primaria en condiciones similares a las del ámbito hospitalario; promover acuerdos interprofesionales para distribuir roles según la eficiencia y valor añadido de cada perfil; garantizar atención en menos de 48 horas

para demandas no urgentes; y potenciar la coordinación con servicios sociales municipales y autonómicos.

La cuarta de las estrategias, la encaminada a reforzar la orientación comunitaria y la prevención, incluye un objetivo, el tercero, de gran importancia: “Fomentar la educación para la salud individual y grupal orientada a los determinantes de la salud”; para dicho fin, únicamente se contemplan dos acciones de corto y medio plazo. La primera, formar a los profesionales de APS en educación para la salud individual y grupal con enfoque de los determinantes de la salud. La segunda, promover la participación de éstos en los programas, estableciendo incentivos específicos y compensaciones económicas para la realización de actividades fuera de horario laboral.

En la estrategia destinada al uso de las tecnologías, destaca el objetivo dirigido a la utilización de la consulta no presencial (objetivo 3), y las dos acciones contempladas para ello. De un lado, impulsar las consultas telemáticas y su integración en la historia de salud digital. De otro, extender las modalidades de interconsulta no presencial con imagen y pruebas complementarias.

Con respecto a la estrategia dirigida a impulsar la formación e investigación en APS, resulta especialmente relevante el último objetivo, el quinto, que está dirigido a la investigación y su potenciación. Para ello se incluyen 5 acciones, todas de medio plazo, que persiguen: conocer la situación actual de la investigación en Atención Primaria a través de un mapeo de recursos y detección de necesidades; establecer incentivos económicos y de carrera profesional para fomentar la participación en proyectos de investigación; priorizar en la financiación pública áreas como promoción de salud, prevención, cuidados de enfermería o intervenciones comunitarias; incluir formación en metodología de investigación en los planes de formación continuada; y mejorar los sistemas de información para facilitar el uso de datos para la investigación.

El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia

El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia representa la estrategia española para canalizar los fondos europeos *Next Generation EU* que reciba el país a lo largo del periodo 2021-2026. Los fondos *Next Generation EU* son el mayor paquete de estímulo económico jamás antes financiado en Europa: un total de 806.900 millones de euros.⁵⁷ Este instrumento, de duración temporal, fue acordado por el Consejo Europeo el 21 de junio de 2020 para hacer frente a las consecuencias económicas y sociales de la pandemia causada

⁵⁷ Todos los detalles de los fondos Next Generation EU, así como del Marco Financiero Plurianual 2021-2027 de la UE pueden consultarse aquí: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/d3e77637-a963-11eb-9585-01aa75ed71a1>

por la COVID 19 y apoyar la transición hacia una Unión Europea (UE) más moderna, sostenible y resiliente.

El Plan de Recuperación comprende dos fases, la primera de las cuales ha concluido ya, tras la evaluación positiva por parte de la Comisión Europea del cumplimiento de los hitos y objetivos previstos para el primer semestre de 2022. Entre diciembre de 2021 y marzo de 2023 España ha recibido 37.036 millones de euros en forma de transferencias no reembolsables de la UE.⁵⁸ Tras la aprobación por la Comisión Europea el 2 de octubre de 2023 de la Adenda al Plan de Recuperación, España recibirá, entre transferencias directas y préstamos reembolsables, alrededor de 163.000 millones de euros, más del 12% del PIB nacional.⁵⁹

Para canalizar esos fondos, el Plan de Recuperación se estructura en torno a 4 ejes transversales —transición ecológica, transformación digital, cohesión social y territorial e igualdad de género— que a su vez se proyectan en 10 políticas palanca, cada una de las cuales contiene diferentes componentes, sumando un total de 31. El componente 18 es el destinado a la “Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud”, y consta de 5 reformas y 6 inversiones, sumando estas últimas un total estimado de 1.169 millones de euros.

La primera de las reformas previstas en el componente 18 es la concerniente al “Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria”, consistente en desarrollar y ejecutar el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, centrándose en las siguientes líneas generales de actuación:

- a) Impulsar el carácter vertebrador de la Atención Primaria y su papel como agente de salud del paciente en todo el sistema sanitario.
- b) Reorientar el sistema a la atención personalizada, centrada en el paciente.
- c) Reforzar la longitudinalidad asistencial para garantizar la atención continua por el mismo equipo de profesionales.
- d) Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria y evitar derivación hospitalaria innecesaria.
- e) Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.

⁵⁸ Las inversiones previstas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia se financian con el instrumento fundamental de los fondos *Next Generation EU*, que es el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia. Este instrumento financiero está dotado con 723,8 miles de millones de euros, del que salen las transferencias y préstamos dirigidos a financiar las reformas e inversiones de los Estados miembros. El Reglamento (UE) 2021/241, de 12 de febrero de 2021, dispone que la liberación de los fondos en el marco del citado Mecanismo depende del cumplimiento satisfactorio por parte de los Estados miembros de los hitos y objetivos pertinentes que figuren en los planes de recuperación y resiliencia.

⁵⁹ Véase, por ejemplo: <https://planderrecuperacion.gob.es/preguntas/cual-es-el-cronograma-para-la-recepcion-y-ejecucion-de-los-fondos-del-MRR>

- f) Potenciar la integralidad de la atención.
- g) Mejorar los indicadores de resultados en salud y disminuir la desigualdad.
- h) Mejorar la accesibilidad en la Atención Primaria y reducir demoras.
- i) Actuar sobre los determinantes de la salud.
- j) Implantar las Estrategias de Salud Pública, en particular las vinculadas a la promoción de la salud y la atención a la cronicidad.
- k) Potenciar la investigación e innovación en Atención Primaria.
- l) Generar un marco profesional estable para la gestión clínica de la Atención Primaria.
- m) Mejoras en TIC's y Sistemas de Información, como apoyo directo a la gestión clínica y a la medición de resultados clínicos y en salud.
- n) Establecer modelos de financiación basados en la ordenación de recursos y resultados en salud para asegurar la eficiencia en la asignación de los gastos.

Esta reforma se desarrolla en cuatro fases, la primera de las cuales prevé la elaboración del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria que describimos en detalle en el siguiente epígrafe. A continuación, en una segunda fase, las CC. AA. presentarán proyectos integrales con base en el Plan de Acción, incluyendo en ellos las reformas e inversiones a aplicar en cada territorio. En la tercera fase se realizará la distribución de fondos a cada comunidad para financiar aquellas reformas que requieran inversión, la cual provendrá del mecanismo de Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)⁶⁰ y del presupuesto del Estado y las propias CC. AA. La última fase es la de la implementación de las reformas e inversiones acordadas conjuntamente entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.

Es relevante subrayar que, pese a que el “Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria” es la primera de las cinco reformas contempladas en el Componente 18, este no prevé la financiación de inversiones directamente vinculadas con esta reforma. Dicho de otro modo, en el Plan de Recuperación se proyecta una reforma de la Atención Primaria y Comunitaria sin dotarla

⁶⁰ Hay que precisar que las inversiones previstas en el Componente 18 y, en general, en todo el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, se financian con el instrumento fundamental de los fondos *Next Generation EU*, que es el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia. Este instrumento financiero está dotado con 723,8 miles de millones de euros, del que salen las transferencias y préstamos dirigidos a financiar las reformas e inversiones de los estados miembros. La Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU) está dotada con una cuantía muy inferior (50,6 miles de millones) y se destina a paliar las consecuencias económicas de la COVID-19 en los primeros años de la pandemia, el bienio 2021-2022. Así, a lo largo de estos dos años, se han consignado en los Presupuestos Generales del Estado, dentro de la política Sanidad, créditos de gasto por importe de 3.156 millones de euros procedentes de fondos REACT-EU, la mayor parte de ellos (1.744 millones) para financiar la compra de vacunas para la COVID-19. Solo 1.089 millones han servido para financiar otras acciones de la Reforma 1 del Plan de Recuperación.

directamente con los fondos europeos que va a movilizar el propio Plan. Contrasta con esta realidad el destino dado al grueso de las inversiones incluidas en el Plan: la inversión en equipos de alta tecnología, acaparando más del 68% (796,1 millones de euros) del total de los 1.169 millones previstos.

Otra reforma contenida en el Plan de Recuperación que, si bien no es privativa de la Atención Primaria y Comunitaria, sino que afecta al conjunto del sistema sanitario público, le afecta muy estrechamente, es la Reforma 4, dedicada al “Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad”. Esta reforma, como tal, no supone gasto, de forma que también carece de financiación en el Plan. Aborda dos iniciativas legislativas: de un lado, la reforma del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud; de otro, la promulgación de un Real Decreto de mejora de la formación sanitaria especializada.

Con la reforma del Estatuto Marco se persiguen tres objetivos:

- a) Reducir la temporalidad, para lo cual se pretende estabilizar al personal interino que lleve ocupando de manera temporal puestos de trabajo de carácter estructural más de un periodo de tiempo determinado;
- b) Asegurar una cobertura suficiente de plazas en zonas rurales y otras zonas con carencia de personal;
- c) Mejorar el entorno y las condiciones de trabajo.

El Real Decreto para mejorar la formación sanitaria especializada garantizará que los especialistas en Ciencias de la Salud adquieran un conjunto de competencias transversales mediante un programa formativo común que se incorporará al itinerario formativo de la especialidad. También contemplará esta norma la creación de Áreas de Capacitación Específica (ACE) vinculadas a una o varias especialidades en Ciencias de la Salud. Asimismo, establecerá un marco regulatorio básico sobre el procedimiento para crear, modificar o suprimir especialidades y ACE. El nuevo Real Decreto desarrollará varios preceptos de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Por último, la reforma para la modernización y digitalización de la Administración contemplada en el Componente 11 “Modernización de las Administraciones públicas” del Plan de Recuperación también afecta de forma importante a la Atención Primaria y Comunitaria, por cuanto su objetivo no es solo la simplificación y digitalización de los procesos y procedimientos administrativos, sino también la reducción de la tasa de temporalidad en el conjunto de las Administraciones Públicas españolas. En este sentido, una de las medidas previstas para prevenir y sancionar el abuso y fraude en la temporalidad es la reforma del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.⁶¹

⁶¹ Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. BOE núm. 261, de 31 de octubre de 2015.

Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023

Como se ha expuesto, con el objeto de fortalecer la Atención Primaria y Comunitaria, el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia incluyó, como primera fase de su Reforma 1, la elaboración de un Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, que verá la luz finalmente el 15 de diciembre de 2021, tras su aprobación en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Este Plan de Acción persigue:

- a) Implementar las acciones prioritarias del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria en 2022 y 2023.
- b) Materializar las conclusiones del Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados⁶² en lo referente a Atención Primaria:
 - Necesidad de una Atención Primaria estable, firme y robusta, una salud familiar y comunitaria clave en esta nueva situación y una salud pública potente que afronte las directrices y asesore las decisiones de las administraciones públicas (propuesta de resolución 13).
 - El desarrollo e implementación del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (propuesta de resolución 14).
 - El refuerzo de los recursos de la Atención Primaria de Salud como pilar esencial del Sistema Nacional de Salud (propuesta de resolución 15).
 - Las medidas para abordar la precariedad laboral y cubrir puestos poco atractivos (propuesta de resolución 16).
 - El impulso a los servicios de Atención Primaria y Comunitaria (propuesta de resolución 17).
 - El reordenamiento de la Atención Primaria para atender los centros sociosanitarios y para una mejor coordinación con los servicios sociales (propuesta de resolución 18).

El contenido del Plan se sustancia en 13 objetivos repartidos en 12 bloques: Financiación; Recursos Humanos; Capacidad de resolución; Digitalización; Equipo de Atención Primaria; Cartera de Servicios; Calidad Asistencial; Orientación a la Comunidad; Empodera-AP; Gobernanza en AP; Accesibilidad y gestión de la demanda; I+D+I. Cada uno de los bloques tiene asociado un objetivo, excepto el bloque quinto (Equipo de Atención Primaria) al que corresponden dos objetivos (objetivos 5 y 6). A su vez, cada uno de los objetivos supone llevar a cabo un

⁶² Publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, núm. 123, 21 de julio de 2020: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF

determinado número de acciones. Además, cada una de las acciones incluye el indicador correspondiente, el resultado esperado y su periodificación temporal. A continuación, se detallan los 13 objetivos:

- 1) Dotar al SNS de la financiación finalista necesaria para la implementación efectiva del presente Plan (incluye 3 acciones).
- 2) 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 por debajo del 8% (incluye 11 acciones).
- 3) Aumentar la capacidad de resolución (incluye 3 acciones).
- 4) Impulsar los sistemas de información y digitalización (incluye 4 acciones).
- 5) Consolidar el rol de las y los Enfermeras/os Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en Atención Primaria (incluye 3 acciones).
- 6) Reorganizar los Equipos de Atención Primaria y los roles de cada perfil profesional (incluye 1 acción).
- 7) Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria y ejecutar los cambios normativos (incluye 4 acciones).
- 8) Fomentar la Calidad Asistencial y la práctica basada en la evidencia científica (incluye 3 acciones).
- 9) Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud (incluye 5 acciones).
- 10) Reforzar el liderazgo de la Atención Primaria como eje vertebrador del SNS, poniendo en valor y difundiendo su impacto en resultados en salud y equidad (incluye 2 acciones).
- 11) Reforzar la gobernanza y el modelo de dirección y liderazgo en Atención Primaria (incluye 2 acciones).
- 12) Mejorar la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos organizativos (incluye 5 acciones).
- 13) Potenciar la investigación en el ámbito de Atención Primaria, así como la transferencia de sus resultados (incluye 6 acciones).

De las 52 acciones propuestas, una parte sustancial debería haberse implantado ya en diciembre de 2022. Así, por ejemplo, las 5 acciones destinadas a la gestión de la demanda contaban con dicho plazo. Hay otras, sin embargo, que tienen como fecha final de implantación el horizonte más largo, diciembre de 2023. Por ejemplo, esto sucede para todas las acciones relacionadas con la capacidad de resolución y también con las de gobernanza. Otras, por su parte, tienen un

recorrido intermedio, y deben concluirse en el primer semestre de 2023, como las relacionadas con la historia de salud digital. Asimismo, cada acción va acompañada de indicadores propuestos para comprobar su grado de ejecución, como también del resultado esperado dentro del plazo establecido para implementar la acción. La consecución de cada una de las acciones formuladas, dependiendo de su descripción, puede competir en exclusiva bien al Ministerio de Sanidad, bien a las CC. AA., o conjuntamente a ambas instancias.

Repasamos a continuación algunas de las acciones propuestas en los diferentes objetivos del Plan de Acción⁶³, seleccionadas por cuanto mediatizan de hecho la operatividad de este, así como también pueden proporcionar una imagen de su grado global de cumplimiento.

Con respecto al primero de los objetivos del Plan, concerniente al bloque de **Financiación**, tal y como preveía la segunda de las fases de despliegue de la Reforma 1 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, la primera de las acciones (Acción 1.1) de este bloque establece que para que las CC. AA. e INGESA⁶⁴ puedan hacer operativo el Plan de Acción, cada una de ellas deberá elaborar un proyecto integral que incluya las acciones a implementar por parte de cada comunidad y ciudad autónoma, incluyendo la dotación presupuestaria, tanto de aquellas financiadas íntegramente por parte de las CC. AA. como de aquellas que requieren cofinanciación con el Ministerio de Sanidad. La distribución de fondos entre las CC. AA. e INGESA para las acciones que requieren cofinanciación se hará conforme a los criterios que deberán ser aprobados en último término por el pleno de CISNS. A su vez, las acciones 1.2 y 1.3 establecen que tanto las CC. AA. e INGESA como el Ministerio de Sanidad han de disponer de un presupuesto finalista para impulsar la implantación efectiva del Plan.

En este sentido, las acciones cofinanciadas desde el Ministerio de Sanidad están relacionadas con:

- La capacidad de resolución con la identificación de procedimientos diagnósticos y la adquisición del equipamiento diagnóstico (acción 3.2) junto a la optimización de los procesos administrativos para conseguir la necesaria agilidad operativa acción 3.3).
- La estrategia de salud digital con las acciones ligadas a dicha estrategia (acciones 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4).

⁶³ Exceptuando de esta revisión las acciones correspondientes a los bloques **Empodera-AP** e **I+D+I** dedicados a la estrategia de comunicación y difusión pública del trabajo de la Atención Primaria y de potenciación de la investigación y transferencia de resultados en el ámbito de Atención Primaria, respectivamente.

⁶⁴ Recordemos que las prestaciones sanitarias en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla son gestionadas por el Ministerio de Sanidad a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

- La ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS (acción 7.4).
- La calidad asistencial a través de la implementación de las recomendaciones “no hacer”, las estrategias de salud del SNS (acción 8.1 y 8.2) y la mejora continua de la interoperabilidad de las historias de salud digitales autonómicas (acción 8.3).

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria para 2022 contempló en total un gasto para cofinanciar las anteriores acciones de algo más de 292 millones de euros. De este total, 285,7 millones se transfirieron a las CC. AA. y a INGESA. La cantidad restante fue de ejecución directa de la Administración General del Estado. Asimismo, en los Presupuestos Generales de 2023 se incluyó una nueva dotación de 172,4 millones de euros de transferencias a las CC. AA., a la que se añadió otra dotación por 434 millones para la mejora de infraestructuras y equipamientos.

Si bien, como acabamos de ver, el Ministerio de Sanidad consignó en sus presupuestos dotaciones finalistas dirigidas a impulsar la implantación del presente Plan ya desde el ejercicio 2022, no todas las CC. AA., al menos aparentemente, elaboraron, como establece la Acción 1.2, proyectos regionales integrales para la ejecución del Plan desde el primer trimestre de 2022. Como se describe en el epígrafe 1.9.2 el ritmo de formulación de planes y estrategias de reforma por parte de las CC. AA., enmarcadas dentro del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria promovido a nivel nacional, ha sido desigual, como también lo es la disposición, dentro de sus respectivos presupuestos generales, de un presupuesto finalista para Atención Primaria. Aproximadamente la mitad de los territorios autonómicos carecen de un presupuesto independiente de Atención Primaria.⁶⁵

Con relación al bloque de **Recursos humanos**, la Acción 2.1, consistente en la adaptación de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud a lo dispuesto en el Real Decreto-Ley 14/2021 de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público⁶⁶, se llevó a efecto, como ya se indicó en el apartado 1.1 de esta monografía, mediante la aprobación del Real Decreto-ley 12/2022 en diciembre de 2022. A su vez, la Acción 2.2, derivada de lo dispuesto en el artículo 2 del Real Decreto-Ley 14/2021 (luego Ley 20/2021), se ha sustanciado en la publicación generalizada por parte de las CC. AA. de convocatorias de ofertas de empleo público de estabilización del empleo

⁶⁵ Véase a este respecto la Tabla 51 del Informe sobre el análisis de la situación actual de la Atención Primaria en España del Ministerio de Sanidad (2023): https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Informe_Fase2.pdf

⁶⁶ Del que proviene la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.

temporal de los diferentes servicios regionales de salud, también por parte del Servicio Murciano de Salud, como se detallará en el epígrafe 4.4.2.

El artículo 2.1 de Ley 20/2021 autoriza una tasa adicional para la estabilización de empleo temporal que incluirá las plazas de naturaleza estructural que, estén o no dentro de las relaciones de puestos de trabajo, plantillas u otra forma de organización de recursos humanos que estén contempladas en las distintas Administraciones Públicas y estando dotadas presupuestariamente, hayan estado ocupadas de forma temporal e ininterrumpidamente al menos en los tres años anteriores a 31 de diciembre de 2020. Su disposición adicional sexta permite, además, la convocatoria excepcional de estabilización de empleo temporal de larga duración, en concreto de aquellas plazas que hubieran estado ocupadas con carácter temporal de forma ininterrumpida con anterioridad a 1 de enero de 2016.

Asimismo, el punto segundo de este mismo artículo establece que la publicación de las convocatorias de los procesos selectivos para la cobertura de las plazas incluidas en las ofertas de empleo público deberá producirse antes de 31 de diciembre de 2022 y la resolución de estos procesos selectivos deberá finalizar antes de 31 de diciembre de 2024. El objetivo perseguido con esta medida es que la tasa de cobertura temporal deberá situarse por debajo del 8% de las plazas estructurales.

Por su parte, la Acción 2.3 contempla la creación de las vacantes necesarias para que puestos que se vengán ocupando de forma continuada mediante contratos eventuales encadenados pasen a ocuparse mediante nombramientos de interinidad y, a su vez, fomente la transformación de los contratos de interinidad en contratos de estabilidad. Esta acción se ampara en la modificación del artículo 10 del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público que efectúa en su artículo primero el Real Decreto-Ley 14/2021, así como en la modificación del artículo 9 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud que realiza el Real Decreto-ley 12/2022. Como antes, el imperativo legal derivado de las disposiciones establecidas en estas normas ha promovido la realización de planes de consolidación de puestos ocupados por personal eventual por parte de las CC. AA., incluida la Región de Murcia⁶⁷, que prevé la conversión de 2.931 puestos de trabajo eventuales del SMS en plazas estructurales que serán ocupadas interinamente, como paso previo a su incorporación a las ofertas de empleo público correspondiente.

Existe un amplio consenso acerca de la necesidad de una Atención Primaria resolutoria como, de hecho, reconoce la línea de actuación 3.3 de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 de la Región de Murcia que propone “Mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria”. Esto es,

67 Véase el acuerdo de la mesa sectorial de sanidad del 29 de marzo de 2023: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=115812&IDTIPO=10&RASTRO=c\\$m59491,70](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=115812&IDTIPO=10&RASTRO=c$m59491,70)

de hecho, lo que también marca el Objetivo 3 de la estrategia **Capacidad de resolución** del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria que, con la Acción 3.1, persigue la mejora en el acceso desde Atención Primaria a la indicación de procedimientos de diagnóstico por proceso asistencial, no siendo dependiente, por tanto, de qué ámbito asistencial o qué perfil médico profesional la realiza. En este punto, la impresión que se desprende de la revisión de los planes y estrategias de las CC. AA. es que aún no se ha unificado por completo este aspecto, existiendo un grado desigual de accesibilidad a las herramientas de diagnóstico (y tratamiento) por parte de los profesionales de primaria.

Sin duda la mejora de la capacidad de resolución de la Atención Primaria mejoraría de actualizarse la **cartera de servicios** comunes de Atención Primaria, los cuales están recogidos en el Anexo II del Real Decreto 1030/2006.⁶⁸ Esta actualización, en particular en lo referente a la indicación y realización de procedimientos diagnósticos, es la perseguida por la Acción 7.1 del Plan. Asimismo, las acciones 7.2. y 7.3 prevén la ampliación de la cartera básica común de Atención Primaria⁶⁹ y la incorporación en la misma de las nuevas modalidades de atención no presencial. Todas estas acciones pasan, como se recoge como resultado esperado de todas ellas, por la publicación de la orden ministerial correspondiente, por la que se actualice la cartera común de servicios del SNS. Hasta el momento dicha orden no se ha publicado, encontrándose en fase de proyecto, el cual ha sido ya sometido a consulta pública previa.⁷⁰

En conexión con la intención manifestada en el citado proyecto de Orden Ministerial de aumentar la implementación y desarrollo de las nuevas modalidades de atención no presencial en la Atención Primaria y Comunitaria hay que hacer referencia al Objetivo 4 del bloque **Digitalización** del Plan de Acción, que persigue impulsar la Estrategia de Salud Digital. Concretamente la Acción 4.1 introduce la idea de facilitar la atención en “centros sanitarios inteligentes”, a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y

⁶⁸ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16/09/2006.

⁶⁹ La cartera de servicios comunes del SNS establecida por el Real Decreto 1030/2006 fue desarrollada por el Real Decreto-Ley 16/2012 que diferencia entre:

- La cartera común básica de servicios asistenciales, cubiertos de forma completa por financiación pública.
- La cartera común suplementaria que incluye aquellas prestaciones cuya previsión se realiza mediante dispensación ambulatoria y está sujeta a aportación del usuario. (Prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario no urgente).
- La cartera común de servicios accesorios.
- La cartera de servicios complementaria de las CC. AA.

⁷⁰ Dicho proyecto puede consultarse aquí: https://www.sanidad.gob.es/normativa/docs/ CPP_OM_actualizacion_cartera_AP.pdf

chatbots para la mejora de la gestión de la demanda de la ciudadanía. Asimismo, la Acción 4.2 persigue impulsar la atención personalizada adaptada a cada paciente en función de sus circunstancias de vida y de salud, dotando a los profesionales de capacidades de prevención, emisión de alertas individualizadas de salud y detección remota de riesgos y ayuda al diagnóstico, a través de tecnologías Big Data e Inteligencia Artificial.

Estas Acciones emplazadas en el marco de la Estrategia de Salud Digital están siendo impulsadas dentro del Proyecto Estratégico para la Recuperación y Transformación Económica (PERTE) Salud de Vanguardia⁷¹, con la financiación del Componente 11, Inversión 3, del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que prevé destinar un total de 230 millones de euros a las acciones orientadas al fortalecimiento y la transformación digital de la Atención Primaria y Comunitaria. En los Presupuestos Generales del Estado para 2023 se han destinado 160 millones de euros de este PERTE exclusivamente para la implementación en los centros de salud del SNS de nuevas tecnologías que permitan aumentar la calidad y equidad en la atención a la ciudadanía.

El Objetivo 5 del bloque **Equipo de Atención Primaria** plantea consolidar el rol de las y los enfermeras/os especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria en Atención Primaria en todas las CC. AA. Para ello, la Acción 5.1 insta a que todas las CC. AA. creen la categoría profesional de especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria en el año 2022. De hecho, en el momento de formularse el Plan de Acción ya había varias Comunidades Autónomas, entre ellas la Región de Murcia, que ya habían incluido esta especialidad dentro de las categorías del personal estatutario de sus servicios de salud.⁷² En la actualidad la totalidad de las Comunidades Autónomas reconocen esta categoría profesional. El ritmo, sin embargo, de incorporación preferente de estos profesionales especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria a las plazas de Atención Primaria está siendo lento, en disonancia con la Acción 5.2 del Plan, que prevé un incremento anual de al menos el 20% de los nombramientos de enfermeras y enfermeros con esta especialidad en Atención Primaria. Sin duda, como postula la propia Acción 5.2, la incorporación de estos especialistas permitiría fortalecer la atención en los

71 Los PERTE son un nuevo instrumento de colaboración público-privada en los que colaboran las distintas administraciones públicas, empresas y centros de investigación. Su objetivo es impulsar grandes iniciativas que contribuyan claramente a la transformación de la economía española. Ya se han aprobado doce proyectos estratégicos, entre los que se encuentra el PERTE Salud en Vanguardia, al desarrollo de procedimientos innovadores para mejorar la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de los pacientes de forma personalizada.

72 Orden de la Consejería de Sanidad y Política Social de fecha 2 de febrero de 2015, por la que se desarrolla el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la creación de la opción de Enfermería Familiar y Comunitaria dentro de la categoría de Diplomado Sanitario Especialista. BORM núm. 43, de 21 de febrero de 2015.

servicios de Atención Primaria, apoyando la atención comunitaria, la promoción y la prevención de la salud.

Si la cartera de servicios de Atención Primaria requiere indudablemente de una ampliación, como ya vimos, la práctica clínica debe basarse en la evidencia y el fomento de la **Calidad asistencial**. En esta dirección apunta la Acción 8.1 que preconiza la implementación de las recomendaciones de “no hacer” en Atención Primaria pertenecientes al proyecto “Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España” según la actual metodología establecida entre Guía Salud y el Ministerio de Sanidad.⁷³ Resulta imposible conocer el grado real de implantación de estas recomendaciones en las distintas CC. AA., si bien la persistencia de ciertas evidencias de “sobret ratamiento”, como vimos en el epígrafe 1.8, sugieren que el grado de aplicación efectiva de estas recomendaciones entre los profesionales de Atención Primaria no es el deseable.

Llegamos así a un elemento clave de definición de la Atención Primaria, como es (o debería ser) su **Orientación a la comunidad**. Este es el propósito del Objetivo 9 del Plan de Acción, que dispone en la Acción 9.1 el desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria en el ámbito de las CC. AA. Este es un aspecto que, como podrá apreciarse al repasar los planes y estrategias de las diferentes CC. AA., puede pasar desapercibido en comparación con, por ejemplo, las medidas destinadas a la captación y retención de profesionales sanitarios, pero que sin embargo es de una importancia capital para la prevención y promoción de la salud de la población asignada a los centros de salud. El Ministerio de Sanidad, en el marco del desarrollo del Plan de Acción publicó en 2022 una serie de “Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico”. Más o menos todas las CC. AA. declaran, sobre el papel al menos, su intención de impulsar la atención comunitaria.

La **Gobernanza en Atención Primaria** es un aspecto que, como se pondrá de manifiesto en el capítulo 3 de esta obra, preocupa a los expertos en gestión sanitaria. La pandemia, como se ha destacado en varios trabajos (véase, por ejemplo, Abellán y Campillo, 2020), evidenció, sobre todo en su fase incipiente, una gran capacidad de iniciativa por parte tanto de los profesionales de la

⁷³ La iniciativa “No Hacer” tiene como objetivo difundir entre profesionales y usuarios del SNS, recomendaciones de No Hacer, es decir, las prácticas de escaso valor que, a pesar de serlo, forman parte de la asistencia sanitaria. Esta iniciativa continúa la labor iniciada en el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas, impulsado por el Ministerio de Sanidad y por la Sociedad Española de Medicina Interna, con el apoyo de GuíaSalud, que, con el objetivo de disminuir las prácticas de escaso valor, permitió la identificación y definición de las primeras recomendaciones de No Hacer en el Sistema Nacional de Salud. Las recomendaciones de “No hacer” son propuestas por las Sociedades y Asociaciones Científicas de acuerdo con los criterios definidos por el Comité Científico de GuíaSalud. Las recomendaciones efectuadas hasta la fecha, entre las que se incluyen las de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) se encuentran aquí: <https://portal.guiasalud.es/no-hacer/>

Atención Primaria, como de la atención hospitalaria. La Acción 11.1 transitaba ya por esos derroteros con anterioridad a la crisis sanitaria de la COVID-19. Así, el objetivo que se persigue con esa acción es la potenciación de la autonomía de gestión a nivel meso y micro, dotando tanto a los órganos de dirección de los centros de Atención Primaria como a los equipos de profesionales de capacidades de gestión adecuadas, primando la participación tanto de los profesionales como de la ciudadanía en su diseño. De forma complementaria, la Acción 11.2 prevé la instauración en todos los centros de salud de acuerdos de gestión anuales con indicadores de seguimiento. Si bien esta segunda acción parece estar extendida en la mayoría de las CC. AA., también en la Región de Murcia, donde los acuerdos de gestión entre la Gerencia del SMS y la de cada una de las Áreas de Salud se traslada a los equipos de Atención Primaria en forma de pactos de gestión por parte de las Gerencias de Área⁷⁴, la Acción 11.1, en cambio, relativa al fortalecimiento de la autonomía de gestión clínica de los centros de Atención Primaria está aún lejos de conseguirse.

Sin duda, la **Accesibilidad** es un criterio fundamental de calidad asistencial, seriamente deteriorado tras la pandemia. Analizamos páginas atrás este deterioro, medido por el porcentaje de pacientes que logró cita en Atención Primaria en las 24-48 horas posteriores de haberla solicitado, indicador que exhibe un empeoramiento manifiesto entre 2018 y 2022 en la totalidad de las CC. AA., revistiendo particular gravedad en un puñado de territorios, entre los que se encuentra la Región de Murcia. Como es obvio, la Acción 12.2 que perseguía incrementos sustanciales (50% en 2022 y 20% en 2023) del porcentaje de usuarios que conseguían cita en las primeras 24 horas infraestimó el efecto que sobre el sistema iba a tener la enorme demanda embalsada durante la pandemia.

1.9.2. Estrategias y planes de las Comunidades Autónomas

En las siguientes páginas nos centraremos en las diferentes iniciativas para mejorar la Atención Primaria y la Salud Comunitaria promovidas por las CC.AA.⁷⁵, abarcando desde la transformación digital y la modernización administrativa hasta la mejora en la accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios. En lo que sigue, presentaremos los objetivos, estrategias y medidas específicas adoptadas por cada comunidad, junto con sus respectivos presupuestos y programas de

⁷⁴ El resumen ejecutivo del Acuerdo de Gestión 2023-2024 del SMS está disponible aquí: https://www.murciasalud.es/documents/20124/5207658/Acuerdo_de_Gestion_2023-2024-Resumen_Ejecutivo_Areas+de+Salud.pdf/f609c012-53c1-1f04-474c-ee7c41c300f9?t=1684309662266

⁷⁵ No se incluye en este apartado la Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 que se está implantando en la Región de Murcia, que reservamos para el epígrafe 2.10 del siguiente capítulo. No se ha logrado identificar ningún documento de esta naturaleza en vigor en los casos de Andalucía, Cantabria y Cataluña.

implementación. Esto incluye la digitalización de la atención sanitaria, la atención personalizada a grupos específicos de pacientes, y la transformación de los servicios de apoyo a la actividad sanitaria.

En el caso de **Aragón** se encuentra en vigor el Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023.⁷⁶ Dicho plan se vertebra en torno a 5 grandes líneas:

- Mejorar la accesibilidad en la Atención Primaria y reforzar la longitudinalidad asistencial para garantizar la atención continua por el mismo equipo de profesionales.
- Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria e impulsar el carácter vertebrador de la Atención Primaria y su papel como agente de salud del paciente en todo el sistema sanitario.
- Facilitar la calidad asistencial a través de herramientas y formación que promuevan el seguimiento de las Estrategias en Salud, las buenas prácticas y las recomendaciones de no hacer, para disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.
- Promover la atención integral y la salud comunitaria, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud, reorientando la atención hacia la promoción de la salud y la prevención.
- Dotar de Tecnologías de la Información y la Comunicación y Sistemas de Información que sirvan de apoyo directo a la gestión clínica y a la medición de resultados clínicos y en salud.

Además, dichas líneas cuentan con unos objetivos generales, un total de 23, y se plasman en 100 acciones operativas a llevar a cabo por el Departamento de Sanidad y el Servicio Aragonés de Salud.

Para desarrollar el plan, el primer objetivo, así recogido, es lograr la financiación necesaria, por ello se explicita que para el año 2022 se contará con casi 8,6 millones de euros para financiar acciones con fondos de la comunidad y 11,6 millones cofinanciadas con el Ministerio de Sanidad, de las que algo más de 4 millones serán recursos propios. El importe para 2023 queda por determinar.

En lo que atañe a los recursos humanos, el plan recoge la implementación de medidas para mantener la tasa de temporalidad por debajo del 8%, revisando las condiciones laborales en el SNS. En los últimos cinco años, se han realizado tres convocatorias de concurso oposición y procedimientos de movilidad voluntaria en las categorías de médico de familia y pediatría, así como en enfermería,

⁷⁶ El Plan está disponible aquí: https://www.aragon.es/documents/20127/91222034/Plan+de+Atención+Primaria+y+Comunitaria+de+Aragón+2022_2023.pdf/5cbbacb4-7eb0-3896-43e0-103f986c758a?t=1649261164348

para potenciar la ocupación de plazas en propiedad y facilitar el traslado de profesionales. En mayo, se resolverá la movilidad voluntaria y la convocatoria de concurso oposición de 2021, ofertando 248 plazas para médicos de familia y 29 para pediatras. También se anuncia una nueva movilidad voluntaria y la OPE 2022 en estas categorías y en enfermería. Además, se realizará la primera OPE de farmacéuticos de Atención Primaria con tres plazas. Las estrategias incluyen ofertas estables de empleo para diversas categorías profesionales en Atención Primaria y el fomento de la cobertura en zonas de difícil acceso, con énfasis en valorar méritos adicionales y facilitar el traslado de personal a plazas más atractivas. Estas acciones se enmarcan en un cronograma bienal de ofertas de empleo y concursos de traslados, buscando no dejar plazas vacantes en Atención Primaria.

Por otro lado el documento recoge 13 objetivos explícitos de entre los que destacan los siguientes: consolidar el rol de Enfermería Familiar y Comunitaria de Atención Primaria; reorganizar los equipos de Atención Primaria y los roles de cada perfil profesional; actualizar la cartera de servicios de Atención Primaria; fomentar la calidad asistencial y la práctica basada en la evidencia; reforzar la prevención, mejorar la accesibilidad y gestionar la demanda asistencial con nuevos modelos y potenciar la investigación en el ámbito de la Atención Primaria y la transferencia de sus resultados.

En el Principado de **Asturias** se encuentra actualmente en vigor el Proyecto Regional Integral Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023.⁷⁷ La Ley 7/2019 del Principado de Asturias establece la Atención Primaria (AP) como elemento central del sistema sanitario, asegurando atención integral y continua. La Estrategia para un Nuevo Enfoque de AP 2018-2021, y el Marco Estratégico para la AP y Comunitaria (MAPyC), buscan mejorar la AP, pero su desarrollo se ha visto frenado por la pandemia de SARS-CoV-2. En 2020, se propuso el Plan de Acción de AP y Comunitaria 2022-2023 en Asturias, para reforzar la AP y su resiliencia ante desafíos futuros, incluyendo el envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas.

El plan aborda 13 objetivos prioritarios y establece una serie de líneas de actuación en cada uno de ellos. En particular los objetivos abarcan: financiación (con tres acciones); recursos humanos (11 acciones); capacidad de resolución (tres acciones); digitalización (4 acciones); equipo de Atención Primaria (2 objetivos y 3 más 1 acciones); cartera de servicios (4 acciones); calidad asistencial (3 acciones); orientación a la comunidad (5 acciones); empoderamiento de la Atención Primaria (2 acciones); gobernanza (2 acciones); accesibilidad y gestión de la demanda (5 acciones); I+D+I (6 acciones).

⁷⁷ El Plan se encuentra disponible aquí: <https://www.astursalud.es/documents/35439/841781/Proyecto+Regional+Integral+del+Plan+de+Acción+de+Atención+Primaria+y+Comunitaria+2022-2023+%281%29.pdf/ba5f0022-4cd4-f2f0-bee4-55a8691aaba6?t=1662582172391>

De entre las distintas propuestas, se puede destacar en lo relativo a los recursos humanos las siguientes acciones: Acción 2.6. Promoción de la contratación en AP como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la residencia, favoreciendo la cobertura de vacantes en Atención Primaria y la atención longitudinal, incentivando la permanencia de los/las profesionales en su puesto; Acción 2.7. 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, dotándolo presupuestariamente. En lo concerniente a los Equipos de Atención Primaria, se pueden destacar algunas acciones como son: Acción 5.1. Creación de la categoría profesional de enfermera familiar y comunitaria en Atención Primaria en todas las CCAA; Acción 5.3. Valoración y priorización de procesos de uso, indicación y autorización de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por las enfermeras y elaboración e implementación, tras su adaptación, de los protocolos correspondientes; y Acción 6.1. Desarrollo de los mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles en la CRHSNS.

Es preciso destacar que todas las acciones tienen designado un responsable, unos objetivos específicos, una metodología de trabajo, un cronograma, una propuesta de indicadores y los recursos necesarios para llevarlos a cabo. Esto nos proporciona una idea aproximada acerca de la factibilidad de las diferentes propuestas. Así, por ejemplo, la acción 6.1, cuyo responsable es la Dirección de Profesionales del SESPA, tiene como objetivo Potenciar los roles de los perfiles profesionales de AP en la comunidad autónoma, como metodología de trabajo presenta la elaboración de una estrategia de implantación del mapa y la propia implantación, ocupando la primera tarea 3 trimestres de 2022 y uno de 2023, y la segunda el segundo trimestre de 2023. Además, se señalan los tres indicadores básicos (publicación del acuerdo, creación del grupo de trabajo y elaboración del mapa) y los recursos necesarios (personal de dirección del SESPA y personal de la consejería)

La dotación económica total del plan asciende a algo más de 78 millones de euros, de los cuales 37,6 corresponden a 2022 y 40,4 millones a 2023. Para cada uno de los años hay que distinguir la parte que se financia con recursos propios y la parte que se cofinancia. En particular, para el cada año 27,3 millones se financian con fondos propios exclusivamente.

El seguimiento del Plan Integral de Atención Primaria (AP) se lleva a cabo desde la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias y se incluye en el propio plan la forma de llevarlo a cabo. Se efectúan evaluaciones trimestrales con informes detallados y un cuadro de mandos para cada acción e indicador. Los resultados se comunican al grupo motor del proyecto, a la Comisión de Seguimiento

de la Estrategia de AP, a las gerencias de áreas sanitarias y a otros colaboradores. Además, se realizan evaluaciones anuales con informes completos en diciembre de cada año, detallando el progreso de cada indicador y el cumplimiento de las acciones, junto con las fechas límite para su realización.

En las **Islas Baleares** se halla en vigor el Plan Estratégico de Atención Primaria 2022-2026.⁷⁸ Este Plan se presenta como un marco que alinea las acciones en diferentes territorios, respetando las particularidades de cada isla y fomentando la planificación local. Su objetivo es servir de guía para que cada gerencia de Atención Primaria desarrolle sus estrategias específicas. Aunque es un documento marco con enfoque estratégico, prioriza propuestas realistas y evaluables, enfocadas en la acción para mejorar la Atención Primaria. Se destaca el rol de los profesionales y ciudadanos como agentes de cambio. El Plan analiza la situación de la Atención Primaria en las Islas Baleares, propone líneas de mejora e indica cómo implementarlas y evaluarlas, buscando armonizar la Atención Primaria en la región y respetando las características locales. Incluye principios y valores del Servicio de Salud, un análisis de la situación actual, y seis estrategias centradas en sostenibilidad, centralidad en la atención al ciudadano, orientación comunitaria, atención integral de calidad, transformación digital y fomento del desarrollo profesional e innovación en salud.

El plan identifica dos tipos de estrategias: transversales y instrumentales. Las estrategias transversales son fundamentales y afectan a todas las estrategias instrumentales, siendo necesarias, pero no suficientes para lograr los objetivos. Las estrategias instrumentales, que dependen de las transversales, definen la prestación de servicios en la Atención Primaria, donde se concreta la relación entre ciudadanos y profesionales. Dentro de cada estrategia se definen unos objetivos y unas acciones para llevar a cabo.

Las estrategias transversales son tres:

- Garantizar la sostenibilidad de la Atención Primaria (contiene 2 objetivos y 5 acciones)
- Lograr que la Atención Primaria adquiera la centralidad en la atención a los ciudadanos (4 objetivos y 22 acciones)
- Orientar los servicios al ciudadano y a la comunidad (3 objetivos y 13 acciones)

Las estrategias instrumentales son también tres:

⁷⁸ El Plan puede consultarse aquí: https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/19108/1-PRIORITARI%20-%20Plan_Estrat%C3%A9gico_de_Atenci%C3%B3n_Primaria_del_Servicio_de_Salud_de_las_Islas_Baleares_2022-2026.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Prestar una atención integral y de calidad orientada hacia los resultados en salud (5 objetivos y 17 acciones)
- Avanzar en la transformación digital de la Atención Primaria (3 objetivos y 15 acciones)
- Impulsar el desarrollo profesional, la investigación y la innovación en materia de salud (2 objetivos y 10 acciones)

Dentro de la segunda de las estrategias transversales, se pueden destacar algunas acciones. Así por ejemplo, la primera de las acciones contempla “Potenciar los equipos directivos de la atención primaria por medio de un desarrollo profesional centrado en la formación para la gestión y en la disponibilidad del apoyo técnico adecuado en la toma de decisiones de gestión (órganos técnicos de asesoría), y establecer una retribución acorde a su responsabilidad”. O la acción 3 que persigue “Establecer en los contratos de gestión del Servicio de Salud cláusulas comunes vinculantes, tanto para los hospitales como para la atención primaria, que fomenten y potencien el papel de la atención primaria.” O la vigésima: “Diseñar, aplicar y monitorizar un plan de incentivos y motivadores (económicos y no económicos) para los profesionales de la atención primaria”.

Las diferentes acciones se encuentran enunciadas, pero en el plan no figuran ni un cronograma, ni una dotación presupuestaria para las diferentes acciones u objetivos. Sí que aparece, sin embargo, un plan de implantación y seguimiento, donde se establecen 3 órganos de seguimiento: comité de dirección del plan estratégico, consejos de gestión de cada área de salud y comité técnico del plan estratégico (formado por una unidad estable del gabinete técnico-asistencial del servicio de salud). El Plan Estratégico requiere herramientas para su implementación y monitoreo. Incluye el Mapa Estratégico, usado por los Comités de Dirección y Técnico para supervisar el progreso, y diversos Informes de Seguimiento para la evaluación y rendición de cuentas. Un Plan de Comunicación y Difusión se dirige a los involucrados en la Atención Primaria y al público. Además, se establecen responsabilidades y criterios para la implementación y evaluación, detallando las acciones necesarias, responsables y métodos de medición para evaluar el impacto del plan.

En las **Islas Canarias** se está desplegando la Estrategia +AP Canarias 2023⁷⁹ que supone una actualización de la Estrategia +AP de 2019. La Estrategia +AP define la Atención Primaria como el núcleo central del sistema sanitario, enfatizando su papel en la cohesión social y la atención integral durante todas las fases de la vida del ciudadano. Busca maximizar la accesibilidad, ser proactiva, económicamente sostenible y atenta a las necesidades de salud comunitaria. Este

⁷⁹ El documento con la Estrategia se encuentra disponible aquí: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a57146de-470a-11e9-93cc-d9bf678f1191/Estrategia_AP_Canarias.pdf

enfoque se materializa en 50 acciones diseñadas para hacer el modelo asistencial más accesible, aumentando el número de profesionales y ampliando los servicios en los centros de salud del archipiélago. Además, se promueve la actividad asistencial e investigadora, valorizando la contribución de cada profesional involucrado.

Las medidas propuestas son muy concretas. Así, por ejemplo, la medida 2 incluye el desarrollo de un Nuevo modelo de agenda ordinaria, esto es, en Medicina de Familia, las agendas ordinarias tendrán un límite de 34 citas diarias, de las cuales al menos el 80% (28 citas) serán para demanda presencial. En Pediatría, el límite será de 28 citas diarias, con un mínimo de 22 para demanda presencial. El 20% restante de las citas en ambos casos podrá ser utilizado a discreción del profesional para consultas telefónicas y/o concertadas. Cabe destacar que las consultas a domicilio, ya sean a demanda o concertadas, no se incluyen en este cómputo. Otro ejemplo es la medida 10 que se dedica a la Prescripción Enfermera señalando que el personal de enfermería, regulado por el Real Decreto 954/2015 y sus modificaciones en el RD 1302/2018, administra medicamentos con y sin prescripción médica. Esta regulación proporciona seguridad jurídica tanto a los pacientes, asegurando que los profesionales tienen el conocimiento necesario, como a los propios enfermeros, que actúan bajo una normativa legal y con acreditación previa. Con la publicación del Protocolo de marzo de 2021 en el BOLCAN, que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de estos medicamentos, se inicia una nueva etapa en la prescripción enfermera, abarcando también medicamentos no sujetos a prescripción. Actualmente, los avances en Receta Electrónica han concluido y están en fase de prueba. Próximamente, se iniciará un pilotaje en el área de salud de El Hierro y, tras su finalización, se extenderá a todas las Áreas de Salud, permitiendo la prescripción de estos productos y accesorios por parte de enfermeros acreditados.

El Plan supone una inversión total de 62,8 millones de euros. Dichos fondos van destinados a tres ámbitos. De un lado, unos 25 millones de euros van dirigidos a Equipamiento y Servicios. Así, por ejemplo, se dedican algo menos de 11,3 millones de euros a la digitalización y 7 millones a adquirir ecógrafos. De otro lado se destinan 31,2 millones a la contratación de personal. En particular, 10,8 millones de euros para la contratación de 196 médicos de familia; 3,3 millones para la contratación de 60 pediatras; 6,6 millones para la contratación de 199 enfermeras, y el resto para la contratación de matronas, auxiliares, técnicos documentalistas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos o farmacéuticos. En tercer lugar, se destinan 12 millones de euros para la rehabilitación y ampliación de los centros de salud.

En la comunidad de **Castilla-La Mancha** se encuentra actualmente en funcionamiento el Plan de Salud de Castilla-La Mancha: Horizonte 2025.⁸⁰ El plan

⁸⁰ El Plan se encuentra disponible aquí: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025>

es concebido como un instrumento de planificación a largo plazo, para dirigir y organizar el sistema sanitario castellano manchego. En el mismo se señalan 11 retos, desde el envejecimiento hasta la equidad de género, y se definen 4 líneas estratégicas (p.ej. la sostenibilidad del sistema sanitario) y 5 principios básicos (p.ej. la equidad en salud). Además de ello, se definen 17 objetivos estratégicos (p.ej. potenciar la calidad asistencial y la seguridad del paciente). Para todo ello se definen 9 planes específicos:

- Plan de sostenibilidad y cambio de modelo sanitario
- Plan de humanización de la asistencia sanitaria
- Plan de Atención Primaria de salud
- Plan de abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad
- Plan de atención a la salud mental
- Plan regional de adicciones
- Plan integral de atención sociosanitaria
- Plan de profesionales del Sistema Sanitario de CLM
- Plan de investigación e innovación

El plan de Atención Primaria en Salud se ejecutará a lo largo del periodo 2020-2025 y señala la necesidad de realizar un cambio de modelo para poder dar respuesta a 5 grandes desafíos:

- Prevención de la variabilidad injustificada de la práctica clínica. Atención basada en la evidencia.
- Prevención del daño que genera el uso excesivo de servicios sanitarios. Prevención cuaternaria y desarrollo de la seguridad del paciente.
- Garantía de acceso a los grupos de alta necesidad y baja utilización de los recursos.
- Reducción o eliminación de la realización de actividades de bajo valor.
- Proactividad en la prevención de la enfermedad y la discapacidad y la promoción de la salud.

Con dicha finalidad, este plan incorpora 9 objetivos generales. Dichos objetivos se describen de forma general, sin que se establezcan, claramente, responsables, cronograma o presupuesto afectado. Sirva como ejemplo el Objetivo General 2 Potenciar el liderazgo de la AP en la atención de pacientes crónicos, donde se reflexiona en el sentido de señalar que, ante el envejecimiento de la población y el previsible aumento de cronicidad, fragilidad y dependencia, es esencial priorizar la atención integral y coordinada a personas con enfermedades crónicas. Esto implica mejorar la gestión de información y protocolos para pacientes, a menudo

con múltiples patologías y medicamentos, y frecuentes hospitalizaciones. Es crucial fomentar el autocuidado y conocimiento de su enfermedad en los pacientes, así como apoyar y formar a los cuidadores para una mejor atención. Se deben desarrollar planes de autocuidado para problemas de salud comunes y mejorar la adherencia y responsabilidad de los pacientes en el uso de medicamentos. La atención a personas con enfermedades crónicas debe ser liderada y coordinada desde los Equipos de Atención Primaria.

El Plan de Salud está condicionado por el presupuesto de la Comunidad Autónoma, de modo que comienza con acciones de bajo o nulo coste adicional, utilizando los recursos existentes. Progresivamente, se implementarán acciones más costosas conforme lo permita el presupuesto. El cambio de modelo a medio plazo se centra en la participación de la comunidad y profesionales, educación sanitaria y continuidad asistencial, con financiación progresiva de los presupuestos generales de Castilla-La Mancha para las acciones que incrementen los gastos. Específicamente se señala que en 2020 el presupuesto sanitario regional fue de 2.915.393,2 miles de euros, con un 97% destinado al Sescam. Se prevé un incremento anual del gasto medio del 1% durante el período de vigencia del Plan. La financiación de estas necesidades se realizará a través de los presupuestos generales de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, sin recursos adicionales, y se ajustará cada año al presupuesto aprobado por el Consejo de Gobierno.

La evaluación del cumplimiento de los objetivos y actuaciones del Plan de Salud (PS) se realizará de manera periódica y sistemática a través de una Comisión de Seguimiento del Plan de Salud, que elaborará informes anuales. Durante la implementación del Plan, se incorporarán nuevas iniciativas y estrategias relacionadas. La Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria, con el apoyo de la Comisión, gestionará la evaluación, integración y ejecución de estas propuestas en el marco del PS.

En la actualidad **Castilla y León** participa en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria. Estrategia de Salud Digital.⁸¹ Dicho plan cuenta con un presupuesto de casi 11 millones de euros para ejecutarse entre 2022 y 2023. La estrategia descansa básicamente sobre 4 ejes:

- Digitalización de la administración y sus procesos, mediante la introducción de nuevas tecnologías y la simplificación de procedimientos, orientando el conjunto de las unidades administrativas a la atención a la ciudadanía y la resolución de sus problemas.

⁸¹ Véase: <https://www.saludcastillayleon.es/es/mrr/inversiones/c11-i03-plan-accion-atencion-primaria-comunitaria-estrategi>

- Reducción de la temporalidad de los empleados públicos y mejora de su formación.
- Transición energética de la administración, a través de la rehabilitación de sus edificios y la utilización de energías renovables.
- La modernización de la gestión pública, asegurando un nuevo modelo de gobernanza más estratégico y con un seguimiento que permita una mejor rendición de cuentas.

En concreto se ha diseñado el desarrollo de tres áreas funcionales claramente diferenciadas. De un lado, el “Centro Sanitario Inteligente” busca equipar los centros de salud de Atención Primaria con servicios digitales integrales centrados en el paciente, permitiendo la extensión de prestaciones a un entorno virtual. Esto facilitará el acceso desde Atención Primaria a recursos de otros niveles asistenciales, utilizando al máximo la tecnología y canales de comunicación para satisfacer las necesidades y demandas cambiantes de la sociedad. Por otro lado, el área “Atención personalizada” incluye proyectos para diseñar y desplegar un modelo integral de servicios presenciales y virtuales en la sanidad pública, dirigidos a pacientes que necesitan atención personalizada y continua, enmarcados en la Transformación Digital de la sanidad. Finalmente, la “Transformación digital de los servicios de soporte de la actividad sanitaria” se enfoca en digitalizar los servicios de gestión no asistenciales relacionados con los ciudadanos, promoviendo una modernización integral del sistema.

Hasta donde llega nuestro conocimiento no existe un cronograma completo, ni se cuenta con un proceso de evaluación del Plan. En cualquier caso, también hay que señalar que se está desarrollando en este momento el V Plan de Salud de Castilla y León, por lo que resulta esperable que allí se desgranen muchas más medidas y acciones para mejorar la Atención Primaria en dicha comunidad.

La **Comunidad Valenciana** se encuentra desarrollando el Plan de Acción de Atención Primaria Comunitaria (PRI) 2022/2023⁸² dentro de la Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunitat Valenciana 2013-2015.

Para elaborar la estrategia, se nombraron dos coordinadores y se formó un grupo de trabajo con 38 profesionales de salud y 7 representantes ciudadanos. El proceso participativo combinó reuniones telemáticas y dos encuentros presenciales, con miembros seleccionados por criterios de territorialidad, multidisciplinariedad, y la inclusión de cargos directivos de Atención Primaria (AP) de 16 de los 24 departamentos de salud.

82 El Plan se halla disponible aquí: https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/estrategia_de_salud_comunitaria_es

Se busca fortalecer la orientación comunitaria en la Atención Primaria (AP) en colaboración con los Servicios Públicos (SP), el entorno local y otros sectores como el social y educativo para mejorar la salud poblacional y reducir desigualdades sociales, enfocándose en los determinantes sociales de la salud. Los objetivos específicos son 4:

- Realizar un análisis de situación
- Implementar medidas organizativas que permitan el desarrollo de la atención comunitaria en la cartera de servicios.
- Desarrollar tres niveles de orientación comunitaria con enfoque equidad y determinantes sociales de la salud.
- Dotar de los recursos y herramientas necesarios para el desarrollo de la estrategia

Todo ello se canaliza a través de 3 líneas de acción que incorporan un diferente número de acciones. Las tres líneas son:

- 1) Medidas organizativas y estructurales para facilitar el desarrollo y la sostenibilidad de la salud comunitaria en la Comunidad Valenciana. (14 acciones)
- 2) Desarrollo de los tres niveles de orientación comunitaria en Atención Primaria (21 acciones)
- 3) Asegurar los recursos necesarios y facilitar herramientas para hacer real y sostenible el desarrollo de la salud comunitaria. (16 acciones)

Dentro de cada una de estas líneas se incluyen acciones muy variadas. Así, por ejemplo, podemos citar algunas de las acciones relativas a la segunda de las líneas. Una acción consiste en dar a conocer los determinantes sociales de la población de las Zonas Básicas de Salud otra acción se define como "Oferta de proyectos o programas de educación para la salud grupal orientados a la promoción de la salud y la prevención, dirigidos especialmente a infancia y adolescencia, personas mayores, personas con enfermedades crónicas, personas que cuidan, jóvenes, mujeres, y aquellas personas que están en situación de mayor vulnerabilidad social y según las necesidades de cada ZBS". En cada una de las acciones quedan claros la temporización y el responsable. Así, por ejemplo, en la segunda de las acciones descrita se fija como responsables a Dirección de AP, coordinaciones de ZBS, EAP, Centro de Salud Pública y equipo técnico de CV y se señala como año para llevarla a cabo 2024.

En la parte del presupuesto no se especifica ningún importe, pero se proponen acciones. Por ejemplo, una de ellas que debe realizarse en 2024 consiste en "Incluir objetivos específicos cuantificables anuales pactados en los acuerdos de

gestión de cada EAP sobre los tres niveles de orientación comunitaria y sobre participación ciudadana”.

El plan dispone de un cronograma general que se refiere a todo el periodo de ejecución. En cuanto a la evaluación se señala que será responsabilidad de la Comisión de Salud Comunitaria de la Comunidad Valenciana, con apoyo del equipo técnico y del grupo coordinador de salud comunitaria de la Conselleria. A nivel departamental, las comisiones de salud comunitaria de cada departamento llevarán a cabo esta evaluación, con soporte de las direcciones de Atención Primaria y de salud pública. Además, los Consejos de salud básicos y las mesas intersectoriales y de participación evaluarán la estrategia en cada área territorial (ZBS, barrio o municipio), apoyados por el GAC, EAP, Centros de Salud Pública y entidades locales. El equipo técnico y el grupo coordinador proporcionarán las herramientas y recursos necesarios para estos procesos de evaluación, y la Comisión de Salud Comunitaria, con apoyo técnico, desarrollará un plan de evaluación para facilitar la evaluación del proceso y resultados a todos los niveles.

En el momento de escribir esta monografía **Extremadura** cuenta con la Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura⁸³ del año 2022. Dicha estrategia cuenta con único objetivo general y diez objetivos específicos. El objetivo general consiste en “Promover por los equipos de Atención Primaria de la comunidad autónoma de Extremadura la salud comunitaria en sus zonas de salud”. Los 10 objetivos específicos se enmarcan en 4 grandes ejes:

- Eje1. Integración de la salud comunitaria en las funciones y organización de los diferentes estamentos y niveles implicados en la Estrategia (2 objetivos).
- Eje 2. Formación y herramientas sistematizadas para la Estrategia (3 objetivos).
- Eje 3. Promoción y divulgación de Acciones Comunitarias (3 objetivos).
- Eje 4. Innovación en Salud Comunitaria (2 objetivos).

La estrategia lleva a cabo un proceso exhaustivo de definición de conceptos. De esta forma define Salud Comunitaria como “expresión colectiva de salud individual y grupal en una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de los factores sociales, políticos y globales”. También define la Actividad Comunitaria como “toda actividad de información, sensibilización o formación dirigida a grupos o a la comunidad que realizan profesionales de los equipos de atención primaria dentro o fuera del Centro de Salud...”

83 La Estrategia puede consultarse aquí: <https://saludextremadura.ses.es/saludcomunitaria/>

A su vez, cada uno de esos objetivos supone el desarrollo de líneas estratégicas, que tienen asignado un responsable. Así, por ejemplo, para el objetivo 2. Integrar la salud comunitaria como función esencial de los equipos de Atención Primaria, se establece como responsable a la Subdirección de Atención Primaria y Gerencias de Área de Salud (SES) y se proponen 3 líneas estratégicas: a) Crear espacios en las agendas de los profesionales de los EAP para realizar Acciones Comunitarias. b) Incluir la Salud Comunitaria en el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de Extremadura c) Incorporar en la Cartera de Servicios del SES las Actividades Comunitarias. Iniciativas y Procesos de Salud Comunitaria. Para los objetivos se contemplan un total de 22 líneas estratégicas.

A la hora de acometer la evaluación, la estrategia establece los indicadores para cada uno de los objetivos y cada una de las líneas. Por ejemplo, para la línea 1 del objetivo 2 que hemos explicitado arriba el indicador sería el número de equipos de Atención Primaria con espacios en las agendas para acciones comunitarias sobre el total de equipos de Atención Primaria.

No se acompaña de ningún tipo de información de carácter presupuestario, aunque sí se incluyen multitud de anexos relativos al desarrollo de acciones comunitarias (p.ej. constitución de grupos de coordinación, cesión de datos personales, etc..)

La Xunta de **Galicia** ha publicado en 2023 a través de la Consellería de Sanidade y el Servizo Galego de Saúde la Estrategia Gallega de Salud 2030.⁸⁴ Según el propio documento éste tiene por objetivo atender 8 grandes prioridades, siendo la quinta el “Refuerzo de la Atención Primaria”, dado que se trata del principal ámbito responsable de la atención sanitaria en todas las etapas del sistema de salud.

Para su formulación se llevó a cabo una hoja de ruta que integraba: análisis bibliográfico sistemático y comparativo, junto con sesiones de trabajo, cuestionarios y entrevistas, lo cual posibilita la participación activa de los distintos actores del ecosistema de salud. Para ello se consultó a sociedades científicas, colegios profesionales, universidades, institutos de investigación o asociaciones de pacientes. Fruto de este proceso se determinaron 5 objetivos estratégicos que se subdividían en un total de 21 objetivos operativos. Los objetivos estratégicos son:

- Mejorar el bienestar y satisfacción de la ciudadanía desde una perspectiva biopsicosocial bajo un marco de buen gobierno
- Garantizar la accesibilidad, eficiencia y calidad de los servicios sanitarios

⁸⁴ El documento que contiene la Estrategia está disponible aquí: <https://ficheiros-web.xunta.gal/plans/estrategia-galega-saude-2030-cas.pdf>

- Impulsar un modelo de atención integral basado en la prevención y la proactividad
- Velar por el cuidado y motivación de los profesionales
- Construir un ecosistema de innovación virtuoso en el sector salud

Además, para poder llevar a cabo dichos objetivos se señalan 5 dimensiones, 20 programas y 100 líneas de actuación. Entre los 21 objetivos operativos, únicamente 2 recogen explícitamente el término primaria o atención primaria. El primero de ellos, objetivo 3.3., habla de “Impulsar la atención primaria y comunitaria como recurso vertebrador para resolver los problemas de salud”, el segundo, objetivo 3.7, trata sobre “Priorizar la atención domiciliaria proactiva en todos los planes y estrategias asistenciales y organizativas vinculadas con la atención primaria”.

La búsqueda adicional de este término “primaria” a lo largo de las 188 páginas del documento nos lleva a que se nombre directamente en alrededor de unas cuarenta ocasiones. Así por ejemplo, en lo referente a las líneas de actuación se habla de la Atención Primaria dentro de los planes locales de salud para el uso cooperativo y complementario de los recursos (línea 4.1); el impulso de la promoción y prevención de la salud por parte de la orientación comunitaria (línea 4.2), el impulso a la planificación de educación sanitaria para la infancia y la adolescencia, red educando en salud (línea 4.4); la Atención Primaria como eje vertebrador del sistema de salud (línea 5.1); la planificación de la integración y coordinación sociosanitaria: cartera de servicios y protocolos de intervención conjunta (línea 5.6); la consolidación del modelo multicanal en la atención (línea 9.1), el impulso a nuevas prácticas en farmacia comunitaria y nuevos roles para la gestión farmacéutica innovadora, sostenible y adaptada a las necesidades de las personas (línea 9.7); el diseño de un modelo de admisión integral y relación con el paciente (línea 9.9); un plan de desburocratización y simplificación que elimine los compartimentos estancos y reduzca los trámites (línea 14.1). Por otra parte, en un análisis DAFO del sistema, se menciona la Atención Primaria en relación con la oportunidad que supone su creciente coordinación con la atención hospitalaria.

El documento, sin embargo, no contiene ningún plan de inversiones, o planificación de acciones previstas en recursos humanos.

La **Comunidad de Madrid** está llevando a cabo el Plan Integral de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2022/2023,⁸⁵ que incorpora multitud de medidas y cuenta con un presupuesto cercano a los 200 millones de euros. Este plan se agrupa en cuatro grandes bloques: a) Medidas organizativas, b) Recursos Humanos, c) Digitalización y d) Infraestructuras.

⁸⁵ El Plan puede consultarse aquí: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/profesionales/plan-integral-mejora-atencion-primaria>

En lo que atañe a las medidas organizativas, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria está implementando un proyecto para reorganizar los Centros de Salud en la Comunidad de Madrid, con propuestas para nuevos modelos organizativos basados en las necesidades de la población atendida. Estos modelos se están desarrollando en colaboración con las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y con un enfoque principal en los profesionales de los centros. El objetivo de estas medidas es disminuir la burocracia en las consultas, permitir más tiempo por paciente y mejorar la satisfacción, tanto de la población como de los profesionales de Atención Primaria. En especial se incluyen medidas de gestión de demanda por parte de la Unidad de Atención al Usuario (UAU). Este proyecto tiene dos objetivos principales: primero, gestionar de manera no presencial los trámites administrativos habituales de la UAU; segundo, involucrar a la UAU en la gestión de la demanda. Para ello, la UAU clasificará las consultas y las dirigirá en cuatro direcciones nuevas: trámites burocráticos atendidos directamente por la UAU, citas en Unidades de Atención Específica, citas con enfermería para ciertos procesos clínicos, y citas no presenciales con el médico para consultas que no requieran seguimiento telefónico. Estas acciones están detalladas en una guía para la UAU y se complementarán con un plan de autoformación centralizado.

Otra medida organizativa relevante pasa por la atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria. El proyecto tiene como meta identificar los procesos agudos más comunes en la atención sanitaria demandada por los ciudadanos que pueden ser eficientemente atendidos por profesionales de la salud distintos a los médicos en los centros de salud, como enfermeras, matronas, odontólogos y fisioterapeutas. Se establecerán los procesos específicos que estos profesionales pueden manejar, incluyendo los flujos de derivación y los detalles de la atención proporcionada. Con esto se busca potenciar el rol de las enfermeras y otros profesionales sanitarios en los centros de salud, más allá de los médicos de familia y pediatras. Del mismo modo, se impulsa la atención a la demanda no demorable. Así, basándose en las características de cada centro y con el consenso de los profesionales, se establecerá una agenda específica para pacientes “no demorables”. Esta agenda permitirá programar citas para aquellos usuarios que necesiten atención urgente y que, en ese momento, no puedan ser atendidos por su profesional sanitario habitual.

Otro aspecto muy importante pasa por la desburocratización de tareas. Este proyecto busca reducir la carga burocrática en las consultas asistenciales, trasladando tareas administrativas fuera de ellas. Incluye la gestión de trámites no relacionados con COVID-19, como justificantes y certificados, y situaciones específicas relacionadas con la COVID-19, como aislamientos y uso de mascarillas. Se promueven mejoras como el registro eficiente de Incapacidad Temporal, el uso de SMS para comunicación con ciudadanos, y la digitalización de servicios como “Mi Carpeta Salud” y la emisión de justificantes online.

Desde el punto de vista de los recursos humanos el plan contempla una partida de 80 millones de euros para llevar a cabo tanto la adecuación de las plantillas como para incluir incentivos adicionales en las retribuciones ligados a la carga asistencial o la ruralidad. En concreto se recogen 8 complementos retributivos. Entre ellos podemos destacar:

- a) Complemento de cobertura de turno de tarde fijo: 500 euros mensuales para médicos de familia y pediatras de Atención Primaria en puestos de difícil cobertura con turno de tarde fijo. Este incentivo busca atraer profesionales a estos turnos y es acumulable con otros complementos por atender a poblaciones en categorías deficitarias.
- b) Módulos de absorción de la demanda: se controla la sobrecarga asistencial limitando el número de pacientes por facultativo: un máximo de 34 para médicos de familia y 24 para pediatras. Los pacientes adicionales se derivarán a agendas de absorción de demanda, atendidas por profesionales que elijan voluntariamente realizar actividades complementarias en turnos alternos. Esta actividad extra se compensa con módulos de productividad variable, pagados a 50 euros la hora, y pueden durar de 1 a 4 horas
- c) Complemento de población atendida por categoría deficitaria. Médicos de familia, pediatras de Atención Primaria y médicos de los dispositivos de continuidad asistencial recibirán un complemento de 450 euros mensuales por realizar actividad asistencial de forma permanente. Este complemento compensa la sobrecarga asistencial debido a la alta demanda de la población y el uso del servicio, incluyendo también la carga adicional por ausencias no cubiertas

En relación con la digitalización, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria está trabajando en varios proyectos para promover la digitalización de consultas y el acceso telemático a documentos necesarios para los usuarios de los Centros de Salud. Estos proyectos incluyen la mejora de los servicios de la Tarjeta Sanitaria Virtual, la instalación de cámaras y sistemas de audio en las consultas, el desarrollo de videoconsultas y el fomento de la Telemedicina.

En lo que concierne a las infraestructuras, se incluye la construcción de nuevos centros de salud, el aumento de los espacios de trabajo (ampliación de los existentes), su remodelación y modernización (climatización y eficiencia energética)

En la **Comunidad Foral de Navarra** acaba de desarrollarse la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria de Navarra 2019-2022.⁸⁶ Dicha estrategia tenía una dotación estimada de casi 20 millones de euros anuales para el último año

⁸⁶ La Estrategia se encuentra accesible aquí: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/12C70264-6939-4412-9533-7CA32875FB62/452889/EstrategiadeAtencionPrimariauComunitariadeNavarra2.pdf>

2022. La dotación anual se iba incrementando y consolidando en el presupuesto a lo largo del tiempo. En Atención Primaria más del 80% de su gasto se destina a personal. Mejorar la Atención Primaria requiere asignar más tiempo a los profesionales sanitarios, que son fundamentales para mejorar la atención. Al inicio del plan los médicos de Atención Primaria representaban el 24% del total de facultativos, pero realizaban el 78% de las consultas. La Estrategia de Atención Primaria se enfoca en incrementar el porcentaje del presupuesto destinado al personal de Atención Primaria. El objetivo es aumentar anualmente en 0,3 puntos el porcentaje del presupuesto global de personal destinado a Atención Primaria, alcanzando el 26,4% para el año 2025.

El plan pivota sobre 7 objetivos estratégicos finalistas y otros 7 objetivos estratégicos instrumentales. Un ejemplo del primer tipo es "Impulsar un modelo de atención bio-psico-social, centrado en las necesidades de la persona y que promueva la corresponsabilidad en el cuidado de su salud", mientras que entre los segundos podemos encontrar "Regular y ampliar las competencias y atribuciones de los distintos perfiles profesionales". Además de estos objetivos se establecen objetivos clave de resultados a alcanzar. En concreto se proponen 23. Entre ellos podemos destacar algunos: a) Lograr que el 50% de los EAP participen en Programas de Intervención Comunitaria; b) Reducir en un 15% el porcentaje de pacientes poli medicados (> 8 fármacos); c) Realizar Triage de Enfermería al 100% de las Urgencias; d) Aumentar en un 50% el número de pacientes atendidos en Trabajo Social Sanitario; e) Contener la tasa de derivaciones totales a Atención Hospitalaria y reducir en un 10% la tasa de derivación de procesos propios de primaria y su variabilidad.

Para todo el desarrollo de la estrategia se consideraron 14 proyectos estratégicos. Así por ejemplo, el primero era el del Rol de la AP. Atribuciones y perfiles profesionales. Para cada uno de ellos se definen los objetivos y las líneas de acción que requieren. Por ejemplo, para este primer proyecto se señalan 2 objetivos:

- Definir y reforzar el rol de la Atención Primaria de Salud como agente principal del paciente ante el Sistema Sanitario.
- Asignar a los distintos perfiles profesionales responsabilidades y atribuciones acordes a su nivel de competencia con el fin de garantizar un modelo de atención idóneo para las distintas necesidades de la persona.

A su vez, se determinan las líneas de actuación. En este caso:

- Definir con el rango legal adecuado el rol que ha de jugar la Atención Primaria y sus responsabilidades.
- Definir nuevas responsabilidades y atribuciones para cada uno de los estamentos y perfiles profesionales de la Atención Primaria.

- Generalizar el modelo y los circuitos de atención centrados en la necesidad, orientados al paciente y al modelo de atención y profesional idóneo

Y los indicadores clave para el proyecto se sustanciarían en este caso en los siguientes:

- Porcentaje del presupuesto global de personal del Sistema Sanitario que se destina a Atención Primaria.
- Normativa desarrollada.
- Satisfacción global de los pacientes con la APyC > 8,5.
- Frecuentación por estamento profesional.
- Porcentaje de episodios agudos creados por enfermera respecto al total de episodios agudos predefinidos.
- Porcentaje de urgencias en centro en las que interviene la enfermera.
- Porcentaje de incremento del número de pacientes atendidos por Trabajo Social.

El Plan también incorpora un escenario de política de profesionales que tiene en cuenta tanto las jubilaciones previstas como las ratios establecidas por los diferentes decretos. Para la totalidad del periodo se preveía incluir: 25 nuevos medios de familia, 5 pediatras, 35 enfermeras comunitarias, 15 enfermeras pediátricas y escolares, 17 trabajadores sociales y 14 administrativos.

El plan presentaba un cronograma detallado para los 14 proyectos estratégicos.

El **País Vasco** cuenta desde 2019 con la Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi.⁸⁷ Este plan pivota sobre 7 líneas estratégicas, en cada una de las líneas se incluyen una serie de acciones a llevar a cabo hasta un total de 35.

Las líneas serían las siguientes.

- Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria (7 acciones)
- Adecuar la estructura de los equipos de Atención Primaria a los retos demográficos y epidemiológicos (3 acciones)
- Optimizar la organización y gestión en el contexto de los equipos de Atención Primaria (5 acciones)
- Profundizar en el desarrollo profesional de enfermería en sus máximas competencias (7 acciones)
- Evitar el gap asistencial en el relevo generacional en medicina de familia. (6 acciones)

⁸⁷ La Estrategia está disponible aquí: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf

- Consolidar el modelo de atención pediátrica en Atención Primaria (6 acciones)
- Aplicación en Atención Primaria de los planes de normalización lingüística y de igualdad (1 acción)

En lo que atañe a las acciones dentro de cada línea estratégica podemos ejemplificarlo con las que se refieren a la segunda de ellas. Esta línea, incorpora tres acciones que quedan definidas de la siguiente forma: a) Reforzar con nuevos cupos de medicina de familia aquellas UAP que mantienen una carga asistencial elevada; b) Reforzar con nuevas plazas de enfermería los EAP con menor ratio Enfermera/Pediatra de forma progresiva en los próximos 2 años; c) Analizar y adecuar en su caso los perfiles funcionales de las personas que trabajan en las áreas administrativas de las UAP.

Cada una de esas líneas se explica de forma más o menos detallada. Así por ejemplo, en lo que se refiere a la segunda acción previamente comentaba se señala que actualmente no hay evidencia que respalde un estándar de una enfermera por médico en Atención Primaria (AP). Se observa la necesidad de mejorar la enfermería, especialmente en pediatría, y de ampliar las competencias de las enfermeras. Se propone incrementar el personal de enfermería en Euskadi, añadiendo unas 46 plazas, principalmente en pediatría, para alcanzar una ratio de 0,92 enfermeras por médico. Este aumento, que se realizará progresivamente en dos años, comenzando con 23 plazas en el primer semestre de 2019, equipará a Euskadi con las regiones que más invierten en salud en AP.

Por otro lado, merece la pena destacar alguna de las acciones emprendidas en cuanto al desarrollo profesional de enfermería. En particular la acción 16 "Desarrollo y despliegue del decreto de libre elección de enfermera o enfermero, ofertando a los pacientes la elección del equipo médico/a-enfermera/o preferentemente, pero preservando el derecho de los ciudadanos a optar por otra modalidad de asignación" Esta acción se desarrollará en dos fases. La primera fase del proceso implica asignar inicialmente a la población a la enfermera o enfermero de referencia ya identificado en cada Unidad de Atención Primaria (UAP), según el sistema actual de citas online. La segunda fase consiste en equilibrar las cargas de trabajo, teniendo en cuenta los cambios en la adscripción de pacientes y las variaciones en la plantilla, como las bajas y los refuerzos previstos en la estrategia. El Coordinador de Enfermería es clave en la gestión del equipo de enfermería para garantizar una atención equilibrada y eficiente. Debe asegurar un reparto justo de las cargas de trabajo, considerando factores como la participación en actividades y tareas comunes, y las diferencias en las cargas según el turno. También resulta destacable la acción 18 "Despliegue de procedimientos y algoritmos para procesos que el personal de enfermería puede resolver con el despliegue progresivo de

la consulta de enfermería” cuya implementación supone que la consulta de enfermería no se limita solo a triaje o a procesos leves, sino que forma parte integral de la actividad enfermera, con capacidad para resolver ciertos problemas de salud y, si es necesario, derivar al paciente a la consulta médica. El objetivo es ampliar las competencias asistenciales de las enfermeras, convirtiéndolas en referentes de Atención Primaria capaces de manejar diversos problemas de salud. Esta medida, que ya ha tenido éxito en varias Unidades de Atención Primaria (UAP), se planea extender a otras UAP. Además, se acompañará del desarrollo de la prescripción libre por parte de las enfermeras, según la normativa vigente.

Así pues, aunque algunas acciones incorporan una clara cuantificación y periodificación, también es cierto que no se incluye información presupuestaria de forma general, ni un cronograma general de actuaciones. Tampoco incorpora el plan un mecanismo claro de evaluación sobre su ejecución.

En el caso de la comunidad autónoma de **La Rioja** se encuentran en vigor las Estrategias Alineadas 2021-2024: estrategia de Atención Primaria, estrategia del hospital universitario San Pedro y acciones transversales de Atención Primaria y atención hospitalaria.⁸⁸ En lo que atañe a la Atención Primaria se parte de un análisis DAFO. En este análisis se señala que la Atención Primaria en La Rioja revela fortalezas y debilidades internas, así como oportunidades y amenazas externas que influyen en la capacidad de alcanzar objetivos específicos. El modelo de Atención Primaria riojano se enfrenta a problemas tanto estructurales como funcionales, y desafíos relacionados con la adaptación a los cambios sociales. Entre las preocupaciones destacan la gestión de la demanda, cobertura rural, organización, liderazgo y personal. La Pediatría de Atención Primaria en La Rioja se enfrenta a la escasez de profesionales y a desafíos en áreas rurales, sosteniéndose en las capacidades del equipo pediátrico y su integración en los Equipos de Atención Primaria. Las Emergencias Sanitarias también enfrentan retos de integración y reconocimiento en el sistema de salud, buscando soluciones organizativas y de gestión más efectivas.

Fruto de ese análisis se proponen 5 objetivos fundamentales o círculos, y dentro de cada uno de ellos una serie de objetivos específicos hasta un total de 21.

- Centrados en las personas que atendemos, sus familias y la comunidad (5 específicos)
- Modelo de atención basado en la coordinación efectiva (6 específicos)
- Equipo de Atención Primaria (4 específicos)
- Nosotros (Identidad, personal, formación, investigación) (3 específicos)

⁸⁸ El documento con las Estrategias está accesible aquí: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/PlanEstrategicoAP_HUSP.pdf

- Gestión, recursos y calidad asistencial (3 específicos)

Por ejemplo, dentro del círculo 3 se señalan 4 objetivos específicos: a) Potenciar el liderazgo especializado de los médicos de familia y comunitaria; b) potenciar la pediatría en Atención Primaria; c) impulsar y potenciar los roles de la enfermería en Atención Primaria; d) impulsar y potenciar el rol de los profesionales de apoyo (matronas, fisioterapia, trabajo social, unidades de salud bucodental, personal administrativo). A su vez para cada una de esos objetivos específicos se señalan una serie de acciones específicas. Así por ejemplo para la línea b de potenciación de la pediatría se recogen las siguientes:

- Mantener y fortalecer la unidad básica pediátrica (pediatra y enfermera de pediatría) para asegurar una atención integral óptima de la población hasta los 14 años
- Desarrollar la figura del responsable de apoyar de forma transversal y en colaboración con los responsables de los EAP, asuntos específicos relacionados con la pediatría de
- Atención Primaria (docencia, formación de residentes, rotaciones, protocolos asistenciales y coordinación primaria-hospitalaria)
- Dimensionar y adaptar el nombramiento de Pediatra de AP y Pediatra de Área al modelo de atención pediátrica de La Rioja
- Elaboración de un protocolo de recepción y formación al profesional enfermero que se incorpora por primera vez a pediatría

Al ser un documento conjunto, también se recogen objetivos y acciones transversales a la Atención Primaria y hospitalaria. En concreto 10 objetivos transversales, desde la humanización de la práctica clínica hasta la optimización de la prescripción de medicamentos.

No se señala dotación presupuestaria, ni cronograma, ni responsable de las distintas acciones.

CAPÍTULO 2

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

2.1. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

Las principales normas que constituyen la legislación de la ordenación sanitaria de la Región de Murcia son las siguientes:

- Decreto 62/1986, de 18 de julio (BORM núm. 199, de 10 de agosto) y Decreto 27/1987, de 7 de mayo, (BORM núm. 126 de 3 de junio), que delimitan seis Áreas de Salud con especificación de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) y la población comprendida, así como del hospital de área de referencia.
- Ley 2/1990, de 5 de abril, (BORM núm. 96, de 27 de abril), de creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia, que atribuye a la Consejería de Sanidad la competencia para fijar las demarcaciones territoriales, sanitarias y Zonas de Salud.
- Ley 4/1994, de 26 de julio, (BORM núm. 76, de 4 de agosto), de Salud de la Región de Murcia, que deroga la ley anterior, y en la que se establece que el Mapa Sanitario se ordena en Demarcaciones Territoriales denominadas Áreas y Zonas Básicas de Salud, atribuyendo asimismo a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales la aprobación y revisión de aquel.
- Orden de 13 de octubre de 1999, (BORM núm. 251 de 29 de octubre), de la Consejería de Sanidad y Consumo, donde se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia.
- Orden de 12 de mayo de 2005 (BORM núm. 130 de 8 de junio), que deroga la orden anterior y aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia.
- Orden de 24 de abril de 2009 (BORM núm. 103 de 7 de mayo), de la Consejería de Sanidad y Consumo, que deroga la orden anterior e introduce

una nueva organización territorial, aumentando de seis a nueve el número de Áreas de Salud entre las que se distribuyen 89 ZBS.

- Orden 6539/2015 de 14 de mayo de 2015 (BORM núm. 119 de 26 de mayo), de la Consejería de Sanidad y Política Social, que modifica la orden anterior añadiendo una nueva ZBS.

Por lo que respecta al modelo de gestión, el sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se estructura de forma descentralizada a través de las denominadas Áreas de Salud, que tienen carácter funcional.⁸⁹ Según la Ley de Salud de la Región de Murcia (Ley 4/1994, de 26 de julio) la Consejería de Sanidad es el Departamento de la Administración Regional que desarrolla y ejecuta las competencias relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la asistencia sanitaria a la población y financiación del sistema. El Servicio Murciano de Salud (SMS), adscrito a la consejería de salud, es el ente responsable de la prestación de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y de la gestión de los servicios sanitarios públicos que integra.

La gestión de los servicios sanitarios, por lo tanto, es pública, directa a través del SMS en toda la Comunidad Autónoma, y la fórmula de organización entre niveles es de gestión compartida, esto es, los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y atención especializada y hospitalaria) se gestionan de manera conjunta con un solo equipo directivo. Cada una de las nueve Áreas de Salud cuenta con una gerencia integrada, que tiene asociado un hospital de referencia⁹⁰:

- Gerencia del Área de Salud I (Murcia-Oeste). Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca
- Gerencia del Área de Salud II (Cartagena). Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena
- Gerencia del Área de Salud III (Lorca). Hospital Rafael Méndez
- Gerencia del Área de Salud IV (Noroeste). Hospital Comarcal del Noroeste

⁸⁹ La Ley 14/1986 General de Sanidad establece que cada Comunidad Autónoma delimitará y constituirá las Áreas de Salud de su territorio dirigidas por un órgano propio. Esta delimitación se llevará a cabo "teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área". Además, en la misma ley se establece que la población que abarca un área de salud esté entre los 200.000 y los 250.000 habitantes, con excepciones. Las áreas de salud a su vez se dividen en Zonas Básicas de Salud, teniendo en cuenta, (1) distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas, (2) grado de concentración o dispersión del a población, (3) características epidemiológicas de la zona y (4) instalaciones y recursos sanitarios

⁹⁰ Los municipios comprendidos en cada una de las Áreas se muestran en el Apéndice 1.

- Gerencia del Área de Salud V (Altiplano). Hospital Virgen del Castillo
- Gerencia del Área de Salud VI (Vega Media del Segura). Hospital General Universitario Morales Meseguer
- Gerencia del Área de Salud VII (Murcia-Este). Hospital General Universitario Reina Sofía
- Gerencia del Área de Salud VIII (Mar Menor). Hospital General Universitario los Arcos Mar Menor
- Gerencia del Área de Salud IX (Vega Alta del Segura). Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

Además de estas gerencias de Área, en el Servicio Murciano de Salud hay otras dos gerencias:

- Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias
- Gerencia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y Salud Mental

El territorio de la comunidad autónoma se divide, desde 2009, en 9 Áreas de Salud, tal y como se ha señalado, que cubren los servicios asistenciales primarios, disponiendo cada una de ellas de un Hospital de Referencia. Las 90 Zonas Básicas de Salud prestan los servicios sanitarios asistenciales por medio de los 264 centros de Atención Primaria (85 centros de salud y 179 consultorios locales).

En materia de recursos humanos hay que destacar la Ley 5/2001 de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud⁹¹, que ha sido modificada en varias ocasiones⁹², la última de las cuales con ocasión de la aprobación de la Ley 12/2022 de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el ejercicio 2023.⁹³ Esta última modificación que atañe a las plazas de difícil cobertura de carácter asistencial del SMS (art. 45 bis) es resultado del Acuerdo suscrito por la Consejería de Salud y las organizaciones sindicales SATSE, CESM y CSIF, de 25 de noviembre de 2022, de adopción de medidas para la mejora y fortalecimiento de la asistencia sanitaria de la Región de Murcia⁹⁴, el cual se recoge

91 Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. BOE núm. 294, de 21 de diciembre de 2001.

92 Las diferentes Leyes que modifican a la Ley 5/2001 pueden consultarse aquí: <https://www.murciasalud.es/-/legislacion-17324>

93 Ley 12/2022, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el ejercicio 2023. BOE núm. 34, de 9 de febrero de 2023.

94 Resolución de 30 de enero de 2023 del Secretario General de la Consejería de Salud, por la que se dispone la publicación de autorización de Consejo de Gobierno de 26 de enero de 2023 en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, de ratificación del Acuerdo suscrito por la Consejería de Salud y las organizaciones sindicales SATSE, CESM y CSIF, de 25 de noviembre de 2022, de adopción de medidas para la mejora y fortalecimiento de la asistencia sanitaria en la Región de Murcia. BORM núm. 33, de 10 de febrero de 2023.

ampliamente en el Anexo III de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 de la Región de Murcia.⁹⁵

Igualmente es relevante el Decreto 119/2002 por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. Este Decreto ha sido desarrollado y modificado en varias ocasiones incorporando nuevas opciones, como es el caso de las de Enfermería Familiar y Comunitaria⁹⁶ y Enfermería Pediátrica⁹⁷. Su última actualización se ha efectuado merced a la Orden de 11 de octubre de 2021.⁹⁸

2.2. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y DEMOGRÁFICO

Cuando se busca contextualizar la situación económica de la Región de Murcia en el conjunto de España, es fundamental emplear una amplia variedad de indicadores que aborden diferentes aspectos socioeconómicos. La evaluación de la salud económica y social de una región no puede basarse únicamente en un solo indicador, ya que los desafíos y las dinámicas económicas son multifacéticos y complejos. Por lo tanto, se requiere de una batería exhaustiva de indicadores que permita una comprensión más completa y precisa de la situación. Entre los indicadores clave a considerar se encuentran los relacionados con la renta y los ingresos, que proporcionan una visión de la capacidad económica de los habitantes de la región. Esto incluye la medición de los ingresos medios por persona, la distribución de la renta, así como el porcentaje de la población en situación de pobreza. Estos indicadores son esenciales para evaluar el bienestar económico de la población. Además, la demografía juega un papel crucial en la evaluación de la situación económica. La pirámide demográfica, la esperanza de vida y la tasa de natalidad son datos importantes que pueden indicar tendencias demográficas

⁹⁵ Véase el punto 7 del Anexo III de la EMAP disponible aquí: https://www.murciasalud.es/documents/20124/5051267/Estrategia_de_Mejora_de_Atencion_Primary-EMAP_2023-2026.pdf/2428ceb1-d184-4ff4-98e9-6145919fec59?t=1678709574083

⁹⁶ Orden de la Consejería de Sanidad y Política Social de fecha 2 de febrero de 2015, por la que se desarrolla el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la creación de la opción de Enfermería Familiar y Comunitaria dentro de la categoría de Diplomado Sanitario Especialista. BORM núm. 43, de 21 de febrero de 2015.

⁹⁷ Orden de la Consejería de Sanidad y Política Social de fecha 2 de febrero de 2015, por la que se desarrolla el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la creación de la opción de Enfermería Pediátrica dentro de la categoría de Diplomado Sanitario Especialista. BORM núm. 47, de 26 de febrero de 2015.

⁹⁸ Orden de 11 de octubre de 2021 de la Consejería de Salud, por la que se actualiza el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes al personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la adecuación de titulaciones exigidas y a la creación, modificación y supresión de determinadas opciones. BORM núm. 238, de 14 de octubre de 2021.

que afectan tanto al mercado laboral como a los sistemas de salud y seguridad social. El desempleo es otro indicador fundamental, ya que refleja la disponibilidad de empleo y la dinámica laboral en la región. La tasa de desempleo puede tener un impacto significativo en la estabilidad económica de la población. Algunos de estos principales indicadores se muestran en la Tabla 42 para el año más reciente, ofreciéndose los valores correspondientes a la Región de Murcia junto con los observados para el conjunto del país.

Comenzando por la demografía, y atendiendo a las últimas cifras disponibles, la Región de Murcia tiene 1,5 millones de habitantes, mientras que España supera los 47,6 millones. Esto significa que la Región de Murcia representa el 3,2% de la población total española en el año 2022, aunque una docena de años antes su peso era ligeramente inferior, 3,1%, lo que pone de manifiesto un mayor dinamismo demográfico, tanto en términos de natalidad como en lo que respecta a la atracción de población extranjera.

TABLA 42.
Indicadores socioeconómicos y demográficos comparados.
España-Región de Murcia. 2022.

	España	Región de Murcia	RM/Esp (%)
Población (habitantes)	47.615.034	1.531.141	3,2
PIB (millones de euros)	1.346.377	35.810	2,7
PIB per cápita (euros/habitante)	28.162	23.197	82,4
Tasa de Paro (%)	12,9	13,3	103,1
Tasa AROPE (%)¹	26,0	31,0	119,2
Población sin estudios primarios (%)	5,3	8,7	164,2
Población con estudios superiores (%)	32,7	25,0	76,5
Tasa de Dependencia (%)	54,2	51,2	94,5

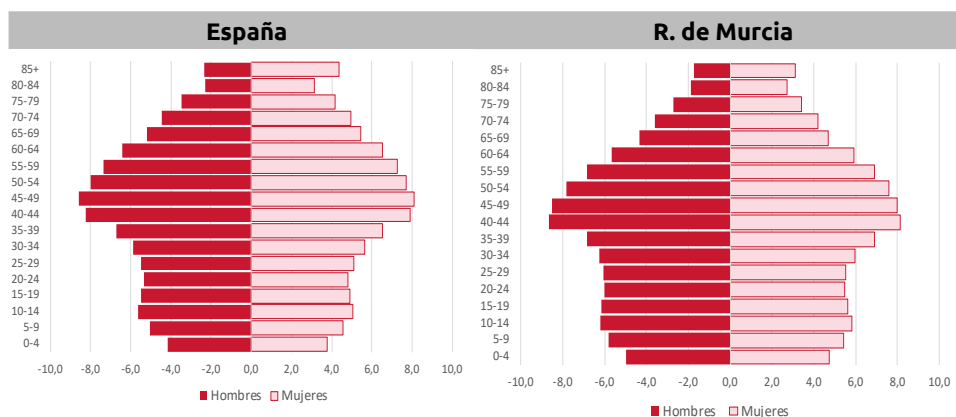
1 Población en riesgo de pobreza o exclusión social. 2 Analfabetos y población que no ha completado estudios primarios. 3 Población menor de 16 años o mayor de 64 sobre población entre 16 y 64 años.

Fuente: INE.

La Región de Murcia tiene una población relativamente joven en comparación con la media nacional. Esto se refleja en las pirámides demográficas que se muestran en el Gráfico 15. La base de la pirámide, que representa a los grupos de edad más jóvenes, es más ancha en la Región de Murcia que en el conjunto de España, mientras que la parte superior de la pirámide, por el contrario, es más estrecha en la región que en el conjunto del país. Esta menor proporción de personas mayores en comparación con la media nacional podría atribuirse, al menos en parte, a fenómenos migratorios del siglo pasado. Las características y tendencias

observadas en la pirámide demográfica tienen implicaciones significativas sobre la planificación económica y social. Un mayor número de jóvenes requiere más inversiones en educación y oportunidades de empleo, mientras que una menor presencia de cohortes de población de edad avanzada se asocia a menores necesidades relativas de servicios de atención médica y cuidados a largo plazo.

GRÁFICO 15.

Pirámides poblacionales de España y la Región de Murcia 2021.


Fuente: INE.

El PIB de España en 2022 fue de 1,3 billones de euros, mientras que el PIB de la Región de Murcia apenas se acercó a los 36 mil millones, lo que representa un 2,7% de la producción agregada del país. El peso económico de la Región de Murcia es, pues, muy reducido dentro del total nacional, aunque ha crecido a lo largo de las últimas décadas. A comienzos del actual siglo el peso económico de la región escasamente superaba el 2,4% y durante la mayoría de los años del presente siglo ha rondado el 2,6%. Desde el año 2020 se ha superado ese umbral hasta llegar al 2,7% actual.

La comparación de estos dos indicadores relativos, peso demográfico y peso económico, indica que la renta por habitante de la Región de Murcia está por debajo de la media nacional. Concretamente, el PIB per cápita regional se sitúa en 2022 en 23.197 euros, mientras que la media nacional está en 28.162 euros. Es decir, la renta media por habitante en la región alcanza el 82,4% de la española o, dicho en otros términos, la Región de Murcia es una comunidad relativamente pobre en el contexto nacional. El PIB per cápita de la región solo supera los valores de Andalucía, Castilla-La Mancha, Canarias y Extremadura; una situación que no es nueva, pues en lo que llevamos de siglo la renta per cápita regional se ha mantenido entre el 82% y el 84% del valor para el conjunto del país, sin que haya tenido lugar un proceso de convergencia a la media nacional en las últimas dos décadas.

Pasando al ámbito laboral, el desempleo es un problema estructural, tanto en España como en la Región de Murcia, con tasas de paro muy elevadas en ambos territorios. En concreto, en 2022 la tasa de paro nacional fue del 12,9% y la regional se situó en el 13,3%. La tasa de paro masculina en la Región de Murcia supera la media nacional, tanto en el caso de los hombres (11,6% frente a 11,3%), como en el de las mujeres (15,3% frente a 14,8%).

Por lo que respecta a indicadores de pobreza y exclusión social, se ha elegido la Tasa AROPE⁹⁹ para llevar a cabo la comparación entre la situación en la Región de Murcia y en el conjunto de España. La Tasa AROPE es un indicador que combina tres dimensiones: riesgo de pobreza, carencia material severa y baja intensidad de empleo, y proporciona una imagen bastante completa de las dificultades económicas y sociales a las que se enfrenta la población. El indicador presenta niveles preocupantemente altos, tanto a escala nacional como regional, siendo su valor en 2022 más elevado en la Región de Murcia (31%) que en total nacional (26%). Casi uno de cada tres residentes en la Región de Murcia se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social, circunstancia que requiere atención prioritaria por parte de las políticas públicas, tanto a escala estatal como autonómica. Los datos para los últimos 7 años indican que la Tasa AROPE en la región se ha situado de forma sistemática por encima de la media nacional, si bien se ha reducido 13,5 puntos porcentuales desde 2014 (44,5%). También se ha recortado la distancia respecto al valor agregado, habiendo disminuido el diferencial de 14 a 5 puntos porcentuales.

El nivel formativo de una población es un indicador clave para evaluar su capacidad de participar en la sociedad, contribuir a la economía y disfrutar de una mayor calidad de vida. A este respecto, resulta relevante destacar que la proporción de población que es analfabeta o no ha completado estudios primarios es en la Región de Murcia significativamente superior a la existente en España (8,7% frente a 5,3%). Esta disparidad puede atribuirse a diversos factores, como las diferencias de renta, el peso de la población inmigrante o razones de carácter histórico. Aunque este indicador de bajo nivel formativo ha mejorado en los últimos años, el diferencial frente al conjunto del país persiste.

Por lo que atañe a los niveles más altos de formación académica, en 2022 el porcentaje de personas con estudios superiores en España es del 32,7%, mientras que en la Región de Murcia es del 25,0%. Esta importante brecha no se ha reducido en los últimos años, antes al contrario; en 2014 los porcentajes respectivos eran 27,6% y 21,9%, lo que implica un mayor diferencial en términos absolutos (7,7 puntos en 2022 frente a 5,7 puntos en 2014) que, en términos relativos, es aún más amplio.

⁹⁹ AROPE es el acrónimo en inglés de "En Riesgo de Pobreza o Exclusión Social": *At Risk of Poverty or Social Exclusion*.

Un indicador demográfico de gran relevancia económica es la tasa de dependencia, que refleja la relación entre la población con edad inferior a los 16 años o superior a los 64 y la población entre 16 y 64, que se considera “en edad de trabajar”.¹⁰⁰ La tasa de dependencia proporciona información sobre la carga económica que recae sobre la población en edad de trabajar para mantener y proporcionar servicios a aquellos que dependen de ellos, ya sea en términos de cuidados, servicios de salud o asistencia financiera. Comparando los valores de la tasa de dependencia en España y la Región de Murcia en el año 2022, observamos que España tiene un valor ligeramente más alto (54,16%) que el de la Región de Murcia (51,16%). Tal situación es el resultado de una dispar evolución de la demografía en la Región de Murcia y en el conjunto de España, ya que, a finales del siglo pasado, la tasa de dependencia en la Región de Murcia era ligeramente mayor que la media nacional (53,4 frente a 50,3 en 1990). El mayor dinamismo demográfico en las décadas siguientes —tasas de natalidad más elevadas—, asociado a la llegada de inmigrantes en edad de trabajar redujo de forma sustancial dicha tasa, particularmente en el caso de Murcia. Tras la crisis económica de 2008, las tasas de dependencia han vuelto a crecer con fuerza como consecuencia de la reducción de los flujos de inmigrantes y el continuo descenso de las tasas de natalidad, siendo ese incremento más intenso en el total nacional.

Este breve análisis comparativo de algunos indicadores socioeconómicos en España y en la Región de Murcia permite concluir que, si bien existen graves problemas estructurales comunes que necesitan soluciones globales, como el desempleo, la región presenta también retos y deficiencias propias en ámbitos como el nivel de formación de su población, su capacidad productiva, reflejada en la renta per cápita, o el riesgo de pobreza y exclusión social, que precisan de actuaciones específicas a escala regional que permitan avanzar hacia una convergencia real de Murcia con la media nacional en materia de bienestar y progreso social.

2.3. ESTADO DE SALUD Y SUS DETERMINANTES EN LA REGIÓN DE MURCIA

En la Tabla 43 se muestra la evolución anual de la esperanza de vida al nacer y de la tasa bruta de mortalidad en el periodo 2003-2021, así como de algunos otros indicadores relacionados con la salud y sus determinantes, extraídos de las encuestas de salud, cuya periodicidad no es anual.

¹⁰⁰ Los 16 años marcan la frontera legal para poder realizar una actividad laboral en España. Sin embargo, no existe una limitación similar para las personas mayores de una cierta edad, pese a lo cual, los 64/65 años se suelen considerar como un umbral para el cómputo de la población en edad de trabajar.

La esperanza de vida aumentó en la Región de Murcia tres años y medio entre 2003 y 2019 (desde los 79,1 hasta los 82,6 años), para sufrir una contracción en 2020, como consecuencia de la pandemia por COVID-19, que se prolongó en 2021. En este último año del periodo la esperanza de vida al nacer es 2 años mayor que la registrada diecisiete años antes. La tasa de mortalidad, que mostraba una tendencia decreciente entre 2003 y 2010, año en el que registró su mínimo de 6,85 fallecidos por cada 1.000 habitantes, sufrió un cambio de tendencia a partir de entonces, superando ya en 2017 los valores de inicio del periodo, y alcanzando sus valores máximos en 2020 (8,2‰) y 2021 (8,4‰), impulsada por la mortandad causada por la epidemia de coronavirus.

TABLA 43.

Indicadores de estado de salud y hábitos de vida. Región de Murcia. 2003-2021.

	Valoración positiva ES (%)	EVN (años)	TM (por 1.000 habitantes)	Población fumadora (%)	Consumo alcohol últ. 12 meses (%)	IMC ≥ 30 kg/m ² (%)
2003	73,0	79,1	7,7	32,3	56,0	15,4
2004	--	79,5	7,4	--	--	--
2005	--	79,7	7,5	--	--	--
2006	67,0	80,3	7,1	33,9	71,7	17,2
2007	--	80,3	7,2	--	--	--
2008	--	80,4	7,3	--	--	--
2009	69,6	80,9	7,1	29,7	60,1	20,0
2010	--	81,6	6,9	--	--	--
2011	--	81,7	7,0	--	--	--
2012	72,2	81,7	7,3	31,0	60,1	20,2
2013	--	82,3	6,9	--	--	--
2014	66,8	82,5	7,1	28,4	67,1	16,6
2015	--	82,2	7,7	--	--	--
2016	--	82,5	7,4	--	--	--
2017	75,0	82,4	7,8	26,0	58,7	15,9
2018	--	82,7	7,7	--	--	--
2019	--	82,6	7,7	--	--	--
2020	75,6	82,3	8,2	26,6	64,1	18,8
2021	--	82,2	8,4	--	--	--

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Encuesta Europea de Salud e INE.

El aumento de la esperanza de vida muestra solamente una parte de los avances en términos de salud, pues una mejor salud no solo exige ganancias en supervivencia, sino también mejoras en la calidad de vida de la población. Una forma de evaluar esta calidad de vida es atendiendo a la valoración subjetiva que

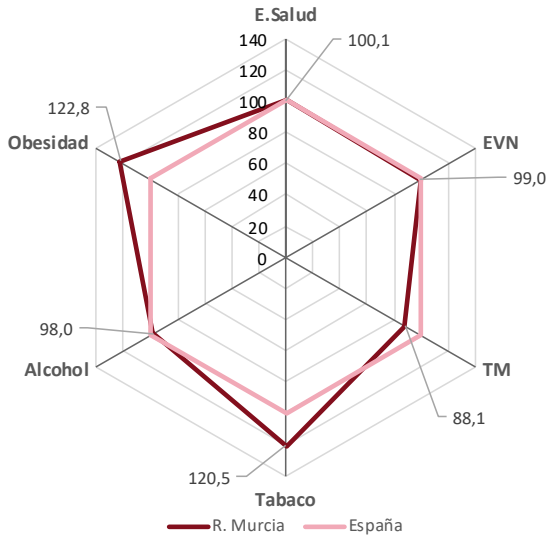
la población hace de su propio estado de salud, información que puede obtenerse de las encuestas de salud. Si observamos cómo ha evolucionado el porcentaje de población que valora positivamente su estado de salud (esto es, que considera que dicho estado de salud es “bueno” o “muy bueno”), comprobamos cómo tal proporción es en la Región de Murcia dos puntos y medio mayor en 2021 (75,6%) que en 2003 (73,0%), si bien en las distintas oleadas de las encuestas de salud, la cifra se ha movido con un patrón irregular.

Finalmente, en la Tabla 43 se presentan tres indicadores estrechamente ligados a los denominados “determinantes sociales” de la salud: el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sobrepeso/obesidad. Por lo que respecta al consumo de tabaco, la población adulta que fumaba a diario u ocasionalmente en la Región de Murcia era en 2003 del 32,3% y se ha reducido hasta el 26,6% en la última encuesta de 2020. En el caso del consumo de bebidas alcohólicas la evolución no es, sin embargo, tan positiva: aunque el porcentaje de población que declara haber consumido alcohol en el último año es en 2020 más de siete puntos inferior al registrado quince años antes, en 2006 (64,1% vs. 71,7%), supera en más de ocho puntos la cifra de 2003 (56,0%) y en cuatro puntos los valores de 2009 (60,1%). También resulta preocupante la información que se desprende de la tabla en lo que atañe a la incidencia de sobrepeso y obesidad. Entre 2003 y 2020, el porcentaje de población con obesidad, esto es, con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m², aumentó tres puntos y medio (del 15,4% al 18,8%).¹⁰¹

La comparación de estos indicadores relacionados con la salud con los observados en el conjunto del país y en el resto de las Comunidades Autónomas no trae buenas noticias, en general, para la Región de Murcia, como se muestra en el Gráfico 16. La región ocupa el antepenúltimo lugar (15 de 17) en esperanza de vida al nacer en 2021 (pese a que solo se sitúe un 1% por debajo de la media nacional), el segundo lugar en el porcentaje de población fumadora (un 20,5% por encima de la media nacional) y el primer lugar en porcentaje de población con IMC igual o superior a 30 (un 22,8% más que la media). En lo que se refiere a la percepción del propio estado de salud, el porcentaje de población en Murcia que considera que su salud es buena o muy buena es prácticamente igual a la media del país (posición 11 de las 17 CC.AA.). Únicamente sale bien parada la región en la comparación de la tasa bruta de mortalidad que en Murcia es un 12% inferior a la del total nacional, ocupando la posición número 14 del ranquin de comunidades. A este positivo dato ayuda el hecho de que Murcia, como se ha señalado, es una comunidad especialmente joven en el contexto nacional, por lo que respecta a la estructura de su población por edades, algo en lo que se volverá a insistir en el siguiente epígrafe.

¹⁰¹ La conclusión es similar si atendemos al indicador que mide la proporción de población con sobrepeso (IMC>25), que aumentó 6 puntos y medio entre 2003 y 2020 (del 52,5% al 59,0%).

GRÁFICO 16.
Situación relativa de la Región de Murcia en indicadores de salud y hábitos de vida, respecto al total nacional. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 43.

2.4. POBLACIÓN ASIGNADA AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN LA C.A.R.M.

La Tabla 44 muestra la evolución de la población residente en la Región de Murcia, según el padrón de habitantes, y de la población asignada. La primera creció un 18,5% en el conjunto del periodo, con tasas anuales más altas, aunque decrecientes, hasta 2012; se contrajo entre dicho año y 2015, debido a la inversión del signo del saldo migratorio, inducida por la crisis económica; y volvió a crecer, aunque a un ritmo significativamente menor, desde 2016 hasta 2021.

Por su parte, la población “protegida” por el sistema público de salud aumentó en el periodo un 16,6%, con un perfil evolutivo similar al de la población residente: tasas anuales más altas pero decrecientes hasta 2010, fuerte contracción entre 2011 y 2013, seguida de una recuperación irregular hasta 2021.

La última columna de la tabla confirma que en la Región de Murcia, como en el conjunto del país, la cobertura sanitaria pública es cuasi-universal. Hasta 2010, de hecho, la cifra de población asignada supera a la de población residente (con la excepción de 2008). La relación población asignada/población residente se redujo significativamente tras la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, que supuso un paso atrás en el proceso de universalización del SNS, no alcanzándose el 99% hasta 2021.

TABLA 44.
Población residente y población asignada Región de Murcia. 2004-2021.

	Población residente (1)	Población asignada (2)	(2)/(1) (%)
2004	1.276.812	1.284.543	100,6
2005	1.313.496	1.322.362	100,7
2006	1.351.109	1.359.516	100,6
2007	1.385.715	1.409.432	101,7
2008	1.419.567	1.413.247	99,6
2009	1.441.783	1.448.848	100,5
2010	1.453.545	1.463.011	100,7
2011	1.459.076	1.421.631	97,4
2012	1.461.928	1.392.652	95,3
2013	1.461.987	1.387.031	94,9
2014	1.461.803	1.390.248	95,1
2015	1.463.773	1.407.800	96,2
2016	1.466.474	1.425.556	97,2
2017	1.472.977	1.437.257	97,6
2018	1.475.569	1.447.950	98,1
2019	1.487.663	1.472.528	99,0
2020	1.504.869	1.479.940	98,3
2021	1.513.076	1.498.266	99,0

Fuente: INE y SIAP.

Tal y como se indicó en el epígrafe 1.2, un aspecto crucial relacionado con el factor demográfico es la composición por edades de la población protegida por el sistema público, debido a su incidencia en las necesidades de gasto y, en consecuencia, en las cifras de gasto en servicios públicos de salud: una población más envejecida, a igualdad del resto de condiciones, se asocia a mayores necesidades de gasto en atención a la salud.

En la Tabla 45 se visualiza el cambio en la estructura de la población por edades en la Región de Murcia. La población de 0 a 14 años experimentó un notable aumento en su participación sobre la población total hasta 2013, año en el alcanza su máximo del 18,0%. Esta dinámica es consecuencia del incremento transitorio de la natalidad que tuvo lugar en la primera década del siglo, pero, a partir del citado año la tendencia se invierte y, aunque el peso de la población de 0 a 14 años en 2021 no cae por debajo del 16% (como ocurrió en los años 2005, 2007 y 2008), sí es casi ocho décimas inferior al registrado en 2004, al inicio del periodo. Por el contrario, la proporción de población protegida que supera los 65 años ha aumentado casi un punto porcentual entre 2004 y 2021 (1,5 puntos desde 2009, cuando alcanzó su valor mínimo en el periodo, un 14,2%).

TABLA 45.
**Composición de la población asignada por grupos de edad.
 Región de Murcia. 2004-2021.**

	0-14	15-34	35-64	>65 años
2004	16,8	32,6	35,8	14,8
2005	15,6	31,5	37,5	15,4
2006	16,7	31,7	37,0	14,5
2007	15,7	31,6	38,0	14,7
2008	16,0	30,8	38,5	14,8
2009	17,2	29,8	38,8	14,2
2010	16,1	29,5	40,1	14,3
2011	17,6	27,7	40,4	14,3
2012	17,7	26,5	41,2	14,6
2013	18,0	25,4	41,8	14,9
2014	17,7	24,8	42,5	14,9
2015	17,8	24,1	43,1	14,9
2016	17,6	23,7	43,7	15,0
2017	17,4	23,4	44,1	15,1
2018	17,1	23,1	44,5	15,3
2019	16,8	23,4	44,5	15,3
2020	16,4	23,3	44,7	15,5
2021	16,1	23,4	44,8	15,7

Fuente: SIAP.

Pese a todo, no es el envejecimiento un problema particularmente acusado en el caso de la Región de Murcia, si ponemos estas cifras en el contexto del conjunto de Comunidades Autónomas. De hecho, Murcia es la comunidad con un mayor porcentaje de población entre 0 y 14 años (3,5 puntos más que la media de CC.AA.), así como la región con mayor presencia de población entre 0 y 34 años (39,53% frente al 35,05% del total de comunidades), y la que menor porcentaje de mayores de 65 años tiene en su población protegida por el sistema público de salud (cuatro puntos menos que el total de CC.AA.: 15,67% frente a 19,67%). Este hecho ha de tomarse en consideración a la hora de evaluar los niveles relativos de gasto sanitario público, en general, y en Atención Primaria, en particular.

2.5. GASTO EN SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE MURCIA

2.5.1. Gasto sanitario público en la Región de Murcia

El gasto sanitario público (GSP) en Murcia alcanzó en 2021 la cifra de 2.895 millones de euros. Dicha cuantía representa casi el 9% del producto interior

bruto regional y, expresada en términos per cápita, se traduce en 1.913 euros por habitante. En la Tabla 46 se presenta la evolución del GSP entre 2004 y 2021, así como la de los indicadores de gasto sobre PIB y gasto per cápita.

El peso del GSP en el PIB regional registró su valor mínimo en el primer año del periodo objeto de estudio (6,9%) y su valor máximo en el año final. La tendencia del indicador de gasto sobre PIB fue creciente hasta el inicio de la crisis de 2008, se invirtió hasta bajar al 7,6% en 2013, volvió a cambiar de signo hasta el 2015, estabilizándose en torno al 8% durante un quinquenio hasta el repunte observado con ocasión de la pandemia. El perfil evolutivo del indicador per cápita es similar, como se observa en el Gráfico 17, habiendo aumentado un 90% en valores nominales el gasto por habitante entre 2004 y 2021. Los mayores incrementos nominales del gasto sanitario público regional se concentran en los primeros años del periodo, y en los dos últimos. El año 2008 registró un aumento inédito en el gasto en salud del 18,6%, que elevó el indicador de gasto per cápita por encima de los 1.500 euros, una de las cifras más altas de todas las CC.AA. en dicho año.

TABLA 46.

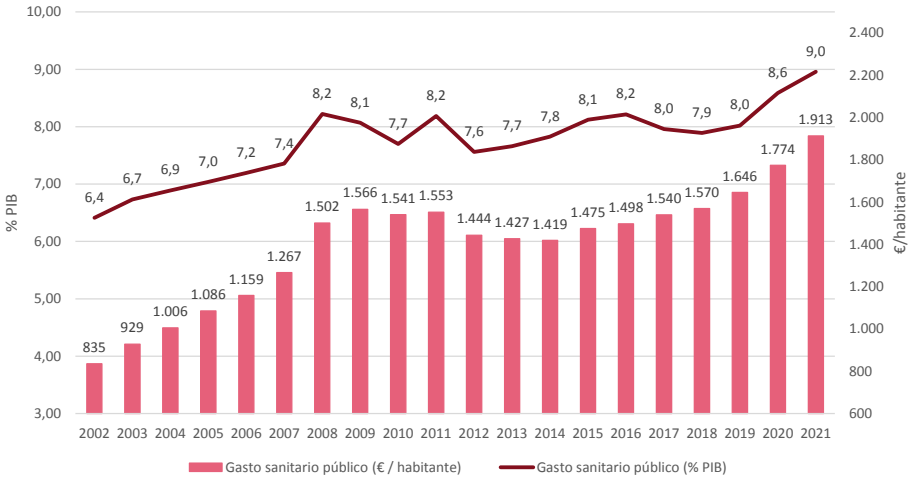
Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Región de Murcia, 2004-2021.

	Millones de euros	Tasa anual de variación (%)	% PIB	Euros / habitante
2004	1.284	8,3	6,9	1.006
2005	1.426	7,9	7,0	1.086
2006	1.567	6,8	7,2	1.159
2007	1.756	9,3	7,4	1.267
2008	2.132	18,6	8,2	1.502
2009	2.258	4,3	8,1	1.566
2010	2.241	-1,6	7,7	1.541
2011	2.266	0,7	8,2	1.553
2012	2.111	-7,0	7,6	1.444
2013	2.086	-1,1	7,7	1.427
2014	2.075	-0,6	7,8	1.419
2015	2.159	3,9	8,1	1.475
2016	2.197	1,6	8,2	1.498
2017	2.269	2,8	8,0	1.540
2018	2.317	2,0	7,9	1.570
2019	2.449	4,8	8,0	1.646
2020	2.670	7,8	8,6	1.774
2021	2.895	7,8	9,0	1.913

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

GRÁFICO 17.

Gasto sanitario público en % sobre el PIB y en euros por habitante. Región de Murcia. 202-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos la Tabla 46.

Si analizamos la composición del GSP según categorías económicas (Tabla 47), se comprueba cómo el principal componente del GSP son las remuneraciones del personal (un 49,5% en 2021), seguidas de los consumos intermedios (26,6% en el último año), las transferencias corrientes, principalmente destinadas al gasto en medicamentos con receta (15,4%), y el gasto destinado a conciertos (5,5%). Las restantes categorías de gastos corrientes y de capital alcanzan, conjuntamente, el 3% del GSP total. Esta composición por categorías económicas ha experimentado algunos cambios a lo largo del periodo, tal y como se muestra en la citada Tabla 47, que recoge la estructura económica del gasto en todos los años del periodo y en el Gráfico 18, que confronta las estructuras por categorías económicas del GSP en 2004 y 2021.

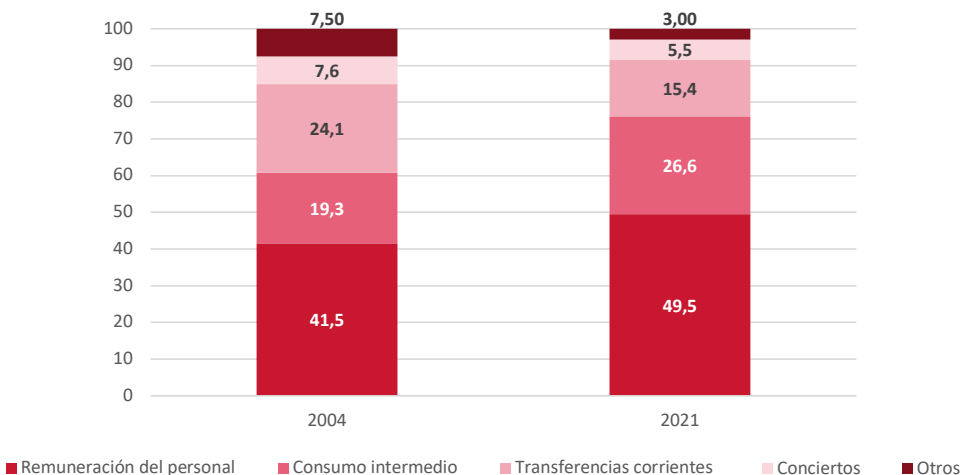
La remuneración del personal ha aumentado ocho puntos porcentuales su participación en el gasto total, y más aún lo ha hecho la cuota de los consumos intermedios, que han pasado de suponer el 17,5% a representar el 26,6% del gasto agregado. Por el contrario, la parte destinada a transferencias corrientes, que en 2004 absorbía un 24,75% del gasto total, se ha contraído más de nueve puntos porcentuales, hasta quedar en el 15,4% en 2021. También el peso de los conciertos se ha reducido casi dos puntos en el periodo y la categoría “otros”, que incluye los gastos de capital, ha retrocedido cinco puntos porcentuales.

TABLA 47.
Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas. Región de Murcia, 2004-2021.

	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Transferencias corrientes	Conciertos	Otros
2004	41,5	19,3	24,1	7,6	7,5
2005	42,2	19,5	24,5	7,7	6,1
2006	42,4	20,0	23,9	7,8	5,9
2007	44,0	20,4	23,4	7,2	5,1
2008	45,1	21,5	20,9	7,9	4,5
2009	47,5	20,3	20,3	7,1	4,9
2010	47,8	20,8	20,8	7,2	3,3
2011	47,3	23,0	18,7	7,2	3,8
2012	47,0	24,3	17,6	7,2	3,9
2013	47,3	25,3	16,9	6,5	4,0
2014	48,1	23,9	17,2	6,8	4,0
2015	47,7	25,1	16,6	6,4	4,1
2016	48,1	24,4	17,2	6,6	3,6
2017	48,4	24,5	17,1	6,6	3,4
2018	48,4	25,0	17,0	6,4	3,2
2019	49,1	25,3	16,4	6,1	3,2
2020	49,0	26,7	15,5	5,3	3,4
2021	49,5	26,6	15,4	5,5	3,0

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

GRÁFICO 18.
Distribución del gasto sanitario público por categorías económicas. Región de Murcia, 2004 y 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos la Tabla 47.

La composición del GSP por funciones asistenciales informa acerca de la orientación de los recursos sanitarios públicos (el “para qué se gasta”). Esta información se muestra en la Tabla 48 para el periodo 2004-2021. En el último año los servicios de atención hospitalaria absorbieron más del 62% de todos los recursos destinados a la provisión de asistencia sanitaria pública. El gasto en Atención Primaria supuso un 13,8% del GSP total, mientras que el gasto en farmacia superó esa cifra (15,1%). El resto de funciones suma un 9% del gasto total.

TABLA 48.
**Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales.
 Región de Murcia, 2004-2021.**

	Atención hospitalaria	Atención primaria	Gasto en farmacia	Otros
2004	52,8	12,3	23,7	11,2
2005	54,5	12,1	23,2	10,2
2006	55,3	12,3	22,9	9,5
2007	57,7	10,6	21,9	9,9
2008	60,2	11,6	19,8	8,5
2009	59,7	12,0	19,6	8,8
2010	59,5	12,5	20,1	7,9
2011	60,1	12,9	18,2	8,7
2012	60,8	13,4	17,1	8,7
2013	59,9	12,8	16,4	10,8
2014	61,0	12,9	16,6	9,5
2015	62,1	13,2	16,2	8,5
2016	61,9	13,5	16,7	7,8
2017	61,5	13,9	16,6	8,1
2018	62,0	13,9	16,4	7,7
2019	62,3	14,0	15,8	7,9
2020	60,9	14,9	15,1	9,1
2021	62,1	13,8	15,1	9,0

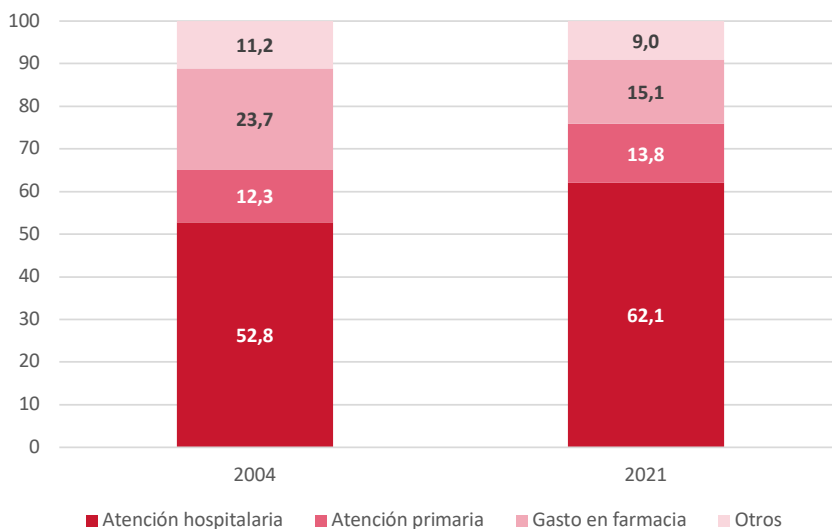
Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

También en este caso se observan dinámicas dispares en las diferentes funciones asistenciales, siendo las tendencias tanto o más claras que las comentadas en relación con la clasificación del GSP por categorías económicas, tal y como se observa en la citada Tabla 48. En el Gráfico 19 se compara la estructura funcional del GSP en el primero y el último de los ejercicios considerados.

El primer hecho evidente es que los servicios especializados y de atención hospitalaria han ganado peso de manera ininterrumpida sobre el total de gasto público; son más de nueve puntos porcentuales los que ha aumentado dicha

función en la estructura del GSP entre 2004 y 2021. Idéntica senda, pero en sentido inverso, es la que ha transitado el gasto en farmacia, que en 2004 suponía casi el 24% del GSP total y hasta 2021 ha retrocedido ocho puntos y medio. La participación de los servicios de Atención Primaria, que alcanzó un 12,3% en 2004, experimentó una tendencia moderadamente decreciente hasta 2007, cuando registró su valor mínimo del 10,6% y, a partir de ese año, con algunas interrupciones (2013-2015) ha tenido una clara recuperación hasta 2020. En dicho año se registró la participación más alta de los servicios primarios en salud (14,9%), retrocediéndose en 2021 a los valores de cuatro años atrás (13,8%). En el conjunto del periodo, el avance de la cuota de la Atención Primaria en el gasto sanitario total en la región ha sido de 1,5 puntos porcentuales.

GRÁFICO 19.
Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales.
Región de Murcia, 2004 y 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos la Tabla 48.

Debido a su elevado peso en el gasto total y a su tendencia de crecimiento en el periodo, la función de servicios de atención especializada y hospitalaria es responsable del 63% del incremento nominal registrado en el GSP entre 2004 y 2021. De hecho, dicha función es la que ha experimentado una tasa de variación mayor en el periodo (5,9% de media anual), por encima de la función de servicios primarios (5,6%) y del ritmo de crecimiento anual del gasto total (4,9%). La contribución de los servicios de Atención Primaria al crecimiento del GSP fue del 14,2% en el periodo y la de los gastos en farmacia del 13,7%.

En la Tabla 49 y el Gráfico 20 se presentan las contribuciones anuales al crecimiento del GSP en la Región de Murcia de las principales funciones asistenciales, así como la media del periodo. Salvo en tres de los años del cuatrienio 2009-2013, durante el cual el GSP experimentó tasas de variación anuales negativas, el gasto en servicios especializados y hospitalarios es el que más ha contribuido al crecimiento anual del GSP. Si nos centramos en las tres funciones principales, únicamente en 2010, 2012 y 2013 la atención especializada fue la que menos contribuyó al crecimiento —la que más contribuyó a la reducción— del GSP total. El gasto en farmacia es, entre las tres funciones asistenciales principales, la que menos contribuye al crecimiento del GSP en prácticamente la mitad de los años del periodo (ocho de los 17 años). Los servicios de Atención Primaria únicamente presentan la mayor contribución de las tres funciones más importantes en los años 2010, 2012 y 2013, en los dos últimos su aportación es negativa, pero de menor valor absoluto que la de los servicios especializados y el gasto en farmacia. En seis de los diecisiete años que integran el periodo, el gasto en primaria es el componente que menos contribuye a la evolución del GSP total en la región.

TABLA 49.

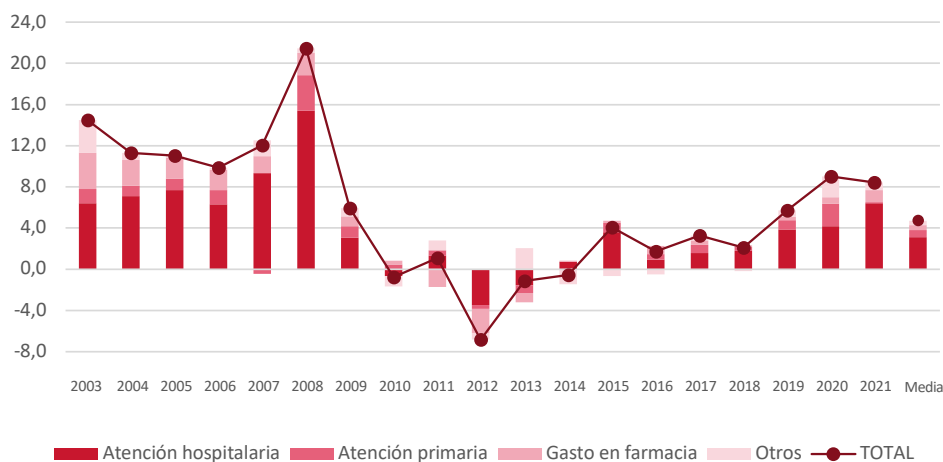
Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las distintas funciones asistenciales. Región de Murcia. 2004-2021.

	Atención hospitalaria	Atención primaria	Gasto en farmacia	Otros
2005	7,7	1,1	2,1	0,2
2006	6,3	1,4	1,9	0,2
2007	9,3	-0,4	1,6	1,6
2008	15,4	3,5	2,1	0,4
2009	3,1	1,1	1,0	0,8
2010	-0,7	0,4	0,4	-1,0
2011	1,3	0,5	-1,7	1,0
2012	-3,5	-0,4	-2,3	-0,6
2013	-1,6	-0,8	-0,9	2,0
2014	0,7	0,0	0,1	-1,4
2015	3,6	0,9	0,2	-0,6
2016	1,0	0,5	0,8	-0,5
2017	1,6	0,8	0,4	0,5
2018	1,8	0,3	0,2	-0,2
2019	3,9	0,9	0,3	0,6
2020	4,2	2,2	0,7	2,0
2021	6,4	0,1	1,2	0,7
Media	3,1	0,7	0,5	0,4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 48.

GRÁFICO 20.

Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de las distintas funciones asistenciales. Región de Murcia, 2002-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 49.

Para concluir este apartado, resumimos en la Tabla 50 la situación relativa de la Región de Murcia en lo que atañe a algunos indicadores de gasto sanitario. El GSP en Murcia en porcentaje sobre el PIB regional es un 33% superior a la media de CC.AA., ocupando el tercer lugar en el ranking de autonomías según dicho indicador. Murcia es en 2021 la sexta comunidad con mayor gasto sanitario por habitante (por persona asignada), superando la media del país en casi un 10%. En el periodo 2004-2021 solo dos comunidades han registrado un crecimiento en su gasto sanitario superior al de la Región de Murcia, cuya tasa media anual acumulada (en términos nominales) superó en casi un punto la del conjunto de servicios regionales de salud (un 23,3% más).

TABLA 50.

Indicadores comparados de gasto sanitario de la Región de Murcia. 2021.

	GSP/PIB (%) 2021	GSP/habitante 2021	Variación 2004-2021 (tasa media, %)
Región de Murcia	8,96	1.913	4,9
Total CC.AA.	6,73	1.741	4,0
Índice (CC.AA.=100)	133,0	109,9	123,3
Posición ranking	3ª	6ª	3ª

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

2.5.2. Gasto público en Atención Primaria en Servicio Murciano de Salud

Una vez analizado el GSP en su conjunto en la Región de Murcia, su evolución y composición, en el presente apartado nos centramos en el estudio del gasto en servicios primarios de salud, objeto principal de la presente obra, con el fin de destacar los aspectos más destacados referidos a su nivel, evolución y composición. En la Tabla 51 se presenta la evolución del gasto en Atención Primaria en millones de euros, así como en relación con el PIB y en euros por habitante.

TABLA 51.

Gasto sanitario público en Atención Primaria. Millones de euros, participación en el GSP total, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Región de Murcia, 2004-2021.

	Miles de euros	Tasa anual de variación (%)	% PIB	Euros por habitante	% sobre GSP total
2004	158.464	7,8	0,85	123	12,3
2005	172.688	9,0	0,85	131	12,1
2006	192.705	11,6	0,89	142	12,3
2007	185.662	-3,7	0,78	132	10,6
2008	246.811	32,9	0,95	175	11,6
2009	270.089	9,4	0,97	186	12,0
2010	280.240	3,8	0,96	192	12,5
2011	292.321	4,3	1,06	206	12,9
2012	283.141	-3,1	1,01	203	13,4
2013	267.266	-5,6	0,98	193	12,8
2014	266.972	-0,1	1,01	192	12,9
2015	285.924	7,1	1,08	203	13,2
2016	296.869	3,8	1,11	208	13,5
2017	314.349	5,9	1,10	219	13,9
2018	322.285	2,5	1,10	223	13,9
2019	343.642	6,6	1,13	233	14,0
2020	396.844	15,5	1,28	268	14,9
2021	399.424	0,7	1,24	267	13,8

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

La primera columna, que muestra la evolución en valores nominales del total de gasto asignado a servicios primarios de salud, permite comprobar el impacto que los “recortes” presupuestarios acometidos en la segunda mitad del periodo conocido como “la Gran Recesión” tuvieron sobre los recursos destinados al primer nivel asistencial. El gasto en Atención Primaria se redujo en términos nominales durante tres ejercicios consecutivos, entre 2011 y 2014, en una cuantía de 25,3 millones de euros o, lo que es lo mismo, un 8,7% acumulado en el trienio.

TABLA 52.
Composición del gasto público en servicios primarios de salud.
Región de Murcia, 2002-2021.

	Remuneración del personal	Consumo intermedio	Producción de mercado	Otros
2004	84,6	11,4	0,3	3,7
2005	85,1	11,4	0,0	3,5
2006	84,4	12,1	0,0	3,5
2007	85,6	10,9	0,0	3,4
2008	80,6	10,3	5,8	3,2
2009	82,3	11,2	1,1	5,4
2010	85,8	10,0	1,4	2,8
2011	83,5	9,5	2,1	5,0
2012	82,9	10,0	1,5	5,5
2013	83,3	10,1	0,6	6,0
2014	83,9	10,0	0,6	5,6
2015	84,0	9,7	0,4	5,9
2016	84,6	9,3	0,4	5,7
2017	86,8	8,6	0,4	4,2
2018	86,9	8,6	0,4	4,2
2019	86,9	8,7	0,3	4,0
2020	85,6	10,7	0,3	3,5
2021	84,3	11,8	0,2	3,8

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).

El gasto en Atención Primaria que, en 2011, había superado, por vez primera, el 1% del PIB, vio frenado su crecimiento en relación con la economía regional, no recuperando la tendencia creciente hasta 2015. El indicador per cápita alcanzó un máximo relativo de 206 euros por persona protegida en 2011 y cayó hasta los 192 euros de 2014 (un 7,3% de reducción, en términos nominales). Hasta 2016 no se recuperaron los niveles de gasto en Atención Primaria total y per cápita de 2011 en términos nominales. En 2020 y 2021, la caída del PIB y el necesario refuerzo los servicios primarios de salud, ambos factores relacionados con el impacto de la pandemia por COVID-19, impulsaron los indicadores relativos de gasto en Atención Primaria a niveles inéditos hasta la fecha. La importancia de los servicios de Atención Primaria en el GSP, reflejada en la última columna, podría llevar a la conclusión de que la Región de Murcia ha apostado por priorizar este nivel asistencial, que pasa del 12,3% al 13,8% del total de gasto. Sin embargo, tal conclusión es incorrecta, pues en

el mismo periodo en el que el gasto en Atención Primaria avanzó 1,5 puntos en la estructura porcentual del GSP, el gasto en servicios especializados y hospitalarios ganó más de 9 puntos porcentuales, y el incremento relativo del gasto en Atención Primaria ha sido posible por la fuerte reducción del gasto en farmacia y, en menor medida, de otras partidas de gasto, como el gasto de capital, como se vio en el apartado precedente.

Por lo que respecta a la composición del gasto en servicios primarios de salud según categorías económicas, en la Tabla 52 se observa que, como cabría esperar, por la naturaleza de este tipo de servicios asistenciales, la mayor parte del gasto en Atención Primaria se concreta en remuneraciones al personal. El porcentaje que representa esta categoría en el gasto en primaria oscila entre el 80% y el 87%, según los años. La segunda categoría en importancia son los consumos intermedios, cuyo peso relativo (11,4% en 2004 y 11,8% en 2021) muestra un perfil evolutivo similar al de los gastos de personal. Por último, los gastos destinados a financiar la producción de mercado tienen una relevancia menor y decreciente (0,2% en 2021).

2.6. RECURSOS ESTRUCTURALES

En el epígrafe anterior se analizó el gasto en sanidad, en general, y en servicios de Atención Primaria en particular, en la Región de Murcia. En este apartado y en el siguiente, nos centraremos en los servicios de Atención Primaria para analizar la materialización de los flujos monetarios que conforman el gasto público, esto es, los recursos materiales de carácter estructural y los recursos humanos con los que cuenta el sistema regional de salud para llevar a cabo la provisión de los servicios primarios.

En la Tabla 53 se muestra la evolución del número de centros de salud y consultorios locales de Atención Primaria en el SMS, desde 2004 hasta 2021. En 2004 había en Murcia 74 centros de salud y 183 consultorios locales, para un total de 257 centros asistenciales de Atención Primaria. Diecisiete años más tarde, la cifra agregada apenas ha aumentado un 2,7%, hasta 264 centros, si bien se ha producido un proceso de sustitución de consultorios locales (cuyo número cae un 2,2% en el periodo) por centros de salud, experimentando estos un incremento acumulado cercano al 15%.

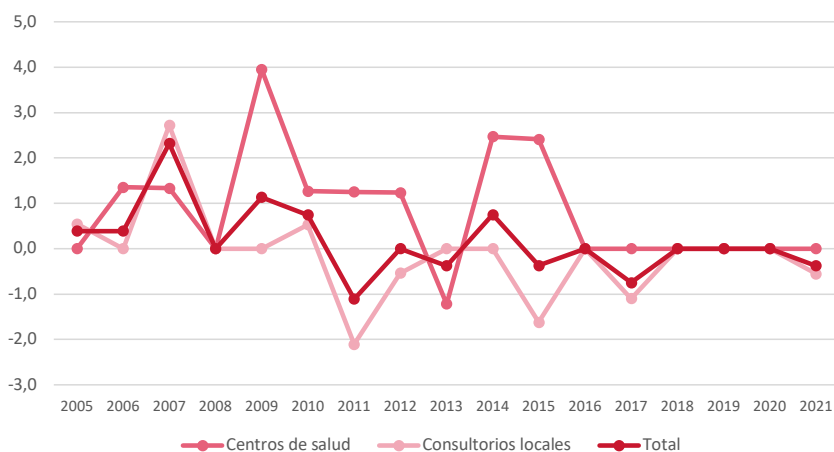
El Gráfico 21 permite ver con claridad cómo este proceso ha sido bastante irregular, más intenso en los primeros años del periodo de análisis, así como su interrupción en 2015, año a partir del cual no se abre ningún nuevo centro de salud en el territorio regional.

TABLA 53.
Centros de salud y consultorios de Atención Primaria.
Región de Murcia. 2004-2021.

	Centros de salud	Consultorios locales	Total
2004	74	183	257
2005	74	184	258
2006	75	184	259
2007	76	189	265
2008	76	189	265
2009	79	189	268
2010	80	190	270
2011	81	186	267
2012	82	185	267
2013	81	185	266
2014	83	185	268
2015	85	182	267
2016	85	182	267
2017	85	180	265
2018	85	180	265
2019	85	180	265
2020	85	180	265
2021	85	179	264

Fuente: SIAP.

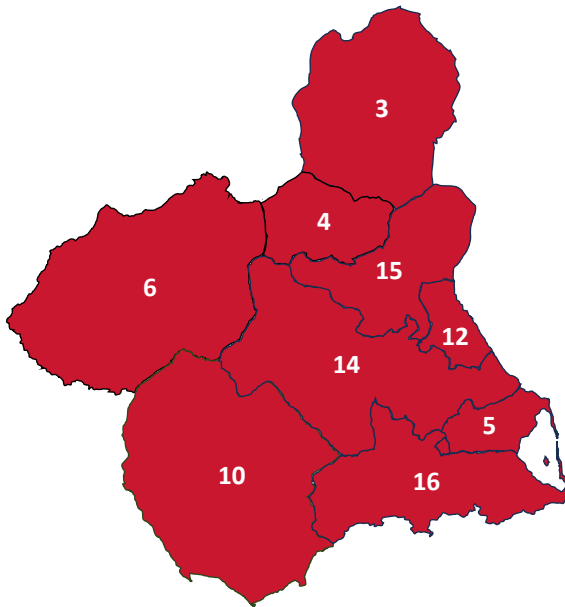
GRÁFICO 21.
Evolución del número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria.
Servicio Murciano de Salud, 2004-2021. Tasas anuales de variación (%).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 53.

En el Mapa 25 se presenta la distribución territorial de los centros de salud en la Región de Murcia. De los 85 centros de salud existentes en 2021, más de la mitad se concentran en tres Áreas de Salud: 16 se en el área II (Cartagena), 15 en el área VI (Vega media del Segura) y 14 en el área I (Murcia oeste). Las áreas con menor dotación de centros de salud son, lógicamente, las que tienen menos población asignada: el área V (Altiplano) cuenta con 3 centros de salud, el área IX (Vega alta del Segura) tiene 4 y el área VIII (Mar Menor) dispone de 5.

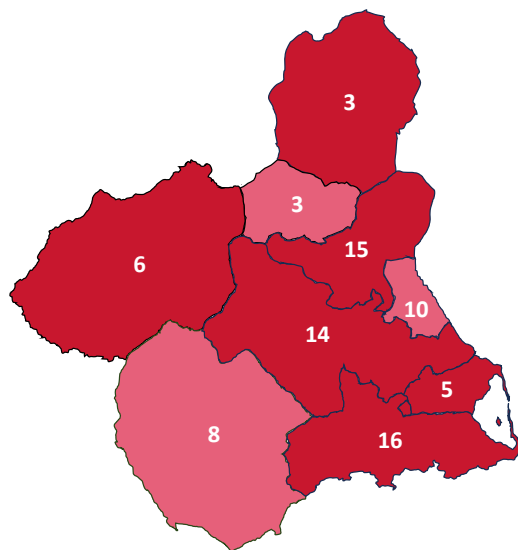
MAPA 25.
Centros de salud en la Región de Murcia, por Área de salud. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP.

Dado que el mapa de Áreas de Salud fue objeto de modificación en 2010, no es posible comparar la dotación de centros de salud de las actuales áreas con la existente al inicio del periodo de análisis, esto es, en 2004. Sí podemos observar los cambios registrados desde 2010 que, como se puede observar en el Mapa 26, únicamente afectan a tres áreas: el área III (Lorca) tenía 8 centros de salud en 2010 y gana 2 hasta 2021; también aumenta en 2 el número de centros de salud del área VII (Murcia este), que en 2010 tenía únicamente 3. Por último, el área IX (Vega alta del Segura) incrementa su dotación en un centro de salud, pasando de los 3 de 2010 a 4 en 2021.

MAPA 26.
Centros de salud en la Región de Murcia, por Área de salud. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP.

Para extender la comparación hasta el año 2004, la única posibilidad es agregar las actuales nueve Áreas de Salud en las seis que conformaban el mapa territorial vigente hasta 2009. Las áreas I y VI actuales formaban hasta 2009 el área I (Murcia); las áreas II y VIII se corresponden con la antigua área II (Cartagena y Mar menor); y las áreas VII y IX eran hasta 2009 el área VI (Vega del Segura). El resultado de la agregación de las cifras a partir de 2010 arroja los resultados que se muestran en la Tabla 54. En 2021 hay 4 centros de salud más en las áreas VII (Murcia este) y IX (Vega alta del Segura), conjuntamente, que los que había en 2004 en la antigua área VI (Vega del Segura). Las áreas I (Murcia oeste) y VI (Vega media del Segura) suman 3 centros de salud más de los que había en la antigua área I (Murcia) al inicio del periodo. Los otros dos territorios en los que ha aumentado el número de centros de salud entre 2004 y 2021 son la suma de las áreas II (Cartagena) y IX (Mar menor), que tienen 2 centros más que la antigua área II (Cartagena), y la ya citada área III (Lorca), que también ha visto crecer en 2 el número de centros de salud en su territorio.

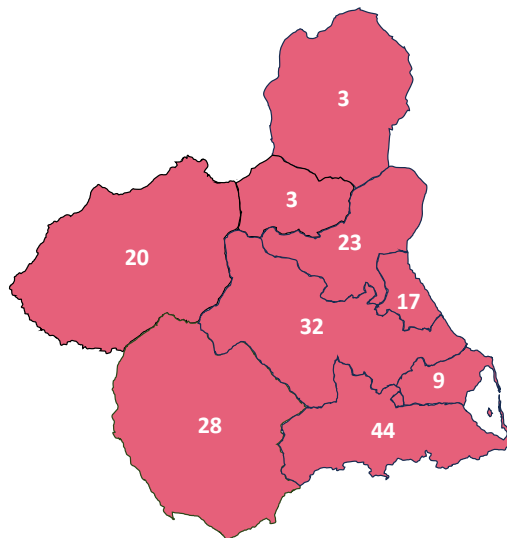
El Mapa 27 y el Mapa 28 muestran la misma información que los dos anteriores, referida en este caso al número de consultorios locales por Áreas de Salud en 2021 y en 2010, respectivamente. Solo dos áreas han mantenido el número de consultorios inalterado desde 2010: el área V (Altiplano) y el área VI (Vega media del Segura). En el resto de las áreas se ha reducido la dotación de consultorios locales en cuantía dispar, hasta sumar una disminución total de 11 centros en el territorio regional.

TABLA 54.
Centros de salud en la Región de Murcia por Áreas de Salud. 2004-2021.

	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	TOTAL
2004	26	19	8	6	3	12	74
2005	26	19	8	6	3	12	74
2006	27	19	8	6	3	12	75
2007	28	19	8	6	3	12	76
2008	28	19	8	6	3	12	76
2009	29	21	8	6	3	12	79
	Áreas I y VI	Áreas II y VIII	Área III	Área IV	Área V	Áreas VII y IX	TOTAL
2010	29	21	8	6	3	13	80
2011	29	21	8	6	3	14	81
2012	30	21	8	6	3	14	82
2013	29	21	8	6	3	14	81
2014	29	21	9	6	3	15	83
2015	29	21	10	6	3	16	85
2016	29	21	10	6	3	16	85
2017	29	21	10	6	3	16	85
2018	29	21	10	6	3	16	85
2019	29	21	10	6	3	16	85
2020	29	21	10	6	3	16	85
2021	29	21	10	6	3	16	85

Fuente: SIAP.

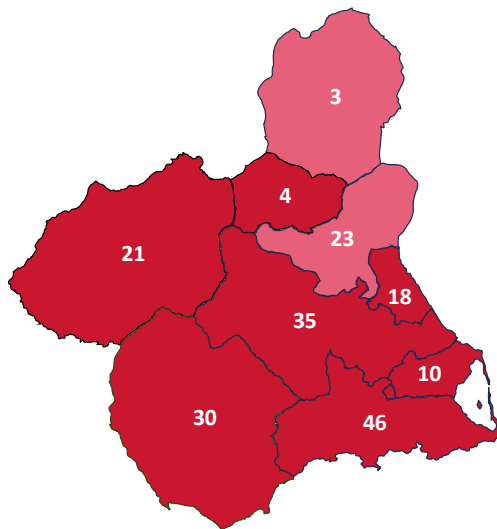
MAPA 27.
Consultorios locales en la Región de Murcia, por Área de salud. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP.

MAPA 28.

Consultorios locales en la Región de Murcia, por Área de salud. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP.

TABLA 55.

Consultorios locales en la Región de Murcia por Áreas de Salud. 2004-2021.

	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	TOTAL
2004	53	55	28	21	3	23	183
2005	52	54	29	21	3	25	184
2006	52	54	29	21	3	25	184
2007	56	55	29	21	3	25	189
2008	56	55	29	21	3	25	189
2009	55	55	30	21	3	25	189
	Áreas I y VI	Áreas II y VIII	Área III	Área IV	Área V	Áreas VII y IX	TOTAL
2010	58	56	30	21	3	22	190
2011	56	55	30	21	3	21	186
2012	56	55	29	21	3	21	185
2013	56	55	29	21	3	21	185
2014	56	55	29	21	3	21	185
2015	56	54	28	21	3	20	182
2016	56	54	28	21	3	20	182
2017	55	53	28	21	3	20	180
2018	55	53	28	21	3	20	180
2019	55	53	28	21	3	20	180
2020	55	53	28	21	3	20	180
2021	55	53	28	20	3	20	179

Fuente: SIAP.

Con el fin de poder realizar una comparación entre el último y el primer año del periodo de estudio, en la Tabla 55 se agrega el número de consultorios de las áreas referido al periodo 2010-2021, según la configuración existente hasta 2009. En 2021 solo hay en la región 4 consultorios locales menos que en 2004, si bien se ha producido una cierta redistribución de su número entre áreas, aunque de escaso alcance. Las áreas I (Murcia oeste) y VI (Vega media del Segura) suman en 2021 2 consultorios más de los que tenía la antigua área I (Murcia) en 2004. Por el contrario, las actuales áreas II (Cartagena) y VIII (Mar menor) pierden 2 consultorios respecto de los que tenía la anterior área II que las agrupaba. Tres consultorios menos tienen las áreas VII (Murcia este) y IX (Vega alta del Segura) que los que sumaban en 2004 cuando integraban el área VI (Vega del Segura). Por último, el área IV (Noroeste) ha visto reducido su número de consultorios locales en una unidad.

2.7. RECURSOS HUMANOS

Como se ha visto en epígrafes anteriores, los gastos destinados a remunerar al personal representan cerca del 50% del total de gasto sanitario público y en el caso de la Atención Primaria superan el 80%. En consecuencia, el estudio de los recursos humanos, su dotación relativa, composición y evolución, constituye una pieza clave en el análisis del funcionamiento de los servicios primarios del SMS y de las Áreas de Salud que lo integran. Comenzaremos el análisis de los recursos humanos a escala agregada para, a continuación, examinar las diferencias en su dotación por Áreas de Salud.

En 2021, según datos del Ministerio de Sanidad, había un total de 3.829 profesionales de Atención Primaria en el SMS, de los cuales un 81% eran miembros del personal sanitario (un 72% médicos/as y enfermeros/as). No resulta posible analizar la evolución de las categorías de personal no sanitario (administrativo) y de personal sanitario distinto del personal médico y de enfermería (auxiliares de enfermería, principalmente), debido a que las series publicadas están incompletas. Por esta razón el estudio longitudinal se limitará a las dos categorías principales (personal médico y de enfermería), distinguiendo en la primera de ellas entre profesionales de la medicina de familia y pediatras.

Los datos referidos al conjunto del SMS se presentan en la Tabla 56 para el periodo 2004-2021. De los 2.025 profesionales sanitarios en Atención Primaria registrados en 2021, un 44,4% son médicas/os de familia, un 43,2% son enfermeras/os, y un 12,4% pediatras. Respecto a 2004 ha aumentado en seis décimas el porcentaje correspondiente a pediatras (un 11,8% al inicio del periodo) y se han reducido marginalmente los relativos a profesionales de la

medicina de familia (43,7% en 2004) y de la enfermería (43,4% en el primer año del periodo). Esto es consecuencia del diferente ritmo de crecimiento de las tres categorías profesionales. Mientras que el total aumentó en el periodo un 37,7% (a un ritmo anual del 1,90%), el número de pediatras aumentó un 44,8% (media anual del 2,2%) y el número de miembros del personal de enfermería y del de medicina de familia aumentó ligeramente por debajo de la media (36,8% y 36,6%, respectivamente, o, lo que es lo mismo, a tasas medias del 1,86% y del 1,85%).

TABLA 56.

**Profesionales de Atención Primaria. Personal sanitario por tipos.
Región de Murcia, 2004-2021.**

	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería	Total
2004	658	174	639	1.471
2005	658	174	659	1.491
2006	678	183	659	1.520
2007	738	207	715	1.660
2008	810	232	779	1.821
2009	819	239	800	1.858
2010	827	239	794	1.860
2011	828	240	817	1.885
2012	828	241	825	1.894
2013	828	241	808	1.877
2014	832	240	820	1.892
2015	830	242	810	1.882
2016	828	241	811	1.880
2017	834	241	813	1.888
2018	836	243	817	1.896
2019	863	248	846	1.957
2020	865	251	854	1.970
2021	899	252	874	2.025

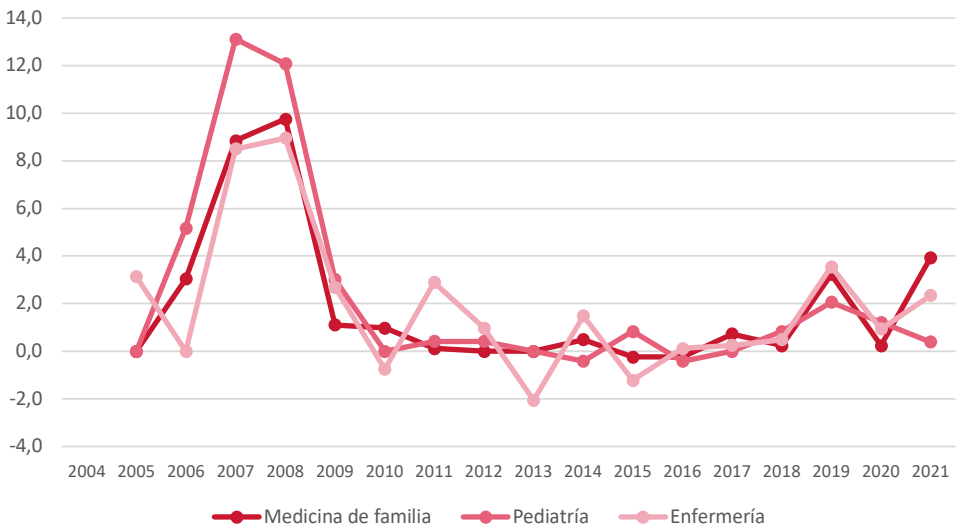
Fuente: SIAP.

Las tasas anuales de variación se representan en el Gráfico 22, en el que se observa claramente cómo la configuración actual de las plantillas de profesionales de primaria tuvo lugar en los años 2007 y 2008, en los que el número de profesionales aumentó en torno al 9% o 10% anual (en el caso de los/as pediatras, por encima del 12%). Desde entonces las plantillas se

han estabilizado y solo en 2019 y 2021 se registran incrementos anuales significativos (entre el 2% y el 3%). El número total de profesionales médicos y de enfermería en los servicios primarios de salud se redujo en tres años del periodo: 2010, 2013 y 2015; la dotación de médicas/os de familia se contrajo en 2015 y 2016, la de pediatras en 2014 y 2016 y la de personal de enfermería en 2010, 2013 y 2015.

GRÁFICO 22.

Evolución del número de profesionales de Atención Primaria. Región de Murcia, 2004-2021. Tasas anuales de variación (%).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 56.

En la Tabla 57 el número de profesionales de primaria se pone en relación con la población asignada al sistema, con el fin de obtener ratios de población por profesional. En 2004 las ratios eran de 1.646, 1.163 y 2.010 personas por cada profesional de medicina de familia, pediatría y enfermería, respectivamente. Dichas ratios se redujeron hasta los 1.419, 882 y 1.714 habitantes por profesional. En el Gráfico 23 se aprecia la tendencia decreciente en las tres ratios, si bien la intensidad en la reducción de estas ha sido dispar. La mayor caída en la ratio (un 24,2%) se ha producido en el caso de las/os pediatras, lo que es congruente con el mayor incremento registrado en el número de profesionales de este tipo que se señaló antes. La ratio de pacientes por enfermera/o se redujo en el periodo un 14,7%, mientras que la relativa al personal de medicina de familia se contrajo un 13,8%.

TABLA 57.

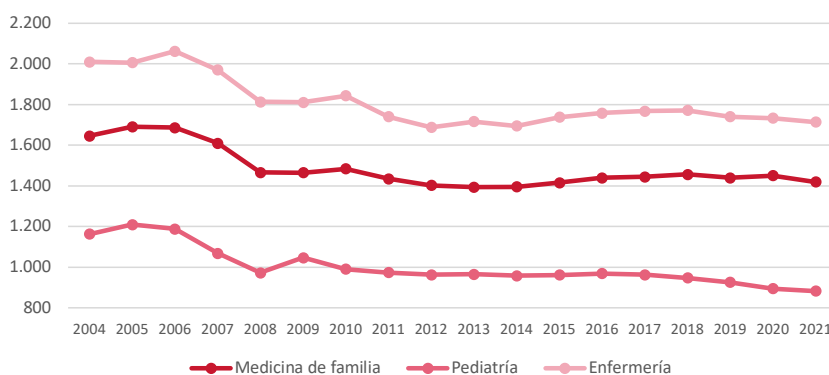
Ratio de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). Región de Murcia. 2004-2021.

	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería
2004	1.646	1.163	2.010
2005	1.691	1.210	2.007
2006	1.686	1.188	2.063
2007	1.610	1.068	1.971
2008	1.466	972	1.814
2009	1.465	1.047	1.811
2010	1.484	990	1.843
2011	1.435	973	1.740
2012	1.402	963	1.688
2013	1.394	965	1.717
2014	1.395	958	1.695
2015	1.416	962	1.738
2016	1.440	969	1.758
2017	1.445	963	1.768
2018	1.457	947	1.772
2019	1.440	925	1.741
2020	1.451	895	1.733
2021	1.419	882	1.714

Fuente: SIAP.

GRÁFICO 23.

Evolución de las ratios de profesionales sanitarios de Atención Primaria por tipos (población asignada por profesional). Región de Murcia. 2004-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Tabla 57.

Analizamos, seguidamente, las diferencias en la dotación de profesionales de Atención Primaria en la Región de Murcia, por Áreas de Salud, para lo que nos centramos en el estudio de las ratios de población por profesional que, con todas

las cautelas, pueden interpretarse como un indicador de la presión asistencial que soportan los profesionales de primaria en cada territorio. Esta información se muestra, para el año 2021, en la Tabla 58 y en los mapas que siguen a dicha tabla. Al estar las ratios definidas como número de personas por profesional, un menor valor indica una mejor dotación relativa de recursos humanos, mientras que los valores más altos serían indicativos de una menor dotación y, en consecuencia, una mayor presión asistencial y un mayor riesgo de saturación del sistema.

TABLA 58.

Ratio de profesionales sanitarios por tipos y por Áreas de Salud (población asignada por profesional). Región de Murcia. 2021.

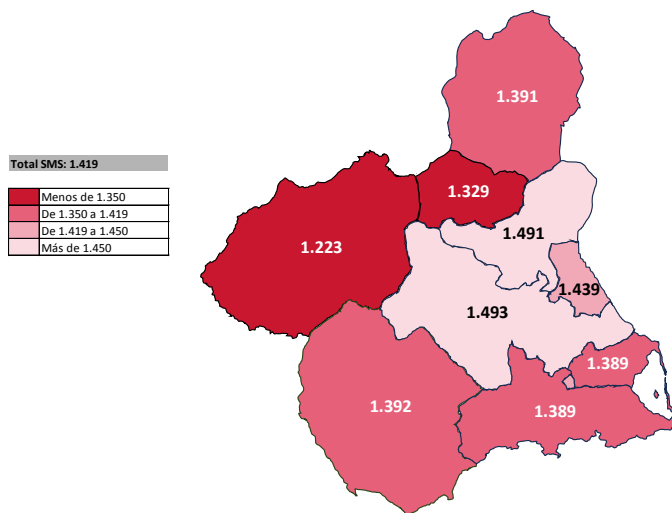
	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería
Área I: Murcia Oeste	1.493	943	1.854
Área II: Cartagena	1.389	848	1.702
Área III: Lorca	1.392	952	1.594
Área IV: Noroeste	1.222	712	1.314
Área V: Altiplano	1.391	824	1.720
Área VI: Vega Media del Segura	1.491	892	1.811
Área VII: Murcia Este	1.439	856	1.741
Área VIII: Mar Menor	1.389	909	1.774
Área IX: Vega Alta del Segura	1.329	846	1.592
Total SMS	1.419	882	1.714

Fuente: SIAP.

En 2021 se puede identificar el área I (Murcia oeste) como la que adolece de una mayor presión asistencial, por cuanto sus ratios son elevadas en los tres tipos de categorías profesionales. En el lado opuesto se encuentra el área IV (Noroeste), con ratios bajas también para las tres categorías. El análisis por tipos de profesionales permite comprobar cómo en la categoría de medicina de familia (Mapa 29) las ratios más elevadas corresponden a la citada área I, cuya ratio (1.493) prácticamente iguala el área VI (Vega Media), con un valor de 1.491. Recuérdese que estas dos áreas formaban hasta 2009 una única área, la antigua área I (Murcia). En el caso de los profesionales de pediatría (Mapa 30), las áreas con ratios más elevadas son el área III de Lorca (952) y el área I (943); junto a éstas solo el área VIII (Mar Menor) supera el umbral de las 900 personas por médica/o de familia. El personal de enfermería (Mapa 31) presenta ratios más altas, de nuevo, en las áreas I y VI (1.854 y 1.811, respectivamente).

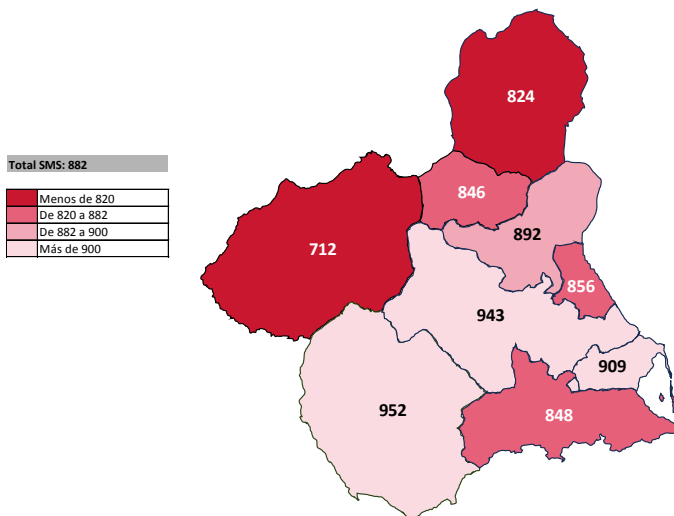
Los mayores niveles de dotación relativa de profesionales sanitarios se localizan en el área IV (1.222) y, a una distancia considerable (1.329), en el área IX (Vega alta del Segura), para el caso de la medicina de familia; de nuevo en el Noroeste (712) y en el área V (Altiplano) (824), en el caso de los pediatras; y en el área IV (1.314), el área IX (1.592) y el área III de Lorca (1.594), en los profesionales de enfermería.

MAPA 29.

**Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional).
Áreas de Salud. Región de Murcia. 2021.**


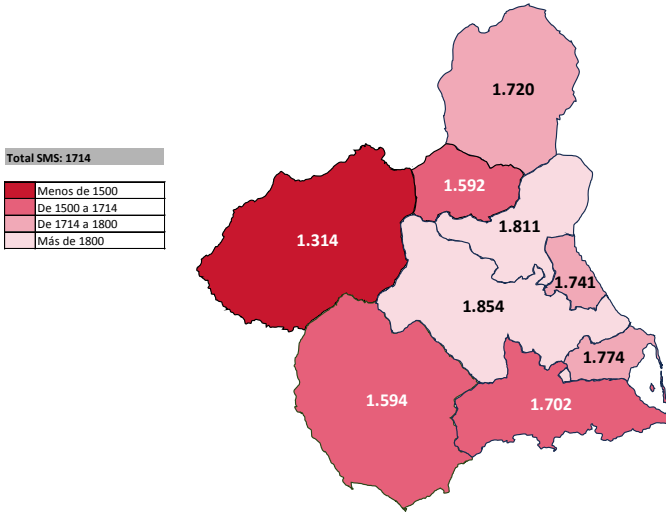
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro (menor ratio) se asocia con una mayor dotación relativa de profesionales.

MAPA 30.

**Ratio de pediatras (población asignada por profesional).
Áreas de Salud. Región de Murcia. 2021.**


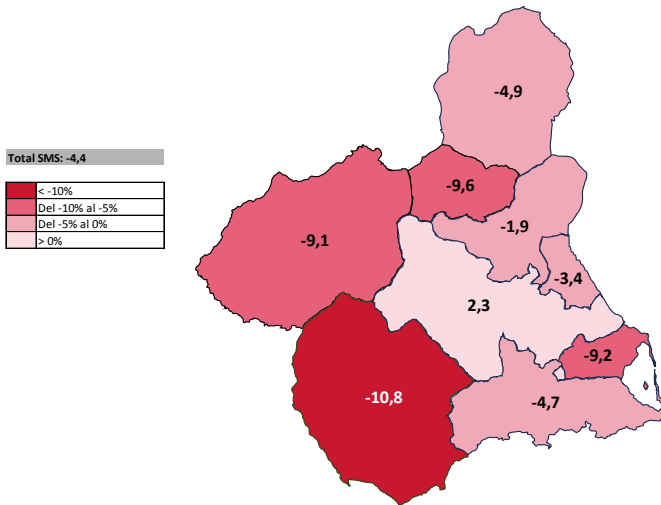
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro (menor ratio) se asocia con una mayor dotación relativa de profesionales.

MAPA 31.
Ratio de enfermeras (población asignada por profesional).
Áreas de Salud. Región de Murcia. 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro (menor ratio) se asocia con una mayor dotación relativa de profesionales.

MAPA 32.
Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional).
Áreas de Salud. Región de Murcia. Variación % 2010-2021.



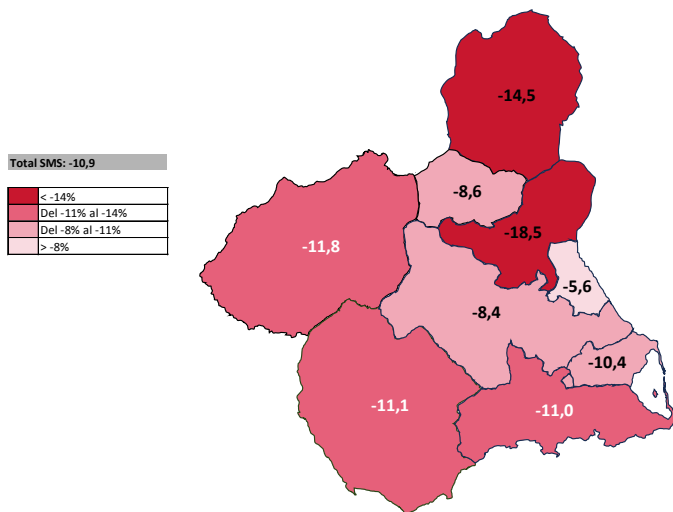
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro se asocia con una mayor reducción de la ratio, esto es, una mejor evolución de la dotación relativa de profesionales.

El análisis de la evolución de las ratios de profesionales de primaria en cada área de salud se ha restringido al periodo 2010-2021, en el que la configuración territorial es homogénea. En el Mapa 32 se puede comprobar cómo las Áreas de Salud que más han mejorado (esto es, reducido) sus ratios de personal de medicina de familia son el área III (Lorca), donde la ratio se redujo un 10,8%, el área IX (-9,6%), el área VIII (-9,2%) y el área IV (-9,1%). Por el contrario, la ratio aumentó en el área I (+2,3%) y apenas se redujo en el área VI (-1,9%).

En el caso del personal de pediatría (Mapa 33), las ratios han experimentado un descenso generalizado y de mayor intensidad, presumiblemente, como consecuencia de la caída en las tasas de natalidad y la consiguiente disminución de la población en edad pediátrica, en términos relativos. A la cabeza en la reducción de la ratio se encuentra el área VI (Vega media del Segura), con una disminución del 18,5%, seguida del área V (Altiplano), en la que la ratio cayó un 14,5%. El número de personas protegidas en edad pediátrica no creció en ninguna de las Áreas de Salud, siendo la cota mínima de la tasa de variación la correspondiente al área VII (Murcia este), donde el indicador solo se contrajo un 5,6%.

MAPA 33.

**Ratio de pediatras (población asignada por profesional).
Áreas de Salud. Región de Murcia. Variación % 2010-2021.**

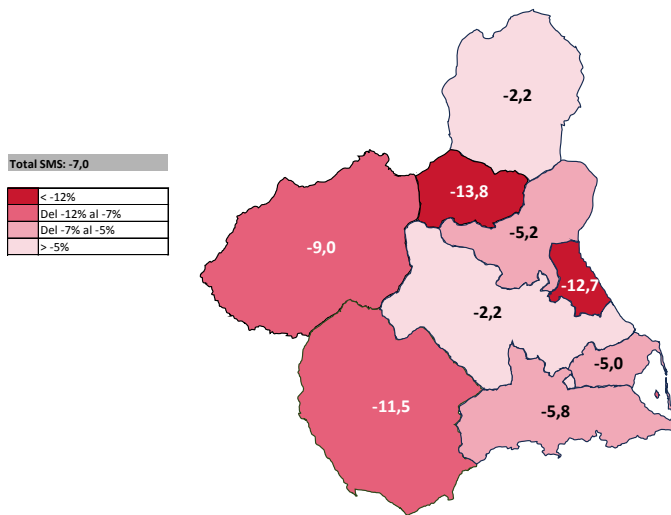


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro se asocia con una mayor reducción de la ratio, esto es, una mejor evolución de la dotación relativa de profesionales.

Finalmente, la dotación relativa de personal de enfermería también presenta dinámicas dispares entre territorios, aunque la mejora es, como en el caso de la

categoría de pediatras, generalizada y de cierta intensidad, como se comprueba en el Mapa 34. Las mejoras (reducciones) de mayor magnitud se localizan en las áreas IX (Vega alta del Segura) y VII (Murcia este), con caídas del 13,8% y 12,7%, respectivamente; también es significativa la contracción de la ratio en el área III de Lorca (-11,5%). El área I (Murcia oeste) y el área V (Altiplano) son las que registran una mejora —una caída en la ratio— de menor intensidad, con variaciones del -2,2% en ambos casos.

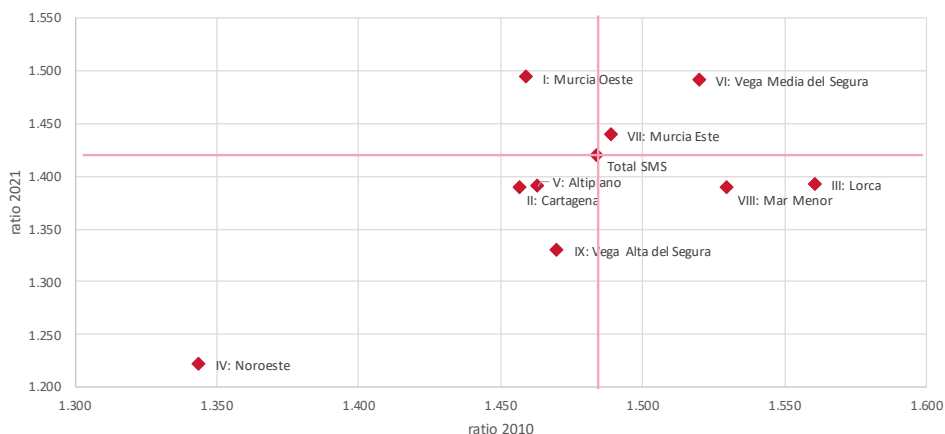
MAPA 34.
**Ratio de enfermeras (población asignada por profesional).
 Áreas de Salud. Región de Murcia. Variación % 2010-2021.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP. Un color más oscuro se asocia con una mayor reducción de la ratio, esto es, una mejor evolución de la dotación relativa de profesionales.

Con el fin de apreciar mejor las posiciones relativas y las dinámicas experimentadas por las distintas Áreas de Salud en relación con las ratios de profesionales sanitarios, se han construido varios gráficos que a continuación se comentan. En el Gráfico 24 se observa cómo la mayor parte de las Áreas de Salud se ubican en los cuadrantes superior derecho o inferior izquierdo, esto es, se encontraban por debajo (por encima) de la media en 2010 y continúan mostrando ratios superiores (inferiores) al promedio del SMS en 2021. Las excepciones son, en sentido negativo, el área I (Murcia Oeste), que es la única cuya ratio aumenta entre 2010 y 2021, pasando de estar por debajo de la media regional en 2010 a superarla 11 años después (cuadrante superior izquierdo); y, en sentido positivo, las áreas III (Lorca) y VIII (Mar Menor), que experimentan una dinámica justo opuesta (cuadrante inferior derecho).

GRÁFICO 24.
**Ratio de médicos de familia (población asignada por profesional).
 Áreas de Salud. Región de Murcia. 2010-2021.**

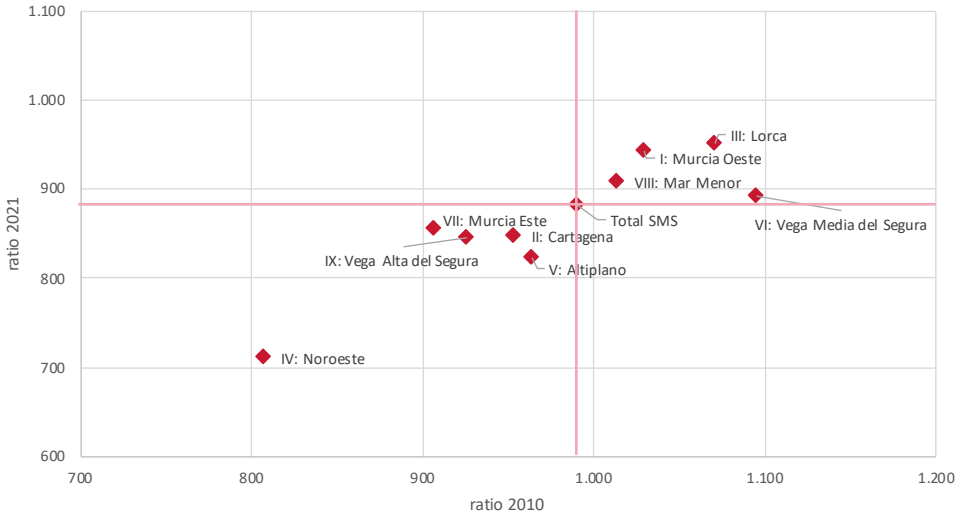


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP.

En el caso de la ratio de pediatras (Gráfico 25) no hay ningún área representada en los cuadrantes superior izquierdo e inferior derecho, lo que indica que las que estaban por debajo de la media en 2010 siguen estándolo en 2021 y las que superaban la media en el primer año con datos también lo hacen en el que cierra el periodo. Entre las que se encontraban en 2010 por encima de la media regional, la que mejor evolución presenta es el área VI (Vega media del Segura) que, en 2021, aunque lo supera, se queda muy próxima al valor medio de la ratio. En el grupo de áreas con ratio en pediatría inferior a la media es el área IV (Noroeste) la que mejor se comporta en el periodo, pues en 2021 está aún más lejos (por debajo) de la media que en 2010.

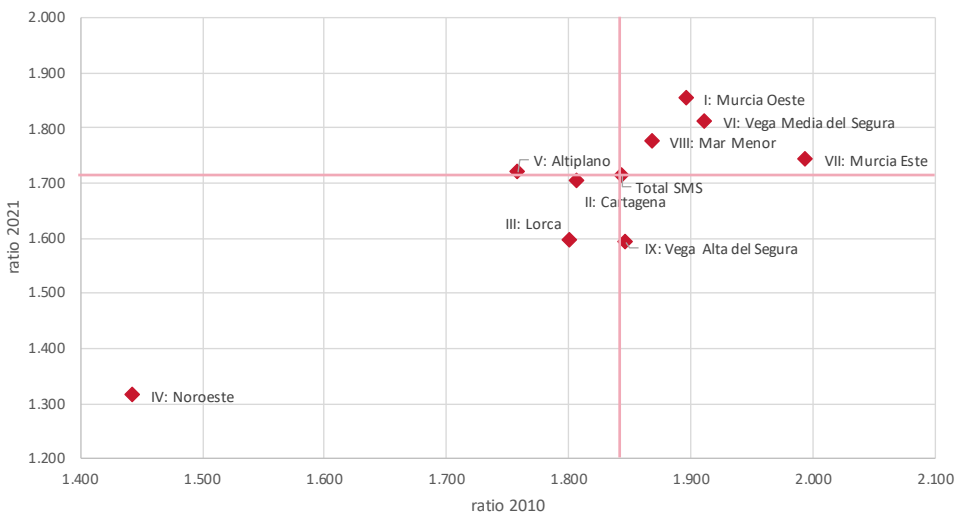
Finalmente, por lo que respecta a la ratio de población por enfermera/o, los cambios en las posiciones relativas son también de escasa magnitud, como se comprueba en el Gráfico 26. De las cuatro áreas con una ratio inferior a la del conjunto del SMS en 2010, tres siguen sin superar la media (las áreas II, III y IV), mientras que el área V (Altiplano) la sobrepasa por poco (1.720 frente a 1.714). El área IV (Cartagena) también se aproxima a la media en 2021 pero no llega a superarla. Cuatro de las áreas con ratios mayores que la media siguen presentando ratios que exceden de la cifra del conjunto del sistema regional; algunas de ellas, como el área VII (Murcia este), experimentan una fuerte reducción en la ratio que les permite aproximarse mucho a la media. La única área que se ubica en el cuadrante inferior derecho es el área IX (Vega alta del Segura), que en 2010 superaba por poco la media regional y en 2021 está claramente por debajo.

GRÁFICO 25.
Ratio de pediatras (población asignada por profesional).
Áreas de Salud. Región de Murcia. 2010-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP.

GRÁFICO 26.
Ratio de enfermeras (población asignada por profesional).
Áreas de Salud. Región de Murcia. 2010-2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SIAP.

2.8. CALIDAD ASISTENCIAL

En esta sección analizamos algunos indicadores de calidad asistencial de la Atención Primaria en la Región de Murcia, por Áreas de Salud. La fuente de los datos es el Observatorio de Resultados del SMS¹⁰² que agrupa los indicadores en dos categorías: efectividad/eficiencia y accesibilidad. Añadimos a estos dos grupos de indicadores los que el observatorio incluye en la categoría “calidad percibida” (experiencia o satisfacción del paciente), referidos a la Atención Primaria. Lamentablemente, el Observatorio de Resultados únicamente ofrece información hasta el año 2019 (y desde 2015 o 2016, según el indicador de que se trate). No resulta posible, por tanto, saber si en los años más recientes se ha producido algún cambio significativo en el nivel de los indicadores y en su variabilidad por Áreas de Salud que pudiera restar virtualidad a las conclusiones que se extraigan de este análisis.

2.8.1. Indicadores de efectividad/eficiencia

Comenzaremos analizando los indicadores que el Observatorio de Resultados agrupa en la categoría de efectividad/eficiencia. De todos los indicadores disponibles dentro de este grupo, escogeremos ocho; dos de ellos referidos al control de enfermedades crónicas: hipertensión y diabetes (DM); otros cuatro relativos a la posible sobreprescripción: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), inhibidores de la bomba de protones (IBP), benzodiazepinas y antibióticos sistémicos —los dos últimos relacionados, además, con la seguridad—; y tres más, que se vinculan, de un lado, a la adecuación a las guías clínicas y, de otro, al criterio de eficiencia: uso de hipolipemiantes de elección, consumo de antihipertensivos de elección y utilización de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina de elección.

En la Tabla 59 se muestran los datos referidos al indicador de control de la tensión arterial en primaria. Las cifras miden el porcentaje de pacientes de 14 años o más diagnosticados de hipertensión arterial con valores inferiores a 140/90 en la última toma registrada en la historia clínica en los 12 últimos meses. Para el conjunto del SMS el indicador alcanza un valor del 26% en 2019 (idéntico al registrado en 2016), si bien la variabilidad por Áreas de Salud es significativa, como se visualiza en el Mapa 35 para el año más reciente con información disponible. Las áreas V (Altiplano) y II (Cartagena) son las que ofrecen un mejor desempeño en el control de la tensión arterial, con porcentajes del 34,5% y del 31%, respectivamente. También se sitúan por encima de la media regional el área VIII (Mar Menor), el área IV (Noroeste) y el área III (Lorca), aunque en esta

102 <http://www.serviciomurcianodesalud.es/observatoriorresultados/>.

última el porcentaje no alcanza el 30%. El área con un control más pobre de los pacientes hipertensos es la IX (Vega Alta del Segura), donde solo un 15,9% de los pacientes diagnosticados tienen una última toma con valores por debajo de los umbrales definidos. Por debajo de la media del 26% se localizan también las áreas VII (Murcia Este), VI (Vega Media del Segura) y I (Murcia Oeste).

TABLA 59.

**Pacientes hipertensos con control adecuado de tensión arterial (%).
Áreas de Salud. Región de Murcia. 2016-2019.**

	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	23,9	23,0	22,4	23,7
Área II - Cartagena	31,2	30,7	30,0	31,0
Área III - Lorca	26,3	24,8	26,1	27,4
Área IV - Noroeste	30,2	29,3	30,5	30,5
Área V - Altiplano	36,4	34,2	33,6	34,5
Área VI - Vega Media del Segura	22,3	22,0	22,1	22,1
Área VII - Murcia Este	21,6	20,5	21,5	21,7
Área VIII - Mar Menor	30,5	31,0	29,1	30,6
Área IX - Vega Alta del Segura	16,4	15,4	14,7	15,9
Servicio Murciano de Salud	26,0	25,2	25,2	26,0

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

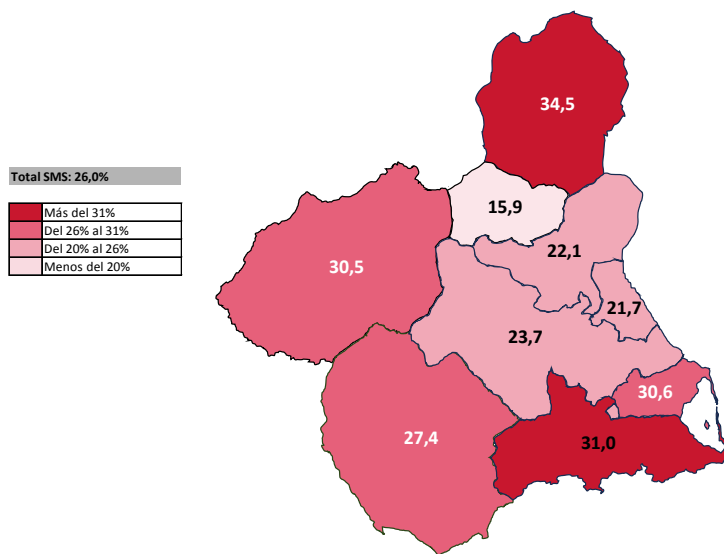
El área en la que el indicador ha evolucionado de manera más positiva entre 2016 y 2019 es el área III (Lorca), donde el porcentaje de pacientes con la tensión arterial bajo control aumentó 1,1 puntos porcentuales. La peor evolución se registra, paradójicamente, en el área con un valor más destacado en 2019: el área V (Altiplano), que en 2016 presentaba una cifra del 36,4% (más de 10 puntos por encima de la media) y en 2019 registra un retroceso en el indicador de 1,9 puntos, lo que no le impide continuar siendo el área con un mejor desempeño en este indicador.

El indicador que mide el adecuado control de los pacientes diabéticos se presenta en la Tabla 60. Este indicador se define como el porcentaje de pacientes de 14 años o más y menores de 65 años con diagnóstico de DM¹⁰³ que, en la última determinación anual de hemoglobina glicosilada registrada en la historia clínica, muestra valores iguales o inferiores a 7%. Para el total del SMS el porcentaje se sitúa en el 22,9%, sin que se hayan registrado grandes cambios en los cuatro años considerados en la tabla.

103 Incluye diabetes tipo 1 y tipo 2 y excluye la diabetes gestacional.

MAPA 35.

**Control de presión arterial en pacientes con diagnóstico de hipertensión.
Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de Resultados del SMS.

TABLA 60.

**Pacientes diabéticos con hemoglobina glicosilada menor o igual a 7%.
Áreas de Salud. Región de Murcia. 2016-2019.**

	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	23,6	23,7	21,6	21,9
Área II - Cartagena	22,4	21,8	20,8	22,3
Área III - Lorca	22,4	23,0	22,4	22,1
Área IV - Noroeste	11,5	15,3	18,2	18,5
Área V - Altiplano	20,2	21,3	19,1	21,7
Área VI - Vega Media del Segura	24,1	26,5	26,9	27,0
Área VII - Murcia Este	28,9	27,7	27,6	27,5
Área VIII - Mar Menor	18,7	19,3	17,4	19,5
Área IX - Vega Alta del Segura	17,4	17,9	14,0	16,3
Servicio Murciano de Salud	22,6	23,1	22,2	22,9

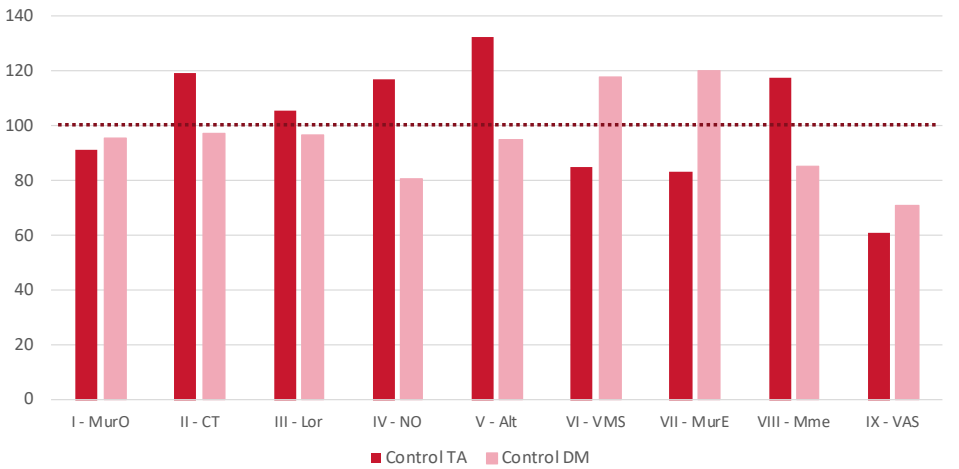
Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

Si nos centramos en el último año disponible, el valor máximo corresponde al área VII (Murcia Este) y el mínimo al área IX (Vega Alta del Segura), con porcentajes del 27,5% y el 16,3%, respectivamente. Presentan valores superiores a la media

regional únicamente dos áreas: la citada área VII y el área VI (Vega Media del Segura), esta última con un 27%. Todas las demás áreas registran valores inferiores al 23%, siendo particularmente bajos los correspondientes a las áreas VIII (Mar Menor) (19,5%) y IV (Noroeste) (18,5%), además del área IX que registra el mínimo regional.

Por lo que respecta a la evolución del indicador en el periodo 2016-2019, es reseñable el incremento registrado en el porcentaje correspondiente al área IV (Noroeste), que aumentó 7 puntos en estos tres años, pese a lo cual, en 2019 dicha área es la tercera por la cola en este indicador de calidad asistencial; la razón de ello es que en 2016 el área IV registraba un valor muy alejado de la media (11,5% frente a 22,6%), de manera que el importante incremento habido en estos años no ha servido para que alcance el promedio regional. En sentido opuesto, cabe mencionar el deterioro de 1,7 puntos experimentado por el indicador en el área I (Murcia Oeste), que ha hecho que pase de estar por encima de la media del SNS a quedar por debajo de esta.

GRÁFICO 27.
Indicadores de control de la tensión arterial y la diabetes. Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019 (SMS=100).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de Resultados del SMS.

En el Gráfico 27 mostramos los valores que cada una de las Áreas de Salud muestra en el último año disponible para los dos indicadores de control de patologías crónicas analizados, ambos en relación al promedio del SMS que hacemos igual a 100. Curiosamente, ninguna de las Áreas de Salud presenta indicadores superiores a la media en ambos indicadores, de manera simultánea. Solo las áreas II (Cartagena) y III (Lorca) superan la media en el indicador de control

adecuado de la tensión arterial y se sitúan muy cerca de la media en el indicador de control de pacientes con DM. Las áreas con mejor desempeño en el control de pacientes con hipertensión (V-Altiplano y VIII-Mar Menor; además de las dos citadas), quedan por debajo de la media en el segundo indicador. Y, a la inversa, las áreas con valores más altos del indicador de control de la DM (VI-Vega Media y VII-Murcia Este) quedan lejos del índice 100 en la ratio de pacientes hipertensos con la presión arterial bajo control. Dos áreas presentan indicadores alejados de la media en ambos casos: el área I (Murcia Oeste), con cifras inferiores al dato del SMS, aunque cercanas; y el área IX (Vega Alta del Segura), con diferencia la que peor desempeño muestra en el control de estas dos patologías crónicas, a tenor de los indicadores de calidad seleccionados.

A continuación, analizamos el nivel relativo y la evolución de cuatro indicadores de consumo o prescripción de fármacos, con el fin de identificar comportamientos singulares de algunas áreas que pudieran ser indicativos de hiperprescripción. El primero de ellos alude a la utilización en Atención Primaria de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y mide exactamente el promedio de personas tratadas diariamente con AINE en dosis diarias definidas (DDD) por cada 1000 habitantes y día, o “dosis habitante día” (DHD). La evolución de este indicador se muestra en la Tabla 61, para el periodo 2015-2019, por Áreas de Salud.

TABLA 61.

**Uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Áreas de Salud.
Región de Murcia. 2015-2019. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día (DHD)**

	2015	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	62,4	61,4	60,2	57,8	57,4
Área II - Cartagena	66,9	67,7	67,1	65,6	63,5
Área III - Lorca	76,2	75,3	73,4	71,3	68,4
Área IV - Noroeste	76,2	74,9	68,0	65,1	62,8
Área V - Altiplano	74,6	77,5	73,2	68,3	67,7
Área VI - Vega Media del Segura	58,8	58,0	55,6	53,7	52,4
Área VII - Murcia Este	56,3	55,4	55,6	55,3	56,2
Área VIII - Mar Menor	60,7	59,1	58,2	56,7	56,9
Área IX - Vega Alta del Segura	86,4	86,1	77,3	74,5	73,8
Servicio Murciano de Salud	65,5	64,9	63,1	61,2	60,1

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

En 2019 la cifra para el agregado del SMS se situó en 60,1 DHD, resultado de una paulatina reducción del valor del indicador desde 2015, año en el que se registró un valor de 65,5. Las diferencias entre las Áreas de Salud son considerables.

Así, por ejemplo, si nos fijamos en los últimos valores disponibles, para 2019, el rango de cifras va desde 52,4 en el área VI (Vega Media del Segura) hasta 73,8 en el área IX (Vega Alta del Segura); esto es, más de 20 DDD por 1000 habitantes y día de diferencia entre ambas áreas (un 40% más de consumo de AINE en el área IX que en el área VI). Además del área IX, superan la media regional las áreas III (Lorca), V (Altiplano), II (Cartagena) y IV (Noroeste); las otras tres áreas (Murcia Este, Murcia Oeste y Mar Menor) presentan niveles de uso de AINE más bajos que el promedio regional.

La evolución del indicador es favorable en la totalidad de Áreas de Salud: en todas ellas el uso de AINE en Atención Primaria se ha reducido entre 2015 y 2019 (en el área VII-Murcia Este apenas 1 décima). La caída en la prescripción de AINE ha sido particularmente intensa en el área IV (Noroeste), que en 2015 registraba el segundo valor más elevado y en 2019 ocupa el quinto lugar en utilización de AINE; y en el área IX (Vega Alta) que, pese a reducir en 12,6 DHD su nivel de consumo de estos fármacos, sigue siendo, como se ha señalado, el área con un indicador más alto en la región.

El segundo de los indicadores de prescripción es el que mide la utilización de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en el nivel de Atención Primaria. La evolución entre 2015 y 2019 de este indicador, expresado, como el anterior, en DHD, se muestra en la Tabla 62, en la que se observa una importante dispersión de los valores por Áreas de Salud.

Para el total regional el indicador presentó en 2019 un ligero repunte, tras la caída registrada entre 2015 y 2018. En el último año disponible el valor máximo (212,8) se registró en el área IX (Vega Alta del Segura) y el mínimo (144,0) en el área VI (Vega Media del Segura). También fue elevado el indicador correspondiente al área IV (Noroeste) que, junto con las áreas III (Lorca) y I (Murcia Oeste), integran el grupo de territorios con valores superiores al agregado regional. Las áreas con una tasa de prescripción de IBP inferiores a la media del SMS son las áreas VIII (Mar Menor), II (Cartagena), V (Altiplano) y VII (Murcia Este), además del área VI.

El área en la que más se redujo la utilización de IBP es el área VI (Vega Media del Segura), que ya en 2015 registraba el valor más bajo de las nueve Áreas de Salud. Este comportamiento “virtuoso” también se observa en el área VIII (Mar Menor): la segunda con un indicador más reducido en 2015 y en 2019 y la segunda que registra una mayor reducción del indicador en el periodo. En el otro extremo tenemos el área IV (Noroeste), donde el número de DHD de IBP aumentó en 5,1 desde 2015, año en el que dicha área era la segunda con una mayor tasa de utilización de estos medicamentos. El área IX (Vega Alta) es la de mayor prescripción al inicio y al final del periodo y la segunda (tras el área IV) en la que la tasa de uso de IBP más ha crecido.

TABLA 62.

**Uso de Inhibidores de la bomba de protones (IBP). Áreas de Salud.
Región de Murcia. 2015-2019. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día (DHD)**

	2015	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	170,2	171,1	167,4	166,0	168,8
Área II - Cartagena	155,2	157,3	154,0	153,3	154,2
Área III - Lorca	181,2	182,2	178,6	180,1	182,5
Área IV - Noroeste	203,8	205,9	203,9	204,6	208,9
Área V - Altiplano	157,1	158,2	154,6	153,3	156,0
Área VI - Vega Media del Segura	148,2	148,6	145,8	143,6	144,0
Área VII - Murcia Este	161,4	162,4	160,4	159,6	162,1
Área VIII - Mar Menor	150,4	150,2	145,9	143,8	147,7
Área IX - Vega Alta del Segura	210,3	218,0	208,3	210,4	212,8
Servicio Murciano de Salud	165,0	166,2	162,9	162,1	164,1

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

Los dos siguientes indicadores, no solo pueden servir para detectar comportamientos de hiperprescripción en algunas Áreas de Salud, sino que también pueden alertar de problemas de seguridad. El primero de ellos es el referido al uso de benzodiazepinas, y su definición es similar a la de los anteriores, esto es, refleja el número de DHD de benzodiazepinas prescritas en Atención Primaria. Como puede verse en la Tabla 63, el número de DDD por 1000 habitantes y día para el conjunto del SMS se situó en 2019 en 66,1, lo que supone una ligera reducción respecto a 2015.

TABLA 63.

**Uso de benzodiazepinas en Atención Primaria. Áreas de Salud.
Región de Murcia. 2015-2019. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día (DHD)**

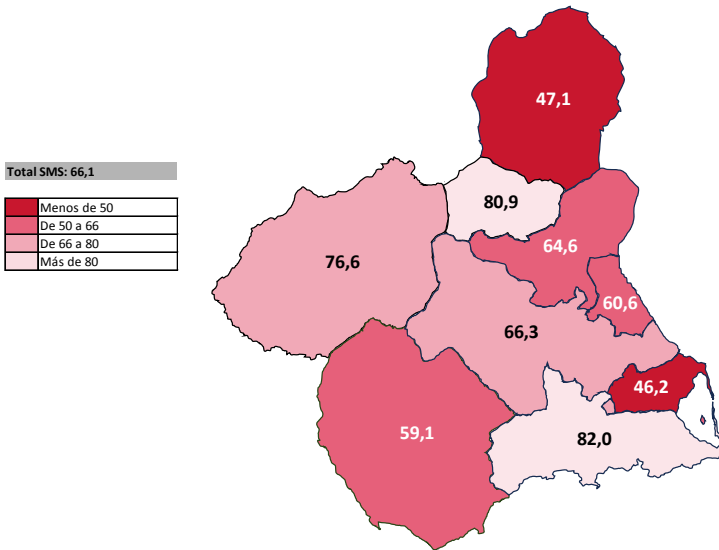
	2015	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	68,8	69,0	68,6	68,1	66,3
Área II - Cartagena	81,4	82,1	81,9	83,0	82,0
Área III - Lorca	60,4	61,2	59,7	60,2	59,1
Área IV - Noroeste	75,3	77,8	75,9	76,4	76,6
Área V - Altiplano	52,4	51,9	49,8	48,3	47,1
Área VI - Vega Media del Segura	68,2	68,6	66,6	65,6	64,6
Área VII - Murcia Este	61,7	61,5	60,8	60,2	60,6
Área VIII - Mar Menor	54,2	51,8	49,5	47,3	46,2
Área IX - Vega Alta del Segura	79,1	83,5	81,7	82,0	80,9
Servicio Murciano de Salud	68,0	68,4	67,2	67,0	66,1

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

La dispersión territorial de las tasas de prescripción de benzodiazepinas se visualiza en el Mapa 36. El indicador correspondiente al área II (Cartagena) multiplica por 1,8 la cifra registrada en el área VIII (Mar Menor), algo que resulta difícil de explicar sobre la base de diferencias sociodemográficas o epidemiológicas. Por encima de la media del SMS se sitúan, además del área II, las áreas IX (Vega Alta), IV (Noroeste) y I (Murcia Oeste). La prescripción de benzodiazepinas fue en 2019 inferior a la media, por el contrario, en las áreas V (Altiplano), III (Lorca), VII (Murcia Este) y VI (Vega Media), así como en la citada área VIII. Es en esta última (Mar Menor) y en el área V (Altiplano), donde más se ha reducido el uso de benzodiazepinas entre 2015 y 2019, justamente las dos áreas que presentaban los valores más bajos del indicador ya en el inicio del periodo. La prescripción de benzodiazepinas únicamente aumentó en tres áreas: la IX (Vega Alta), la IV (Noroeste) y la II (Cartagena), precisamente las tres con cifras más altas de prescripción en 2019.

MAPA 36.

Utilización de benzodiazepinas. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día (DHD). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de Resultados del SMS.

El último de los indicadores de este segundo grupo también orienta sobre posibles pautas de sobreprescripción y acerca de potenciales problema de seguridad. Se trata de la tasa de prescripción de antibióticos sistémicos en primaria, y un valor elevado, no solo puede revelar situaciones de hiperprescripción, sino

que también alerta sobre el impacto negativo de dicho sobreconsumo en términos de resistencia antimicrobiana. El indicador registra las personas que reciben tratamiento con antibióticos sistémicos, prescritos en primaria, en términos de DHD. La Tabla 64, en la que se muestran los valores referidos a este indicador para las Áreas de Salud del SMS entre 2015 y 2019, evidencia una significativa variabilidad territorial en el uso de estos medicamentos.

En 2019 la cifra regional se sitúa en 17,3 y los valores máximo y mínimo se corresponden con las áreas IV (Noroeste) y V (Altiplano), cuyas cifras respectivas son 21,3 y 15,2, respectivamente. Superan el indicador del SMS, además del área IV, las áreas IX (Vega Alta), VIII (Mar Menor) y III (Lorca). Por debajo de la media, junto al área V se encuentran las áreas VI (Vega Media), VII (Murcia Este), II (Cartagena) y I (Murcia Oeste).

La buena noticia respecto a este indicador es que la prescripción de antibióticos sistémicos se redujo para el total regional en un 30% (de 24,5 a 17,3 DHD) y, además, esa misma dinámica la han seguido todas las Áreas de Salud del SMS. El número de DDD por 1000 habitantes y día de antibióticos sistémicos prescritos se redujo entre un 25% (área VII-Murcia Este) y un 37% (área V-Altiplano).

TABLA 64.

**Antibióticos sistémicos prescritos en Atención Primaria. Áreas de Salud.
Región de Murcia. 2015-2019. Dosis Diarias Definidas por cada 1.000 habitantes y día
(DHD)**

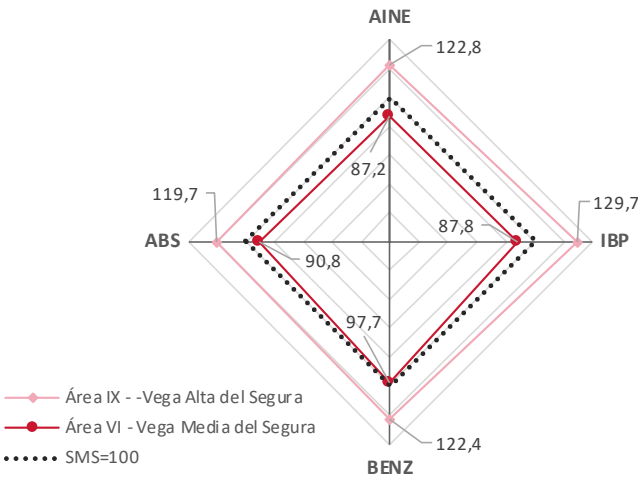
	2015	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	24,8	23,3	23,3	22,0	17,2
Área II - Cartagena	24,5	23,2	22,8	22,0	17,1
Área III - Lorca	25,6	24,6	24,1	23,2	18,1
Área IV - Noroeste	29,1	28,5	27,0	26,0	21,3
Área V - Altiplano	24,1	23,1	21,5	19,7	15,2
Área VI - Vega Media del Segura	22,5	21,8	21,3	20,1	15,7
Área VII - Murcia Este	22,3	21,3	21,6	20,9	16,8
Área VIII - Mar Menor	25,6	24,3	23,8	23,0	18,2
Área IX - Vega Alta del Segura	30,0	29,2	28,5	27,6	20,7
Servicio Murciano de Salud	24,5	23,4	23,1	22,0	17,3

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

En resumen, por lo que respecta a los indicadores de posible sobreprescripción (y seguridad), se observa una elevada heterogeneidad por Áreas de Salud, con una tendencia, en general, de reducción de las tasas de prescripción entre 2015-2019 (algo menor en el caso de los IBP) y algunos casos concretos preocupantes, por la

persistencia de altos valores en los indicadores. En el Gráfico 28 se compara el nivel de los cuatro indicadores para dos áreas que podrían considerarse representativas de buenas y malas prácticas en este ámbito: el área VI (Vega Media del Segura), con todos los indicadores por debajo de la media regional, y el área IX (Vega Alta del Segura), cuyos indicadores superan el valor agregado del SMS entre un 20% y un 30%.

GRÁFICO 28.
Indicadores de prescripción. Área VI, Área IX y SMS (=100).
Región de Murcia. 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de Resultados del SMS.

Se comentan seguidamente tres indicadores de calidad en Atención Primaria que miden el porcentaje de medicamentos “de elección” (esto es, distintos de los recomendados por las guías de prescripción del SMS) sobre el total de medicamentos prescritos para tres patologías o problemas de salud: hipertensión, trastornos depresivos e hiperlipemias. Estos indicadores sirven para informar hasta qué punto las pautas de prescripción se adecúan a las guías de prescripción del SMS. Pero también, en la medida en que los fármacos de elección pudieran ser más costosos que los recomendados como primera opción (y asumiendo idéntico efecto terapéutico), pueden estos indicadores informar sobre posibles ineficiencias en la prescripción de medicamentos en primaria, consistentes en gastar más por un mismo resultado en salud. En la Tabla 65 se muestra la información referida al uso de antihipertensivos de elección, en la Tabla 66 la referida a antidepressivos y en la Tabla 67 la correspondiente a medicamentos hipolipemiantes.

Por lo que respecta a la prescripción de antihipertensivos (Tabla 65), el porcentaje de medicamentos de elección prescritos en 2019 se situó, para el

conjunto del SMS, en un 40,8%, mostrando una tendencia al alza desde el 39,1% de 2015. En el año más reciente, el rango de variabilidad del porcentaje por Áreas de Salud alcanza un mínimo del 35,6% en el área IX (Vega Alta del Segura) y un máximo del 44,0% en el área III (Lorca). Las áreas II (Cartagena) y VII (Murcia Este) también superan la media regional y el área VIII (Mar Menor) prácticamente la iguala. Por debajo de la media se sitúa el resto de áreas, destacando, además del valor mínimo del área IX, el 36% del área V (Altiplano). En todas las Áreas de Salud ha aumentado el porcentaje de antihipertensivos de elección prescritos en Atención Primaria, destacando los casos de las áreas IV (Noroeste), III (Lorca) y IX (Vega Alta), con incrementos superiores al 6% (entre 2 y tres puntos porcentuales). El menor aumento se registra en el área V (Altiplano), donde el indicador aumenta apenas 4 décimas (+1,1%).

TABLA 65.

Antihipertensivos de elección prescritos en primaria (% sobre total de medicamentos prescritos). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	37,6	37,8	37,6	38,1	38,9
Área II - Cartagena	41,7	42,3	42,7	43,0	43,8
Área III - Lorca	41,4	42,0	42,1	42,9	44,0
Área IV - Noroeste	35,9	36,5	36,4	37,1	38,3
Área V - Altiplano	35,6	35,4	34,9	35,5	36,0
Área VI - Vega Media del Segura	37,4	37,5	37,6	38,0	38,7
Área VII - Murcia Este	41,4	41,2	41,1	41,7	42,6
Área VIII - Mar Menor	39,3	39,8	39,8	40,0	40,7
Área IX - Vega Alta del Segura	33,5	34,1	34,7	35,0	35,6
Servicio Murciano de Salud	39,1	39,4	39,4	39,9	40,8

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

El porcentaje de antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) de elección es superior al comentado para el caso de los antihipertensivos. Para el total regional, dicho porcentaje se sitúa en el 65,8% y la tendencia es, así mismo, de crecimiento en el periodo, desde el 63,9% registrado en 2015, tal y como se muestra en la Tabla 66. El valor máximo en 2019 corresponde al área I (Murcia Oeste) que, al igual que el área VII (Murcia Este), supera el 70%. Cerca de dicha cifra se sitúa el área VI (Vega Media del Segura) y apenas superando la media regional, con un 65,9%, el área VIII (Mar Menor). Por debajo de la media del SNS se ubican las áreas II (Cartagena), III (Lorca), IX (Vega Alta del Segura), V (Altiplano) y IV (Noroeste); esta última marca el mínimo regional con un 58,6% de medicamentos antidepresivos (ISRS) de elección prescritos en primaria. Por lo que

atañe a la evolución del indicador, el porcentaje aumentó en todas las Áreas de Salud, salvo el área IV (Noroeste), así como para el total del SMS. Los incrementos fueron particularmente significativos en el área IX (Vega Alta del Segura), donde el porcentaje aumentó casi 5 puntos (un 8,9%) y en el área V (Altiplano), en la que el crecimiento fue de 3,6 puntos (un 6,5%).

TABLA 66.

Antidepresivos (ISRS) de elección prescritos en primaria (% sobre total de medicamentos prescritos). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	69,7	69,8	70,0	70,2	70,6
Área II - Cartagena	59,7	60,6	61,5	61,9	62,4
Área III - Lorca	58,6	60,0	59,9	60,4	60,7
Área IV - Noroeste	58,8	59,7	59,5	58,8	58,6
Área V - Altiplano	55,4	55,3	57,9	59,7	59,0
Área VI - Vega Media del Segura	67,8	67,6	68,3	69,0	69,5
Área VII - Murcia Este	68,4	68,6	69,6	69,8	70,2
Área VIII - Mar Menor	64,0	64,0	64,2	65,5	65,9
Área IX - Vega Alta del Segura	55,3	55,9	57,6	58,5	60,2
Servicio Murciano de Salud	63,9	64,3	65,0	65,4	65,8

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

TABLA 67.

Hipolipemiantes de elección prescritos en primaria (%). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	78,1	76,3	75,2	75,9	76,1
Área II - Cartagena	80,6	78,7	76,6	76,2	75,5
Área III - Lorca	79,3	76,9	74,7	76,0	75,2
Área IV - Noroeste	71,7	69,8	68,7	70,9	71,5
Área V - Altiplano	74,3	73,8	73,3	74,5	74,2
Área VI - Vega Media del Segura	71,9	69,7	68,0	68,7	68,3
Área VII - Murcia Este	79,3	77,4	75,7	75,8	74,7
Área VIII - Mar Menor	77,0	74,6	72,3	72,3	70,7
Área IX - Vega Alta del Segura	72,3	70,7	69,7	70,1	69,6
Servicio Murciano de Salud	77,1	75,1	73,4	74,0	73,5

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

Como se observa en la Tabla 67, casi tres cuartas partes (73,5%) de los hipolipemiantes prescritos en Atención Primaria en el SMS son fármacos de elección, si bien ha de señalarse la disminución registrada en el porcentaje desde 2015 (77,1%). Este indicador de adecuación/eficiencia supera el 75% en tres Áreas de Salud: el área I (Murcia Oeste), que registra el máximo (76,1%), el área II (Cartagena) y el área III (Lorca). En el área VII (Murcia Este) y en el área V (Altiplano) también se supera la media regional, mientras que en el resto de áreas el porcentaje se sitúa en torno al 70%. El mínimo en 2019 corresponde al área VI (Vega Media del Segura), con un 68,3%. En todas las Áreas de Salud se ha producido una disminución del indicador, resultando especialmente significativa en las áreas VIII (Mar Menor), con una caída de 6,3 puntos (un 8,2%), y en el área II (Cartagena), donde el porcentaje se contrajo 5,1 puntos (un 6,3%). Apenas se redujo, por el contrario, en las áreas IV (Noroeste) y V (Altiplano).

En el Gráfico 29 se muestra la situación de los tres indicadores en el año 2019 para todas las Áreas de Salud y el agregado SMS. En dicho gráfico se observa cómo únicamente las áreas IV (Noroeste) y IX (Vega Alta del Segura) presentan tasas de prescripción inferiores a la media regional en los tres grupos de fármacos examinados. Las áreas V (Altiplano), VI (Vega Media del Segura) y VIII (Mar Menor) presentan tasas de prescripción inferiores a la media en dos de las tres patologías. Las áreas I (Murcia Oeste), II (Cartagena) y III (Lorca) solo registran un indicador inferior al agregado del SMS en uno de los tres casos (antihipertensivos, en el área I, y antidepresivos ISRS, en las áreas II y III). El área VII (Murcia Este) supera la media regional en los tres indicadores de prescripción de medicamentos de elección en 2019.

GRÁFICO 29.
Prescripción de medicamentos de elección (%): antihipertensivos, antidepresivos (ISRS) e hipolipemiantes. Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de Resultados del SMS.

2.8.2. Indicadores de accesibilidad

Por lo que respecta a los indicadores de accesibilidad, se considerarán tres datos de cobertura vacunal: frente al meningococo C, frente al virus de papiloma humano (VPH) y frente a la gripe. En el primer caso, el indicador mide el porcentaje de población de 12 años que ha recibido la vacuna frente al meningococo C. La evolución por Áreas de Salud de dicho indicador de cobertura desde 2015 hasta 2019 se muestra en la Tabla 68, en la que se observa que el valor agregado para 2019 (81,9%) es exactamente igual que el de 2015, registrándose una caída en la cobertura vacunal frente al meningococo en los últimos años (particularmente, en 2019), tras el importante aumento habido en 2016.

TABLA 68.

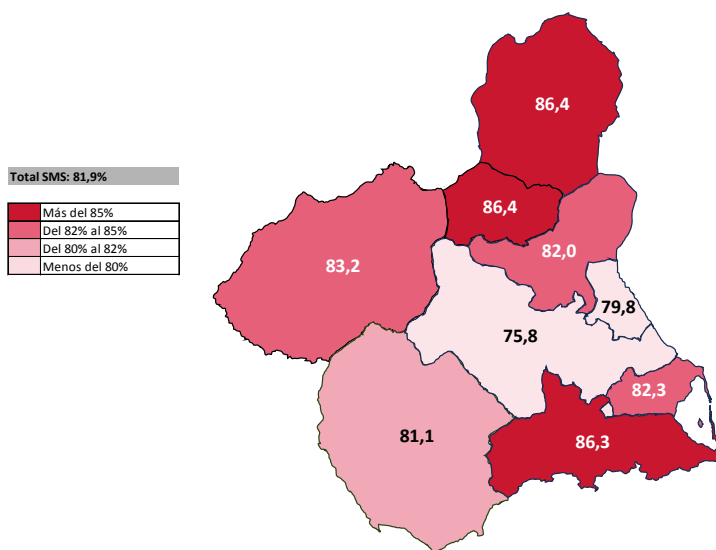
Cobertura de vacunación frente al meningococo (porcentaje). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	83,8	88,1	87,4	87,0	79,8
Área II - Cartagena	80,1	87,3	87,3	87,0	86,3
Área III - Lorca	79,8	85,0	84,9	82,4	81,1
Área IV - Noroeste	83,8	88,2	87,8	85,0	83,2
Área V - Altiplano	85,8	87,7	87,6	88,1	86,4
Área VI - Vega Media del Segura	83,9	89,1	88,7	88,5	82,0
Área VII - Murcia Este	80,9	87,3	86,5	86,4	75,8
Área VIII - Mar Menor	75,7	84,7	84,4	83,4	82,3
Área IX - Vega Alta del Segura	90,2	93,7	91,2	88,3	86,4
Servicio Murciano de Salud	81,9	87,5	87,1	86,3	81,9

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

En 2019 (ver Mapa 37) las tasas más altas, por encima del 86%, se registran en las áreas V (Altiplano), IX (Vega Alta del Segura) y II (Cartagena). También las áreas IV (Noroeste), VIII (Mar Menor) y VI (Vega Media) superan la media regional. Solo tres áreas quedan por debajo de dicha media: las áreas III (Lorca), I (Murcia Oeste) y VII (Murcia Este); el hecho de que estas tres áreas sean de las más pobladas en la región condiciona que el valor medio no alcance el 82%, una cifra que superan seis de las nueve Áreas de Salud del SMS. La cobertura vacunal frente a la enfermedad meningocócica aumentó de manera significativa entre 2015 y 2019 en las áreas VIII (Mar Menor) y II (Cartagena), mientras que los retrocesos de mayor magnitud se observan en las áreas VII (Murcia Este), I (Murcia Oeste) y IX (Vega Alta del Segura).

MAPA 37.

Cobertura de vacunación frente a meningococo (%). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de Resultados del SMS.

La segunda tasa de cobertura vacunal hace referencia al porcentaje de niñas de 12 años que han recibido la primera dosis de la vacuna contra el VPH. En la Tabla 69 se presenta la evolución de este indicador para el periodo 2015-2019, por Áreas de Salud. Como en el caso precedente, la cifra correspondiente al agregado regional en 2019 (83,5%) es idéntica a la registrada en 2015. Las disparidades territoriales son bastante más notorias en el caso de la vacuna frente al VPH que en el caso de la vacuna frente al meningococo. Si en este último caso el área con una tasa más elevada superaba en un 14% la tasa de vacunación del área con la tasa más reducida, en el caso del VPH, la tasa de vacunación del área V (Altiplano), que registra el máximo regional (87,7%), es un 34% superior (+22,2 puntos porcentuales) a la del área IV (Noroeste), que presenta el valor más bajo del indicador (65,5%) en 2019. Superan la media con holgura las áreas IX (Vega Alta del Segura) y II (Cartagena), además del área V; y, en menor medida, también las áreas I (Murcia Oeste) y VIII (Mar Menor). Justo en el valor medio se sitúa la tasa de vacunación frente al VPH del área VI (Vega Media del Segura), mientras que las áreas VII (Murcia Este) y III (Lorca), quedan por debajo de la tasa regional. Todas las áreas, no obstante, superan el 80%, con la única excepción del área IV (Noroeste) citada, cuyo indicador queda muy lejos de dicho umbral (65,5%).

TABLA 69.
Cobertura de vacunación frente al Virus de Papiloma Humano (porcentaje).
Áreas de Salud. Región de Murcia. 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	85,2	84,5	84,3	85,9	83,9
Área II - Cartagena	85,9	85,4	86,4	86,8	86,7
Área III - Lorca	83,2	83,6	85,6	82,9	82,2
Área IV - Noroeste	56,6	57,1	58,8	61,9	65,5
Área V - Altiplano	85,2	85,8	86,2	85,5	87,7
Área VI - Vega Media del Segura	85,1	85,1	85,3	86,3	83,5
Área VII - Murcia Este	84,2	86,0	85,7	85,6	83,1
Área VIII - Mar Menor	80,8	81,1	82,3	82,6	83,6
Área IX - Vega Alta del Segura	90,7	92,7	90,7	88,4	87,0
Servicio Murciano de Salud	83,5	83,7	84,2	84,5	83,5

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

La cobertura de vacunación frente al VPH apenas se ha movido en la mayor parte de las Áreas de Salud. La excepción más notoria es, justamente, la que presenta el área IV (Noroeste), cuya tasa de vacunación, pese a ser, con diferencia, la más baja del SMS, creció un 15,7% (casi 9 puntos porcentuales) entre 2015 y 2019. Al margen de este comportamiento atípico, solo las áreas VIII (Mar Menor) y V (Altiplano) han visto progresar el indicador de manera significativa (entre un 3% y un 3,5%), mientras que el mayor retroceso se dio en el área IX (Vega Alta del Segura), que perdió 3,7 puntos (un 4,1%) entre el inicio y el final del periodo, tras haber sido la única área de salud con tasas de cobertura superiores al 90% (entre 2015 y 2017).

Por último, en la Tabla 70 se muestran los datos de cobertura de vacunación antigripal, medida como el porcentaje de población de 60 años o más que ha recibido la vacuna frente al virus de la gripe. En este caso, el periodo disponible se reduce a cuatro años: de 2016 a 2019. En el último año, la cobertura de vacunación antigripal en el conjunto de la región se situó en el 41,9%, recuperándose así los niveles del inicio del periodo, tras la caída del indicador en 2018. El valor más bajo en 2019 se registró en el área I (Murcia Oeste) y el máximo en el área IV (Noroeste). Las áreas II (Cartagena) y III (Lorca) quedan por debajo de la media regional, mientras que las cinco áreas restantes, además del área IV, superan en mayor o menor medida la cifra correspondiente al total del SMS. Por lo que respecta a la comparación entre 2016 y 2019, el mayor avance en términos de cobertura vacunal frente a la gripe se produjo en el área VII (Murcia Este), donde el indicador aumentó 4,5 puntos (un 11,8%); y los mayores retrocesos se registraron en las áreas VIII (Mar Menor) y II (Cartagena), en las que la tasa se redujo más de un punto porcentual (en torno al 3% o 3,5%).

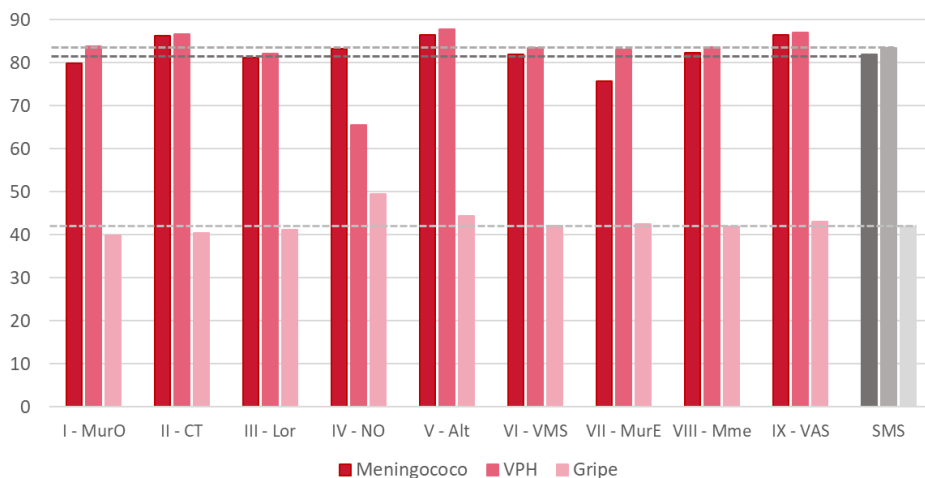
TABLA 70.

Cobertura de vacunación antigripal (% sobre población de 60 y más años). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2016-2019.

	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	38,8	40,9	36,8	39,9
Área II - Cartagena	41,8	42,6	36,8	40,5
Área III - Lorca	39,5	41,0	37,3	41,2
Área IV - Noroeste	47,1	49,1	42,8	49,5
Área V - Altiplano	42,2	44,8	42,2	44,4
Área VI - Vega Media del Segura	40,2	43,1	37,0	42,1
Área VII - Murcia Este	38,0	42,8	38,0	42,5
Área VIII - Mar Menor	43,5	44,8	38,7	42,0
Área IX - Vega Alta del Segura	40,1	43,2	39,8	43,0
Servicio Murciano de Salud	40,6	42,9	37,9	41,9

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

GRÁFICO 30.

Cobertura de vacunación frente a meningococo y gripe (%). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de Resultados del SMS.

En el Gráfico 30 se muestra la situación de los tres indicadores de cobertura vacunal en el año 2019 para las Áreas de Salud y el agregado SMS. En el gráfico se observa cómo las áreas V (Altiplano) VIII (Mar Menor) y IX (Vega Alta del Segura) superan las tasas medias de cobertura del SMS en las tres patologías. Las

áreas II (Cartagena), IV (Noroeste) y VI (Vega Media del Segura) presentan tasas de vacunación superiores a la media en dos de los tres casos (aunque el área IV registra la anomalía que supone su bajísima cobertura vacunal frente al VPH). Las áreas I (Murcia Oeste), VII (Murcia Este) solo superan el agregado del SMS en una de las tres patologías transmisibles (VPH, en el área I, y gripe en el área VII). Las tasas de cobertura vacunal del área III (Lorca) están por debajo de la media regional —bien es cierto que no muy lejos de la media— en los tres casos en el último año con información disponible.

2.8.3. Indicadores de calidad percibida

Cerramos el análisis de la calidad asistencial en el SMS y sus Áreas de Salud con tres indicadores que el observatorio de resultados agrupa bajo la rúbrica “calidad percibida”. Se trata de diferentes medidas que tratan de recoger la opinión de los usuarios del sistema público de salud, con el fin de reflejar su experiencia o su grado de satisfacción con la atención recibida.¹⁰⁴

TABLA 71.
Atención Primaria. Satisfacción global (entre 0 y 10).

	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	8,5	8,5	8,5	8,4
Área II - Cartagena	8,4	8,4	8,6	8,6
Área III - Lorca	8,3	8,4	8,1	8,4
Área IV - Noroeste	8,3	8,4	8,4	8,4
Área V - Altiplano	8,5	8,8	8,6	8,5
Área VI - Vega Media del Segura	8,5	8,4	8,5	8,6
Área VII - Murcia Este	8,6	8,5	8,7	8,5
Área VIII - Mar Menor	8,5	8,7	8,4	8,6
Área IX - Vega Alta del Segura	8,3	8,5	8,4	8,3
Servicio Murciano de Salud	8,4	8,5	8,5	8,5

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

¹⁰⁴ El observatorio de resultados ofrece algunos otros indicadores de calidad percibida que registran la opinión de los usuarios acerca del trato recibido por parte de los profesionales del centro de salud (personal médico, de enfermería y administrativo), así como acerca de la profesionalidad de cada uno de estos profesionales. Las diferencias entre áreas de salud no resultan significativas, ni son sistemáticas a lo largo del periodo, por lo que se ha optado por no presentarlas en esta monografía. Se remite al lector a la fuente para ampliar la información (<http://www.serviciomurcianodesalud.es/observatoriorresultados>).

La primera de estas medidas es un indicador resumen y recoge la media de la satisfacción global de los usuarios (de 14 años o más) con su centro de salud, en una escala de 0 a 10. La “nota” media que los usuarios ponen a la Atención Primaria del SMS en 2019 es un 8,5. Esta satisfacción global media se mantiene bastante estable a lo largo del periodo, siendo escasas las diferencias entre Áreas de Salud, tal y como se observa en la Tabla 71. El rango de puntuaciones medias va de 8,3 a 8,6 (en 2018 se registró una puntuación mínima de 8,1 en el área III – Lorca) y, pese a que, en algunas áreas, como la III (Lorca) o la IV (Noroeste), la puntuación en los cuatro años está por debajo de la media regional, la cercanía entre las puntuaciones (una o dos décimas de diferencia) no permite concluir que existan áreas en las que la satisfacción de los usuarios sea significativamente más baja que en otras.

Un segundo indicador de calidad percibida o satisfacción de los usuarios es el de fidelización, que mide el porcentaje de personas que responden sí a la pregunta: “en caso de poder elegir, ¿volvería al mismo centro de salud?”. En la Tabla 72 se muestra la evolución del indicador entre 2016 y 2019, observándose cómo, para el total del SMS, la tasa de fidelización ha aumentado desde el 94% del primer año hasta el 97% de 2019. Tampoco en este caso se detectan diferencias significativas entre áreas, pues en 2019 los valores máximo y mínimo apenas se separan un 3%. No obstante, cabe reseñar el hecho de que el porcentaje es inferior a la media todos los años en las áreas I (Murcia Oeste) y IX (Vega Alta del Segura).

TABLA 72.
Atención Primaria. Fidelización (porcentaje).

	2016	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	93,5	95,7	94,4	97,1
Área II - Cartagena	94,1	95,2	98,1	97,0
Área III - Lorca	94,3	93,4	93,0	96,4
Área IV - Noroeste	90,3	92,2	98,4	98,0
Área V - Altiplano	96,3	100,0	98,4	96,1
Área VI - Vega Media del Segura	94,8	93,6	95,0	98,1
Área VII - Murcia Este	94,9	95,9	96,2	96,2
Área VIII - Mar Menor	94,6	96,7	95,3	98,0
Área IX - Vega Alta del Segura	91,6	93,4	88,6	95,0
Servicio Murciano de Salud	94,0	94,9	95,5	97,0

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

El tercero de los indicadores de calidad percibida mide la satisfacción de los usuarios a través de la probabilidad de que estos recomienden la consulta de primaria a sus amigos y familiares. La respuesta se mide en una escala de 0 a 10 y

el indicador recoge el porcentaje de usuarios que asigna un valor de 8 o más. Los datos se presentan en la Tabla 73, para los tres únicos años en los que se dispone de información, y muestran cómo en 2019 un 83,6% responde que recomendaría la consulta con una alta probabilidad (8 o más en la escala de 0 a 10). El porcentaje es 3 puntos superior al de 2017 y presenta una cierta variabilidad por Áreas de Salud. El valor más bajo en 2019 se registra en el área IX (Vega Alta del Segura), con un 78,4%, y el más alto en el área VIII (Mar Menor), donde un 87,8% de los encuestados recomendaría con mucha probabilidad la consulta a sus allegados. La posición relativa de estas dos áreas se mantiene en los tres años mostrados en la tabla; el resto de áreas, por el contrario, presentan porcentajes por encima o por debajo de la media regional, según el año, no siendo posible identificar una pauta al respecto.

TABLA 73.
Atención Primaria. Recomendación de la consulta (porcentaje).

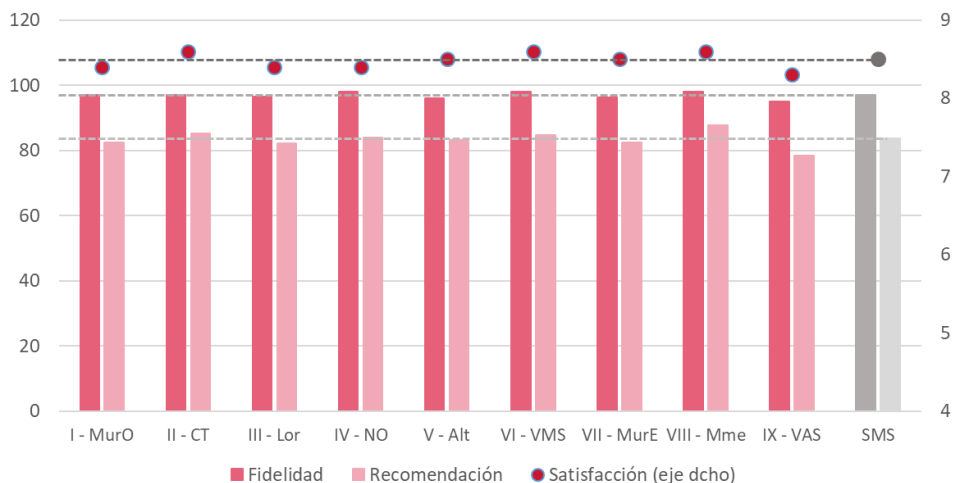
	2017	2018	2019
Área I - Murcia Oeste	82,2	81,3	82,5
Área II - Cartagena	80,1	84,5	85,2
Área III - Lorca	78,9	75,8	82,2
Área IV - Noroeste	77,1	81,4	84,0
Área V - Altiplano	85,0	85,0	83,3
Área VI - Vega Media del Segura	79,1	82,4	84,7
Área VII - Murcia Este	82,3	84,0	82,5
Área VIII - Mar Menor	85,0	86,0	87,8
Área IX - Vega Alta del Segura	77,1	76,1	78,4
Servicio Murciano de Salud	80,6	82,0	83,6

Fuente: Observatorio de Resultados del SMS.

En el Gráfico 31 se resume la información sobre indicadores de calidad percibida para las distintas Áreas de Salud y el total regional. Como se ha señalado, las diferencias entre áreas no son particularmente significativas, si bien cabe resaltar, en el sentido negativo, los resultados cosechados en el área IX (Vega Alta del Segura), y en sentido positivo, los del área VIII (Mar Menor). La primera presenta los valores más bajos en los tres indicadores de calidad percibida o experiencia del paciente seleccionados, mientras que la segunda presenta los valores más altos de la región en Satisfacción y Recomendación de consulta, y el segundo más elevado en Fidelidad (solo por detrás del área VI – Vega Media del Segura e igualada con el área IV – Noroeste). El área VI también supera la media regional en los tres indicadores en 2019, mientras que el área III se sitúa por debajo de los valores agregados en los tres casos.

GRÁFICO 31.

Indicadores de calidad percibida: satisfacción (0-10), fidelización (%) y recomendación de consulta (%). Áreas de Salud. Región de Murcia. 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio de Resultados del SMS.

2.9. UNA VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA, A LA VISTA DE LAS CIFRAS COMPARADAS

La Región de Murcia presenta en 2021 el tercer valor más alto del indicador de GSP en % sobre el PIB regional (un 33% superior a la la media de CC.AA.). En el mismo año, Murcia es la sexta comunidad con mayor nivel de GSP por habitante, superando la media nacional en un 10%. En el periodo 2004-2021 solo dos comunidades han registrado un crecimiento del gasto sanitario superior al de la Región de Murcia.

El gasto en Atención Primaria en Murcia supuso un 13,8% del total de GSP en 2021. Este es el sexto porcentaje más bajo entre los diecisiete servicios regionales de salud, cuya cifra agregada se situó en el 14,2%. No obstante, la participación del gasto en Atención Primaria en el total creció en la región casi 1,5 puntos, siendo Murcia una de las comunidades en las que más aumentó dicho porcentaje en términos relativos. El gasto en Atención Primaria por persona asignada es algo superior a la media de CC.AA. en 2021, como resultado del diferencial de crecimiento positivo registrado en Murcia en dicho indicador entre 2004 y 2021.

Respecto a los recursos estructurales, sin que sea posible establecer una relación directa entre población media por centro de salud y calidad/

accesibilidad, se constata que el “tamaño medio” de los centros de salud en la región (personas asignadas por centro) supera en 2021 la media nacional en un 10%. No obstante, Murcia está entre las comunidades donde más se amplió el catálogo de centros de salud entre 2004 y 2021. Cabe añadir, además, que como han puesto de manifiesto Colino et al. (2022), la ordenación sanitaria actual en la Región de Murcia refleja una oferta pública de Atención Primaria más que notable en términos de distancia y tiempo requeridos por la población regional para acceder a centros de salud y consultorios locales.

Por lo que respecta a la dotación de recursos humanos, las ratios de población por profesional de Atención Primaria superan en Murcia la media nacional en el caso de medicina de familia y enfermería, mientras que dicha ratio es menor en el caso de profesionales de pediatría. La evolución de las ratios, en general favorable para la mayoría de las CC.AA., ha sido algo más positiva en la región que en el conjunto de comunidades. Lo que sí ha empeorado en la última década son las desigualdades en la dotación de recursos humanos dentro del SMS. El grado de dispersión de las ratios de profesionales de medicina de familia, y de enfermería entre las nueve Áreas de Salud ha aumentado significativamente desde 2010; no así en el caso de pediatría, donde las disparidades crecieron hasta 2017 y, desde entonces, se han atenuado.

Si analizamos la situación relativa y la evolución de los indicadores de calidad asistencial, observamos que Murcia está por debajo de la media del SNS en dos de los tres principales indicadores de efectividad/adecuación de la APS (control de pacientes con hipertensión y control de pacientes con diabetes), presentando un buen desempeño, por el contrario, en el control de pacientes con FA anticoagulados. La región registra valores sistemáticamente más elevados (peores) en los indicadores relacionados con la seguridad: entre un 6,7% superior a la media, en el caso de utilización de AINE en pacientes con ECV y un 34,1% por encima del valor nacional, en el caso de pacientes mayores polimedicados. También presenta el SMS peores datos de accesibilidad, con tiempos de espera para conseguir cita con el profesional de APS mayores que los registrados en el conjunto del país.

El dato positivo en relación con los indicadores de calidad es que, salvo contadas excepciones (como el uso de IBP o de benzodiazepinas), las diferencias entre Áreas de Salud dentro del SMS, aun siendo en algunos casos importantes, se han reducido en los últimos años (hasta 2019, que es el último publicado en el Observatorio del SMS).

El análisis comparado de la Atención Primaria en la Región de Murcia arroja más sombras que luces. Siendo esta una región con una población relativamente joven (la comunidad con un mayor porcentaje de población entre 0 y 14 años y un menor

peso relativo de los mayores de 65 años), lo que, en principio, podría traducirse en menores necesidades de gasto sanitario, constatamos que sus niveles de GSP total y de gasto en Atención Primaria se sitúan por encima de la media del país. Esto, sin embargo, no parece traducirse en una más generosa dotación de recursos humanos en el sistema de Atención Primaria (las ratios en medicina de familia y enfermería superan la media nacional), ni se refleja en los indicadores básicos de calidad asistencial, a priori relacionados con los resultados en salud, que son en la región sistemáticamente peores que en el conjunto del país. Tampoco parece que ese mayor gasto se asocie con mejores resultados finales, pues la Región de Murcia ocupa el antepenúltimo lugar en esperanza de vida al nacer; ni que la APS esté siendo efectiva en el abordaje de las causas subyacentes a los problemas de salud, como el tabaquismo (segundo lugar en porcentaje de población fumadora) o la obesidad (primer lugar en porcentaje de población con IMC igual o superior a 30). A esto se añade la persistencia de las desigualdades intrarregionales, tanto en lo que se refiere a recursos humanos disponibles, como por lo que atañe a los indicadores de calidad asistencial en primaria, que presentan una notable variabilidad entre Áreas de Salud, que sugiere la existencia de profundas inequidades en el acceso a una APS de calidad entre ciudadanos de la región.

2.10. ESTRATEGIA DE MEJORA DE ATENCIÓN PRIMARIA (EMAP) 2023-2026

La Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 vio la luz en marzo de 2023 como continuación del Plan de Acción de Impulso y Mejora de la Atención Primaria 2018/2022 y se presenta por parte del Gobierno Regional como el resultado de un proceso abierto con participación de profesionales, agentes sociales, sociedades científicas y ciudadanía.

El objetivo declarado de la EMAP es “dar respuesta a las necesidades actuales y futuras de la Atención Primaria a través del abordaje de los retos planteados por la propia demanda asistencial, la transformación del modelo de atención, la valorización de la actividad desarrollada y el aprovechamiento de las oportunidades derivadas del marco estratégico existente.” (pág. 11) Se estructura esta iniciativa en 5 ejes estratégicos, 19 líneas de actuación y 128 acciones. Los ejes estratégicos son los siguientes:

1. Adaptar el modelo de la Atención Primaria hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con perspectiva comunitaria.
2. Reforzar la accesibilidad, la equidad y la humanización de la Atención Primaria.
3. Impulsar el liderazgo, la gestión, la resolutiveidad y la sostenibilidad de la Atención Primaria.

4. Promover la mejora, el desarrollo y el reconocimiento del profesional de la Atención Primaria.
5. Reforzar la transformación digital para lograr una Atención Primaria más eficiente.

Las líneas de actuación, junto con el número de acciones incluidas en cada una de ellas, se muestran en la Tabla 74. Los cinco ejes estratégicos presentan un desarrollo desigual. Así, el eje 2 únicamente incluye 2 líneas de actuación que se concretan en 13 acciones. Idéntico número de líneas y una acción menos (12) tiene el eje 5. El eje con un mayor número de líneas de actuación (6) es el eje 4, que suma un total de 32 acciones. El eje que contiene más acciones (45) repartidas entre sus 4 líneas es el 1. El eje 3 incluye también 4 líneas de actuación, pero casi la mitad de acciones (26).

Tres son los objetivos específicos que plantea la EMAP 2023-2026:

1. Desarrollar la participación de agentes de interés de la Región de Murcia en la definición de la Estrategia, dentro de un modelo de intervención que aporte valor al proyecto, asegure un adecuado alineamiento y abordaje de las necesidades del conjunto de agentes y permita su desarrollo en tiempo y forma.
2. Definir los ejes estratégicos, líneas y acciones que den respuesta a los retos identificados y que permitan a la Consejería de Salud de Murcia, así como al Servicio Murciano de Salud, contribuir a la creación de valor tanto para el ciudadano como para el profesional.
3. Estructurar la EMAP de un modo que asegure el impacto y maximice el valor a corto, medio y largo plazo de la iniciativa, plantando la necesaria organización para su despliegue.

El logro de estos objetivos y, por extensión, del objetivo general de la estrategia, se prevé alcanzar mediante el desarrollo de los ejes en sus correspondientes líneas y acciones según un cronograma que se extiende a lo largo de los 4 años que abarca el periodo de vigencia de la EMAP: 2023-2026. En el documento se contempla una estructura encargada de realizar el seguimiento de la implantación, previéndose la creación de una Comisión Regional de Seguimiento, presidida por la directora gerente del SMS, así como un Coordinador Regional de la Estrategia y Comisiones de Seguimiento de Área.

TABLA 74.

**Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026:
ejes estratégicos, líneas de actuación y número de acciones.**

EJES	LÍNEAS	Acciones
1	1.1. Impulsar y desarrollar la Atención Comunitaria desde la Atención Primaria actualizando la cartera de servicios e impulsando la formación de los profesionales	13
	1.2. Fortalecer el enfoque y desarrollo de la actividad en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	10
	1.3. Desarrollar un nuevo modelo de abordaje de la cronicidad de forma conjunta entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria y otros ámbitos a nivel regional	9
	1.4. Actualizar y adecuar la Cartera de Servicios de Atención Primaria a la demanda actual y a las capacidades existentes	5
	1.5. Prevención y promoción de la Salud Bucodental	8
2	2.1. Garantizar la accesibilidad y equidad de la Atención Primaria para el conjunto de la población de la Región de Murcia	8
	2.2. Impulsar la humanización de la atención y de los espacios en Atención Primaria	5
3	3.1. Desarrollar la capacidad de gestión de los profesionales y de los equipos de Atención Primaria	6
	3.2. Disponer de un presupuesto finalista para Atención Primaria	2
	3.3. Mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria	10
	3.4. Potenciar el valor y la efectividad de la actividad desarrollada en Atención Primaria	8
4	4.1. Actualizar, adecuar e impulsar un modelo de Recursos Humanos en Atención Primaria más estable, sostenible y comprometido con el desarrollo profesional	7
	4.2. Reforzar las condiciones laborales y la seguridad de los profesionales de Atención Primaria	6
	4.3. Impulsar la formación continuada y conocimiento del profesional de Atención Primaria	4
	4.4. Impulsar la cultura de trabajo en equipo y el sentido de pertenencia a la Atención Primaria	4
	4.5. Poner en valor la Atención Primaria en el entorno formativo y en materia de actividad docente	4
	4.6. Impulsar el desarrollo de proyectos e iniciativas de investigación e innovación	7
5	5.1. Desarrollar y consolidar la transformación digital de la Atención Primaria	7
	5.2. Impulsar la integración de la información y desarrollar su potencial uso	5

Fuente: *Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP). 2023-2026.*

El documento detalla, además, un Plan de inversiones en infraestructuras en Atención Primaria, que contará con financiación de varios fondos: FEDER, REACT-EU y Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (financiado con recursos del programa *NextGenerationEU*). Dicho plan se articula en torno a tres objetivos: sostenibilidad, calidad energética y calidad arquitectónica, que se concretan en cuatro líneas de actuación, cuyo detalle y dotación presupuestaria se muestran en la Tabla 75.

Por lo que respecta a las acciones sobre recursos humanos (ampliación de plantillas), la EMAP prevé una inversión total de 30,6 millones de euros para la incorporación progresiva, a lo largo del periodo 2023-2026 de un total de 534 profesionales al SMS, distribuidos como se muestra en la Tabla 76.

TABLA 75.
Inversiones en infraestructuras previstas en la EMAP 2023-2026 (euros).

	Presupuesto
1. Construcción de nuevos centros (15 centros de salud y 3 SUAP)	110.924.212
2. Ampliación, reforma y rehabilitación sostenible de centros de salud (12 centros de salud)	26.912.966
3. Rehabilitación energética de centros de salud (12 centros)	8.254.297
4. Fomento de la eficiencia energética y de las energías renovables en centros de salud, climatización y accesibilidad	
- Instalaciones de energía solar fotovoltaica (67 centros)	2.508.639
- Reforma y climatización (4 centros)	4.436.017
- Mejora de la accesibilidad (54 centros)	572.788
TOTAL INVERSIONES	153.608.921

Fuente: *Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP). 2023-2026*. El total no coincide con la suma, debido al redondeo.

TABLA 76.
Acciones de recursos humanos previstas en la EMAP 2023-2026.

	Número	Presupuesto
Médicos de familia	111	9.713.722
Pediatría	12	1.049.670
Enfermería	109	6.307.742
Matronas	23	1.425.297
Fisioterapeutas	27	1.435.221
Trabajadores sociales	45	2.291.031
Técnicos auxiliares de enfermería	68	2.170.455
Auxiliares administrativos	72	2.347.980
Odontólogos	34	2.689.326
Higienistas dentales	33	1.198.411
TOTAL	534	30.628.855

Fuente: *Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP). 2023-2026*.

CAPÍTULO 3

DEBILIDADES, FORTALEZAS Y DESAFÍOS FUTUROS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

3.1. METODOLOGÍA

Si los dos primeros capítulos de esta obra han caracterizado al sistema de Atención Primaria nacional y regional mediante la explotación de indicadores cuantitativos, basados en diversas fuentes de datos, abordamos ahora en este tercer capítulo la identificación de los principales retos que acucian al sistema de Atención Primaria en la Región de Murcia a partir de un análisis cualitativo.

Dicho análisis se sustenta en una metodología híbrida, que desciende del plano más general —contexto español y europeo— al más local —contexto de la Región de Murcia—, basada en la revisión y análisis, de un lado, de las opiniones de técnicos, expertos y organizaciones de todo el territorio nacional, recabadas por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y, de otro, de las opiniones de profesionales con experiencia en la gestión sanitaria y representantes de diversas instituciones y asociaciones de la Región de Murcia, recopiladas directamente por los autores de la monografía. Ambas fuentes de información están conectadas no solo temáticamente, sino también metodológicamente, ya que las técnicas de índole cualitativa empleadas fueron muy similares.

Así, en primer lugar, revisamos y sintetizamos en el siguiente epígrafe 3.2 el diagnóstico de la situación actual de la Atención Primaria en España, así como el análisis de experiencias de referencia europeas, realizado en el marco del proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española”, llevado a cabo por la citada Dirección General con la financiación de 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).¹⁰⁵

Este proyecto, de 20 meses de duración, desplegado a lo largo de siete fases, culminó en abril de este año 2023, y se llevó a cabo mediante un proceso participativo de consenso con la implicación de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas. El diagnóstico de situación de la Atención Primaria en España y el análisis de experiencias de reforma efectuadas en otros países europeos corresponden a la segunda y tercera fases del proyecto. En ambos casos las áreas objeto de análisis de la Atención Primaria fueron: planificación, gestión y organización, recursos humanos, financiación e infraestructura y equipamiento.

La metodología empleada en la segunda fase —análisis de la situación de la Atención Primaria española— se desarrolló en cuatro etapas:

- 1) Revisión documental y de datos;
- 2) Realización de entrevistas semiestructuradas con los miembros de los grupos técnicos regionales designados por las Comunidades Autónomas;
- 3) Realización de una encuesta online a profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria;
- 4) Realización de una encuesta online a profesionales de las principales sociedades profesionales con competencias en Atención Primaria, así como a miembros de las asociaciones de pacientes más representativas.

Los miembros de los grupos técnicos regionales proporcionaron en las entrevistas semiestructuradas su opinión y conocimiento sobre la situación en su comunidad autónoma. A continuación, la encuesta online dirigida a los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria de las Comunidades Autónomas sirvió para profundizar en las cuestiones debatidas en las entrevistas semiestructuradas, así como para identificar retos y oportunidades a los que se enfrenta la Atención Primaria. Por último, la consulta online a los representantes de sociedades profesionales y asociaciones de pacientes permitió conocer su opinión sobre la situación de la Atención Primaria. De todo este proceso se identificaron fortalezas y debilidades, así como retos para los próximos 2-5 años.

La tercera fase del proyecto —estudios de caso en reformas de Atención Primaria— se desarrolló en dos etapas:

- 1) Selección de los estudios de caso de experiencias europeas de reforma de la Atención Primaria, que serían debatidos con los miembros de los grupos

¹⁰⁵ El informe final del proyecto puede consultarse aquí: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Informe_Final_ES_vf.pdf

técnicos regionales y los representantes de las sociedades profesionales y las asociaciones de pacientes;

- 2) Realización de dos sesiones de talleres online para presentar y debatir los estudios de caso seleccionados, tanto con los miembros de los grupos técnicos regionales, como con los representantes de las sociedades profesionales y asociaciones de pacientes.

De la discusión suscitada en los talleres online se extrajeron los aspectos de reforma con un mayor valor añadido potencial para la Atención Primaria española, identificándose asimismo elementos facilitadores y limitadores de la transferibilidad de dichos aspectos al *locus* del SNS español. En esta fase participó también un grupo de expertos, entre los que se encontraba uno de los autores de esta monografía, que analizó las principales claves de los casos de reforma seleccionados.

Por su parte, la metodología desplegada por los autores del presente estudio para conocer los principales problemas y desafíos que tiene que afrontar la Atención Primaria en la Región de Murcia se abordó en dos etapas solapadas en el tiempo:

- 1) Realización de una encuesta online dirigida a una amplia selección de instituciones y organizaciones relacionadas con la Atención Primaria de la Región;
- 2) Realización de entrevistas semiestructuradas (grupo focal) con un número reducido de profesionales de la sanidad murciana caracterizados por poseer una dilatada experiencia en el ejercicio de altas responsabilidades de gestión.

En ambos casos se pretendía obtener de los participantes su opinión acerca de las debilidades, reformas y obstáculos para implementarlas en el ámbito de la Atención Primaria, así como averiguar su grado de conocimiento y valoración de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria aprobada este año por el Gobierno Regional. Las áreas de la Atención Primaria sobre las que inicialmente se pedía su opinión eran: Planificación, Gestión y organización, Recursos humanos, Financiación, Infraestructuras y equipamientos y Cartera de servicios. Los pormenores de la encuesta online y de la discusión habida en el seno del grupo focal, así como sus principales resultados, se detallan en el epígrafe 3.3.

La información obtenida de esta doble aproximación, nacional y local, servirá para informar, junto con el análisis de otras fuentes secundarias de corte más académico, las propuestas de reforma que se formularán en el capítulo cuarto de la obra.

3.2. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL CONTEXTO ESPAÑOL Y EUROPEO

3.2.1. El contexto español

Comenzando por el área de **Planificación**, esto es, básicamente las cuestiones concernientes a la ordenación sanitaria territorial y los criterios para la delimitación de las Áreas de Salud, tanto los técnicos de las CC. AA. como los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria identifican una serie de aspectos de mejora. En concreto, de las entrevistas a los miembros de los grupos técnicos regionales se siguen los siguientes puntos a mejorar con relación a los criterios establecidos en la legislación vigente para la delimitación territorial de las estructuras asistenciales en las CC. AA.:

- Dar más peso a los determinantes sociales de la salud y a las desigualdades.
- Tener en cuenta las zonas/puestos de difícil cobertura, que suelen ser zonas rurales, en las que se debe garantizar la asistencia igual que en cualquier otra parte del territorio.
- Tener más en cuenta la dispersión de la población y el número de habitantes por Ayuntamiento.
- Tener en cuenta la prevalencia de patologías.
- Necesidad de incorporar criterios más dinámicos que los actuales.
- Mejorar la distribución de los profesionales.

Por su parte, los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria señalan los siguientes puntos de mejora agrupados por criterios:

- Geográficos (distancias, accesibilidad): mejorar los mapas sanitarios de acuerdo con las delimitaciones geográficas.
- Recursos humanos: reforzar los criterios referentes a los profesionales sanitarios mediante la creación de incentivos, distribución de profesionales, formación continua, etc.
- Poblacionales: reconocer la importancia de los criterios poblacionales (envejecimiento, enfermedades, indicadores de morbilidad, etc.).
- Accesibilidad: crear criterios para aumentar la accesibilidad y equidad de los servicios de salud (disminución de distancia entre los centros de salud, el acercamiento de los pacientes al sistema, o la humanización de la atención, entre otros).
- Otros criterios (recursos materiales y tecnológicos, digitalización de los sistemas, aspectos financieros, etc.).

En cuanto a los retos a medio plazo, de las entrevistas realizadas a los técnicos de las CC. AA. se infieren cuatro grandes desafíos:

- 1) Poblacional: envejecimiento de la población (cronificación de enfermedades) y despoblación rural.
- 2) Reemplazo profesional: jubilaciones y carencia de nuevos profesionales.
- 3) Coordinación entre los distintos niveles de atención.
- 4) Tecnológico: falta de competencias en profesionales y pacientes.

Asimismo, los profesionales con competencias de gestión señalan lo siguiente, agrupado en siete bloques:

- 1) Población: envejecimiento de la población. Los profesionales encuestados advierten del impacto que tendrá la población cada vez más envejecida, especialmente en el aumento del número pacientes en los centros, el tratamiento de enfermedades crónicas o la imperiosa implementación de soluciones digitales, entre otros aspectos.
- 2) Recursos Humanos: preocupa fundamentalmente la cercana jubilación de un gran número de profesionales sanitarios sin un reemplazo planificado; la escasez de profesionales sanitarios en Atención Primaria, la necesidad de reorganización las competencias de los distintos roles profesionales, principalmente de enfermería; así como la insatisfacción generalizada de los profesionales sanitarios.
- 3) Densidad/dispersión de la población: despoblación y reubicación poblacional.
- 4) Organización sanitaria: organización de los servicios sanitarios en la CC.AA. de acuerdo con la estructura y características de la población.
- 5) Acceso a servicios de salud: mejora de la accesibilidad a los servicios de salud, especialmente en zonas rurales.
- 6) Recursos materiales: provisión de recursos materiales, tal como equipamiento médico y no médico, infraestructura y tecnología.
- 7) Zonas/puestos de difícil cobertura: abordaje a las zonas/puestos de difícil cobertura.

Los miembros de las sociedades profesionales encuestados difieren de los profesionales con competencias de gestión en la apreciación de cuáles son los principales retos que afrontar. Así, mientras que la mayoría de los profesionales con competencias de gestión consideran como reto más importante el del envejecimiento de la población (59% de las respuestas), los miembros de las

sociedades profesionales consideran más importante, por el contrario, la falta de recursos humanos (85% de las respuestas).

Por su parte, los miembros de las asociaciones de pacientes indican como retos el envejecimiento de la población, la falta de recursos humanos y la organización de los servicios sanitarios. Incluyen entre ellos, además, “la cronicidad independientemente de la edad, así como la pluripatología o comorbilidad”.

En cuanto a la **Gestión y organización** sanitarias, es decir, el modelo organizativo de gestión de la Atención Primaria y de su provisión, según los técnicos de las CC. AA. la Gestión única permite dar mejor respuesta a las necesidades de los profesionales y gestionar mejor el presupuesto, al ser independiente del destinado a financiar la atención hospitalaria. Sin embargo, suele haber una descompensación del reparto presupuestario, siendo mayor la dotación conferida a la atención hospitalaria, lo cual es un aspecto que hay que mejorar. En lo que respecta a la opinión que les merece la Gestión compartida con la atención hospitalaria, los miembros de los grupos técnicos regionales consideran que su principal fortaleza radica en 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 así la eficiencia. Sin embargo, subrayan como puntos de mejora de este modelo de gestión, que en él, la Atención Primaria queda un tanto relegada frente a la atención hospitalaria y goza de menor visibilidad, así como que dentro de este modelo la atención hospitalaria dispone de mayor financiación y recursos que la Atención Primaria.

Por su parte, los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria consideran que prioritariamente es necesario mejorar y fortalecer los procesos integrados entre Atención Primaria y Hospitalaria (29%) y dotar de mayor autonomía de gestión a la Atención Primaria (22%). Un 14% de los encuestados opina asimismo que es necesario mejorar la gestión de los recursos humanos con relación a la distribución y dotación de zonas y puestos de difícil cobertura, por medio de incentivos y formación, entre otras posibles medidas.

Con respecto al modelo de gestión de la provisión de la Atención Primaria (gestión pública directa vs gestión pública indirecta), los técnicos representantes de las CC. AA. destacan como puntos fuertes principales del primer modelo frente al segundo la mayor accesibilidad, en condiciones de igualdad efectiva, a la asistencia sanitaria, así como la mayor participación de profesionales y ciudadanos en el sistema sanitario público. Señalan, no obstante, como aspecto que necesita ser mejorado la rigidez y lentitud administrativa.

En el apartado de retos para la Atención Primaria en un futuro inmediato, los técnicos de las CC. AA. señalan los siguientes:

- 1) Mejorar la accesibilidad.
- 2) Dotar a la Atención Primaria de mayor capacidad resolutive (capacidad de diagnóstico).
- 3) Cambios habidos en las necesidades de los pacientes.
- 4) Envejecimiento de la población e incremento de patologías crónicas.
- 5) Abordaje integral de la persona.
- 6) Abordar la despoblación y la dispersión de la población.
- 7) Retención y captación de recursos humanos.
- 8) Nuevos roles, por ejemplo, en enfermería, para la mejor gestión de la demanda.
- 9) Implantación de herramientas digitales para la extracción de datos en salud.
- 10) Promoción de la participación ciudadana.

Los retos manifestados por los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria son similares a los indicados por los representantes técnicos de las CC.AA. durante sus entrevistas. Los retos que identifican los profesionales, agrupados por bloques, son los siguientes:

- 1) Retención y captación de profesionales: déficit de profesionales proveniente de las necesidades de reemplazo generacional, dadas las jubilaciones previstas, unido al poco atractivo que ven los profesionales de las nuevas generaciones en la Atención Primaria (54% de las respuestas).
- 2) Accesibilidad y equidad de acceso a la asistencia sanitaria: atención sanitaria equitativa especialmente en zonas de difícil cobertura, optimizando la gestión de recursos no solo materiales, sino también la gestión de los recursos humanos y de las bolsas de trabajo (30% de las respuestas).
- 3) Envejecimiento de la población e incremento de patologías crónicas: nuevas características poblacionales, como el envejecimiento, la cronicidad y la fragilidad (16% de las respuestas).
- 4) Nuevos roles: maximización de las competencias de los profesionales, formándolos para asumir nuevos roles dentro de los equipos de Atención Primaria, reasignando funciones según el perfil profesional de sus miembros, potenciando su empoderamiento (15% de las respuestas).
- 5) Gobernanza: dotar a los equipos gestores de mayor capacidad de autogestión y autonomía, en cuanto a efectivos y presupuestos, reorganizando los servicios para optimizar los recursos (14% de las respuestas).

- 6) Abordaje integral de la persona: fomentar la atención sociosanitaria y comunitaria desarrollando acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. (9% de las respuestas).
- 7) Despoblación y dispersión de la población (9% de las respuestas).
- 8) Digitalización: potenciar la digitalización de la Atención Primaria, a fin de favorecer la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios y la toma de decisiones basadas en la evidencia (7% de las respuestas).
- 9) Capacidad resolutive: proporcionar los medios necesarios para dotar a la Atención Primaria de mayor autonomía, mejorando la capacidad diagnóstica de los profesionales, disminuyendo así las derivaciones a atención hospitalaria (5% de las respuestas).
- 10) Infraestructuras: renovación y ampliación de las infraestructuras de los centros de Atención Primaria (4% de las respuestas).
- 11) Financiación: mejorar y hacer sostenible en el tiempo la dotación presupuestaria finalista a Atención Primaria (3% de las respuestas).
- 12) Coordinación entre los ámbitos asistenciales, tanto con atención hospitalaria como con los servicios sociales (2% de las respuestas).

Los miembros de las sociedades profesionales, a su vez, consideran a nivel global que el principal reto es dotar a la Atención Primaria de mayor capacidad resolutive (Bloque 9), sin embargo, no es el principal reto para los profesionales de Enfermería. El 73% de estos profesionales considera como reto principal para los próximos 2 a 5 años el envejecimiento de la población (Bloque 3). Asimismo, también en contraste con los profesionales con competencias de gestión, los miembros de las sociedades profesionales consideran mucho más ampliamente (dos tercios de los encuestados) que la coordinación entre niveles asistenciales es un reto (Bloque 12).

Por su parte, las asociaciones de pacientes señalan como retos la coordinación entre ámbitos asistenciales (Bloque 12), la retención y captación de recursos humanos (Bloque 1), el envejecimiento de la población (Bloque 3) y el abordaje integral de la persona (Bloque 6).

En materia de **Recursos humanos**, tanto los representantes de las CC. AA. como las sociedades profesionales y asociaciones de pacientes coinciden en la necesidad de dotar a la Atención Primaria de un mayor número de profesionales. Esa preocupación se ha sustanciado en el desarrollo de planes e iniciativas centradas en mejorar las condiciones de los contratos e incentivar a los profesionales. El contenido de muchos de estos planes, que forman parte habitualmente de estrategias más amplias que están desplegando las CC. AA., se

vieron en el apartado 1.9 de esta monografía. A modo de síntesis, podría destacarse como las iniciativas más comúnmente impulsadas por las CC. AA. las siguientes:

- Aumentar el número de plazas para medicina familiar y comunitaria, pediatría, enfermería familiar y comunitaria y enfermería pediátrica.
- Ofrecer contratos estables y con buenas condiciones.
- Incrementar la actividad docente de los profesionales de Atención Primaria.
- Incluir incentivos económicos y sociales en los contratos de profesionales en medicina y enfermería familiar y comunitaria. Entre los incentivos sociales se encuentra mejorar la conciliación laboral y ofrecer planes de formación a los profesionales sanitarios.

Sin embargo, según los representantes de las CC. AA., existen obstáculos para conseguir llevar a cabo una captación, contratación y retención exitosas de nuevos profesionales:

- Cubrir las zonas rurales y/o los puestos de difícil cobertura.¹⁰⁶
- Tener recursos suficientes en poblaciones muy dispersas.
- Captación de profesionales con contratos estacionales.
- Competitividad con los servicios de sanidad de otras CC.AA. y centros privados.
- Jubilación de un elevado número de profesionales próximamente.
- Preferencia de los residentes que finalizan su formación por trabajar en un servicio de urgencias en vez de en consulta ordinaria de Atención Primaria.
- Competencia salarial con otras CC. AA.

Esta opinión de las CC. AA. se ve corroborada por el amplio porcentaje de profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria —hasta un 75%— que perciben la existencia de barreras a la contratación, captación y retención de los profesionales del sector. Los principales obstáculos detectados son los siguientes:

- 1) Escasez de profesionales que quieran dedicarse a la Atención Primaria: las especialidades de medicina de familia y comunitaria o pediatría no son preferidas respecto a las demás (37% de las respuestas).

¹⁰⁶ Las zonas/puestos de difícil cobertura son aquellos que por sus especiales características demográficas y geográficas, o por cuestiones derivadas de la estacionalidad, precisan de una estrategia diferenciada de incentivos económicos y no económicos para la contratación de los profesionales.

- 2) Condiciones laborales poco atractivas: la medicina de familia y comunitaria es una de las especialidades con peores condiciones laborales (salario bajo, dificultad para la conciliación familiar, muchas diferencias de carga asistencial, contratos precarios y temporales) (32% de las respuestas).
- 3) Modelos de contratación muy rígidos y poco eficientes: La normativa sobre la contratación es muy rígida y no permite responder a las necesidades de personal actual. Además, existen procesos burocráticos largos y complicados para la homologación de títulos de profesionales extracomunitarios (29% de las respuestas).
- 4) Falta de incentivos para zonas/puestos de difícil cobertura y rurales: no se ofrecen suficientes incentivos a médicos y enfermeras de familia y comunitaria para que elijan zonas/puestos rurales y/o de difícil cobertura (21% de las respuestas).
- 5) Competitividad entre CC. AA. (12% de las respuestas).
- 6) Ineficiencia de las políticas de retención: no se fomenta una cultura de pertenencia, lo que dificulta la fidelización de los estudiantes durante la residencia. Tampoco hay políticas que permitan a los profesionales seguir formándose o realizando actividades de interés para ellos como la investigación (10% de las respuestas).
- 7) Factores sociales o geográficos: aspectos relacionados con la insularidad, la carga asistencial en temporada turística, zonas con dificultad para encontrar vivienda y zonas de difícil acceso o lejanía de los núcleos urbanos (9% de las respuestas).
- 8) Presupuesto insuficiente: falta de inversión y presupuesto en materia de recursos humanos para Atención Primaria (4% de las respuestas).
- 9) Competencia con atención hospitalaria: los médicos residentes prefieren las urgencias hospitalarias frente a la Atención Primaria. Además, indican que las condiciones laborales de las especialidades hospitalarias son mejores que las de la medicina familiar y comunitaria (3% de las respuestas).
- 10) Postergación de la meritocracia: no se premia el buen hacer de los profesionales de Atención Primaria, sino la antigüedad (2% de las respuestas).

Uno de los mayores retos a los que se enfrentan las CC.AA. es la falta de profesionales sanitarios en medicina y enfermería de familia y comunitaria y pediatría para atender las zonas/puestos de difícil cobertura. Para tratar de resolver este problema, algunas CC.AA. están trabajando en políticas que permitan cubrir ese déficit. Las medidas más frecuentes son:

- Bonificación para el desarrollo profesional.
- Incentivos económicos y laborales.

En cuanto a los instrumentos para la contratación del personal sanitario en Atención Primaria, el 74% de los profesionales con competencias en gestión se muestra “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” con la afirmación de que dichos instrumentos son adecuados para cubrir las plazas de Atención Primaria en sus CC. AA. Este porcentaje, aun cuando continúa siendo elevado, se reduce significativamente (44%) al juzgar la idoneidad de los instrumentos disponibles para la contratación del personal no sanitario.¹⁰⁷

Respecto de la composición de los equipos de Atención Primaria, el 68% de los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria encuestados no está de acuerdo con que la composición de los equipos sea adecuada en todos los centros de salud de cada área de salud en su comunidad. Esta opinión desfavorable acerca de la idoneidad de la composición de los equipos de Atención Primaria es incluso mayor entre los integrantes de las sociedades profesionales (78%), así como por parte de los miembros de las asociaciones de pacientes (100%).

Los tres estamentos citados —profesionales, sociedades científicas y asociaciones de pacientes— comparten asimismo la opinión de que no es suficiente el número y perfil de profesionales sanitarios y no sanitarios. En concreto, los profesionales encuestados opinan que principalmente hay falta de médicos de familia y de pediatras (el 77% señala la falta de médicos de familia y el 69% opina que hay falta de pediatras), seguidos por enfermería (55%), psicólogos clínicos (48%), fisioterapeutas (47%) y matronas (46%). En la Tabla 77 pueden verse los porcentajes de profesionales encuestados que manifiestan la carencia de determinados perfiles profesionales, por comunidad autónoma.

Las sociedades profesionales, a su vez, si bien es cierto que opinan que los profesionales de medicina familiar y comunitaria son los que más faltan (75% de los encuestados indica que faltan profesionales de este perfil), difieren en cuanto a la prelación de los perfiles profesionales restantes. Así, a la falta de médicos le siguen psicólogos clínicos, fisioterapeutas y enfermeras, pediatras y trabajadores sociales (62%, 59%, 50%, 49% y 44% respectivamente).

Por su parte, las asociaciones de pacientes manifiestan un déficit de profesionales de medicina de familia y comunitaria, pediatría, enfermería, psicología clínica y trabajo social.

¹⁰⁷ Los instrumentos de contratación que declaran utilizar con mayor profusión las CC. AA. son las bolsas de empleo, tanto para personal sanitario como no sanitario, y las ofertas públicas de empleo. A estos instrumentos preferentes se suman los concursos de traslados y el recurso a contratos laborales.

TABLA 77.

Porcentaje de encuestados (profesionales con responsabilidades de gestión en Atención Primaria) que opinan que falta alguno de los siguientes perfiles profesionales para cubrir con las necesidades de la Cartera Común de Servicios de Atención Primaria.

	Médicos de Familia	Pediatras	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Matronas	Fisioterapeutas	Odonólogos / Estomatólogos	Higienistas dentales	Trabajadores sociales	Psicólogos Clínicos	Auxiliares Administrativos	Técnicos de radio diagnóstico	Terapeutas ocupacionales	Celadores	Otros*
Andalucía	83	78	52	17	48	42	22	23	17	54	23	9	27	2	31
Aragón	100	72	94	39	78	67	11	17	39	39	50	11	6	22	61
Asturias (Principado de)	74	70	65	13	35	35	13	13	17	43	13	0	9	0	22
Islas Baleares	83	67	83	25	42	42	8	8	50	50	33	8	8	8	50
Canarias	85	78	63	48	70	59	19	22	37	85	30	11	41	15	56
Cantabria	100	80	80	20	60	40	20	20	40	40	60	0	0	20	0
Castilla y León	59	52	67	33	52	56	11	11	33	44	52	0	11	15	22
Castilla-La Mancha	80	67	41	16	32	39	17	8	28	37	28	4	20	12	16
Comunidad Valenciana	79	50	57	14	43	36	7								
Extremadura	71	71	46	29	46	54	7	29	43	36	43	7	50	21	43
Galicia	68	60	72	16	36	56	12	11	43	68	36	7	32	36	11
La Rioja	100	100	100	33	100	67	33	8	48	36	16	8	28	8	32
Murcia (Región de)	50	65	25	50	15	55	15	0	0	0	100	0	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral de)	50	50	25	25	0	25	13	15	75	25	40	0	10	5	35
Ceuta y Melilla	80	80	0	60	0	80	80	0	0	13	13	0	13	0	38
Total	77	69	55	22	46	47	16	20	0	80	20	0	80	20	40

*: farmacéuticos, nutricionistas/dietistas, informáticos e ingenieros, enfermeras especializadas en medicina familiar y comunitaria, podólogos, psiquiatras, perfiles de gestores, personal de gestión, administrativos sanitarios, enfermera de enlace, educadores deportivos, enfermeras de práctica avanzada, enfermeras de salud mental, epidemiólogos, fotógrafos de retina, geriatras, logopedas, mandos intermedios, médicos de urgencias, seguridad, técnicos sanitarios.

Fuente: Ministerio de Sanidad (2023). Informe sobre el análisis de la situación actual de la Atención Primaria en España.

Por último, los retos a medio plazo que en materia de recursos humanos destacan los representantes de las CC. AA. son los siguientes:

- 1) Retención de profesionales en zonas/puestos de difícil cobertura ofreciendo formaciones y aumentando los beneficios (sueldo, vacaciones, reconocimiento).
- 2) Jubilación de un número elevado de profesionales de medicina comunitaria y enfermería.
- 3) Captación y retención de profesionales en Centros de Atención Primaria, incrementando el número de plazas MIR, potenciando la I+D+i, la cirugía menor y otras técnicas de tratamiento y diagnóstico que puedan realizarse en dichos centros; creación de la especialidad de urgencias y emergencias.
- 4) Inclusión de los profesionales en tareas de planificación y gestión.
- 5) Reforzamiento de la figura del médico de Atención Primaria.
- 6) Atractivo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Con relación a la **Financiación** de la Atención Primaria, la percepción muy mayoritaria entre los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria (un 72%) es que la asignación de los presupuestos en este nivel asistencial es insuficiente para poder ofrecer un servicio de calidad garantizando la accesibilidad e igualdad, así como sostenibilidad. Esta desfavorable valoración del presupuesto destinado a primaria es aún mayor entre las sociedades profesionales, un 96% de las cuales considera que es insuficiente. Las asociaciones de pacientes coinciden con esta opinión.

En cuanto a los criterios empleados para determinar el presupuesto destinado a Atención Primaria, los representantes de las CC. AA. consideran mayoritariamente (64%) que dichos criterios no son claros y explícitos. Asimismo, la práctica totalidad de los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria opinan que los criterios empleados en sus Comunidades Autónomas para determinar el presupuesto para la Atención Primaria no se adecúan a las necesidades de la población.

Por último, y en relación con cuáles deberían ser las prioridades de financiación en Atención Primaria para los próximos 2-5 años, un 83% de los profesionales con competencias de gestión encuestados considera que la financiación del área de recursos humanos es una prioridad presupuestaria. A esta prioridad le sigue, en segundo lugar, la creación y/o adaptación de los espacios físicos, la adquisición y/o renovación de equipamiento médico, así como la inversión en TIC/digitalización. Las sociedades profesionales coinciden en señalar como prioridad fundamental la inversión en recursos humanos (un 90% de los encuestados respalda esta

prioridad), aunque en las restantes áreas conceden una mayor prioridad a la digitalización que la conferida por los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria (55% frente 38%). Este mismo orden de prioridades es el que declaran las asociaciones de pacientes.

Respecto a la **Infraestructura y equipamiento** en Atención Primaria, hay que diferenciar entre los recursos estructurales, materiales y tecnológicos. En el primer caso se hace referencia a los centros de salud y consultorios de los que dispone cada comunidad autónoma. Sobre su estado, el 67% de los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria considera que no es bueno. Porcentaje que se incrementa en 8 puntos porcentuales en el caso de los miembros de las sociedades profesionales. Los representantes de las CC. AA., por su parte, consideran que, si bien la infraestructura de los centros de Atención Primaria permite llevar a cabo las prestaciones de la Cartera Común de Servicios, son necesarias adaptaciones para hacer frente a diversos retos presentes y futuros, algunos ya previstos en las nuevas carteras de servicios a implantar. Las adaptaciones necesarias principalmente mencionadas son:

- Reformas y mejoras básicas de centros anticuados.
- Creación de salas de reuniones, docencia e investigación.
- Mayor dotación de infraestructura para la propia gerencia y los servicios de informática.
- Dotación de infraestructuras específicas para unidades de nueva creación (ej. afrontamiento del dolor).
- Ampliaciones de espacio para dar cabida a más profesionales y nuevos perfiles.

Acerca del equipamiento tecnológico, alrededor del 50% de los profesionales con competencias de gestión encuestados considera que su estado no es bueno. Las sociedades profesionales coinciden con los profesionales mostrando una opinión semejante (72% de las respuestas). También las asociaciones de pacientes consideran que el estado del equipamiento tecnológico de los centros no se encuentra en buen estado.

3.2.2. El contexto europeo

Como antes se expuso, la tercera fase del proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española” consistió en el estudio y análisis de casos de reforma de la Atención Primaria en distintos países europeos, considerados a priori ejemplos potencialmente valiosos para su aplicación en España.

De un volumen inicial de 112 referencias bibliográficas identificadas a partir de las sugerencias efectuadas por los expertos de área y el comité asesor del proyecto, finalmente se seleccionaron 9, de los cuales 5 se discutieron en los talleres online señalados al principio, tanto con los miembros de los grupos técnicos regionales, como con las sociedades profesionales y asociaciones de pacientes. La Tabla 78 recoge los 9 casos seleccionados. En negrita sea resalta el nombre de cada uno de los países cuyas reformas fueron seleccionadas para su discusión en los talleres online. En concreto, son las experiencias de reforma emprendidas en Bélgica, Finlandia, Noruega, Escocia y Portugal. Esbozamos a continuación los aspectos de cada una de estas iniciativas de reforma juzgadas más relevantes en ambos talleres online.

En el ámbito de la **Planificación**, la reforma de la atención primaria 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 atención primaria. Además, se consideró especialmente relevante esta reforma por estar centrada en la atención a las personas.

Las CC. AA. indicaron como aspectos más relevantes de esta iniciativa:

1. La coordinación entre el ámbito social y el sanitario (atención integrada) con una gestión común.
2. El respaldo a los avances de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

En relación con la transferibilidad de estas medidas, se señalan como factores limitadores que pueden dificultarla los siguientes:

- La falta de voluntad política para realizar cambios supone un gran impedimento para fomentar las innovaciones que esta reforma requiere.
- La integración de los sistemas de información de los ámbitos social y sanitario es muy compleja, lo que hace más difícil la coordinación.
- La normativa laboral (estatuto jurídico) es estricta y poco flexible en cuanto a las condiciones y funciones laborales. Esto frena los avances en nuevas competencias e integraciones. En algunas CC.AA. existen estructuras de coordinación sociosanitaria, pero no terminan de consolidarse al no tener una gestión autónoma.

TABLA 78.
Estudios de casos seleccionados.

	País	Reforma	Breve descripción
Planificación	Bélgica	<i>Reforma de la Atención Primaria en Flandes</i>	Reforma encaminada a reforzar y simplificar la AP y convertirla en una atención integrada.
Gestión y Organización	Finlandia	<i>Integración de la atención sanitaria y social</i>	Implementación realizada en 2010 de un nuevo modelo que integra la atención social y sanitaria en el Distrito de servicios sociales y sanitario de Karélia del Sur.
Recursos Humanos	Noruega	<i>Senja Doctors</i>	Desarrollo de un modelo de colaboración entre los servicios de AP de los cuatro municipios de Senja (isla de Noruega), es decir, un servicio de AP intermunicipal.
	Reino Unido	<i>Nuevo contrato de Médicos de Atención Primaria en Reino Unido</i>	Introducción de un nuevo contrato para médicos de AP con nuevas disposiciones relativas a la gobernanza y los incentivos.
	Australia	<i>Estrategia de salud rural</i>	Elaboración de un paquete de iniciativas orientadas a crear una fuerza laboral sostenible y de alta calidad para satisfacer las necesidades de todas las comunidades. Las iniciativas se organizan en 3 temas: 1. Formación; 2. Entrenamiento y 3. Reclutar y retener.
Financiación	Escocia, Reino Unido	<i>Integración de la atención sanitaria y la atención social</i>	Creación de 31 autoridades integradas: asociaciones legales de asistencia sanitaria y social. Estas se encargan de estos servicios de manera coordinada con las autoridades locales y los consejos de salud.
	Irlanda del Norte, Reino Unido	<i>Health and Wellbeing 2026: Delivering Together</i>	Desarrollo de un modelo de equipo multidisciplinario, con una inversión de 15 millones de libras. Esta inversión se centrará en la contratación de fisioterapeutas, especialistas en salud mental y trabajadores sociales en los centros de salud, respaldada por una mayor inversión en la enfermería cada distrito y visitas domiciliarias.
Infraestructura y equipamiento	Portugal	<i>Reforma de la Atención Primaria en Portugal</i>	Creación de 150 nuevas Unidades de Salud Familiar, basada en la necesidad de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y mejorar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales. Fuerte inversión en el Sistema de Información, mediante el desarrollo de interoperabilidad y de registros electrónicos individuales de los pacientes. Esto permite llevar a cabo un seguimiento mensual de los equipos mediante indicadores y facilitar la coordinación y la comunicación entre profesionales.
	Reino Unido	<i>Sistemas digitales conectados</i>	Medida de apoyo a las organizaciones sanitarias para garantizar la digitalización e interoperabilidad de los sistemas. La medida se centra en ayudar a estas a evaluar su capacidad digital, trabajando conjuntamente con los sistemas locales de salud, desarrollando planes digitales locales y fomentando la compartición de conocimiento de las organizaciones más avanzadas digitalmente. Se crean dos figuras: Referente Digital Global y Referentes Locales de Registros Sanitarios.

Fuente: Ministerio de Sanidad (2023). Informe sobre Estudios de Caso en reformas de Atención Primaria.

Por su parte, los dos aspectos considerados más relevantes por las sociedades profesionales y las asociaciones de pacientes son:

- El refuerzo de la capacidad de la autogestión en los usuarios.
- 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.

En relación con el primero de ellos, se identifican como elementos limitantes de su potencial implantación:

- Los profesionales convierten a los pacientes en demandantes del servicio.
- Falta de formación a los profesionales y falta de formación y educación sanitaria a los pacientes; falta de actividades encaminadas a la educación sanitaria individual y grupal. Se gastan recursos en atender pacientes que no requieren una atención inmediata, lo que demora las actividades realmente importantes.

Con respecto al segundo, se identifican así mismo los siguientes factores limitadores:

- Actual situación de la atención domiciliaria. Se debería replantear el tiempo que se invierte en cada domicilio, ajustando mejor los recursos disponibles e implementando el uso de las nuevas tecnologías cuando sea posible.
- Brecha sociosanitaria: la historia clínica electrónica no está unificada. Es un aspecto clave para la eficiencia en la organización de los recursos, tanto la historia clínica dentro del sistema sanitario, como la historia clínica disponible para los pacientes.
- Brecha digital, tanto de pacientes como de profesionales.

En el área de **Gestión y organización**, el estudio de caso seleccionado para ser discutido en profundidad en los Talleres online fue la reforma llevada a cabo en Finlandia, concretamente en Karelia del Sur. Una experiencia seleccionada 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.

Los dos aspectos primordiales de la reforma resaltados por los miembros de las CC. AA. fueron:

- La integración digital de los servicios informáticos.
- La integración de la atención social y sanitaria.

Los factores limitadores de la implantación del primero de los dos aspectos que fueron destacados en el taller fueron:

- La falta de interoperabilidad entre los sistemas de información de los ámbitos social y sanitario.
- Las necesidades de información para los dos ámbitos asistenciales dispares, por lo que establecer sistemas de información conjuntos supone un trabajo previo de consenso que ha de hacerse de manera coordinada.
- Las brechas existentes en competencias digitales, tanto de pacientes como de profesionales. Si se determina implementar una mayor digitalización habría que fomentar la formación de los trabajadores sociosanitarios en competencias digitales.
- Falta de infraestructura como, por ejemplo, falta de banda ancha en algunos centros de Atención Primaria.
- La complejidad de la integración de las bases de datos de ambos ámbitos.
- La brecha digital es mucho mayor en aquellas personas más vulnerables y frágiles (ancianos), que además suelen ser los pacientes con enfermedades crónicas.

Por lo que respecta a la integración de la atención sociosanitaria, los factores limitadores señalados son:

- Los sistemas de información están completamente separados, son dos ámbitos paralelos con dos bases de datos independientes.
- Existe una normativa muy restrictiva y rígida (en materia de protección de datos) respecto a los sistemas de información que dificulta su integración.
- También existe una rigidez de la estructura de recursos humanos que dificulta que puedan compartirse los recursos.
- Supone una gran inversión, que además es conjunta para los dos ámbitos.
- La reticencia de ambos ámbitos a ceder competencias a favor del otro con la finalidad de complementarse mejor.
- El cambio organizativo que supone pasar de un modelo dividido a un modelo integrado.
- Cada ámbito tiene que entender las necesidades del otro.

Asimismo, sociedades profesionales y asociaciones de pacientes seleccionaron como aspectos más significativos de la experiencia finesa los siguientes:

- La integración digital con servicios informáticos únicos.
- Mejorar el equilibrio e integración entre Atención Hospitalaria, Atención Primaria y servicios sociales.

Los participantes en este segundo taller enumeran una gran cantidad de obstáculos para llevar a término el primero de los aspectos citados:

- Carencia de interés político para llevar a cabo una integración de los sistemas informáticos de los diferentes niveles asistenciales.
- Necesidad de integración en todas las zonas, tanto urbanas como rurales, e incluso especialmente en las zonas rurales en las que el acceso puede estar más limitado.
- Limitación legal de atención urgente por para sanitarios, ya que esto no es posible en España.
- Los servicios informáticos únicos chocan con el Reglamento General de Protección de Datos, pues los datos de salud están especialmente protegidos.
- Resistencia al cambio por parte de profesionales y pacientes.
- Los sistemas actualmente son independientes, por lo que llevar a cabo una integración es un proceso que puede resultar muy complejo.
- Falta de digitalización del sistema español.

Algo semejante —en cuanto a su gran número— sucede con el segundo aspecto resaltado por sociedades profesionales y asociaciones de pacientes:

- Necesidad de una mayor concienciación de los profesionales en cuanto a la integración y coordinación en la atención a los pacientes.
- Mayor necesidad de financiación ya que implica un cambio en el modelo de atención.
- Legislación actual relativa a las formas de trabajo y organización de los Recursos Humanos.
- Modelos diferentes, ya que los servicios sociales tienen copago y la asistencia sanitaria tiene cobertura universal, por lo que llevar a cabo una integración teniendo en cuenta las características de cada uno es complejo.
- Existen intermediarios que producen un aumento del gasto.
- Actualmente hay desigualdades en la prestación de servicios en servicios sociales.
- Aumenta el número de horas del personal de servicios sociales para poder prestar la asistencia domiciliaria, lo que conlleva mayor dotación de recursos y mayor

El proyecto “Senja Doctor” que se llevó a cabo en Noruega se seleccionó como estudio de caso para el área de **Recursos humanos**, habida cuenta de su

éxito, refrendado por la satisfacción con el mismo manifestada por profesionales sanitarios, autoridades políticas y administración sanitaria.

Los dos aspectos más valorados por los representantes de las CC. AA. fueron:

- El establecimiento de condiciones, medidas e incentivos especiales para lugares especiales.
- La elevación del nivel de profesionalización y la ganancia de competencias.

Sobre el primero de los aspectos, los participantes en el primer taller subrayaron las siguientes barreras:

- Las políticas de recursos humanos han supuesto una ralentización y una limitación para las CC.AA. en la valoración de diferentes propuestas y opciones para mejorar la captación de profesionales para algunos puestos/zonas de difícil cobertura.
- La definición de los puestos/zonas de difícil cobertura no incluye solo criterios geográficos, sino también otros criterios como los horarios.
- La rigidez en las políticas y en la gestión de los recursos humanos no permite la adaptación de las necesidades a la misma velocidad con la que surgen.
- Complicación por la discriminación de los criterios por los que se cubren las plazas.
- Gran dificultad para encontrar profesionales que quieran cubrir puestos/zonas de difícil cobertura.
- Las CC. AA. no tienen capacidad de obtener respuestas a sus necesidades.

Y respecto del segundo aspecto se identifican estos factores limitativos:

- La falta de profesionales, además de ser un limitador por sí mismo, impide que los profesionales dispongan del tiempo requerido para formarse en otras competencias.
- Existe resistencia por parte de algunos profesionales a adquirir nuevas competencias y al cambio que esto conlleva.
- Esta medida no implica que los profesionales de Atención Primaria tengan que formarse en todas las especialidades, sino que supone una especialización y un empoderamiento del equipo multidisciplinar que representa un equipo de Atención Primaria. Si no se entiende esto, puede existir reticencia al cambio que supone.
- Falta la definición de una estrategia nacional de captación de profesionales.
- No beneficiar a los profesionales que tienen mejor rendimiento y están más capacitados.
- Falta la definición de puestos/zonas de difícil cobertura.

- Definición de roles y funciones.
- Aplicación de las competencias definidas de los médicos de Atención Primaria.

Por su parte, los miembros de las sociedades profesionales y asociaciones de pacientes destacan los dos siguientes aspectos como los que potencialmente pueden aportar mayor valor añadido a la Atención Primaria española:

- Mejora del sentido de pertenencia y mejora de la retención de profesionales.
- Disminución de la carga de trabajo mediante la menor asignación de pacientes a cada médico de familia.

Con respecto al primer aspecto los posibles obstáculos identificados por los participantes del segundo taller son:

- Las ofertas públicas de empleo realizadas por las CC. AA. deberían ser de carácter, al menos, bial para poder retener a los profesionales lo más rápido posible.
- Los centros de urgencias de Atención Primaria no son atractivos para los profesionales, prefieren las urgencias hospitalarias.
- Sistema muy poco flexible desde el punto de vista de gestión.
- Variabilidad entre las distintas CC. AA. Debería existir homogeneidad en las condiciones laborales para los profesionales de Atención Primaria en los diferentes territorios para evitar competencia entre CC. AA.
- Falta de incentivación de los tutores que forman a los profesionales para mejorar la retención y el sentido de pertenencia.
- Las condiciones de trabajo no son buenas y provoca que los profesionales busquen alternativas con mejores condiciones como, por ejemplo, a centros privados.
- Falta de incentivos para cubrir zonas/puestos de difícil cobertura y zonas rurales.
- Rotación de los profesionales que empiezan su carrera en zonas rurales, lo que dificulta el sentido de pertenencia.
- Falta de integración de las asociaciones de pacientes en la formación para profesionales.

En cuanto al segundo aspecto, el que tiene que ver con la disminución de la carga de trabajo, los elementos limitantes señalados fueron:

- Falta de profesionales debido a la jubilación de pediatras y médicos de familia, principalmente.

- Falta de profesionales de enfermería. Se deberían crear puestos específicos para las especialidades de enfermería familiar y comunitaria.
- Alta competitividad entre las CC. AA. para captar profesionales.
- Las bajas médicas de profesionales o las vacaciones no se tienen en cuenta en las planificaciones y los profesionales se tienen que cubrir sus cupos, generando doble carga de trabajo.
- Poca inversión en Atención Primaria, por lo que no permite la disminución de los cupos.
- Las cargas de trabajo actuales establecidas no son las reales, son mucho mayores. En algunos centros de salud hay cupos mayores a los permitidos por la Ley.

Por lo que respecta a la **Financiación** de la Atención Primaria, 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.

Tres fueron los aspectos más destacados de esta reforma por parte de las CC. AA.:

- La asociación presupuestaria de los ámbitos social y sanitario.
- Aspectos legales y estructurales.
- La importancia de la salud comunitaria.

Los principales factores limitativos para el impulso del primero de los aspectos fueron:

- Estructuras diferenciadas para los servicios sociales y sanitarios, con organizaciones diferentes. Si existe una financiación conjunta la organización también debería de serlo.
- Problemática que supone la integración de los datos debido a los aspectos legales a la hora de compartirlos entre los ámbitos social y sanitario.
- Estructuras y consejerías separadas, por lo que es difícil llegar a acuerdos y compartir los recursos.
- Para llevar a cabo la integración de la atención sanitaria y social es necesario una integración entre el estado y autoridades locales. En España los servicios sociales se gestionan desde las administraciones locales.
- En el ámbito social no hay perfiles gestores, los trabajadores sociales no organizan ni gestionan recursos.

- La legislación es diferente en el ámbito sanitario y en el ámbito social. El ámbito sanitario prioriza el cuidado de las personas y el social prioriza las prestaciones a los ciudadanos en situación vulnerable.
- Los sistemas de información no permiten visualizar la información de un ámbito desde otro y es complejo el proceso de transferencia de datos.
- Es necesario un cambio de cultura de trabajo y abordaje conjunto social y sanitario.
- Es posible que una mayor integración sociosanitaria tenga el efecto inicial de aumento de gasto, ya que aflorarían necesidades no cubiertas en estos momentos.

Por su parte, sociedades profesionales y asociaciones de pacientes resaltaron estos dos aspectos de la reforma escocesa:

- Orientación a la prevención y atención precoz, así como enfoque de promoción de la salud.
- Integración de la Atención Primaria y sociosanitaria.

Señalando a su vez los siguientes obstáculos al desarrollo del primer aspecto:

- Poca inversión en este ámbito asistencial y recursos escasos; se debe cambiar el modelo de gobernanza.
- Resulta muy difícil medir resultados, habitualmente se miden las actividades como indicadores, pero se debería replantear el modelo que se está empleando para medir resultados.
- Falta de terapias no farmacológicas para impulsar un cambio de hábitos. Existen muchas terapias no farmacológicas que pueden prevenir patologías y que no se están prescribiendo o incentivando actualmente.
- Necesaria la educación en prevención (incluidas terapias no farmacológicas)

Y estos con respecto al segundo:

- No existe voluntad política para llevar a cabo una reforma, los intereses políticos frenan una posible integración.
- Los servicios no llegan a todas las zonas, se necesita una coordinación con los servicios sociales.
- Falta de formación y motivación de los profesionales.
- Inversión y recursos escasos.
- Falta de equipos multidisciplinares.
- Resistencia al cambio.

Finalmente, en relación con la dimensión relativa a las **Infraestructuras y equipamiento** de la Atención Primaria, la reforma de la Atención Primaria 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 en el primer taller, con los representantes de las CC. AA. fueron los siguientes:

- Las políticas de recursos humanos.
- Seguimiento y evaluación de los equipos mediante indicadores.

Las principales barreras que pueden obstaculizar el despliegue del primero de los anteriores aspectos son:

- La inadecuación de la normativa actual.
- La distribución desigual de profesionales a lo largo de todo el territorio, muchos de ellos eligen las mismas geografías para trabajar.
- La rigidez de la normativa y su necesaria adaptación dificulta adaptarse a las necesidades de los profesionales.
- La falta de multidisciplinariedad de los equipos.
- Poca agilidad en el cambio de normativa, actualizarla requiere mucho tiempo.

En cuanto al segundo aspecto enfatizado por las CC. AA. estos serían los factores limitativos destacados:

- La complejidad del manejo de datos para definir indicadores concretos debido a la gran cantidad de datos que se generan. La gestión de estos puede resultar demasiado compleja.
- Dentro de las prioridades de políticos y gestores no está la evaluación de la Atención Primaria.
- El mantenimiento del sistema.
- Poca interoperabilidad entre los diferentes sistemas de salud autonómicos para poder hacer análisis comparativos.
- Actualmente existen y se generan muchos datos, lo que deriva en una dificultad para identificar los datos que son realmente relevantes.

Sociedades profesionales y asociaciones de pacientes resaltan estos dos aspectos como los más valiosos para el sistema español:

- Integración, interoperabilidad y uniformización de información a nivel nacional de los procedimientos de registros clínicos entre áreas distintas y común a todos los profesionales de salud y pacientes.

- Incentivos profesionales basados en objetivos.

Con relación al primer aspecto, los participantes en el segundo taller indican los siguientes factores limitativos:

- Falta de comunicación entre sistemas de información de los diferentes ámbitos asistenciales.
- Los sistemas de información del ámbito sanitario son competencia de las Comunidades Autónomas. La propia estructura que existe en España imposibilita la integración y uniformización de la información a nivel nacional.
- No existe voluntad política para llevar a cabo los cambios requeridos.
- La Historia Clínica Electrónica no está unificada ente territorios, y en ocasiones tampoco dentro de un mismo territorio.
- Disparidad en las estrategias regionales en materia TIC
- Recomendaciones estratégicas a nivel nacional no vinculantes. Se requieren normas en lugar de recomendaciones para poder homogeneizar y compartir la información entre distintos territorios.

Por último, los principales impedimentos para establecer incentivos basados en objetivos son los siguientes:

- El reparto lineal limita la motivación de los profesionales.
- Se deben establecer mecanismos de evaluación claros para el reparto de los incentivos.
- Falta de definición de objetivos comunes.
- Establecer únicamente objetivos individuales puede ser contraproducente y desmotivador, ya que algunos profesionales pueden no llegar a cumplirlos en algunas ocasiones. Se deberían establecer algunos objetivos individuales y otros grupales.

3.3. LA OPINIÓN DE LAS INSTITUCIONES PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y DE USUARIOS Y PACIENTES

Con el fin de recabar la opinión de organizaciones directamente implicadas en el funcionamiento de la Atención Primaria en la Región de Murcia, se diseñó un cuestionario *online* que se describe en detalle en el Apéndice 2. En dicho cuestionario se pidió a los participantes que identificasen las debilidades de la Atención Primaria en la región, las medidas o propuestas de reforma que, en su opinión (la de la organización a la que pertenecen) debieran acometerse para subsanarlas o paliarlas, los obstáculos o impedimentos que podrían

encontrarse al poner en práctica tales reformas, así como su conocimiento y valoración de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria aprobada por el Gobierno Regional.

Se invitó a cumplimentar el cuestionario a un total de 22 instituciones u organizaciones: seis asociaciones profesionales, seis colegios de médicos, siete organizaciones sindicales y tres asociaciones ciudadanas. El contacto se realizó vía correo electrónico, en el que se describía brevemente el estudio, se explicaba el objeto del cuestionario y se solicitaba su colaboración, acompañándose el email de una carta firmada por el presidente del Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. Transcurridas tres semanas desde el primer contacto, se envió un nuevo email a modo de recordatorio, con el fin de maximizar el número de respuestas.

Con el fin de estructurar las respuestas a las principales preguntas del cuestionario (debilidades, reformas y obstáculos), se propuso a los participantes que tales respuestas se agrupasen en seis grandes áreas, sin perjuicio de que cada encuestado pudiese añadir otra u otras áreas no contempladas en esta enumeración. Las áreas en las que se proponía ubicar los principales problemas de la Atención Primaria en la región y sus posibles soluciones eran las siguientes:

- *Planificación* (ordenación de las Áreas de Salud, diferencia entre zonas urbanas y rurales, población asignada, recursos estructurales: centros de salud y consultorios).
- *Gestión y organización* (modelo de gestión, modelo de coordinación entre niveles asistenciales, modelo de coordinación entre los equipos de Atención Primaria y los servicios sociales, modelo de gestión clínica).
- *Recursos humanos* (política de recursos humanos, composición y organización —roles y competencias— de los equipos de Atención Primaria, planes de captación y retención de personal de Atención Primaria).
- *Financiación* (presupuestación en Atención Primaria, suficiencia financiera de la Atención Primaria).
- *Infraestructuras y equipamientos* (disponibilidad de equipamiento médico, digitalización de los servicios de Atención Primaria, información compartida con otros niveles asistenciales y servicios sociales, calidad de las infraestructuras, planes de revisión y adecuación de las infraestructuras).
- *Cartera de servicios* (composición e idoneidad).

La tasa de respuesta fue del 63,6%. Un total de 14 de las 22 organizaciones contactadas respondió a la invitación, si bien el número de cuestionarios válidos se redujo finalmente a 12: las respuestas a uno de los cuestionarios cumplimentados no se grabaron correctamente en la base de datos, presumiblemente como consecuencia de una incidencia informática; y, por otra parte, una de las

instituciones que respondió a la invitación se limitó a enviar un párrafo con una valoración general de la situación de la Atención Primaria, sin llegar a responder a las tareas del cuestionario. A continuación, describimos los principales resultados del análisis de los 12 cuestionarios válidos recibidos, que corresponden a las siguientes instituciones:

- Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia -APERMap
- Asociación de Matronas de la Región de Murcia
- Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia
- Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia
- Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia
- Colegio Oficial de Psicología de la Región de Murcia
- Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras de la Región de Murcia
- Unión General de Trabajadores Región de Murcia – Sanidad
- Sindicato Médico de la Región de Murcia (CESM)
- Sindicato de Enfermería de la Región de Murcia (SATSE)
- Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia
- Federación Murciana de Asociaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios THADERCONSUMO.

En primer lugar, por lo que respecta a la identificación de las áreas en las que cabe agrupar los problemas y reformas del sistema regional de Atención Primaria, algunos de los participantes identificaron áreas adicionales a las seis propuestas. Estas áreas fueron las siguientes:

- Promoción y educación en el autocuidado por parte de la población con campañas divulgativas constantes por los estamentos que correspondan (APERMap)
- Reglamento de funciones por categorías y funcionamiento del equipo (C.O. Médicos)
- Análisis de la situación (C.O. Psicología)
- Modelo (C.O. Psicología)
- Información, publicidad y sensibilización (C.O. Trabajo Social)
- Investigación (C.O. Trabajo Social)
- Calidad asistencial (THADERCONSUMO)
- Alta tasa de demanda de los pacientes, educación sanitaria (CESM)

- Aumento de las agresiones a profesionales sanitarios (CESM)
- Burocracia creciente, profesionales que la realizan y nueva organización (CESM)
- Relación con los servicios hospitalarios (CESM)

Por lo que atañe a las debilidades de la Atención Primaria en la Región, en la Tabla 79 se muestran las enunciadas por los participantes, agrupadas por áreas (en color rojo, las priorizadas en uno de los tres primeros lugares de la ordenación). Existen pocas coincidencias en lo que se refiere a las debilidades identificadas por los encuestados como prioritarias y, en particular, en las situadas en los primeros puestos del ranquin de relevancia de los problemas. Si atendemos a la agrupación por áreas, tres de los doce participantes en el sondeo sitúan en primer lugar una debilidad del área de *Financiación* (concretamente, la insuficiente dotación financiera de la Atención Primaria). Todos ellos identifican, no obstante, un problema relacionado con esta área entre los 10 más relevantes. Además de la insuficiencia financiera, se considera un problema la ausencia de un presupuesto finalista y el desequilibrio en el reparto de los fondos entre niveles.

El primer lugar en la ordenación de las debilidades identificadas es ocupado solo en dos casos por un problema asociado al área de *Planificación*. En un caso se refiere a la dimensión y el reparto de las Áreas de Salud, y en el otro a las bajas ratios de profesionales de enfermería. Las debilidades en el área de *Gestión y organización* ocupan el primer lugar de la ordenación en otros dos cuestionarios. En uno de ellos se subraya como el principal problema de la Atención Primaria el modelo de gestión clínica basado en la cita (que prioriza la demanda frente a la necesidad de atención); y en el otro se menciona la Gerencia única como “un grave error”, que ha relegado a la Atención Primaria a un segundo plano.

También los problemas en el área de *Infraestructuras y equipamientos* se citan en primer lugar en la ordenación de debilidades identificadas en dos casos, siendo estas debilidades la ausencia de infraestructuras en Zonas Básicas de Salud y la insuficiente y obsoleta dotación de espacios. El área de *Recursos Humanos* no aparece citada en ningún caso en primer lugar en el ranquin de debilidades del sistema de Atención Primaria; sí en segundo lugar en la mitad de los cuestionarios. Tampoco ocupa el lugar preeminente ninguna debilidad asociada al área *Cartera de servicios*, que solo figura en el segundo puesto del ranquin en un caso, el que señala la ausencia en la cartera de determinadas prestaciones como la salud bucodental infantil, la salud mental infanto-juvenil y el *screening* o cribado optométrico.

En el resto de los casos, la debilidad del sistema de Atención Primaria que se considera más importante o grave no se adscribe a ninguna de las seis áreas sugeridas

al inicio del cuestionario, sino a otras sugeridas por los encuestados. Es el caso de las agresiones a profesionales sanitarios (y las limitaciones del código penal para hacerles frente); la ausencia de un reglamento de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria (EAP), lo que permite que cada miembro del equipo pueda “ir por libre”; y el sesgo de las estrategias de mejora de la hacia un modelo biomédico que soslaya las necesidades asociadas a la promoción de la salud mental.

Como se puede comprobar en la Tabla 79, en la ordenación de las debilidades según importancia o gravedad, las relacionadas con asuntos de *Planificación* aparecen cuatro veces en los primeros tres puestos, igual que las vinculadas a cuestiones de *Gestión y organización*. Los problemas vinculados a *Recursos humanos* aparecen ocho veces (nunca en primer lugar), los asociados a *Financiación* cinco veces y los relativos a *Infraestructuras y equipamientos* en siete ocasiones. Solo en dos casos se asoman a las tres primeras posiciones debilidades relacionadas con la *Cartera de servicios* de primaria. En este “podio” aparecen seis veces problemas adscritos a *otras áreas* distintas de las seis de referencia sugeridas al inicio del cuestionario.

Resulta inevitable identificar en las respuestas a esta primera parte del cuestionario centrada en las debilidades un cierto “sesgo”, sin que el término sea portador de connotación negativa alguna. Los problemas identificados en la Atención Primaria regional y su priorización, más allá de cuestiones generales, como la insuficiente financiación, la falta de recursos humanos o las carencias en equipamientos, ponen de manifiesto algunas preocupaciones específicas de las organizaciones cuya opinión está representada en las respuestas, como no podía ser de otro modo.

TABLA 79.

Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta *online*

ÁREA	DEBILIDADES
PLANIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Dispersión de la Pediatría en AP. Es necesario centralizar a los Pediatras especializados en puntos estratégicos de la Región • Inadecuada ponderación poblacional desde el punto de vista socioeconómico, clínico y geográfico • Incompleta implementación del funcionamiento de enfermería por cupos • Población (TSI) asignada por categoría profesional • Cortoplacismo, se planifica en la inmediatez, pensando poco en el futuro • Demasiada población asignada por cada facultativo • Salud mental: sin previsión universal de la atención necesaria a las necesidades psicológicas que surjan desde los diseños planificados • Diseño frágil y actuaciones parciales: sin perspectiva psicológica y sin presencia de psicólogos, con capacitación y competencia titulada • Se planifica la salud mental sin garantía de cobertura territorial (equidad) no accesibles de forma universal • Se planifica con actuaciones sobre poblaciones especialmente vulnerables y temáticas que requieren pericia • Sesgo enunciado: adolece de la perspectiva psicológica del desarrollo psicoevolutivo y se centra en lo biomédico (cuerpo) (3) • Escasez de centros de salud y consultorios, así como recursos estructurales (3) • Evaluación de las diferentes estrategias que se lleven a cabo en el ámbito de la salud. Canales de publicidad y difusión • Participación ciudadana y fomento de la responsabilidad social • Planificación y actualización de las diferentes estrategias que se lleven a cabo en el ámbito de la salud • Proyectos de medicina comunitaria: prevención, educación en la salud en los diferentes espacios (colegios, centros sociales, etc.) • Desajustes entre cambios demográficos sociedad actual/ futura y la oferta socio sanitaria actual, acentuado por cambio roles cronicidad • Dificultades con el modelo de Gerencia Única con el que contamos en nuestra región • La planificación se nutre de información sesgada, muy biomédica y hospitalaria • No hay enfermeras en la alta planificación debido a los problemas que el colectivo tiene para llegar a puestos de gestión • Ratios enfermera-población bajas, lo que conlleva a una excesiva medicalización-fragmentación y deficiencias en cuidados (1) • Tenemos un modelo de atención reactivo (apagar fuegos) vs modelo proactivo (a largo plazo) • Dimensión y reparto de las Áreas de Salud (1) • Consultorios de salud no dan la cobertura sanitaria suficiente en áreas rurales dispersas • No existe un plan de recursos humanos basado en las necesidades asistenciales. • Con cupos sobredimensionados, se pretende que la cartera de servicio sea cada vez mayor, sin que cambie el número de efectivos médicos • Cupos médicos sobredimensionados • Las plantillas médicas no están dimensionadas para cubrir incidencias, algo que se hace continuamente • No se tienen en cuenta la idiosincrasia de la población cuando se planifican los RRHH • Aceptación de programas de poco sentido

TABLA 79.

Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta *online* (continuación)

ÁREA	DEBILIDADES
<p>GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los modelos de gestión deben ir encaminados a solucionar la denominada "demanda imprevisible o sin cita" que satura la AP • Ausencia de liderazgo de la Atención Primaria en la coordinación entre niveles asistenciales • Deficiencia en la comunicación entre Atención Primaria y servicios sociales • Modelo de gestión clínica basado en la cita, lo que prioriza la demanda frente a la necesidad de atención (1) • Modelo de gestión de Atención Primaria concebido como continuidad asistencial hospitalaria • Gerencias únicas • El modelo de gestión debería ser un Área única regional y la coordinación entre niveles más dirigida desde la AP • No contempla en los equipos de AP a los psicólogos con competencias organizativas y de desempeño garantizando la calidad de la atención • La estrategia de SM tiene por objetivo el trastorno mental grave a nivel comunitario (p.1) • Las actuaciones salud mental de promoción y prevención: son parciales, dirigidas por la estrategia de SM 2023-2026 • Toda la organización y gestión están determinadas por el modelo en el que se sustenta EMAP • Coordinación sociosanitaria • Modelos y canales de coordinación entre profesionales y los distintos niveles/ sectores de intervención • Dificultad coordinación con otros estamentos como el trabajo social o Paliativos, debido al desajuste entre necesidades y la dotación • La Atención Primaria ha pasado de ser vista como una inversión y se contempla como un gasto • Nuestra organización es cortoplacista • Numerosos agravios comparativos entre los distintos grupos profesionales (ratios, asume cupos, complementos retributivos, nivel profesional • Posturas gestoras/organizadoras/políticas sin rumbo claro en Atención Primaria con continuos cambios no ajustados a la Cartera de Servicios • Vuelve a ser una debilidad el modelo de Gerencia Única pues pone obstáculos en principios de la AP como los cuidados, la cronicidad, ... (2) • Listas de espera altas • La desaparición de la Gerencia de Atención Primaria para asimilarla a un modelo compartido especializada y primaria • La Gerencia única ha sido un grave error. La Atención Primaria ha quedado relegada a un segundo plano (1) • Categorías profesionales diferentes que no tienen una jerarquía clara, por ejemplo, enfermería depende del coordinador de enfermería • La desaparición de las auxiliares en la consulta ayudando al médico fue un retroceso • La distribución del trabajo es muy asimétrica, ya que el médico tiene que asumir cada vez más funciones • Relación con los servicios sociales y ayuntamiento, y que promuevan educación sanitaria, • Se carga al médico con burocracia que le hace perder mucho tiempo que no puede destinar a ver enfermos • Desaparición de las gerencias de Atención Primaria, su integración y dependencia de las gerencias hospitalarias han cambiado la orientación (3)

TABLA 79.

Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta *online* (continuación)

ÁREA	DEBILIDADES
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de Pediatras especializados, sobre todo, en AP. Tampoco se potencia a la Enfermería pediátrica • Ausencia de trabajadores sociales en algunas Zonas Básicas de Salud • Definición y cuidado de los puestos de difícil cobertura • Falta de conocimiento de roles y competencias de los distintos profesionales (3) • Falta de incentivos por resultados • Inadecuada coordinación entre distintas categorías profesionales (2) • Rol de admisión no asumido por administración • Déficit histórico de profesionales sanitarios • Las condiciones laborales del personal sanitario, promoción y carencia de incentivos (2) • Deben dimensionarse en función de las competencias profesionales y las cargas de trabajo por categorías, asegurando calidad en la prestación (2) • Equipos que en materia de salud mental han de manejarse con demasiada incertidumbre ante lo complejo de situaciones donde los psicólogos aportan • Los equipos interprofesionales han de complementarse y apoyarse desde sus competencias, pero no suplirse en la adscripción de funciones salud mental • Los RRHH sirven a desarrollar lo mejor de cada profesional, la ausencia de psicólogos merma efectos de actuaciones de otros profesionales • Condiciones de Seguridad para las/os profesionales en el desempeño de su actividad laboral • Conocimiento de las funciones y competencias de todas/os las/os profesionales que forman parte de Atención primaria • Inestabilidad laboral por contratos de poca duración. Servicios atendidos por distintos profesionales en periodos de tiempo reducidos • Listas de espera • Recursos humanos insuficientes, necesidad de mejora y disminución de las ratios profesionales (2) • Comisiones de servicio que se están concediendo muy frecuentemente de forma arbitraria y sin criterios competenciales • Déficit de médicos como problema sistémico, lo que afecta cerrando consultas y genera demoras y reivindicaciones (3) • Mala gestión de la convocatoria y resolución de traslados y de oposiciones • Muy mala gestión de las bolsas de trabajo • No reconocimiento de la especialidad Enfermería Familiar y Comunitaria que está derivando en una competitividad dentro del mismo colectivo • Plantilla infradotada de Trabajadores sociales y otros colectivos de AP • Una plantilla médica abultada (en todos los ámbitos) y en detrimento de una menor representatividad de otros colectivos como enfermería • Áreas de Salud con personal rotativo sin personal permanente • Falta de personal en todas las categorías • Es necesaria la paridad entre personal facultativo y enfermería (2) • La alta ratio de pacientes por profesional sanitario • Cada vez hay más dificultad en que los médicos acepten una plaza de médico de familia en el MIR por el poco atractivo de la plaza • Dificultad creciente para cubrir las vacantes de médicos de centros de salud y consultorios, por la falta de atractivo • El número de médicos de familia que se forman en el MIR es insuficiente • La precariedad laboral, no fideliza a los profesionales • Los consultorios tienen que estar dotados al menos por un equipo de médico y enfermero • Medicina de familia cubre actualmente 3 ámbitos • Plazas vacantes de médicos sin cubrir en áreas de difícil cobertura • Falta de recursos humanos de todas categorías, especialmente médicos y enfermeros (2)

TABLA 79.

Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta *online* (continuación)

ÁREA	DEBILIDADES
FINANCIACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a desviar los recursos económicos al ámbito hospitalario (3) • Ausencia de presupuesto finalista para Atención Primaria en todas las Áreas de Salud • Presupuesto basado en el gasto del ejercicio anterior, lo que penaliza cualquier ahorro obtenido • Falta de presupuesto propio y finalista • Ha de garantizarse con presupuesto real, el gasto total, incluyendo una partida de incentivos a los profesionales • Fragilidad de la inversión destinada a una estrategia realmente integral que garantice la equidad y el acceso universal en materia de SM • Necesidad de partidas finalistas para la incorporación de psicólogos en AP, dependientes de estudio de situación, modelo y planificación • Suficiencia financiera (1) • Entendemos que hay un mal reparto entre AP y A Especializada, con infrafinanciación de la AP • Hay un mal reparto entre los recursos económicos que se destinan a la medicina, con respecto al resto de profesiones y de modelos atención • Los recursos y herramientas necesarias para desarrollar la cartera de servicios de AP no están suficientemente financiados • Aumento de la financiación en planes de salud publica • Mas cartera asistencial • Subir del 14,6 al 25 % el porcentaje presupuestario sanitario dedicado a Primaria (1) • Falta de un presupuesto específico y finalista para Atención Primaria (2) • A pesar de que se resuelven en AP el 90% de las patologías, los recursos que se destinan son muy escasos • Es totalmente insuficiente, la OMS solicita que sea el 25% del gasto sanitario, y esta sobre el 14% • Las retribuciones de los profesionales hace años que no han tenido una mejoría, lo que hace que cada vez sean menos atractivas las plazas • Financiación infradimensionada, debería llegar al 25% del gasto sanitario total (1)

TABLA 79.

Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta *online* (continuación)

ÁREA	DEBILIDADES
INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios anticuados e insuficientes para la oferta que servicios a la que aspira el SMS (1) • Ausencia de consulta propia para cada profesional, lo que dificulta la atención por cupo • Consultas estructuralmente inadecuadas, inseguras o peligrosas en algunos centros/ consultorios • Déficit de revisión y mantenimiento de las infraestructuras • Falta de compartición de la información hospitalaria necesaria para Atención Primaria • Falta de la cartilla digital de la embarazada • Inadecuada dotación de material clínico para las matronas • Insuficiente digitalización para permitir un seguimiento proactivo del paciente crónico • Ausencia de infraestructuras en Zonas Básicas de Salud (Centros de salud) (1) • Garantizar historia clínica única, soporte tecnológico adecuado y compatible para garantizar la prestación con calidad (3) • No están preparados para la estrategia integral que contemple la SM: falta de espacios • Insuficiencia de equipamientos (ordenadores, armarios, etc.): insuficiencia de medios o fruto del cambio de sala de atención • Insuficiencia o inadecuados espacios para profesionales (salas de atención): en el caso de las/os profesionales de Trabajo • No señalización de las salas de atención de profesionales, lo que dificulta la localización • Faltan medios de transporte para la atención domiciliaria • Tenemos muchos Centros de Salud con falta de espacios que se adecuen al modelo de AP. "Tenemos centros pequeños y clasistas" • Demora en las pruebas (3) • Problemas de accesibilidad (2) • Algunos centros de salud se encuentran anticuados y con mala conexión de transporte público (3) • La gran mayoría de las infraestructuras proviene de los años 80, están anticuadas y sin capacidad de dar cobertura a la plantilla actual (3) • En consultorios falta equipamiento básico • En la mayoría de los centros de salud, ya no caben todas las consultas de médicos necesarias, lo que ha obligado a desdoblar turnos • Las infraestructuras no se renuevan con la frecuencia requerida • Los equipos con los que se trabaja son mínimos, teniendo que poner el profesional parte del mismo, por ejemplo, un fonendoscopio de calidad • Los equipos con los que se trabaja suelen estar en muchas ocasiones obsoletos, se rompen, se arreglan y se llevan a otros centros • Algunos centros se han quedado pequeños, otros obsoletos. Los consultorios periféricos, sobre todo necesitan una reforma

TABLA 79.

Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta *online* (continuación)

ÁREA	DEBILIDADES
<p>CARTERA DE SERVICIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la Salud bucodental infantil, Salud mental infanto-juvenil y screening optométrico (2) • Falta de actualización de la cartera de servicios general de Atención Primaria • Falta de cartera servicio de las matronas • Revisión de prácticas con poco impacto en salud (3) • Bien definida, única y con la garantía de accesibilidad para todos los ciudadanos • No contempla la presencia del psicólogo en Atención Primaria ya que el modelo no lo prevé • Acciones que favorezcan la autonomía personal • Cartera de servicios de la sanidad pública y centros con financiación pública • Derechos y deberes de la población, como usuaria de un servicio público, protocolos para su ejercicio y actuaciones a realizar para su reconocimiento • Insuficiencia o falta de publicidad de recursos públicos y de iniciativa privada que cuenten con financiación pública • Cartera servicios eminentemente asistencial, con dificultad para desempeñar funciones como gestión, investigación, docencia y educación en salud • El diseño de la cartera de servicios de AP está subordinado a necesidades de otros niveles asistenciales • Fisioterapia • Odontología • Óptica • Pediatría en todos los centros de salud • Psicología • Se deberían dar más servicios gratuitos para las consultas de odontología • Cartera de Servicios obsoleta, no adaptada a las necesidades asistenciales actuales. • Cada vez que aumenta la cartera de servicios deberían aumentar no solo los medios, sino también los RRHH • La cartera de servicios aumenta de continuo, pero no se ponen los medios para implantarla • La cartera de servicios debería estar actualizada y teniendo en cuenta las necesidades de la población • Las carteras de servicios deben de tener en cuenta si hay más centros sanitarios en la zona • No es igual en todo el territorio español, no hay una cartera de servicios uniforme • La cartera de servicios debería de ser universal, y se deberían asegurar servicios como la interrupción del aborto en centros propios del SMS

TABLA 79.

Debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia, según los participantes en la encuesta *online* (continuación)

ÁREA	DEBILIDADES
OTRAS	
Reglamento de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • La mayor debilidad, no tener un reglamento de funcionamiento de un Equipo, cada miembro del mismo puede ir por libre (1)
Análisis de situación:	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de consideración al bienestar psicológico • Sesgo hacia un modelo biomédico (1)
Modelo	<ul style="list-style-type: none"> • El modelo del que parte la EMAP (2023) obvia un modelo integral de respuesta a las dificultades mentales, pese a la demanda de la ciudadanía de servicios psicológicos universales y accesibles, así como la realizada por la OMS • Dicho aval requiere de una garantía de calidad sustentada en las efectividad, eficacia y eficiencia que la psicología puede motivar en SM • El modelo condiciona una misión y visión de la estrategia que planifica de forma débil y fragmentada lo que requiere de un modelo transversal (2) • La transversalidad requiere de metodologías sustentadas en referentes de modelos teóricos avalados por la investigación
Información, publicidad y sensibilización:	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa publicidad e información sobre recursos públicos y aquellos de iniciativa privada que cuenten con financiación pública
Área de investigación:	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de mayor investigación y publicación de estudios para, entre otras cuestiones, detectar e investigar los determinantes sociales, económicos, culturales, de género y la equidad
Calidad asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Anuario de reclamaciones y quejas • Citas previas efectivas en hora • Falta de encuestas de calidad reales entre los usuarios • Falta de servicio en turno de tardes en mayoría de centros
Alta tasa de demanda de los pacientes, educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • No existe una gestión de la hiperfrecuentación • No hay educación sanitaria en las etapas formativas • No hay gestión de la demanda imprevista • No hay gestión de los pacientes que no acuden a la cita • Se educa al paciente solo en derechos, no en deberes
Aumento de las agresiones a profesionales sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Burocracia que genera mucha frustración, y de la que se culpa al médico • El código penal no permite condenas ejemplarizantes por estos hechos (1) • Falta de medidas disuasorias (2) • Saturación de las consultas que generan lista de espera con la disconformidad del paciente (3)
Burocracia creciente, y profesionales que la realizan y nueva organización	<ul style="list-style-type: none"> • Burocracia cada vez más farragosa, y con dificultad para completarla • Citas múltiples que se generan consecuencia de esta burocracia y que disminuyen las citas de enfermos que necesitan ser vistos • La solución que han dado no es la idónea, ya que se ha trasladado burocracia a otros médicos • Se sobrecarga al médico con toda la burocracia
Relación con los servicios hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de comunicación entre profesionales de distintos ámbitos • Falta de coordinación entre ámbitos • Programas informáticos diferentes, con dificultad de acceso a la información de otros ámbitos

En color **rojo** se destacan aquellas debilidades identificadas por alguno de los participantes entre las tres más importantes o más graves en el ejercicio de priorización (entre paréntesis, la posición en el ranquin). Fuente: Elaboración propia, a partir de las respuestas al cuestionario *online*.

Las medidas propuestas por los participantes en el cuestionario para paliar los problemas de la Atención Primaria en la región se relacionan en la Tabla 80. Como en el caso de las debilidades, se resaltan en color rojo aquellas que, en el ejercicio de priorización, son ubicadas por los participantes en uno de los tres primeros puestos según necesidad o urgencia.

La medida situada en primer lugar por cada uno de los participantes en la encuesta se ubica en diferentes áreas: *Financiación* (4 casos), *Planificación* (3), *Gestión y organización* (2), *Infraestructuras y equipamientos* (1) y *Otras* (2). En el ámbito de la financiación, 3 de los cuatro encuestados que eligen una medida dentro de esta área como la de máxima prioridad coinciden en reclamar un 25% del presupuesto para Atención Primaria; el cuarto también reclama un incremento del presupuesto que garantice la suficiencia financiera, sin cuantificar su dimensión relativa. Dentro del área de planificación se ubican tres propuestas de máxima prioridad diferentes: la creación de una gerencia específica de Atención Primaria, con gestión independiente de la gerencia hospitalaria, la inclusión en las plantillas de primaria del psicólogo clínico y el rediseño de las Áreas de Salud (atendiendo a criterios de población y distancia).

Las dos medidas propuestas dentro del área de Gestión y organización que son colocadas en el primer lugar en orden de prioridad por alguno de los encuestados son, de un lado, el desarrollo de un modelo de gestión basado en resultados en salud e incentivado según estos y, de otro, la reversión del modelo de gerencia única y la creación de gerencias de Atención Primaria por áreas. Esta última propuesta, pese a ser ubicada en un área distinta, es coincidente con una de las identificadas como prioritaria en el área de planificación, aunque con matices; en ese caso se proponen gerencias de primaria por áreas y en el anterior una gerencia de primaria única.

La única medida situada en primer lugar en el orden de prioridad que se adscribe al área de Infraestructuras y equipamientos es la sugerida por uno de los participantes, consistente en modernizar los centros de salud y ampliar el número de consultas, salas multiusos, etc. Al margen de las seis áreas sugeridas, hay dos medidas de reforma consideradas de máxima prioridad que son la aplicación de condenas ejemplarizantes a los autores de agresiones a profesionales sanitarios y la aprobación, mediante un pacto social, del reglamento de funciones por categorías y funcionamiento de los equipos de Atención Primaria.

En la Tabla 80 se observa cómo, al ordenar las medidas de reforma según prioridad, los tres primeros puestos de la ordenación son ocupados por medidas asociadas a la *Financiación* en ocho ocasiones (cuatro de ellas ocupando el primer lugar, como se señaló antes). En las tres primeras posiciones aparecen cuestiones de *Gestión y organización* en siete ocasiones, igual que ocurre con las

vinculadas al área de *Recursos humanos* (aunque, en este caso, ninguna de ellas ocupa el primer lugar). Cuatro apariciones en los tres primeros puestos de los ránquines corresponden a medidas del ámbito de la *Planificación* (tres de ellas en primer lugar), y otras tantas a las propuestas en el área de *Infraestructuras y equipamientos*. Solo en dos casos aparecen en las tres primeras posiciones medidas relacionadas con la *Cartera de servicios* de primaria y las cuatro medidas de reforma restantes en posiciones de privilegio en las ordenaciones se adscriben a *otras áreas* distintas de las seis de referencia sugeridas.

TABLA 80.

Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia.

ÁREA	MEDIDAS
PLANIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario centralizar a los Pediatras especializados en puntos estratégicos de la Región • Adecuar la ponderación poblacional desde el punto de vista socioeconómico, geográfico y clínico • Implementación completa de la enfermería de cupos • Revisar y establecer un cupo adecuado para todos los profesionales de Atención Primaria, matronas, trabajadores sociales, odontólogo • Plantear planes de al menos 10 años • Determinar una ratio de pacientes por facultativo adecuada, no más de 1200 en Familia y 900 en Pediatría (3) • Las necesarias reformas legislativas y competenciales que incluyan en las plantillas de personal en AP el puesto de psicólogo clínico (1) • Crear organismos de participación ciudadana y fomento de la responsabilidad social en las actuaciones referentes a salud incorporando al Colegio de Trabajo Social de la Región de Murcia y a entidades de representación de personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad • Elaborar proyectos de medicina comunitaria (prevención, educación en la salud en los diferentes espacios; colegios, centros sociales, etc. • Evaluar de las diferentes estrategias que se lleven a cabo en el ámbito de la salud • Planificar y actualizar las diferentes estrategias que se lleven a cabo en el ámbito de la salud contando con la colaboración de todas/os • Publicar y difundir de las estrategias desarrolladas y las evaluaciones. • Paridad en las ratios médico-enfermeras • Que exista una gerencia de AP específica con gestión independiente de la gerencia hospitalaria (1) • Que las enfermeras puedan asumir puestos de alta gestión • Rediseño de las Áreas de Salud en función de la población y la distancia (estudio CES) (1) • Aumentar el número de Consultorios en las zonas rurales • Desarrollar un plan de recursos humanos adaptado a las características y necesidades asistenciales de la población. • Planificación realizada por la dirección de atención primaria • Adecuación de los RRHH a la cartera de servicios • Cupos adecuados a las necesidades de la población • Estudio de la población a la que se destina los RRHH • Plantillas dimensionadas para cubrir incidencias • Ser más pragmático y estudiar la efectividad y utilidad de ciertos programas, y el tiempo que emplea el personal en ellos.

TABLA 80.

Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)

ÁREA	MEDIDAS
<p>GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario instaurar la Gestión del Control de la Demanda (Triage) para racionalizar las agendas • Modelo de gestión basado en resultados en salud e incentivado por los mismos (1) • Gerencia de Atención Primaria en todas las Áreas Sanitarias (2) • Área Única regional para la AP • AP con protocolos de organización y trabajo respondan a un modelo integral de salud (incluyendo salud mental), con funciones específicas de psicólogo (2) • Definición de la coordinación sociosanitaria desde la concepción de equipos interprofesionales donde cada profesional intervenga en su ámbito de especialización, sin atribuir a otras funciones propias de la profesión de Trabajo Social. • Definición y unificación de criterios en cuanto a modelos y canales de coordinación para las/os profesionales de todos los centros de salud, así como en el caso de la profesión de Trabajo Social, crear y designar puestos de Coordinadora en cada centro y zona de salud • Que sea rigurosa la equidad en el trato profesional de todos los colectivos evitando los agravios comparativos mencionados (2) • Eliminación de las listas de espera aumentando personal (2) • Volver a crear una Gerencia única que englobe toda la red regional de Atención Primaria • Revertir el modelo de Gerencia única, creando las Gerencias de Atención Primaria por Áreas (1) • Optimizar los recursos al máximo • Abordaje de la burocracia con reparto de la misma a otras categorías profesionales • Abordaje de la cronicidad y de la asistencia domiciliaria • Apoyo de auxiliar en las consultas de médicos • Distribución de cargas de trabajo equitativas • Jerarquización clara de los centros de primaria • Recuperar las gerencias de Atención Primaria. Democratización de la elección de cargos (1)

TABLA 80.

Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)

ÁREA	MEDIDAS
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer más visible y atractiva la labor de la AP a los MIR e, incluso, a los estudiantes de Medicina • Definir las competencias y roles profesionales establecidos por la legislación. • Dotar a cada Zona Básica de Salud de un trabajador social • Formación para los profesionales en horario laboral • Incentivos por resultados • Baremos establecidos fijos y consensuados para concursos de traslados • Carrera profesional basada en méritos • Estabilidad de profesionales sanitarios con plazas definitivas (3) • Adaptar plantillas a las necesidades asistenciales • Configuración de equipo interprofesionales con competencias propias complementarias, sin suplir garantizando la calidad • Elaboración de protocolos y medidas que garanticen las condiciones de seguridad necesarias para el desempeño de la actividad laboral de la • Formación para todo el personal sobre: habilidades sociales, situación de vulnerabilidad en la que se encuentra una persona enferma, comun • Informar sobre las funciones y competencias de todas/os las/os profesionales que forman parte de Atención primaria • Mejora de las ratios de profesionales y por tanto creación de plazas. En nuestro caso, establecer un mínimo de un/a profesional de Trabajo Social por equipo de Atención Primaria y dotar de personas suficiente para que profesionales de Trabajo Social puedan cumplir sus funciones, entre las que se encuentra la intervención comunitaria, para abordar problemáticas del entorno y fomentar la prevención y la promoción (2) • Mejoras en la inestabilidad laboral (contrataciones de poca temporalidad, tres meses con posible o no renovación, provocando a su vez la inestabilidad en el servicio prestado, en el que a lo largo de un año pueden cambiar varias veces las/os profesionales que prestan la atención) a través de la oferta de contratos de larga duración y/o ampliación de plazas en las ofertas públicas de empleo (3) • Modificar distribución de los recursos económicos para todo el gasto de personal anual, discriminatoria e injustificable (3) • Oferta pública de plazas para cubrir las necesidades estructurales del sistema (3) • Aumentar el número de enfermeros para igualarlo al personal facultativo (2) • Reducción progresiva de la ratio de pacientes por profesional sanitario. • Aumento de plantilla de todas las categorías • Asignatura de medicina de familia en el grado de Medicina • Creación de la especialidad de medicina de urgencias • Incentivación de las plazas de médicos en áreas de difícil cobertura • Incentivar las plazas de médicos de Atención Primaria para aumentar su atractivo • Planificación de plazas MIR en función de las necesidades de la población • Aumentar el presupuesto para la contratación de personal, ampliar la disponibilidad de contratación en verano para cubrir necesidades reales (2)

TABLA 80.

Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)

ÁREA	MEDIDAS
FINANCIACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Resaltar la importancia de que una AP bien financiada repercutirá favorablemente en la Atención Especializada (3) • Dotar a la Atención Primaria de un presupuesto para su gasto exclusivo (2) • Presupuesto basado en objetivos e incentivado por resultados (3) • Presupuestos finalistas que supongan el 25% de los presupuestos del SMS (1) • Contemplar en presupuestos de la comunidad autónoma la suficiencia para la AP • Se requiere para incluir al psicólogo: 1 x CSM (19 centros) a tiempo completo en CSAP: 1.379.630€ • Suficiencia financiera. Aumentar el presupuesto destinado a la Atención Primaria, ya que constituye la puerta de entrada al Servicio Murciano de Salud (1) • Ampliar porcentajes del presupuesto total dirigido a AP y que actualmente está significativamente por debajo de las recomendaciones del 25% • Mejorar el reparto de los recursos económicos que ya hay, entre las diferentes categorías profesionales • Reducción de la derivación privada e inversión en el sistema publico • Subir hasta el 25% el porcentaje presupuestado en sanidad para Atención Primaria (1) • Incremento de la financiación y presupuesto finalista para Atención Primaria. (2) • Que la empresa destine un capítulo mayor a Atención Primaria • Financiación finalista del 25% del gasto sanitarios • Retribuciones adecuadas, y actualizadas a la media europea • Destinar el 25% del presupuesto total en este sector (1)

TABLA 80.

Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)

ÁREA	MEDIDAS
INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Modernizar los Centros de Salud y ampliar el número de Consultas, salas multiusos etc... (1) • Creación de la cartilla digital del embarazo • Diseño de pasarelas de hospitalaria a primaria para que llegue la información del paciente • Establecer una plataforma de para solicitar material clínico y dotar a los profesionales del material necesario para realizar su actividad • Proveer del número de consultas suficientes por cada profesional en ejercicio en el mismo horario • Revisar las consultas y adecuarlas a la actividad de consulta haciéndolas seguras y aptas. • Construcción de centros de Salud en las áreas básicas establecidas • Equipamientos en consultorios rurales • Mejorar tecnológicamente, equipamientos y soportes informáticos (2) • Iniciar los nuevos diseños de infraestructuras y equipamiento pensando ya en la inclusión de equipo y actuaciones integrales (salud mental) de salud • Dotar de equipamientos y de medios necesarios para que las/os profesionales puedan desempeñar su trabajo correctamente. • Habilitar carteles identificadores en las salas de atención de las/os profesionales para facilitar el acceso y localización por parte de los pacientes • Habilitar espacios adecuados para propiciar una atención de calidad a las/os usuarias, respetando la privacidad • Dotación de espacios (consultas, lugares de reunión, espacio enfermera escolar, ...) suficientes para el desempeño de la cartera de servicios • Dotar de un transporte adecuado para la asistencia comunitaria (colegios, domicilios, ...) • Adecuar todos los centros a la normativa de accesibilidad • Renovar todos los centros de salud obsoletos y aumentar su número donde sea necesario (3) • Creación de nuevas estructuras, ampliación de las actuales e inversión en modernización del equipamiento. (3) • Dotación de mayor aparataje en todos los centros • Condiciones ambientales adecuadas • Construcción de edificios con proyección de futuro • Equipamiento básico establecido para todos los centros sanitarios • Programas informáticos comunes para todos los ámbitos que funcionen • Estudio detallado de necesidades y realización de acciones sin demora para su corrección

TABLA 80.

Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)

ÁREA	MEDIDAS
<p>CARTERA DE SERVICIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En pediatría, por ejemplo, lo ya mencionados, ampliar: Salud bucodental infantil, Salud mental infanto-juvenil y screening optométrico (2) • Actualizar la cartera de servicios • Evaluación de prácticas y servicios y establecer aquellos que tienen resultados efectivos en salud • Pactarla consensuada con ministerio nacional • Inclusión inmediata en la cartera de servicios del psicólogo, en garantía al desarrollo de actuaciones de promoción y prevención de salud mental en AP (3) • Implementar recursos públicos para la atención y tratamiento de personas con problemas de drogodependencias, ludopatías, enfermedades raras, salud mental, interrupción del embarazo, etc. De forma secundaria implementar recursos de iniciativa privada que cuenten con financiación pública • Promocionar acciones que favorezcan la autonomía personal: discapacidad, dependencia, envejecimiento activo, salud mental • Cambiar estructura de agendas para recoger los registros de funciones no solo asistenciales: investigación, docencia, gestión o educación para la salud • Que las agendas profesionales se adecúen a los principios de la atención familiar y comunitaria y a la cartera de servicios propia de AP • Aumentar la cartera de servicios • Dotar de más prestaciones de servicios en Odontología y Psicología • Actualizar la cartera de servicios, adaptándola a las nuevas necesidades asistenciales de la población • Dotar de todas las especialidades para mayor control y seguimiento de los usuarios/pacientes • Que no se limite a una o dos especialidades (pediatría y matrona). Psiquiatras, dermatólogos, ginecólogos... • Cartera de servicios actualizada según criterios de evidencia científica • Cartera de servicios adecuadas a la población • Cartera de servicios básica común para todo el territorio • Potenciar la atención domiciliaria del enfermo crónico • Estudio e implementación de nuevos servicios como salud bucodental

TABLA 80.

Medidas propuestas por los participantes en la encuesta online para la reforma de la Atención Primaria en la Región de Murcia (continuación)

ÁREA	MEDIDAS
OTRAS	
Reglamento de funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario tenerlo [el reglamento de funciones], debe ser un pacto social (1)
Análisis de situación	<ul style="list-style-type: none"> • Ya mencionadas
Modelo	<ul style="list-style-type: none"> • Dicho aval requiere de una garantía de calidad sustentada en las efectividad, eficacia y eficiencia que la psicología puede motivar en salud mental • El modelo condiciona una misión y visión de la estrategia que planifica de forma débil y fragmentada lo que requiere de un modelo transversal • La transversalidad requiere de metodologías sustentadas en referentes de modelos teóricos avalados por la investigación
Información, publicidad y sensibilización:	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y publicitar los recursos a través de canales y medios de difusión que lleguen a la ciudadanía
Área de investigación:	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar proyectos de investigación sobre los determinantes sociales, económicos, culturales, de género y equidad que influyen en la salud.
Calidad asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de necesidades básicas de los usuarios • Mayor relevancia a la satisfacción del usuario
Alta tasa de demanda de los pacientes, educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas de formación a la población general • Educación sanitaria en todas las etapas formativas • Educación sanitaria, con abordaje político y multimedia • Empoderamiento y formación del paciente crónico
Aumento de las agresiones a profesionales sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Condenas ejemplarizantes (1) • Campaña de prestigio de los profesionales sanitarios (2) • Acompañamiento de los fuerzas y cuerpos de seguridad en la atención al paciente conflictivo (3) • Medidas de seguridad en los centros sanitarios adecuadas
Burocracia creciente, y profesionales que la realizan y nueva organización de la misma	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de las cargas burocráticas entre las distintas categorías profesionales • Habilitar plataformas informáticas y apps donde el paciente tenga acceso para facilitarle la burocracia • Incentivar la desburocratización de las consultas de primaria por la administración
Relación con los servicios hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> • Abrir vías de comunicación fluida con los servicios hospitalarios • Participación de los médicos de primaria en las comisiones clínicas • Programa informático compartido entre los distintos ámbitos • Rotación de los médicos de familia por los servicios hospitalarios • Sesiones clínicas multidisciplinares

En color rojo se destacan aquellas medidas de reforma identificadas por alguno de los participantes entre las tres más urgentes o prioritarias. (entre paréntesis, la posición en el ranquin). Fuente: Elaboración propia, a partir de las respuestas al cuestionario *online*.

Por lo que respecta a los obstáculos, a partir de las respuestas de los participantes se ha construido una nube de palabras (eliminando algunos términos sin contenido semántico relevante). El resultado se muestra en la Figura 1, en la que se pueden identificar grandes temas comunes, como los condicionantes políticos (*voluntad, política, político, políticos, apuesta, decisión, compromiso, intereses*). Un segundo grupo de términos hace referencia a los obstáculos de índole económica (*financiación, económico, presupuesto*). En tercer lugar, cabría mencionar las palabras vinculadas al cambio o reforma del modelo (*planificación, modelo, técnico, organizativo*).

FIGURA 1.
Impedimentos a los que se enfrentan las posibles medidas de reforma en Atención Primaria.

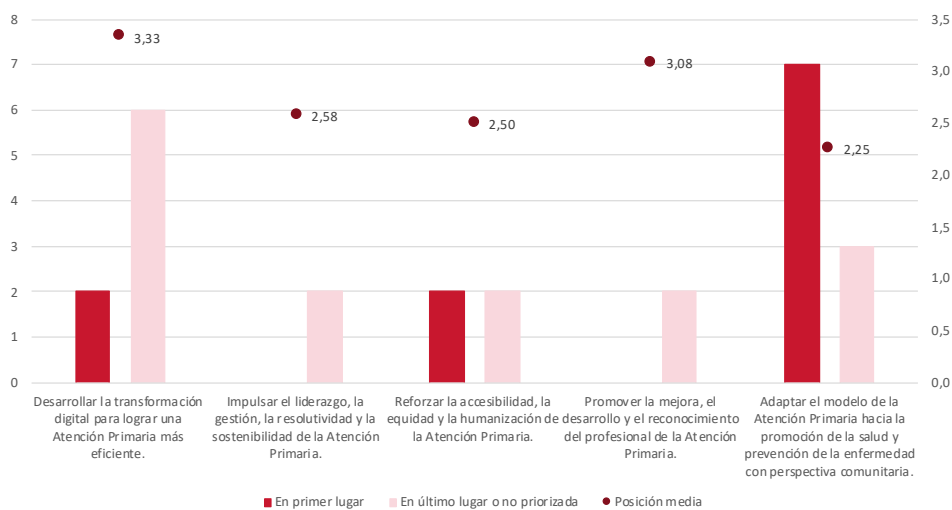


En líneas generales, para la mayor parte de las medidas de reforma propuestas por los participantes en el cuestionario *online*, los impedimentos que se identifican son, de un lado, los de índole económica y, de otro, la ausencia de voluntad y/o de consenso político para hacerles frente. Los primeros se asocian, fundamentalmente, a las medidas que tienen que ver con la ampliación y estabilidad de las plantillas (y, lógicamente, con aquellas propuestas consistentes en incrementar el presupuesto para Atención Primaria); los segundos con los cambios en la esfera de la planificación, la gestión y la organización. Por otra parte, ambos tipos de obstáculos se relacionan entre sí, en la medida en que los

problemas presupuestarios se vinculan, en no pocas ocasiones, por parte de los encuestados con la ausencia de una apuesta (política) clara por la Atención Primaria.

Finalmente, en lo referido al conocimiento por parte de los responsables/portavoces de las entidades participantes en el cuestionario de la EMAP 2023-2026, las respuestas indican que en todos los casos se dispone de un conocimiento amplio acerca del contenido de dicho documento estratégico aprobado por el Gobierno Regional. No existe, sin embargo, consenso en la prioridad que los encuestados otorgan a cada uno de los cinco ejes estratégicos contemplados en el documento. Como se observa en el Gráfico 32, el eje *Adaptar el modelo de la Atención Primaria hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con perspectiva comunitaria* ocupa el primer lugar en las ordenaciones de 7 de los 12 participantes, y el último lugar únicamente en 3 casos, siendo el valor promedio de su posición en el ranquin de 2,25. En el extremo opuesto se encuentra el eje *Desarrollar la transformación digital para lograr una Atención Primaria más eficiente* que, pese a ser ubicado en el primer lugar del ranquin de prioridad por 2 de los participantes, es relegado a la última posición por el 50% de estos, siendo su posición media 3,33 (la más baja de los cinco).

GRÁFICO 32.
Priorización de los cinco ejes estratégicos de la EMPAP según los participantes en el cuestionario online.



Los otros tres ejes se sitúan en un espacio intermedio entre estos dos, por lo que atañe a la prioridad que les conceden quienes respondieron al cuestionario. Si atendemos al valor promedio de su posición en las ordenaciones individuales,

el peor situado, tras el relativo a la transformación digital, ya mencionado, es el consistente en *Promover la mejora, el desarrollo y el reconocimiento del profesional de la Atención Primaria*. La posición media resultante para este eje estratégico es 3,08; ninguno de los participantes lo sitúa en primer lugar en su ordenación y dos lo relegan a la última posición. Esto mismo ocurre con el eje *Impulsar el liderazgo, la gestión, la resolutiveidad y la sostenibilidad de la Atención Primaria*, si bien la posición promedio de este es algo más alta: 2,58. Por último, el eje *Reforzar la accesibilidad, la equidad y la humanización de la Atención Primaria* presenta la segunda mejor posición media (2,50), ocupando la primera posición en dos de las ordenaciones individuales y la última en otras tantas.

Parece, pues, que los participantes en la encuesta estiman que la prioridad de los responsables de la sanidad regional debiera centrarse en adaptar la Atención Primaria a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con una perspectiva comunitaria, considerando menos urgente profundizar en la transformación digital. No obstante, la dispersión de las respuestas a esta tarea de priorización es suficientemente alta como para que resulte aventurado derivar conclusiones más robustas al respecto.

3.4. LA OPINIÓN DE LOS EXPERTOS EN GESTIÓN

Una segunda aproximación al conocimiento en profundidad de los problemas de la Atención Primaria en la Región de Murcia y las posibles medidas de reforma orientadas a subsanarlos ha consistido en la realización de un grupo focal con un grupo reducido de profesionales del propio sistema que, en algún momento, presente o pasado, han desempeñado cargos de gestión de alto nivel en el SMS. Los participantes en el grupo focal fueron cinco y se relacionan en la sección final de agradecimientos. En el texto que sigue a continuación se identificarán mediante un número, en particular cuando se reproduzca una cita literal de alguno de ellos para ilustrar el análisis.

Los integrantes del grupo focal recibieron por adelantado un cuestionario semiestructurado (ver Apéndice 3), con el fin de preparar la reunión. El diseño de la sesión preveía dedicar 30 minutos a cada una de las cuatro cuestiones planteadas en el cuestionario, de manera que la reunión se extendiese por un tiempo de 2 horas. Las cuatro preguntas eran:

1. ¿Cuáles considera que son las principales debilidades que reviste el sistema de Atención Primaria en la Región de Murcia?
2. ¿Qué medidas o reformas propondría para subsanar o al menos paliar las debilidades que ha mencionado?

3. ¿Qué obstáculos o barreras (técnicas, materiales, políticas, etc.) considera que podrían impedir la aplicación de las reformas señaladas?
4. ¿Qué opinión le merece la Estrategia de Mejora de la Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 de la Región de Murcia? ¿Qué medidas de reforma de las que ha indicado cree que están recogidas en la EMAP?

La reunión se realizó mediante videoconferencia y su duración fue de 2 horas y 12 minutos. A continuación, se presenta un resumen estructurado de las intervenciones de los participantes y de los principales debates que se suscitaron en el transcurso de la sesión.

¿Cuáles considera que son las principales debilidades del sistema de Atención Primaria en la región de Murcia?

Los entrevistados coinciden en señalar como una debilidad crucial la **ausencia de un proceso de planificación efectivo y coherente**. Aunque se han elaborado algunos documentos con buenas intenciones, se echa en falta la formulación de objetivos concretos y medibles y una estrategia de seguimiento adecuada. La ausencia de una perspectiva a largo plazo para grandes transformaciones se convierte en un tema crítico, lo que indica la necesidad de repensar y reformular los modelos estructurales actuales para abordar de manera efectiva los desafíos en Atención Primaria.

Tengo la percepción, desde hace mucho tiempo, de que no existe un proceso real de planificación de la Atención Primaria en el Servicio Murciano de Salud. (...) Se han elaborado algunos documentos, documentos de intenciones, en algunos casos interesantes. Pero, en general, no disponen ni han dispuesto de objetivos concretos, medibles, con recursos asignados, con una temporalidad definida. Y, por lo tanto, no son evaluables. Cabe decir que no se ha hecho ningún seguimiento, por lo menos, en mi opinión, ningún seguimiento que merezca la pena de este tipo de documentos. (...) Creo que el modelo de asignación de recursos del que se está hablando y se está aplicando ahora mismo debería ser revisado. Es un modelo demasiado genérico y que no contempla necesidades específicas de las diferentes zonas de salud. #3

(...) que no hemos tenido una perspectiva de planificación a medio y largo plazo de grandes transformaciones. (...) Hay que reformular en modelos estructurales qué está pasando. #4

Continuando con la temática de la planificación y gestión ineficaces, uno de los participantes suscita la cuestión de las **debilidades en el liderazgo**. En su opinión, se detecta una falta de formación y habilidades de mando entre los coordinadores de Atención Primaria, quienes, aunque ocupan puestos de jefatura, no están preparados

para liderar equipos de manera efectiva. Esta carencia repercute negativamente en la gestión de información esencial y en la implementación de estrategias de mejora en Atención Primaria. Asimismo, cree que en otras regiones de España, como Andalucía y el País Vasco, existen problemas de fragmentación y una deficiente capacidad de liderazgo, similares a las que pueden encontrarse en Murcia.

Tenemos un problema dentro de los equipos. No tenemos claramente un liderazgo. No sabemos, no tenemos gente que sepa mandar en un equipo. Ahora todos los coordinadores son jefes de servicio, pero nadie les ha enseñado a mandar. Y esto es una debilidad muy importante. (...) Se trata de definir quién tiene la autoridad, comprendiendo la manera de ejercerla y el propósito de dicha autoridad, así como el proyecto que lidera y cómo son capaces de desarrollarlo en su entorno. #4

Considero que el liderazgo dentro de los equipos es fundamental. Esta estructura y definición no están bien establecidas, lo que representa una debilidad tanto en Murcia como en toda España. Existe claramente una ausencia de capacidad para orientar los modelos. Como es conocido, Andalucía y el País Vasco hicieron grandes esfuerzos en definir cómo seleccionar a sus líderes, pero al final enfrentan los mismos problemas que nosotros, con una notable fragmentación. #4

Ante estos desafíos de liderazgo en el SMS, surge otro aspecto crítico en la discusión del grupo: el **carácter funcional del sistema** y su influencia en la gestión de recursos humanos. Este aspecto, recurrente, se identifica como una barrera clave en la administración eficiente del SMS. Las citas subrayan la pasividad del modelo funcional actual y su escaso impacto en la mejora de la atención sanitaria. Se hace énfasis en la movilidad excesiva del personal, que afecta la estabilidad de los equipos y la continuidad del cuidado al paciente. Esta situación, junto con el problema de la gestión y planificación de recursos humanos, sugiere la necesidad urgente de un cambio estructural.

Tenemos un modelo funcional que resulta excesivamente pasivo y con muy poco impacto [lo que resulta en un] difícil manejo de los recursos humanos en una organización de servicios donde lo principal son los recursos humanos. #1

Yo creo que en la mayoría de las cosas hay un problema que tenemos claramente estructural, que es la normativa. Es decir, tenemos un patrón claramente de estatutarios. Y esto marca mucho. Tenemos una LOPS que nos marca. Una Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias que nos marca también cómo tenemos que hacer las cosas. Tenemos un marco de negociación con un poder sindical muy relevante. Y eso, encajona mucho los movimientos grandes de transformación o los grandes movimientos mantenidos. Porque hay una tendencia a mantener el estatus, a pesar del lamento y las quejas. Y hay poca capacidad de ese proceso de transformación. #4

Esta rigidez en las plantillas es compatible con una elevada y creciente **precariedad e inestabilidad laboral**, que hace que la tasa de rotación de los profesionales en sus puestos de trabajo sea muy superior a la deseable, comprometiendo la necesaria coordinación y cooperación dentro de los equipos.

(...) en cuanto a la estructura funcional, tenemos hasta un 30 y 40% de interinidades entre médicos, enfermeros y administrativos. Además, contamos con administrativos que entran y salen sin conocer el negocio. Este es un problema que impacta diariamente en nuestra forma de trabajar. #4

Hay un concurso de traslados para enfermeras y hay centros de salud donde han cambiado todas las enfermeras. Pronto muchos médicos también cambiarán. Es difícil trabajar en equipo cuando sabemos que es fundamental en un centro de salud, y todo el tiempo están cambiando. #1

Además de los desafíos presentados por el modelo funcional del SMS, se plantea en la discusión la problemática de la **indefinición de roles** entre los profesionales de los equipos de Atención Primaria. El desigual reparto de cargas de trabajo conduce a una utilización ineficiente de los recursos y al agotamiento de los profesionales. Se propone una redefinición de roles para mejorar la eficiencia y calidad del servicio, destacando la importancia de una colaboración integrada entre distintas categorías profesionales. Esta reestructuración busca descentralizar la atención de la salud, distribuyendo la carga de trabajo de manera más equitativa y eficaz entre los diferentes miembros del equipo de salud, lo que implica no solo cambios en la organización y planificación, sino también en la cultura y percepción del trabajo en equipo en el ámbito sanitario.

(...) el médico de familia tiene falta de tiempo para realizar actividades que aportan valor al proceso asistencial. (...) Hay una dramática diferencia en las cargas de trabajo entre los diferentes profesionales del equipo de Atención Primaria #2

Las cargas de trabajo son muy desiguales. Ya no hay jerarquía desde el punto de vista de trabajo en equipo. No me refiero a una jerarquía de mando anticuada, sino a quién asume responsabilidades y cómo trabajamos en equipo. Esto es una debilidad muy importante del sistema que no somos capaces de ver en el espejo y que nos hace daño automáticamente porque cada vez se separan más las líneas de trabajo. #4

No podemos dedicar un tercio o una cuarta parte de nuestro tiempo diario en resolver banalidades. Estas banalidades, además, podrían ser afrontadas por otras categorías profesionales dentro del sistema sanitario. (...) Tenemos un cisma desde el punto de vista de categorías profesionales. La distancia entre médicos y enfermeros es cada vez mayor. #4

No existe un principio de subsidiariedad, es decir, lo que pueda solucionar un administrativo, que no lo solucione un enfermero o una enfermera. Y lo que puede solucionar una enfermera, que no lo solucione un médico. Esto no existe. Y, por tanto, los médicos cargan con gran parte de la demanda. Y esto es un enorme cuello de botella. #5

El administrativo puede quitar mucho trabajo, la enfermera se tiene que quedar con mucho trabajo, la coordinación entre el enfermero y el médico es clave. Al final tiene un cupo muy parecido, ... Es todo susceptible de mejorar la organización de manera notabilísima, pero no lo estamos haciendo. Y sí se puede hacer. #1

Siguiendo la discusión sobre los retos en el SMS, alguno de los participantes señala la ineficacia de los sistemas de gestión y evaluación en Atención Primaria. Resaltan que la **carrera profesional** y los acuerdos de gestión, percibidos como meras ilusiones, no proporcionan valor real o motivación a los profesionales. Esta problemática destaca una debilidad continua en la organización, evidenciada por la falta de un sistema de evaluación efectivo y una carrera profesional simbólica, lo que impide ofrecer a los profesionales un futuro claro y motivador más allá de las compensaciones económicas.

No tenemos nada de eso estructurado, por lo que tanto la carrera profesional como los acuerdos de gestión son meras ilusiones, que no nos sirven absolutamente para nada o para casi nada. (...) Desde el punto de vista de la organización y la gestión, incluso desde el punto de vista del incentivo y la motivación de los profesionales, de ver un horizonte, creo que esa es una de las debilidades que están ahí, permanentemente latentes. (...) Y luego, como no evaluamos y los acuerdos de gestión no tienen ningún impacto, como no existe un proceso de evaluación efectivo y la carrera profesional es meramente simbólica, realmente no tenemos un horizonte claro desde el punto de vista de elementos motivacionales, que no necesariamente es más dinero. #4

En el grupo se aborda la **falta de definición clara de competencias** y habilidades para ser un **profesional de excelencia**. Se destaca que el desempeño profesional es crucial para la calidad de la atención, pero existe incertidumbre en identificar a los profesionales excelentes y entender por qué varían significativamente en su gasto y eficiencia. Aproximadamente solo el 25% de los profesionales en Atención Primaria encajan en este perfil de excelencia, pero sus características específicas no están claramente definidas. Además, se subraya que la excelencia no solo implica conocimientos clínicos, sino también habilidades organizativas, asistenciales y relacionales.

Los estilos de desempeño profesional son los que determinan la calidad de la atención. El problema es que actuamos a ciegas porque aún no hemos sido capaces de determinar cuáles son los profesionales excelentes en primaria y por qué tienen

ocho veces menos gasto unos que otros o por qué tienen, digamos, más gasto que otros. Manejan mejor, tienen menos derivaciones, menos medicamentos, menos problemas para gestionar la complejidad. (...) Hay un tipo de perfil profesional que responde a la complejidad de Atención Primaria, que aproximadamente es el 25% de los profesionales que actúan en este cuadrante de excelencia, pero que no está definido. (...) Hay una mezcla de competencias que tienen que ver con conocimientos, pero no solo con conocimiento clínico. También son conocimientos organizativos, asistenciales, relacionales... #5

Podríamos llevar siete o diez días de demora si nos dedicáramos a hacer otras cosas. Tenemos un problema de desarrollo de competencias como médico de familia, nos estamos ocupando en el 90% de los casos a hacer internistas pequeños o médicos de cabecera pequeñitos, según el perfil de cada uno, pero con desarrollo de pocas competencias al margen de eso, en parte porque no son fáciles, porque tampoco tenemos una estructura para aplicarlas. #4

Tras abordar la indefinición de competencias para profesionales de excelencia, dos de los expertos destacan la **formación inadecuada** de los médicos de familia. Uno de ellos añade que las demandas en Atención Primaria requieren habilidades más allá de la medicina basada en la evidencia. Critica la falta de aplicación práctica de las competencias enseñadas y enfatiza la necesidad de una formación más integral y centrada en el paciente para abordar los desafíos actuales y futuros en Atención Primaria. Esta situación, a su parecer, resalta una debilidad significativa en la formación actual y la necesidad de un cambio a largo plazo.

Tenemos una atención centrada en la enfermedad. El generalismo médico no debe estar centrado en la enfermedad. Es distinto a la especialización focal. Que sí que está centrada en la enfermedad. En resultados fisiológicos o funcionales. Dependientes de enfermedad órgano específica. Y que la medicina basada en la evidencia se adapta muy bien a ese tipo de atención. El generalismo está centrado en la persona. Y tiene que ver con un concepto de salud. Que no es la ausencia de enfermedad. Sino que es la capacidad de adaptarse a los requerimientos de la vida diaria. Nosotros tenemos que atender a las personas para que sean capaces de enfrentarse a su día a día. #5

El conocimiento que necesita [el médico de familia] *se adapta a la demanda que tiene. Como han dicho #2 y #4, son problemas, síntomas que no tienen una explicación médica, malestares relacionales o sociales, y problemas emergentes de la pluripatología, que son siempre sociosanitarios. Ninguno de estos problemas, que ocupan el 60-70% de la demanda de Atención Primaria, responde bien a los estándares de la medicina basada en la evidencia. Por tanto, los médicos de familia deben tener otra perspectiva, el generalismo médico, donde el conocimiento para los pacientes individuales se gestiona de*

manera completamente diferente a los estándares que establece la Medicina Basada en la Evidencia. Y esto es algo que tiene que ver con la formación y una distinta capacitación. #5

Si analizamos el programa de la especialidad de medicina de familia y excluimos la clínica estricta, encontramos varias competencias que no estamos aplicando en el día a día a los médicos de familia. Esto se debe, en parte, a que no hemos sido suficientemente formados, pero también porque no hemos tenido tiempo ni oportunidad. #4

Actualmente, la formación de los médicos de familia es muy similar a la de los médicos especialistas: se forman en la base de medicina básica, pasan por todas las especialidades, pero no hay un núcleo que se enfoque en los fundamentos del generalismo, en la atención centrada en la persona, ni en cómo gestionar el conocimiento al tratar a pacientes individuales. Estos pacientes no se relacionan con la jerarquía de las evidencias, sino con un conocimiento que abarca una pluralidad de evidencias y juicios clínicos complejos, pero que requieren enfoques completamente distintos. #5

Los entrevistados reflejan un **sistema excesivamente centrado en la visita** como eje de sus acciones. Se critica que la visita es un indicador fácilmente medible pero poco relacionado con la resolución efectiva de necesidades en salud o la mejora de la salud poblacional.

Tenemos un sistema de Atención Primaria centrado en la visita. La visita es un indicador muy fácilmente medible, pero tiene muy poco que ver con la resolución, con la capacidad de solucionar necesidades en salud dependientes del sistema sanitario o con mejorar la salud. Esto es un índice de ocupación, del tiempo del médico, y de locales en Atención Primaria, pero nada tiene que ver con los resultados que buscamos. #5

El tema de la visita hace que las visitas de los médicos sean las únicas valoradas por la población. (...) Tenemos un sistema centrado en la visita, y resulta que eso no ha demostrado reducir los cupos ni mejorar el desempeño profesional. #5

Siguiendo la temática de un sistema de salud centrado en la visita, los entrevistados señalan que en las consultas de primaria está aumentando la **banalidad**, tanto o más que la morbilidad, lo que absorbe gran parte del tiempo de los profesionales. Parecen estar de acuerdo en que las reformas que se están llevando a cabo en cuanto a la reducción de cupos no están siendo eficaces para reducir este tipo de demanda, que podría ser atendida por otros profesionales sin necesidad de ser vistas por los facultativos.

[La] demanda ha aumentado desproporcionadamente a lo largo de los años, incluso por problemas muy banales, y recae mayoritariamente en la consulta del médico de familia, también del pediatra, fundamentalmente del facultativo. #1

No podemos dedicar un tercio de nuestro tiempo, una cuarta parte de nuestro tiempo diario, en resolver banalidades. Con una diferencia, banalidades, que además otras categorías profesionales, si hablamos de qué tiene que hacer el sistema sanitario, las podría afrontar exactamente igual. #4

(...) la morbilidad es desplazada por la banalidad. Y cuando los médicos tienen una consulta donde hay mucha banalidad, pues tienden a medicalizarla y esto es lo peor que puede pasar en el sistema. Medicalizamos la banalidad porque es lo que más tenemos. Y esto es muy preocupante en términos de salud para los pacientes, pero también en términos de gestión porque es muy caro medicalizar la banalidad. #5

No hay ninguna evidencia de que la reducción de cupos sirva para reducir la demanda o para que los médicos tengan menos demanda. Llevamos varios años reduciendo los cupos en la región de Murcia, gracias a una apuesta que ha habido por parte política de reforzar la Atención Primaria, basándose en el número de médicos que no han tenido resultados. Han tenido resultados muy escasos en la demanda y los profesionales siguen teniendo dificultades para atender la demanda. #5

Uno de los expertos considera que no se fomenta la longitudinalidad como un recurso asistencial, que ha demostrado ser eficaz en la reducción de la mortalidad. Además, advierte este participante, la reducción del tamaño de los cupos va a abundar en esa **pérdida de la longitudinalidad**.

No se fomenta la longitudinalidad. La longitudinalidad ya no es una propiedad intrínseca de Atención Primaria. Es un recurso terapéutico. Es decir, la longitudinalidad disminuye un 30% la mortalidad, cuando son más de 15 años. #5

En la organización, no se debe considerar la longitudinalidad como una mera casualidad, dependiendo de si un médico desea permanecer más tiempo en su consulta. No puede ser la inercia o el azar lo que determine la presencia o ausencia de longitudinalidad, ya que esta es un recurso terapéutico valioso y, por tanto, debe incentivarse. Este me parece un tema fundamental. Hay pocas intervenciones que reduzcan la mortalidad en un 30%, y estamos desaprovechando una que es relativamente sencilla de implementar. La longitudinalidad se fomenta obviamente con recursos económicos, incentivando económicamente, pero también a nivel profesional, para que los médicos se mantengan en su grupo el mayor tiempo posible. #5

Creo que seguir disminuyendo los cupos es un suicidio, y lo que se está haciendo, que es romper la longitudinalidad con agendas de más de 30, constituye un suicidio

de la Atención Primaria. Esto no tiene ningún sentido cuando consideramos que la longitudinalidad es una intervención terapéutica que reduce la mortalidad. #5

Los participantes del estudio indican que, en el contexto de Atención Primaria, la elevada demanda y la ausencia de un consenso entre profesionales conduce a una tendencia hacia una **excesiva medicalización** de casos leves o no específicos. Este enfoque se adopta como estrategia para responder a la demanda, en parte debido a la falta de conocimientos alternativos para su gestión. Esta práctica representa una significativa debilidad en el sistema de Atención Primaria.

El problema que tenemos es que los médicos de familia actúan como si fueran especialistas focales en términos de conocimiento. Esto produce una tendencia a buscar diagnóstico y, por tanto, un tratamiento que normalmente es farmacológico, y por tanto, una sobreutilización de pruebas complementarias. #5

Ante una consulta por un síntoma todavía inespecífico y sin prácticamente evolución, la presión de la demanda hace que los médicos optemos por prescribir algo, aunque realmente lo mejor sería esperar y ver la evolución. #2

Evitar la medicalización es fácil decirlo, todos lo intentamos, pero pocos resultados parece que obtenemos y sobre todo no lo medimos. #3

El problema es cómo conciliamos tres cosas: uno, la demanda social, en un momento determinado hay gente que aceptará y gente que no aceptará, lo cual es un elemento fundamental; segundo, que la demanda social no se convierta en una medicalización innecesaria porque obviamente a menor cualificación y menor actitud, mayor riesgo de medicalización, y eso es un elemento fundamental; y tercero, cómo supuestamente el perfil más cualificado del sistema no actúa directamente ante esa demanda, sino gestiona esa demanda. Ese sería el papel del médico. #4

Estamos luchando entre la demanda y lo que podemos ofrecer. Porque la demanda, es verdad que muchas veces la perpetuamos los médicos. Y es cierto, porque medicalizamos, tratamos y no decimos suficientemente a menudo 'nada más y vamos a esperar un poco más de tiempo'. Y somos medicalizadores desde el mismo acto, porque no sabemos gestionar una demanda en un momento determinado o no la sabemos gestionar de otra manera. #4

[Existe una] falta de consenso profesional respecto a algunas cuestiones relacionadas con la farmacología y la prescripción de medicamentos en situaciones que no aportan beneficio, que tienen un beneficio-riesgo controvertido o que tienen una escasa o nula acción terapéutica. #2

Los profesionales coinciden en que la **cartera de servicios está desactualizada** y no satisface las demandas actuales. Las entrevistados reflejan que existe una

fascinación por la alta tecnología y pruebas complementarias, uso irracional de recursos asistenciales, y persistencia en prácticas sanitarias obsoletas. Además, se señala la insuficiente atención a problemas sociales y psíquicos que no son patológicos. Esta desactualización de servicios, junto con la complejidad de la demanda y la tendencia a medicalizar, subraya un desajuste entre lo que el sistema puede ofrecer y las necesidades reales de la sociedad

(...) existe una fascinación por la alta tecnología y por las pruebas complementarias de cualquier tipo. #1

(...) realizamos actividades sanitarias desde hace 40 años que hoy sabemos que no aportan mucho valor al proceso asistencial, y seguimos haciéndolas. #1

(...) hay una insuficiente dedicación y recursos a problemas sociales y al malestar psíquico que no es una enfermedad mental, pero que sí produce un discomfort en el estado de salud del ciudadano. #1

La cartera de servicios no se ha actualizado desde 2007, es decir, hace 16 años que no ha habido una actualización, no solo en lo que hay o lo que no hay, sino que no se han incorporado las diferentes estrategias que los documentos existentes han esbozado. Todo esto no se ha reflejado en la cartera de servicios. Las estrategias que se han desarrollado estos años no se han incorporado y la cartera de servicios carece de evaluación. #3

La diferencia entre lo que puede ofrecer el sistema y cuáles son las demandas sociales. Creo que esta es una de las cosas más relevantes a las que tenemos que enfrentarnos, cómo el país, la estructura, la comunidad, o el sistema globalmente, es capaz de enfrentarse a las demandas de la sociedad en esta interacción que es terriblemente compleja y que nos desborda. (...) Hemos entrado en una inercia de demanda social que automáticamente la población te está buscando la alternativa. Si no encuentra una respuesta en el sistema que tenemos estructurado, o se va al servicio de urgencia de Atención Primaria, o desborda la puerta de urgencia, o el que puede se paga un aseguramiento privado. #4

La demanda que tenemos en Atención Primaria es compleja. No podemos esperar que con las herramientas que pusimos en marcha hace 40 años podamos abordar las necesidades que ahora tiene la población, empezando por la pluripatología y la cronicidad, que tenemos que manejarse fundamentalmente en Atención Primaria, y acabando por los malestares relacionales o sociales o los síntomas sin explicación médica que son cada vez más emergentes. #5

Los profesionales entrevistados resaltan la **necesidad de una gestión eficiente de recursos**, criticando su uso indiscriminado y la falta de criterios

objetivos y uniformes en su asignación. Se resalta que incrementar recursos sin un propósito claro representa un desperdicio y una oportunidad perdida.

Se han puesto muchos recursos últimamente, pero los recursos no son infinitos. No siempre vamos a poder estar poniendo más recursos. #1

Esto es un desperdicio de recursos infinitos que hace aumentar mucho más los recursos. #4

Estoy estrictamente de acuerdo con él en que el incremento de recursos sin tener claro para qué es una pérdida absoluta, no solo de dinero en ese momento, sino que es una pérdida de oportunidad gravísima que no se puede recuperar. Entonces, desde la perspectiva, digamos, de una empresa medianamente razonable y lógica, si tenemos claro que hacemos un diagnóstico de que hay un proceso que no funciona adecuadamente, que no funciona eficientemente, la prioridad es tratar de mejorar, en la medida de lo posible, ese proceso y asignarle entonces los recursos. #3

Hay una ausencia de criterio objetivo, explícito y uniforme en la determinación de los recursos económicos destinados a Atención Primaria. El indicador no es homogéneo, en mi opinión, ni se construye idénticamente en todas las Comunidades Autónomas. Por tanto, la comparación es un poco perversa. #2

Tras la reflexión anterior se abordan posibles soluciones a las problemáticas previamente mencionadas. Para ello, se plantea la siguiente pregunta introductoria a los entrevistados:

¿Qué medidas o reformas sugieren para abordar o mitigar las debilidades identificadas?

Los profesionales entrevistados coinciden en la necesidad de una reforma integral del sistema con cambios en la política sanitaria, para dotar a la Atención Primaria de Salud de un nuevo modelo organizativo. En primer lugar, el debate en torno a esta segunda pregunta se centra en las **reformas necesarias en gerencia y gestión**. Sugieren definir claramente el rumbo del nuevo modelo de atención, considerar acuerdos de gestión coherentes con una nueva cartera de servicios, y apostar por cambios estructurales en leyes y normativas, a nivel estatal y autonómico, que alcancen, entre otras, cuestiones relativas al liderazgo y la gestión de los equipos. Se destaca la importancia de la macrogestión para planificación y ordenación, la mesogestión para implementación, y la microgestión para liderazgo y coordinación efectiva en centros de salud. Además, se enfatiza la necesidad de una estructura robusta y un equipo con memoria organizativa para mantener la continuidad y evitar reiniciar procesos con cada cambio directivo.

Me centro en el tema de la gestión, una palabra muy amplia, pero hay macrogestión, mesogestión y microgestión. Hace falta la macrogestión para esa planificación y esa ordenación, hace falta la mesogestión para ir poniendo en marcha todo eso, y ahora me enfoco principalmente en la microgestión. Estamos hablando de primaria, de los centros de salud, y del liderazgo. Creo que el liderazgo ayuda mucho. Estoy simplificando, pero por dar pasos claros. Hemos hablado de coordinación entre profesionales, que #2 ha hecho especial énfasis en que ahí la demanda va por oficio (...) no están bien coordinados, no está bien gestionada la demanda. #1

Debemos definir hacia dónde queremos ir y cómo queremos que sea ese nuevo modelo. (...) También debemos considerar acuerdos de gestión que sean coherentes con la cartera de servicios definida. #3

Por eso creo que es necesario abrir dos vías de cambio. Es imprescindible crear una estructura tanto en los servicios centrales como en las áreas que permita gestionar e inyectar ideas de forma continua, porque sin un flujo constante de nuevas ideas, una directora general o una subdirectora no pueden hacer mucho más. Se requiere un equipo de al menos cinco o seis personas, dotado de memoria organizativa y la capacidad de mantener la continuidad, ya que, de lo contrario, cuando llegue la siguiente directora general, tendremos que empezar de nuevo. Este es un problema grave de continuidad. #4

(...) apostar por los grandes cambios estructurales que necesitamos y que permitan abrir vías. Cambio de las leyes que hemos estado citando, cambio en la normativa del liderazgo y la gestión de los propios equipos de Atención Primaria. #4

Continuando con la discusión sobre posibles reformas, el grupo focal distingue la importancia del **liderazgo como base fundamental para el avance y la implementación de cambios**. Las citas enfatizan que, más allá de la creación de documentos, es crucial contar con líderes que asuman y dirijan la estrategia de mejora en Atención Primaria. Se menciona la necesidad de un liderazgo que combine selección, formación y herramientas adecuadas de trabajo, así como la gestión eficaz para poner en marcha planes y acciones. Además, se subraya la importancia de la gestión y la organización en la dirección de equipos de Atención Primaria.

Cuando estábamos hablando de estructura, he metido inteligencia de las personas. Yo creo que eso es una cuestión importante. Tiene que haber liderazgo por parte de las personas que asuman el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria, de mejora de Atención Primaria y esto no es baladí, no es una cosa menor. Yo creo que, desde el punto de vista de la organización, hace falta estructura, pero también hace falta un liderazgo y en ese liderazgo tiene que estar un componente de inteligencia de cómo hacer un proceso de transformación. #4

El liderazgo tiene dos partes: selección y formación, y luego las herramientas de trabajo. En nuestra organización siempre ocurre lo mismo. Contamos con mucha información, pero no está bien organizada. El coordinador de un centro, ese líder, debería tener acceso fácil a todos los datos clave de su centro, de sus profesionales, de la prescripción farmacéutica, y de indicadores de los pacientes, incluso de actividad y demora. Es información manejable para un centro que no tiene tantos profesionales; puede que haya 30, 25, 50 o en algunos casos más, pero al final son cifras abarcables y se puede enfocar en los problemas de manera efectiva. #4

En el contexto de esta estrategia, es fundamental abordar la gestión y la organización. Esto incluye el liderazgo y la dirección de los equipos de Atención Primaria, tanto desde las gerencias como desde la coordinación del equipo. #3

Los entrevistados abordan la necesidad de **reformas en el sistema de gestión de los recursos humanos**, enfocándose en la estabilización, el replanteamiento del modelo y el desarrollo de estrategias efectivas. Se destaca la importancia de reconsiderar el modelo de recursos humanos y también se enfatiza en la estabilización del personal y en evitar cambios frecuentes que afectan la continuidad del servicio. Se propone un replanteamiento del modelo de recursos humanos que equilibre la atención centrada en la persona con los desafíos estructurales del modelo funcionarial.

Habría que considerar si el mejor modelo para el Sistema Nacional de Salud es el funcionarial. También debemos pensar en el modelo de recursos humanos como algo que necesita cambiar a medio plazo y que debemos replantear entre todos. #2

Tenemos que asegurar la estabilización de todo el mundo en su sitio, mínimo un 90%. Debemos impedir que en el concurso de traslados cada año nos podamos mover de sitio, como es posible actualmente. Cada año podemos, si hay concursos de traslados, cambiarnos de sitio si queremos. Esto va en contra del principio de la salud de los ciudadanos. Aunque supuestamente beneficie a los profesionales, como modelo no podemos permitirnos esas situaciones. #4

Los entrevistados también señalan la importancia de **redistribuir la carga de trabajo** en Atención Primaria. Esta necesidad de redistribución se relaciona directamente con las **reformas en el sistema funcionarial**. Las citas sugieren que, para lograr una atención más eficiente, no solo se requiere estabilidad y liderazgo efectivo, sino también la implicación de todos los profesionales de los equipos. La integración de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y la capacitación de administrativos son pasos clave para lograr un enfoque de equipo más integrado y descentralizado en la Atención Primaria. También se menciona la necesidad de revisar normativas, como las de incapacidad temporal, que contribuyen a la sobrecarga en las consultas.

Es esencial redefinir los roles profesionales, es decir, definir claramente lo que cada uno debe hacer dentro de esta nueva cartera de servicios. #3

¿Es necesario derivar tareas asistenciales por esa banalidad que hemos relatado antes a otros perfiles profesionales? Sí. #2

Se busca que el administrativo sea un administrativo sanitario con un perfil distinto con el objetivo de que ayude a resolver cosas. #4

Tenemos que capacitar un poco más a nuestros administrativos para poder hacer los equipos integrados, estos de trabajo conjunto, para ir asignando roles complementarios que podemos hacer. Pero para eso necesitamos darles un poco más de atención, también tenemos un problema normativo del estatuto marco. Es verdad que son administrativos puros, pero bueno, tenemos que buscar, y eso es a nivel nacional, que no lo podemos gestionar, legislar a nivel autonómico, pero bueno, tenemos que buscar fórmulas para hacerlos con una capacidad más resolutive, más de integración en los modelos. Que se está intentando, pero luego es muy difícil, porque luego vienen los intereses de cada colectivo, que dicen, mire usted, a mí no me toque, porque ya bastante responsabilidad asumo. #4

Tenemos varios perfiles profesionales en Atención Primaria, pero si miramos otros servicios de salud fuera de España, encontramos que hay también otros perfiles de médicos asistentes, médicos consultores que realmente realizan otras tareas que son complementarias y no tiene que hacerlas el médico de familia, como también podría hacerlas enfermería en algunas tareas. Evidentemente, hay que redefinir y buscar consensos entre organizaciones profesionales y sindicales y ver dónde se dirige cada una de las competencias para que no sea una guerra, sino una colaboración. #3

Dejar de buscar reformas centradas en poner más médicos y poner otro tipo de profesionales que son los que están ahora, pero en mayor número, para que haya unidades asistenciales que se hagan cargo de la demanda. Y, por tanto, descentralizar la demanda que no esté centrada solo en el médico. Lo que obliga es tener más flexibilidad en las organizaciones, en el contexto. #5

Estamos hablando de que no todo tiene que verlo el médico. Estamos hablando de una unidad que puede estar, ya lo he dicho antes, formada por dos enfermeras, dos o tres administrativos expertos y, bueno, externamente, como apoyo al centro de salud, un farmacéutico, un trabajador social, por supuesto, para atender esa demanda. #5

Habría que cambiar la normativa de incapacidad temporal, para dotarnos de un sistema que evite que todos los días cientos de pacientes llenen las consultas, ante cuadros respiratorios o digestivos leves, que no precisarían atención médica,

salvo porque necesitan un justificante o baja de 2, 3 o 4 días de ausencia del trabajo por ese malestar #2

Necesitamos la generalización de las especialistas en enfermería familiar y comunitaria que entren en los equipos de Atención Primaria con competencias, porque donde llega una, la cosa cambia. #4

Se comenta asimismo que, ante la demanda de atención inmediata, no demorable o urgente, pudiese existir algún mecanismo que diese una respuesta rápida (como la atención telefónica), para poder discriminar entre la relevancia de cada caso. En general, se conviene en la necesidad de una **mejor gestión de la demanda**, para lo cual también es preciso educar a la población.

Llevar diez días de demora es un drama desde el punto de vista de la salud de los ciudadanos, o desde el punto de vista de perfección de los ciudadanos, y las consecuencias directas que tiene diez días de demora en nuestro país. Pues a lo mejor no es tan crítico desde el punto de vista de la salud de los ciudadanos, pero se acaba siendo especialmente crítico en las consecuencias de un sistema público de salud, por las repercusiones que tiene. #4

Hay que realizar un gran bloque de campañas divulgativas de formación general. Tenemos que formar a la población sobre qué canales de acceso utilizar y a qué dispositivo asistencial debe recurrir ante problemas de salud percibidos. Como hace el National Health Service u otros servicios de salud, donde ante motivos de salud, te pueden dirigir al dependiente de la oficina de farmacia o al farmacéutico de la oficina de farmacia, que tiene capacitación para algunas cosas, para otras no. Pero también pueden dirigirlo a la enfermera, la auxiliar de enfermería o a un teléfono único de atención a problemas menores que no está creado. #4

¿Es necesario limitar la atención inmediata ante motivos banales, estéticos o de muy corta evolución para que sean vistos por otros profesionales que no sean médicos? Respuesta: Sí. Y quizás cribar si esa petición de atención inmediata precisa visita presencial o puede ser atendida telefónicamente o por otros medios. #2

Necesitamos desarrollar estrategias efectivas para gestionar la demanda de manera eficiente, ya sea a través del teléfono u otros medios. Esto requiere un enfoque más claro y efectivo. #3

La reforma que se pudiera hacer, habría que realizarla de alguna manera, si no de la mano o con la mano de esos ciudadanos, al menos teniendo en cuenta esos planteamientos y no maximizándolos para decir, bueno, es que a lo mejor ese ciudadano lo que tenemos que darle es una respuesta en términos de gestión de la demanda y que tenga una vía rápida para que alguien por teléfono le haga una valoración rápida y le diga, oye, lo tuyo es una tontería y no hace falta que

hagas nada, o una respuesta, o no, mira, tienes que venir por aquí y dentro de cinco días te voy a ver. Pero ese individuo necesita una respuesta y si no se la damos, la va a buscar en otro sitio. Todos sabemos cómo está creciendo el doble aseguramiento y lo que estamos poniendo posiblemente en riesgo es el propio sistema tal y como lo conocemos. #3

Abordan los participantes la importancia de **revitalizar la carrera profesional**, ofreciendo oportunidades y atrayendo talento. Se resalta la necesidad de valorizar y diferenciar la Atención Primaria, incentivando la participación activa de profesionales con ideas innovadoras y reconociendo el valor genuino del médico de familia.

Hay que dar la oportunidad a muchos profesionales que tienen muchas ideas para que sean capaces de aportar e ir construyendo cosas, con incentivos, con evaluación. Creo que muchas veces desaprovechamos el conocimiento de base porque la organización no está preparada para eso, y estos son elementos fundamentales. #4

Lamentablemente, hemos perdido la capacidad de atracción, porque no tenemos unas bases conceptuales que nos diferencien de la atención especializada focal. Y desde luego, es mucho más fácil ejercer la medicina basada en la evidencia en una consulta especializada de cardiología que en Atención Primaria. #4

Si no somos capaces de fundamentar y conceptualizar la Atención Primaria como un elemento fundamental de nuestras sociedades, de generar ilusión otra vez en los profesionales de trabajar en la Atención Primaria porque es algo distintivo, de pensar que estamos mejorando, entre otras cosas, nuestra democracia, nuestra sociedad, profundizando en esos elementos distintivos de la Atención Primaria, no vamos a poder vencer ninguna de esas resistencias porque no hay un proyecto ilusionante. Actualmente no existe una conceptualización que diferencie la Atención Primaria de la atención especializada focal. Entonces, ¿quién quiere un médico de familia si tiene un cardiólogo, un traumatólogo, un reumatólogo? No tiene ningún sentido. ¿Y cuál es el valor de un médico de familia? Esto es lo que tenemos que contar, no solo a nuestros compañeros que no lo saben, sino también a la sociedad, a los políticos, a los gestores. #5

En línea con los comentarios anteriores, los expertos también enfatizan la importancia de **identificar y aprender de aquellos con un desempeño sobresaliente**. Este enfoque en la excelencia profesional complementa la necesidad de una estructura y planificación más efectivas, propuestas en las reformas del sistema funcional. La integración de las características de estos profesionales excepcionales en la formación contribuye a un enfoque más centrado en el paciente y a la construcción de una relación de confianza.

Si el desempeño excelente en primaria depende de perfiles profesionales, tenemos que investigar cuáles son las características que definen esos perfiles. Se calcula que hay un 25% de especialistas generalistas que tienen 'expertise' y un desempeño excelente. Creo que deberíamos intentar identificarlos y ver cómo, en cada contexto, estos profesionales consiguen tener mejores resultados. #5

Pacientes jóvenes que ya os conocen, que saben cuál es vuestro estilo, van buscando vuestra opinión porque confían en ella. La gente necesita a alguien en quien confiar y, cuando encuentran un profesional de referencia en el que confiar, tanto jóvenes como mayores van a su médico. Incluso iban al especialista y hasta que tú no valoras o evalúas lo que ha dicho el especialista, no se toman la medicación, porque confían en tu criterio. #5

Sabemos qué es un médico y una enfermera de Atención Primaria excelente o, al menos, creo que hay bastantes personas que sabemos lo que queremos: atención centrada en la persona. Hay que tomar ese referente e ir comunicando con claridad de ideas y con liderazgo de nuestros profesionales. Debemos ir implementando esto, con todos los obstáculos que existen, que no van a variar porque nuestro sistema funcional sabemos que no va a cambiar. Con esos obstáculos tenemos que convivir, pero eso sí, trabajando en unas líneas de gestión claras y con tenacidad. El principal obstáculo es la estructura para implementarlo, pero no es un obstáculo insalvable, está en nuestras manos #1

En ese mismo sentido se subraya la **necesidad de mejorar la capacitación de los profesionales**. Se enfatiza en la importancia de una orientación comunitaria y la actualización de métodos, especialmente para los nuevos residentes. Los participantes destacan que los profesionales a menudo trabajan con herramientas inadecuadas, lo que conduce a la frustración y la deserción. Se propone identificar y modelar lo que constituye un profesional excelente para integrarlo en la formación. Además, se aboga por capacitar a los administrativos para formar equipos integrados y asignar roles complementarios, a pesar de los desafíos normativos y de intereses de colectivos.

Tengo clarísimo que hay que hacer una orientación de entorno comunitario. Tenemos que reaprender maneras de hacer. Y hay que hacer una enorme apuesta por los aproximadamente tres mil y pico residentes que nos llegan cada año. O somos capaces de meter en ellos una manera de orientación y que no estén replicando lo que está pasando en las inercias. O va a ser más difícil el proceso de transformación. #4

Los profesionales están con herramientas que no sirven, y por tanto se frustran, se quemán y se van. Así que esa parte de las competencias me parece fundamental, y eso es algo a largo plazo. #5

Tenemos que capacitar un poco más a nuestros administrativos para poder hacer los equipos integrados, estos de trabajo conjunto, para ir asignando roles complementarios que podemos hacer. #4

Además, los profesionales entrevistados abordan la **reforma de cupos como una práctica problemática**. Subrayan que los cupos no deberían ser un objetivo por sí mismos y que su tamaño óptimo varía dependiendo de la ubicación.

Las reformas que se están llevando a cabo básicamente tiene que ver con poner más médicos para que tengan menos cupos. Los cupos pequeños, como he dicho antes, tienen un problema: las consultas se llenan, no de morbilidad sino de banalidades. Pero se llenan, es decir, no reducen la oferta. #5

Hay que ser muy prudentes al hablar del número de pacientes asignados por médico porque lo que hemos visto es una continua complejidad de los pacientes, la necesidad de dedicación mucho más, y no hemos resuelto la banalidad, que es uno de los graves problemas, la ocupación de tiempo donde la población o viene a nosotros o va al servicio de urgencias, lo cual es peor. #4

El tamaño de los cupos no es un objetivo en sí, pero, obviamente, yo no me atrevo a decir el tamaño óptimo tampoco. Si deben ser de 1800, 1300, 1250 o 1550, no lo sé. Pero sí que sé que, para determinar el tamaño idóneo, intervienen otras variables: ámbito rural o urbano y el nivel socioeconómico de la zona. #2

Los entrevistados se centran, seguidamente, en resolver la creciente demanda social **adaptando adecuadamente la cartera de servicios**. Destacan la necesidad de analizar la demanda y ser transparentes en la redefinición y actualización de la cartera de servicios. Se subraya la importancia de desarrollar esta cartera basándose en evidencias sólidas y con indicadores medibles. Además, se menciona la necesidad de acuerdos de gestión coherentes con la cartera definida y se enfatiza en la participación e implicación ciudadana en las reformas de Atención Primaria.

Hay que analizar mucho qué podemos hacer frente a la demanda social que estamos teniendo, y ahí probablemente se está produciendo una divergencia cada vez más creciente. #3

Un elemento clave en esta estrategia es la cartera de servicios, que debe adaptarse a la nueva estrategia que estamos definiendo. Debemos desarrollarla de manera que esté respaldada por evidencias sólidas y con indicadores que se puedan medir de forma automática. (...) También debemos considerar acuerdos de gestión que sean coherentes con la cartera de servicios definida. #4

Cómo participa el ciudadano, cómo se implica el ciudadano en una reforma de Atención Primaria, algo de lo que también venimos hablando desde hace 40 años y estamos en un ánimo de debate desde entonces. #5

Como parte clave de la respuesta a la pregunta formulada destaca la importancia de **reformar el sistema para integrar la longitudinalidad en la planificación**. Los expertos resaltan que la longitudinalidad, siendo un recurso terapéutico que reduce la mortalidad, no debe ser dejada al azar o a la inercia. Se critica la falta de continuidad en la atención con múltiples profesionales, lo que se considera perjudicial para la calidad de la Atención Primaria. Además, se menciona que, aunque la longitudinalidad mejora la salud general, se debe considerar la preferencia de los ciudadanos, especialmente aquellos sin patologías crónicas, entre ser atendidos por su médico habitual o por otro disponible más rápidamente.

En la organización, no se debe considerar la longitudinalidad como una mera casualidad, dependiendo de si un médico desea permanecer más tiempo en su consulta. No puede ser la inercia o el azar lo que determine la presencia o ausencia de longitudinalidad, ya que esta es un recurso terapéutico valioso y, por tanto, debe incentivarse. Este me parece un tema fundamental. Hay pocas intervenciones que reduzcan la mortalidad en un 30%, y estamos desaprovechando una que es relativamente sencilla de implementar. La longitudinalidad se fomenta obviamente con recursos económicos, incentivando económicamente, pero también a nivel profesional, para que los médicos se mantengan en su grupo el mayor tiempo posible. #5

La longitudinalidad de la idea debe ser uno de los núcleos fundamentales de apuesta. Pero la realidad que tenemos en este momento es que, desde el punto de vista de la reducción de los cupos, la gestión de la demanda por parte de los usuarios y luego las organizaciones internas hacen que en mi cupo yo tenga asignados ocho enfermeros distintos. #4

Estando totalmente de acuerdo con el tema que ha planteado #5 sobre la longitudinalidad, que además se ha demostrado por estudios que mejora la salud en general del paciente que tiene más de 30 años, 15 años creo que era, estoy totalmente de acuerdo. Pero también tenemos que bajar a la ciudadanía. Es decir, si tú a un ciudadano de hoy de 35 años le dices que prefiere ser visto por su médico de siempre dentro de cinco días, porque actualmente ese médico tiene demora, o si quiere verse esta misma tarde o esta misma mañana por otro, ¿cuántos van a elegir una opción u otra? Esto no está estudiado obviamente, y probablemente nos llevaríamos la sorpresa de que el porcentaje a quien le da igual la longitudinalidad es alto, sobre todo en aquellos ciudadanos que no tienen patologías crónicas, etcétera. Nos sorprendería. #2

Durante el abordaje del tema de la longitudinalidad, los profesionales se enfocan en **reformas para evitar la medicalización excesiva**. Uno de los participantes sugiere limitar la influencia de la industria farmacéutica en

las prescripciones y buscar alternativas a la medicalización, como recursos comunitarios y otras herramientas. Enfatiza asimismo en el rol del médico de familia como 'gatekeeper', seleccionando cuándo es necesaria la medicalización y cuando no, y ofreciendo soluciones no médicas.

Es necesario evitar la influencia de la industria farmacéutica, que está presente en todos los niveles de nuestro sistema y sabemos que conduce a prescripciones sesgadas. Por lo tanto, hay que limitar la capacidad que tiene la industria farmacéutica para realizar sesiones en Atención Primaria, para hablar con los médicos y para estar, de alguna manera, impulsando continuamente esta capacidad de recetar un medicamento para cada síntoma. #5

Hay que buscar recursos distintos a la farmacologización. Me refiero a recursos comunitarios, a herramientas de otro tipo que puedan ayudar a enfrentar esa demanda. #5

Un concepto (...) que me parece muy importante es la función de puerta, de gatekeeper, del médico de familia, que es fundamentalmente hacia la medicalización. Nosotros valoramos las dolencias y, dentro de las dolencias, no más del 40% necesitan ser medicalizadas, necesitan pasar la puerta hacia un diagnóstico. El resto no tienen que entrar, pero tienen que ser atendidos. Es decir, atender a un paciente no significa medicalizar. Significa asistir, atender, escuchar. Pero tú puedes dar una solución que no sea médica, que pueda ser comunitaria, un recurso personal, relacional, o simplemente esperar y ver. Y esa función de gatekeeper, desde mi punto de vista, es la más importante que tiene que hacer el médico o el equipo asistencial que, digo, tiene que gestionar la demanda. #5

En su mayoría los participantes tienen en cuenta la necesidad de **mejorar el modelo de asignación de recursos y financiación**. Se sugiere que el modelo actual es demasiado genérico y no atiende a las necesidades específicas de diferentes Zonas de Salud. Se propone una revisión para evitar el desperdicio de recursos en tratar casos banales y fomentar la sostenibilidad. Además, se enfatiza en la importancia de asignar recursos de manera eficiente y lógica, priorizando la mejora de procesos ineficientes antes de incrementar los recursos.

Creo que el modelo de asignación de recursos del que se está hablando y se está aplicando ahora mismo debería ser revisado. Es un modelo demasiado genérico y que no contempla necesidades específicas de las diferentes zonas de salud. #3

Si no queremos recortar servicios ante la enfermedad grave (que eso creo que ninguno de nosotros lo va a proponer en ningún foro), sí que tendremos que recortar algo por la banalidad. Porque si no, vamos a ser muy caros, muy insostenibles y un pozo de medicalizar circunstancias de la vida cotidiana, ya que, realmente, la tarea más fácil es recurrir al bolígrafo. #2

Estoy estrictamente de acuerdo con él en que el incremento de recursos sin tener claro para qué es una pérdida absoluta, no solo de dinero en ese momento, sino que es una pérdida de oportunidad gravísima que no se puede recuperar. Entonces, desde la perspectiva, digamos, de una empresa medianamente razonable y lógica, si tenemos claro que hacemos un diagnóstico de que hay un proceso que no funciona adecuadamente, que no funciona eficientemente, la prioridad es tratar de mejorar, en la medida de lo posible, ese proceso y asignarle entonces los recursos. #3

En la tercera sección de la entrevista, se pregunta a los participantes sobre los desafíos y obstáculos asociados a la puesta en marcha de reformas y cambios en el Servicio Murciano de Salud (SMS), pidiéndoles que respondan a la siguiente cuestión:

¿Cuáles son los principales obstáculos que identifican en el sistema?

Se aborda en el grupo focal un tema crítico en la gestión de la asistencia sanitaria en la Región de Murcia, como es la imposibilidad de adecuar la **configuración legal como ente público del Servicio Murciano de Salud (SMS)** al ordenamiento jurídico vigente. La figura legal atribuida al SMS por la Ley de Salud de la Región de Murcia de 1994 no se ajusta al marco jurídico en vigor tras la Ley 7/2004 de organización y régimen jurídico de la C.A.R.M.¹⁰⁸ Esta situación plantea serias limitaciones para la gestión efectiva y la planificación estratégica, ya que, sin el estatus jurídico necesario, se dificulta la actualización de estructuras organizativas, la implementación de normativas especializadas y la revisión de funciones. Este vacío legal resulta en una falta de coherencia en las operaciones del servicio de salud y representa una debilidad significativa para la administración pública y la atención sanitaria en la región.

Una de las primeras cuestiones a las que nuestra comunidad debe enfrentarse es determinar la identidad del Servicio Murciano de Salud. Necesitamos definir la identidad administrativo-jurídica del Servicio Murciano de Salud, algo que nos incumbe directamente y también afecta a la Atención Primaria. Es esencial, si queremos que el presupuesto luego tenga un propósito efectivo. #4

Según la ley de régimen jurídico, los organismos que no forman parte de la Administración general deberían ser un organismo autónomo o una empresa pública. Nosotros no somos ninguno de los dos, por lo tanto, estamos en una especie de limbo jurídico. #1

Actualmente, en el Servicio de Salud no tenemos claro su estatus jurídico. Está fuera del marco de la Ley 7/2004 de organización y régimen jurídico de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. No es ni una entidad pública

¹⁰⁸ Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de organización y régimen jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BOE núm. 202, de 24/08/2005.

empresarial ni un organismo autónomo. Es un ente público que se creó por la ley de salud de la Región de Murcia, pero que no se ha adaptado al ordenamiento jurídico vigente. (...) con relación a la normativa regional respecto al funcionamiento estructural del Servicio Murciano de Salud, tanto en órganos centrales como en órganos periféricos, no se ha publicado ningún decreto regional de estructura desde el año 2003. Solo se han realizado nombramientos y modificaciones por decreto de los órganos básicos del Servicio Murciano de Salud y de la Consejería. Pero no hay un decreto de estructura actualizado y la estructura vigente hoy día es la de 2003. #2

No se ha actualizado porque jurídicamente no hemos podido hacerlo. Cuando lo intentamos, nos dicen que no tenemos competencia. Esto es un desastre porque el funcionamiento actual es intuitivo y varía de un sitio a otro. Las estructuras son diferentes y la toma de decisiones es inconsistente. No existe una solución organizativa coherente. #4

Si queremos hacer un decreto de formación especializada en la región, pues no, no lo podemos publicar, o si queremos hacer un decreto de estructura actualizada de servicios centrales, pues no lo podemos actualizar, o si queremos revisar las funciones de los equipos de Atención Primaria por decreto, porque lo queremos y lo necesitamos, pues no lo podemos realizar, porque los servicios jurídicos nos van a decir que no es posible. #2

En segundo lugar, se subraya como un impedimento a las reformas necesarias la **falta de voluntad política y de liderazgo**. Los expertos resaltan la dificultad de poner en práctica reformas, debido, no solo a la ausencia de una estructura de gestión efectiva, sino también a la falta de implicación y liderazgo, tanto a nivel estatal como profesional. Se menciona la necesidad de una reforma integral en todo el sistema —no solo en la Región de Murcia—, y se destaca la ausencia de consenso entre las sociedades de Atención Primaria y los problemas de polarización partidista, que da lugar a que las medidas propuestas sean rechazadas por motivos políticos, más allá de su valor intrínseco.

(...) el principal obstáculo es cómo se pone en marcha esto. Si no tenemos una estructura de gestión buena en servicios centrales. #1

Está muy claro que, como obstáculos, identifico algo que ya se ha dicho: la necesidad de esta reforma, que, en mi opinión, creo que es necesaria en todo el sistema. No estoy hablando solo de Murcia. Deben estar implicados tanto los gobiernos centrales del Estado como los gobiernos de las Comunidades Autónomas. Y ahora mismo, pues no hay una implicación y liderazgo político para que pueda liderarlo nadie a nivel estatal y, profesionalmente, quizás ese liderazgo tampoco esté claramente identificado. #2

No hay voluntad política de abordar este tema y todo el mundo está cómodo dejando que se vaya cociendo. Supongo que, por diferentes razones, quiero pensar unos y otros. #3

No hay una implicación y liderazgo político suficiente a nivel estatal, y, profesionalmente, este liderazgo tampoco parece estar claramente identificado. Existen tres sociedades de Atención Primaria, pero no hay grandes consensos. Aunque el ambiente no es tan malo como en otras CC.AA., sí hay dificultades en el liderazgo y en la implicación política. La polarización partidista, como bien indicó #5, es un problema real: las mismas medidas propuestas por partidos de distintos colores políticos son rechazadas por la oposición, también de diferentes signos políticos, simplemente por no estar en el gobierno. #2

En el grupo focal se identifica el **modelo de gestión de recursos humanos** del sistema como uno de los principales obstáculos para el cambio. Se opina que las regulaciones actuales y la influencia sindical limitan significativamente la capacidad de realizar transformaciones sustanciales.

Estamos aquí cuatro años, pero estamos deseando irnos porque queremos ir a otro sitio, a otro centro. Y cambian todas las enfermeras y todos los equipos. Quiero decir que hay obstáculos intrínsecos. #1

Hay una tremenda resistencia al cambio con el tema de las organizaciones profesionales y con las organizaciones sindicales. #3

Los expertos plantean que la **percepción de la Atención Primaria** por parte de profesionales y ciudadanos puede ser un gran obstáculo para su mejora. Se destaca la necesidad de redefinir y valorizar su rol dentro del sistema de salud, diferenciándolo de las especialidades focalizadas. Se subraya la importancia de crear una narrativa inspiradora que realce el valor único del médico de familia y genere entusiasmo entre profesionales, ciudadanos, políticos y gestores.

Si no somos capaces de fundamentar y conceptualizar la Atención Primaria como un elemento fundamental de nuestras sociedades, de generar ilusión otra vez en los profesionales de trabajar en la Atención Primaria porque es algo distintivo, de pensar que estamos mejorando, entre otras cosas, nuestra democracia, nuestra sociedad, profundizando en esos elementos distintivos de la Atención Primaria, no vamos a poder vencer ninguna de esas resistencias porque no hay un proyecto ilusionante. #5

Mientras no tengamos una narrativa capaz de ilusionar, no vamos a ser capaces de vencer la enorme cantidad de resistencias que nos vamos a encontrar en el camino. Y esa gran idea, donde ya tenemos algunos fundamentos, tenemos que construir entre todos. #5

Los expertos entrevistados identifican obstáculos clave en el **sistema de financiación** y en la **gestión de estos recursos**. Marcan la falta de un criterio objetivo, explícito y uniforme en la asignación de recursos económicos a Atención Primaria, lo que dificulta las comparaciones entre Comunidades Autónomas. Además, se critica la falta de capacidad de gestión debido a presupuestos insuficientes y déficits desde el inicio del año fiscal. Se resalta la necesidad de definir la identidad administrativo-jurídica del Servicio Murciano de Salud para mejorar la eficacia del presupuesto y su impacto en la Atención Primaria.

Hay una ausencia de criterio objetivo, explícito y uniforme en la determinación de los recursos económicos destinados a Atención Primaria. El indicador no es homogéneo, en mi opinión, ni se construye idénticamente en todas las Comunidades Autónomas. Por tanto, la comparación es un poco perversa. #2

Alguien tiene que decir que tiene que acercarse a su presupuesto, porque si no estamos con cantos de sirena que no nos sirven para nada. Es decir, jugar con 600 millones de déficit desde el 1 de enero nos permite muy poca capacidad de gestión. Los gerentes que tienen que utilizar algún recurso y tienen la capacidad de moverse, ya no digo de qué asignación presupuestaria, sino cuando tienes un presupuesto, ¿qué haces con él? Si no puedes hacer un mínimo de maniobra con ese presupuesto, porque ya sales con un presupuesto menguado. Yo creo que esa es una de las primeras cosas a las que tiene que enfrentarse nuestra comunidad, que tiene que ver cuál es la identidad del Servicio Murciano de Salud. #4

Otra cuestión que surge en el debate sobre obstáculos a las mejoras es la **ausencia de resultados medibles**. No existen evaluaciones efectivas ni indicadores claros, lo que dificulta la gestión y orientación adecuadas. Se señala una desconexión entre las intervenciones preventivas realizadas y su impacto medible a nivel poblacional, lo que resulta en una gestión ineficiente y una actuación sin datos concretos.

No hay medición, nunca tenemos resultados medibles y, por tanto, si no hay resultados que midamos, tampoco hay institución u organismo que pueda regular, orientar o reorientar la actuación de algunos profesionales. #4

Y luego, como no evaluamos y los acuerdos de gestión no tienen ningún impacto, como no existe un proceso de evaluación efectivo y la carrera profesional es meramente simbólica, realmente no tenemos un horizonte claro desde el punto de vista de elementos motivacionales, que no necesariamente es más dinero. Creo que el dinero es un problema bastante limitado en cuanto a la capacidad. #4

No tenemos resultados en salud por Zonas Básicas de Salud. Más o menos se calcula que el 40% de las intervenciones preventivas que se realizan en Atención Primaria tienen que ser medibles en términos poblacionales. La hipertensión no

es para bajar la tensión a cada persona, sino es para reducir la incidencia de ictus poblacional. Los resultados son poblacionales, las intervenciones son individuales. Pero nos empeñamos en medir la tensión 20 veces con actuaciones de enfermería, que sabemos que no vale para nada, y no sabemos cuál es la incidencia de ictus en cada Zona Básica de Salud, que es el indicador fuerte. Esto me parece una debilidad de nuestros indicadores de salud pública, que no están desagregados. Y, por tanto, actuamos en gran medida a ciegas. #5

Otra barrera a las reformas identificada por los participantes es la **falta de consenso entre los distintos actores del sistema**. Se constatan desacuerdos profesionales sobre aspectos como la farmacología y la prescripción de medicamentos, especialmente en casos de beneficio-riesgo controvertido o de escasa acción terapéutica. También se señala la falta de consenso entre sociedades científicas, asociaciones profesionales y sindicatos en cuanto a las competencias de cada perfil profesional en Atención Primaria, lo que dificulta alcanzar un acuerdo unificado en el sector.

Falta de consenso profesional respecto a algunas cuestiones relacionadas con el tratamiento y la prescripción de medicamentos en situaciones que no aportan beneficio, que tienen un beneficio-riesgo controvertido o que tienen una escasa o nula acción terapéutica. (...) Falta de consenso entre sociedades científicas, pero también entre asociaciones profesionales, sindicatos, etcétera, sobre las competencias a realizar por cada perfil profesional de Atención Primaria. No nos ponemos de acuerdo y es difícil que nos pongamos de acuerdo. #2

Los participantes en el grupo identifican como obstáculo la **incapacidad para ejecutar planes y estrategias**. Pese a la existencia de múltiples documentos con propuestas y objetivos relevantes, hay una notable falta de seguimiento y cumplimiento. Se critica que estos documentos, aunque bien intencionados, a menudo carecen de objetivos concretos, medibles y recursos asignados, lo que los hace no evaluables. También se menciona que planes anteriores con numerosos objetivos no han sido efectivos, calificándolos como meras declaraciones de intenciones sin una organización adecuada.

El otro día, preparando esta reunión, me puse a buscar documentos y me encontré con uno de 2007, de nuestra Consejería y del Servicio Murciano de Salud. (...) El documento, podría decir, es una estimación; el 80% de lo que ese documento propone es de lo que estamos hablando nosotros aquí. El documento es de 2007. ¡De 2007! Ha habido documentos posteriores. Está en Murcia Salud y se puede descargar. Yo me quedé absolutamente perplejo, porque dije, ¡Caramba!, prácticamente con las mismas palabras, con las mismas propuestas. Documento de 2007. Entonces, pues ya llega uno a ser bastante escéptico, cuando has visto lo que has visto y has pasado por diferentes intentos o no intentos. #3

Realmente, lo que necesitamos no son más documentos. En efecto, enfocarse en algunas de sus necesidades y hacer cambios en ciertos aspectos es importante, pero a menudo tenemos documentos que luego no se cumplen. Eso nos ha pasado muchas veces. #1

En el año 92 (...) un plan que tenía 104 objetivos; este tiene 128 acciones. Jamás volvería a repetir un plan de 104 objetivos que no sirve absolutamente para nada. Es decir, es un documento declarativo de intenciones, no está bien organizado, es desbalanceado. Hay, no sé, salud dental tiene 8 acciones, salud mental no sé qué ... #3

Por último, se hace una mención a la **obsolescencia de los sistemas de gestión** en Atención Primaria, principalmente los sistemas de información. Esta reflexión tiene en cuenta la nueva demanda digital a la que no son capaces de adaptarse por su gran cambio continuo.

Obsolescencia del sistema de información de Atención Primaria. Con nuestro sistema informático, y eso que lo prefiero al de atención hospitalaria, pero reconozco que ha llegado el momento de que el sistema de información que utilizamos como historia clínica y como base de datos para el análisis y la evaluación de resultados, cambie; cambie y sea más ágil, más dinámico, más proactivo. #2

La parte final del debate se centró en la Estrategia de Mejora de la Atención Primaria (EMAP), aprobada este mismo año por el Gobierno Regional, y se planteó a los miembros del grupo la siguiente pregunta:

Considerando las discusiones sobre la necesidad de reformar la Atención Primaria, ¿creen que la EMAP es eficaz en proponer métodos y estrategias innovadoras, en lugar de perpetuar las prácticas actuales?

Existe una clara opinión sobre los documentos estratégicos del Servicio Murciano de Salud, como la **EMAP (Estrategia de Mejora de la Atención Primaria)**. Aunque se reconoce una mejora general en Murcia, hay un consenso en que estos documentos, aunque bienintencionados, carecen de la capacidad organizativa necesaria para su implementación efectiva. Se critica la falta de objetivos concretos, medibles y la ausencia de recursos asignados y temporalidad definida, lo que hace que estos documentos no sean evaluables ni resulte posible hacer un seguimiento de ellos. Además, se destaca la repetición de contenidos y la falta de innovación en estos documentos, que a menudo resultan en propuestas no ejecutadas. Los entrevistados señalan la necesidad de un cambio en la forma en que se gestionan y lideran estas estrategias, subrayando la importancia de una implementación práctica que genere un cambio progresivo y perceptible, más allá de la mera redacción de documentos.

Hay una oportunidad perdida en el análisis de la situación que leí con mucho interés. No hay análisis, y es el análisis el que indica las líneas a desarrollar y revela las debilidades. Es increíble que no se haya hecho eso, al menos. #5

Para mí, el documento no ha aprendido nada de los últimos 20 años. No incluye ninguna herramienta ni medio que permita pensar 'esta vez sí se va a intentar'. Solo menciona la creación de comisiones de seguimiento y nada más. Desafortunadamente, eso promete muy poco. #3

La gestión es lo que impulsa la mejora. Disponemos de un EMAP, publicado hace menos de un año, que incluye 5 ejes, 19 líneas de acción y 128 acciones. No diré que abarca todo, pero sí muchas cosas. Ahora lo que se necesita es activar estas acciones, y esto se logra con gestión y liderazgo. #1

Creo que todos han revisado o estudiado el EMAP, que comienza con el primer eje: adaptar el modelo de Atención Primaria hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades con una perspectiva comunitaria, uno de los cinco ejes. Pero ¿realmente vamos a implementar lo que está recogido en el EMAP? #1

Es un documento presentado en marzo, que reemplaza a otro anterior con buenas intenciones. Las intenciones son positivas, pero el documento de 2023 es desconocido a nivel profesional y social. En mi centro de salud, nadie lo conocía cuando pregunté por la EMAP, que es una estrategia de mejora, pero que no plantea una reforma integral que considero necesaria. Aboga por aumentos de plantilla, lo cual, aunque no es la solución definitiva, es necesario, aunque sea solo en teoría. Tiene buenas intenciones, pero carece de plazos concretos, calendario, presupuesto o evaluación. #2

El documento incluye muchas ideas que parecen haberse recopilado en una lluvia de ideas. Sin embargo, excepto en lo referente a los recursos humanos y las inversiones en centros de salud, carecen de viabilidad. Desde una perspectiva de auditoría, no puedo evaluar este plan de ninguna manera, ya que no tiene indicadores ni elementos objetivos que permitan verificar su cumplimiento. #3

Todo lo que se menciona en el documento ha sido discutido en los últimos 20-25 años y se repite. Antes, #3 dijo que en el 80%, y yo diría en el 90%, de los términos se replican. #4

Creo que el gran desafío no es tanto tener un documento mejor, sino cómo la organización es capaz de implementar acciones que sean perceptibles y generen un cambio progresivo. #4

Tiene la virtualidad, como digo, de que viene con presupuestos, eso es bueno. Pero tiene el peligro de que ese presupuesto vuelva, digamos, a generar cambios que no consigan cambiar sustancialmente las cosas porque al final es hacer lo mismo,

pero con más medios y no cambiar el enfoque. Yo creo que eso no lo consigue la estrategia, no es un cambio de enfoque, no es algo que ilusione. Eso no lo ha conseguido, pero bueno, viene con presupuesto y creo que es suficientemente general como para poder pensar que en estos años se pueda trabajar en relación con esas líneas y dotarlas de contenido. #5

CAPÍTULO 4

PROPUESTAS DE MEJORA

4.1. PLANIFICACIÓN

Tal y como reza el artículo 9 de la Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia: “La Administración de la Comunidad Autónoma, mediante la planificación sanitaria, garantizará la distribución racional de los recursos y la coordinación de todas las actuaciones, con el fin de alcanzar los mayores niveles de salud para los ciudadanos de la Región de Murcia”. La planificación sanitaria aparece así en el frontispicio de la que podríamos calificar como Ley “general” de sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Junto con la planificación estratégica o de largo plazo de las políticas de salud a desarrollar en un horizonte temporal plurianual por parte de las administraciones públicas en la Región, hay que destacar igualmente la ordenación de los recursos asistenciales en su territorio —el mapa sanitario— articulados en Áreas y Zonas Básicas de Salud, tal y como recogen los artículos 12 y 19 de la citada Ley 4/1994. Esta ordenación sanitaria no deja de ser expresión de un ejercicio de distribución y, por tanto, de planificación, de los recursos estructurales del sistema sanitario público regional en el territorio.

A estas dos dimensiones de la planificación dedicamos las recomendaciones de esta sección de la obra, atendiendo de forma singular a un aspecto específico de la ordenación sanitaria, como es la definición de las zonas y puestos de difícil cobertura.

4.1.1. Planificación estratégica

La máxima expresión de la planificación sanitaria en la Región de Murcia es, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 4/1994, el Plan de Salud. Como se establece en el punto segundo de dicho artículo: “El Plan de Salud deberá incluir un análisis

e identificación de los problemas, la formulación de los objetivos a alcanzar, plazos de ejecución o calendario general de actuaciones, los programas a desarrollar, los órganos encargados de su ejecución, los recursos que han de destinarse a su financiación y los mecanismos de evaluación sistemática y continuada de los distintos programas, garantizando la participación de la colectividad en todas las fases de su desarrollo". A lo que se añade en el punto tercero del mismo artículo: "El Plan de Salud será revisado y actualizado periódicamente".

Parece, pues, claro que cualquier estrategia sectorial específicamente dirigida a renovar, como es el caso de la Estrategia de Mejora de la Atención Primaria y Comunitaria (EMAP) 2023-2026, el modelo de prestación de servicios de un nivel asistencial, como es la Atención Primaria, debería estar incardinado en el Plan de salud que abarque el mismo periodo. Sus objetivos, líneas de actuación y acciones deberían de estar alineadas con las previstas en el Plan de Salud correspondiente.

Surge aquí una primera debilidad en el ámbito de la planificación sanitaria de la Región, como es la anomalía que representa que el Plan de Salud de la comunidad autónoma lleve ocho años vencido, sin haberse actualizado, tal y como hemos visto que prescribe la Ley 4/1994. El último Plan de Salud de la Región de Murcia fue el correspondiente al periodo 2010-2015, lo cual sugiere, dado el tiempo transcurrido, que se concede una escasa importancia a la realización de un esfuerzo de planificación a medio y largo plazo; a la fijación, en definitiva, de una "hoja de ruta" que seguir por parte de todo el sistema sanitario público regional.

A este respecto hay que subrayar que, como se describió en el apartado 3.4 de esta monografía, los expertos de gestión de la sanidad de la Región que participaron en el grupo focal coincidieron en señalar como una debilidad crucial la ausencia de un proceso de planificación efectivo y coherente. En sus intervenciones se remontan a muchos años atrás, glosando la sucesión de documentos que se han elaborado desde principios de los años noventa, "en algunos casos con intervenciones interesantes", pero siendo en general documentos que "carecen de objetivos concretos, medibles, con recursos asignados y una temporalidad definida", razones por las cuales "no son evaluables".

Quizá sea precisamente esa la principal debilidad de la EMAP desde el punto de vista de la planificación estratégica: la ausencia de indicadores que permitan verificar el grado de consecución de las metas perseguidas con las acciones formuladas y, en consonancia con esto, periodificar los hitos que en cada uno de los cuatro años de la Estrategia se esperan conseguir. Ciertamente la EMAP contiene una periodificación temporal para cada una de las 128 acciones previstas, pero el escaso grado de concreción de los resultados deseados en cada caso hace que muchas de las acciones sean difícilmente evaluables. Por poner un ejemplo, la acción 1.2.3 consiste en:

“Desarrollar estructuras específicas de coordinación entre Atención Primaria, Salud Pública y otros sectores implicados para el impulso de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.

Y su consecución se extiende a lo largo de los cuatro años de vigencia de la EMAP. ¿Pero cuántas estructuras se prevé desarrollar? ¿Y a qué ritmo? ¿Cómo puede evaluarse si la acción se ha culminado con éxito o no?

Un aspecto muy positivo de la EMAP es, no obstante, que a diferencia, sin ir más lejos, del periclitado Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015, cuantifica los recursos que se van a destinar para financiar las acciones en materia de creación y reforma de infraestructuras (acción 2.1.3) y de ampliación de la plantilla en sus distintas categorías profesionales (acción 4.1.1). Asimismo, también prevé los órganos de seguimiento de la estrategia.¹⁰⁹ Dicho lo cual, la objeción expresada sobre la carencia de indicadores mesurables que permitan monitorizar el grado de avance de muchas de las acciones persiste.

Tomando en consideración todo lo esbozado, formulamos las dos siguientes recomendaciones:

Recomendación P1: *Elaborar a lo largo del primer semestre de 2024 un nuevo Plan de Salud de la Región de Murcia para el periodo 2025-2030 que fije los resultados en salud esperados para el conjunto de la población y las acciones a impulsar para su consecución desde las administraciones públicas, periodificando los logros esperados y los recursos necesarios para financiar las actuaciones previstas. El nuevo Plan de Salud y la EMAP deberían de ser coherentes entre sí, revisándose y actualizándose, en su caso, aquellos aspectos de la EMAP que lo requieran para asegurar dicha coherencia.*

Recomendación P2: *Determinar los resultados esperados (hitos) asociados a cada acción de la EMAP, formulando los indicadores correspondientes para verificar el grado de consecución de aquellos a lo largo del periodo de vigencia de la Estrategia. Esta información sería el input básico que serviría a la Comisión de Seguimiento de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria para evaluar el grado efectivo de implantación de esta a lo largo del tiempo.*

¹⁰⁹ La EMAP prevé la creación de una estructura para hacer el seguimiento de su implantación, compuesta por la Comisión de Seguimiento de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria, un Coordinador regional de la Estrategia y las Comisiones de Seguimiento de Áreas. El 5 de abril de 2023 la Consejería de Salud y el SMS constituyeron formalmente la Comisión de Seguimiento de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria. Esta Comisión se reunirá mensualmente durante el primer año, y en los sucesivos lo hará con la periodicidad que decidan sus miembros en función de las necesidades. Véase: https://www.consalud.es/autonomias/murcia/murcia-comision-atencion-primaria_128485_102.html

4.1.2. Ordenación sanitaria

Como se indicó en los apartados 1.1 y 2.1 de esta obra, la Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia delimita territorialmente las Áreas de Salud sobre la base de los nueve criterios establecidos en la Ley 14/1986 General de Sanidad, a los que añade (art. 12) el criterio adicional de que cada “Área de Salud estará vinculada a un hospital general, con los servicios que aconseje el Plan de Salud del Área, en función de la estructura y necesidades de la población”. Asimismo, se indica expresamente que las “Áreas de Salud deberán contar con una dotación de recursos sanitarios para la Atención Primaria integral a la salud y de atención pública especializada suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio”. Por su parte, las Zonas Básicas de Salud, marco territorial de la Atención Primaria, se delimitarán, según el artículo 19.2 de la Ley 4/1994, teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías y medios de comunicación, disponiendo de una cabecera en donde se ubicará un centro de salud, como estructura física y funcional que dará soporte a las actividades comunes de los profesionales del equipo, así como de las instalaciones sanitarias existentes”. El mapa sanitario actual de la Región de Murcia organizado en 9 Áreas de Salud y 90 Zonas Básicas de Salud quedó establecido mediante la Orden de 24 de abril de 2009 y su modificación ulterior por la Orden de 14 de mayo de 2015.

Tanto los técnicos regionales de las CC. AA., como los expertos con competencias de gestión en Atención Primaria consultados en el Proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española” consideran que hay aspectos a mejorar en los criterios establecidos en la legislación vigente para delimitar territorialmente las estructuras asistenciales de las CC.AA. En este sentido, coinciden en que habría que otorgar mayor importancia a los criterios de accesibilidad como, por ejemplo, la disminución de la distancia entre los centros de salud, mejorando en consecuencia los mapas sanitarios autonómicos. Se apunta asimismo la necesidad de tener más en cuenta las zonas/ puestos de difícil cobertura, en las que se debe garantizar la asistencia igual que en cualquier otra parte del territorio. También es una preocupación compartida por los dos estamentos consultados la mejora de la distribución territorial de los profesionales de Atención Primaria. Por último, se señala que el envejecimiento de la población y el despoblamiento rural son retos muy importantes que encarar en el medio plazo. Para las sociedades profesionales el mayor desafío que se afronta es el de la falta de recursos humanos, problema que preocupa por la cercana jubilación de un gran número de profesionales sanitarios sin que haya un reemplazo planificado.

Las instituciones profesionales, científicas y de usuarios y pacientes de la Región de Murcia que completaron la encuesta online comparten en gran medida los puntos señalados para el contexto nacional, incidiendo particularmente en la dimensión y reparto de las Áreas de Salud, la escasez de centros de salud y consultorios, así como la baja ratio de enfermeras/os con relación a la población y la ausencia de una perspectiva psicológica en la atención prestada. Las medidas de reforma propuestas en este ámbito consisten en el rediseño de las Áreas de Salud, teniendo más en cuenta la población y la accesibilidad de esta a los centros de Atención Primaria, la reducción de cupos de pacientes por facultativo, la creación de gerencias específicas de Atención Primaria desgajadas de las de atención hospitalaria y, por último, el emprendimiento de las reformas legislativas y competenciales que sean precisas para incorporar a los equipos de Atención Primaria el puesto de psicólogo/a clínico/a.

En el ámbito internacional hay que destacar la experiencia de reforma de la Atención Primaria en Flandes, donde se reordenaron geográficamente las zonas de Atención Primaria con el objeto de proporcionar una atención sociosanitaria integrada, gestionada de un modo común. Este aspecto, la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, fue objeto de algunos comentarios por parte de las organizaciones de la Región de Murcia dentro del área de gestión y organización, razón por la cual volveremos sobre esta cuestión en el epígrafe 4.2.

Parece evidente la conveniencia de revisar y actualizar periódicamente el mapa sanitario regional atendiendo a criterios que reflejen lo más fielmente posible las tendencias sociodemográficas (envejecimiento de la población, dinámicas migratorias, determinantes sociales de la salud) y epidemiológicas (prevalencia de las patologías), así como también la cobertura territorial y accesibilidad de los usuarios a los dispositivos asistenciales, la dotación y distribución de los recursos humanos y estructurales y, no menos importante, el grado de integración sanitaria y social. Como es evidente los cambios en el mapa sanitario tiene intersecciones con la política de recursos humanos y de infraestructuras, así como con la gestión y organización de la atención sanitaria (e, idealmente, de los servicios sociales). Por todo ello, y atendiendo a las consideraciones apuntadas por los diferentes colectivos cuyas opiniones hemos repasado, consideramos oportuna la siguiente recomendación:

Recomendación P3: *Revisar y actualizar, en su caso, el mapa sanitario actual sobre la base de un conjunto de variables seleccionadas para reflejar las necesidades sociosanitarias existentes sobre una base epidemiológica y poblacional, fijando un valor umbral para cada una de ellas cuya transgresión servirá para determinar un posible cambio en el mapa sanitario prevalente. El mapa sanitario así concebido sería aquel sobre el que habría que determinar las dotaciones de recursos humanos y estructurales*

a alcanzar, así como su distribución en el territorio de la Región de Murcia. Sería adecuada su revisión periódica, como mínimo con ocasión de la formulación de cada nuevo Plan de Salud.

4.1.3. Delimitación de zonas/plazas de difícil cobertura

La Acción B.2.4 del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria define de un modo general las zonas y plazas de difícil cobertura, como aquellas que, por sus especiales características demográficas y geográficas, y por cuestiones derivadas de la estacionalidad, precisarán de una estrategia diferenciada, acordada en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (CRHSNS), para la contratación de profesionales y para la prestación de servicios, en la que estén implicadas las diferentes administraciones con competencias en el territorio.

La Acción 2.5 del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 preveía, a su vez, el consenso en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (CRHSNS) sobre 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. Dicho consenso se materializó finalmente el 21 de marzo de 2023 en un Acuerdo de la CRHSNS en el que se determinan en su Anexo I dichos criterios, así como los incentivos que pueden aplicarse para favorecer la atracción y retención de los profesionales sanitarios en los puestos de difícil cobertura.

Asimismo, son varios los planes y estrategias autonómicas para la mejora de la Atención Primaria que incluyen medidas para facilitar la cobertura de estos puestos singulares, como son los casos, por ejemplo, de los planes de Aragón, La Rioja, Comunidad de Madrid y la propia Región de Murcia (Acciones 2.1.1, 2.1.2 y 4.12).

Este interés de las administraciones por dar una respuesta al desafío que representa cubrir las vacantes que se producen en las zonas y puestos de difícil cobertura, también se observa en las opiniones vertidas, como vimos antes, por los técnicos de las CC. AA., como por los expertos con responsabilidades en gestión, para el conjunto del contexto nacional. No se le concede tanta importancia, sin embargo, en el caso de las instituciones y expertos de gestión de la Región de Murcia consultados. Así, en la encuesta online solo se identifica esta cuestión como una debilidad del sistema en dos ocasiones, y en ningún caso se cita entre las tres primeras debilidades del área de recursos humanos. Por su parte, los expertos de gestión no aluden expresamente al problema de las zonas y puestos de difícil cobertura, omisión coherente, por un lado, con el hecho de que su principal preocupación con relación a los recursos humanos, como ya comentamos, tiene que ver prioritariamente con los desafíos de gestión de los equipos y, por otro,

con el propio formato del grupo focal, con un tiempo limitado para discutir cada una de las cuatro preguntas que se formularon.

Los criterios mínimos establecidos en el Anexo I del Acuerdo de la CRHSNS son exhaustivos, identificándose un puesto de difícil cobertura cuando se cumplan al menos tres de los 13 criterios que se explicitan, pudiendo aplicarse dos criterios adicionales, específicos de cada comunidad autónoma. Estos 13 criterios son los siguientes:

1. Distancia o tiempo de desplazamiento desde el centro de salud al centro hospitalario de referencia mayor de 70 km o 40 minutos.
2. Distancia media semanal recorrida desde el centro de salud a los consultorios que lo integran superior a 100 km o 5 horas/semana.
3. Turno de tarde.
4. Atención continuada. Más de 4 guardias/mes.
5. Frecuentación por usuario (media de consultas ordinarias por cada usuario que realmente acude en un año) superior a la media de la Comunidad Autónoma en el año correspondiente.
6. Número medio de pacientes superior a 35/día.
7. Densidad de población menor que la densidad media de las poblaciones menores de 5.000 habitantes.
8. Índice de envejecimiento¹¹⁰ superior al último dato disponible anual de la media de la Comunidad Autónoma.
9. Precio medio alquiler de vivienda de superficie media superior al promedio de la Comunidad Autónoma o Provincia.
10. Condicionamientos familiares: que dificulten el acceso laboral de los familiares o parejas, como la tasa de desempleo mayor a la media de la Comunidad Autónoma.
11. Zonas de transformación social¹¹¹: identificadas en cada Comunidad Autónoma.

¹¹⁰ De acuerdo con la definición empleada por el INE el índice de envejecimiento es el porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años a 1 de enero de un año concreto.

¹¹¹ Espacios urbanos concretos y físicamente delimitados en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en las que sean significativamente apreciables problemas en las siguientes materias: vivienda, deterioro urbanístico y déficit en infraestructura, equipamiento y servicios públicos; elevados índices de absentismo y fracaso escolar; altas tasas de desempleo junta a graves carencias formativas profesionales; significativas deficiencias higiénico-sanitarias; fenómenos de desintegración social.

12. Sobrecarga estacional. Población desplazada >25% de la población asignada.
13. Vacantes en la categoría. >25%.

Por su parte, la EMAP 2023-2026 recoge en tres de sus acciones referencias a los puestos de difícil cobertura, dedicándole, de hecho, en el Anexo III del documento el apartado 7 a este asunto. Sin embargo, aunque se propone “activar la incentivación económica prevista para los puestos definidos como de difícil cobertura” no llega a explicitarse en el documento qué criterios pueden delimitar territorialmente las zonas/puestos de difícil cobertura. Es cierto, no obstante, que el artículo 45 bis de la Ley 5/2001, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, que establece las circunstancias que tienen que concurrir para la declaración de plazas de difícil cobertura, incluye en su punto 2b) “Las circunstancias demográficas del Área de Salud, las ratios de pacientes por profesional del Área de Salud respecto a la media regional, en la opción correspondiente”. Este criterio, sin embargo, como puede comprobarse, es muy parco en comparación a la relación de criterios mínimos definida por la CRHSNS. Así pues, recomendamos:

Recomendación P4: *Identificar en el mapa sanitario las zonas/puestos de difícil cobertura sobre la base de los criterios mínimos definidos en el Anexo I del Acuerdo de la CRHSNS, complementados, en su caso, por criterios adicionales que reflejen la realidad regional.*

4.2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La organización y gestión de los servicios de Atención Primaria debe responder al modelo de atención que busca desarrollarse. Y una vez definido el modelo que quiere implantarse hay que decidir cómo impulsarlo. Para ello parece claro que hay que:

- Dotar al sistema de los recursos presupuestarios, humanos y materiales adecuados, tanto en su cuantía como composición (cuestiones que abordaremos en los apartados 4.3, 4.4 y 4.5.).
- Adaptar la cartera de servicios al modelo de atención perseguido (epígrafe 4.6).
- Alinear los estilos de desempeño de los profesionales y la gestión de las demandas de los usuarios a dicho modelo, haciendo un uso lo más eficiente posible de los recursos disponibles.

Este último punto es el que desarrollamos en esta sección de la monografía.

4.2.1. Estatus jurídico administrativo del Servicio Murciano de Salud

Uno de los obstáculos más relevantes que impiden al Servicio Murciano de Salud (SMS) poder ejecutar de un modo más eficiente las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que tiene atribuidas es su falta de adecuación legal al régimen jurídico de la Administración Pública regional vigente desde la entrada en vigor de la Ley 7/2004, de organización y régimen jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

El SMS se creó en virtud de la Ley 4/1994 de Salud de la Región, configurándose (art. 21) como “un ente de derecho público de los previstos en el artículo 6.1.a), de la Ley 3/1990, de 5 de abril, de Hacienda de la Región de Murcia, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene plena capacidad de obrar, pública y privada, para el cumplimiento de sus fines”.¹¹² Asimismo, el segundo punto de ese mismo artículo establece que el SMS está adscrito orgánicamente a la Consejería de Salud.

Sin embargo, la Ley 7/2004, en su artículo 39, clasifica los organismos públicos adscritos a la Administración General de la Comunidad en solo dos tipos: organismos autónomos y entidades públicas empresariales. El SMS, en cambio, como hemos visto, se configura como “un ente de derecho público” sin más, no habiéndose adecuado jurídicamente su naturaleza a la tipología establecida por la Ley 7/2004. Esto, en palabras de uno de los expertos de gestión¹¹³ que participó en el grupo focal sobre la Atención Primaria de la Región de Murcia, sitúa al SMS “en una especie de limbo jurídico”.

Esta indefinición en la identidad jurídico-administrativa del SMS, dentro del marco normativo actual, lastra la autonomía efectiva de la institución, lo cual es ilustrado con varios ejemplos por parte de otro participante¹¹⁴ en el grupo focal. Así, este experto subraya cómo esa falta de un estatus jurídico claro del SMS ha impedido en diferentes ocasiones que se haya podido actualizar vía decreto la estructura de los servicios centrales desde que en 2003 se publicase el Decreto 148/2002, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud.¹¹⁵ Como también hace imposible aprobar decretos sobre formación especializada o sobre funciones de los equipos de Atención Primaria.

¹¹² El mencionado artículo de la Ley de Hacienda de la Región de Murcia dice que: “Son empresas públicas regionales: a) Las entidades de derecho público, dotadas de personalidad jurídica propia, que por Ley han de ajustar su actuación al derecho privado”.

¹¹³ Experto #1.

¹¹⁴ Experto #2.

¹¹⁵ Decreto número 148/2002, de 27 de diciembre de 2002, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud. BORM núm. 7, de 10 de enero de 2003.

Bien es cierto, sin embargo, que desde 2003 a esta parte se han sucedido diferentes decretos modificando la estructura de los órganos directivos del SMS, aunque no de forma sustancial, en la medida que siempre se han mantenido las Direcciones Generales de Asistencia Sanitaria y de Recursos Humanos.¹¹⁶ El cambio más importante es el recientemente introducido por el Decreto 343/2023, en virtud del cual¹¹⁷ se crean nuevas Direcciones y Subdirecciones Generales, entre ellas la Dirección General de Atención Primaria, hasta ese momento subsumida en forma de Subdirección General de Atención Primaria y Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 dentro de la mencionada Dirección General de Asistencia Sanitaria. Pese a las actualizaciones sucesivas realizadas en los órganos de dirección del SMS, continúa siendo una disfunción considerable la falta de adecuación legal del SMS al marco normativo vigente desde 2004. Así pues, procede efectuar la siguiente recomendación:

Recomendación O1: *Adecuar la naturaleza jurídico-administrativa del SMS a lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 7/2004, de organización y régimen jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.*

4.2.2. Atención sanitaria y social integradas con perspectiva comunitaria

Tal y como enfatizan los expertos de gestión que participaron en el grupo focal, la demanda que tienen los servicios de Atención Primaria es compleja y diversa. La necesidad de adecuar la respuesta que se ofrece desde dichos servicios a esa complejidad impele con urgencia a actualizar la cartera de servicios de Atención Primaria, algo en lo que insistiremos en varias ocasiones a lo largo de este capítulo de propuestas de mejora. En el siguiente epígrafe profundizaremos en la naturaleza de esta demanda compleja y en los cauces más adecuados para su gestión. Nos detenemos aquí en la impronta o modelo de atención que debe servir de guía y orientación al conjunto del sistema de Atención Primaria, teniendo en cuenta que en la cúspide de las necesidades poblacionales que deben manejarse fundamentalmente desde la Atención Primaria está la pluripatología y la cronicidad, y su intersección con los determinantes sociales de la salud.

En este sentido, los planes y estrategias autonómicas revisadas, así como el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 del Ministerio de Sanidad, apuntan en la misma dirección: potenciar la atención comunitaria. Las recomendaciones del Proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las

¹¹⁶ Los diferentes decretos de estructura de la Consejería de Salud y del SMS que han ido publicándose desde 2003 hasta el presente pueden consultarse aquí: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=28500&IDTIPO=100&RESULTADO_INFERIOR=1&RESULTADO_SUPERIOR=20&RASTRO=c819\\$m4800](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=28500&IDTIPO=100&RESULTADO_INFERIOR=1&RESULTADO_SUPERIOR=20&RASTRO=c819$m4800)

¹¹⁷ Decreto n.º 343/2023, de 28 de septiembre, por el que se establecen los Órganos Directivos del Servicio Murciano de Salud. BORM núm. 226, de 29/09/2023.

necesidades actuales de la población española” van más allá si cabe, subrayando que el abordaje comunitario debe integrarse con un modelo de co-gobernanza sanitaria y social. Haciendo una síntesis de todo ello podríamos decir que el modelo de Atención Primaria deseable sería un modelo de atención sanitaria y social integrada que proporcione respuestas a las necesidades de los ciudadanos con una perspectiva de salud comunitaria. De hecho, el eje estratégico primero de la EMAP 2023-2026 responde de forma muy aproximada en su título a este desiderátum: “Adaptar el modelo de Atención Primaria hacia la promoción y prevención de la enfermedad con perspectiva comunitaria”.

Por Atención Comunitaria se hace referencia (Benedé et al., 2018) “al conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la comunidad en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos. Así mismo, es deber de los poderes públicos velar por reducir la inequidad existente en España en la implantación de la Atención Comunitaria, ya que es un servicio común de cartera básica de Atención Primaria que ofrece el SNS, pero que no en todas las CC. AA. se desarrolla o se implementa de forma adecuada.”. Para cuya implantación, “es preciso en primer lugar la reorientación comunitaria de la atención en todos los niveles que se lleva a cabo y, en segundo lugar, pero no menos importante, conseguir la implicación activa de personas, familias y la comunidad” (Benedé y Herranz, 2023).

Este énfasis en la Atención Comunitaria, hasta el punto de que “no puede comprenderse la Atención Primaria sin la Atención Comunitaria” (Benedé y Herranz, 2023), sin embargo, no ha logrado permear, con carácter general, la práctica asistencial deparada por los equipos de Atención Primaria en nuestro país. O, al menos, no de una forma uniforme, sino existiendo grandes diferencias entre las distintas CC.AA. Y eso pese a que, como señalan Benedé et al. (2018), es una actividad reconocida en la cartera común básica de servicios del SNS. Así, aparece como punto 3.4 del conjunto de actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria recogidas en el Anexo II de la Cartera de servicios comunes de Atención Primaria incluido en el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Un punto, sin embargo, pendiente de desarrollo, tal y como reconoce el Proyecto de Orden Ministerial por la que se modifica el mencionado Anexo II, al que ya aludimos en el apartado 1.9.1 de esta monografía.

Las razones que explican el infradesarrollo de las prácticas de Atención Comunitaria por parte de los profesionales de Atención Primaria son variadas.

Por un lado, hay que subrayar las carencias que, en esta materia, tiene el actual programa de formación sanitaria especializada de los médicos y enfermeros de Atención Primaria y Comunitaria. En palabras de uno de los expertos de gestión regionales, resulta imprescindible *“hacer una orientación de entorno comunitario ... Y hay que hacer una enorme apuesta por los aproximadamente tres mil y pico residentes que nos llegan cada año.”*¹¹⁸

A este déficit formativo se une, asimismo, la falta de tiempo y oportunidad de los profesionales de Atención Primaria para poder desarrollar las capacidades oportunas, habida cuenta de la presión asistencial que afrontan, alimentada en una parte no desdeñable por consultas banales, tal y como se señaló de manera reiterada en el seno del grupo focal.

Llegamos así a una cuestión de importancia medular para la adaptación del sistema al perfil de esta nueva demanda que requiere de una respuesta sociosanitaria, como es la integración o, al menos, coordinación estrecha entre los servicios de Atención Primaria y los servicios sociales, y la utilización de la Atención Comunitaria “como elemento clave del trabajo del equipo de Atención Primaria para abordar las causas de las causas, «aguas arriba», con actividades de promoción de la salud y prevención con enfoque de determinantes, para reducir la brecha de desigualdades, incidiendo en la identificación y capacitación de los grupos vulnerables, y mejorando el gradiente de distribución de los indicadores de salud” (Ministerio de Sanidad, 2019).

En el epígrafe 3.2.2 vimos cómo la integración de los servicios sanitarios y sociales desarrollada en Finlandia fue valorada muy positivamente por los técnicos, expertos con responsabilidades de gestión y sociedades profesionales entrevistadas en el proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española”, si bien, como también pusieron de manifiesto los mismos entrevistados, la traslación de esta reforma a España entraña considerables desafíos. Entre otros, hay barreras u obstáculos culturales (falta de concienciación por parte de los profesionales), financieros (la integración requeriría de una dotación extra de fondos), normativos (marcos regulatorios distintos) y también de integración e interoperabilidad de sistemas de información diferentes.

Pese a todos los impedimentos señalados, en nuestra opinión resulta indispensable trabajar en la dirección de estrechar paulatinamente la coordinación, no solo entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Hospitalaria, sino también entre estos y los servicios sociales. A este respecto, si bien la EMAP de la Región de Murcia incluye acciones que pueden dar contenido a diferentes procesos sociosanitarios como son los casos, por ejemplo, de las acciones 1.3.2 (abordaje

118 Experto #4.

asistencial adecuado de las personas con enfermedades crónicas, fragilidad y/o pluripatología), 1.3.5 (atención domiciliaria para pacientes con situaciones complejas) y 1.3.6 (valoración y atención integral en pacientes con enfermedad avanzada o en fase terminal), y también contiene acciones para potenciar la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria (acciones 3.3.8, 3.3.9 y 3.4.4), solo se hace referencia expresamente en una ocasión en todo el documento a la atención sociosanitaria (Acción 1.3.4), con el objeto de definir e implantar un modelo asistencial y de atención sociosanitaria para las personas que viven en el entorno residencial.

Creemos que cualquier estrategia de reforma de la Atención Primaria ha de contemplar explícitamente al menos dos objetivos, en el medio y largo plazo, con relación a la prestación de una atención sanitaria y social integrada. En el horizonte temporal que abarca la EMAP debería intensificarse la coordinación entre la Atención Primaria y los servicios sociales. En este sentido, una acción como la 1.1.8 destinada a “Impulsar el desarrollo de convenios con las autoridades locales (mancomunidades, ayuntamientos) para el desarrollo de la actividad de atención comunitaria, así como con otros ámbitos de la administración regional (social, educativo, cultural, etc.)” podría acompañarse de otra conducente a definir las estructuras y procedimientos de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios. Para su consecución a más años vista, por otra parte, debería de comenzar a forjarse un modelo de co-gobernanza sanitaria y social que defina los procesos sociosanitarios, las intervenciones propias de cada uno de ellos y los recursos necesarios para aplicarlas a cada perfil de persona que requiera atención sociosanitaria.

Una premisa para poder hacer lo anterior es identificar correctamente los perfiles de personas que pueden necesitar atención sanitaria y social integrada. Esto requiere ir más allá de lo planteado en la Acción 1.5 de la EMAP (“Identificar a la población con mayor riesgo de enfermedad para el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud y prevención de la de la enfermedad”), ya que no basta con estratificar a la población según riesgo de morbilidad empleando para ello, por ejemplo, los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA)¹¹⁹, sino que también hay que

119 La estratificación de la población es una herramienta de agrupamiento de morbilidad que permite identificar y agrupar a los pacientes con mayor riesgo de empeorar o de padecer un nuevo problema de salud, y que pueden requerir de mayores recursos sanitarios y de una atención más intensa en el futuro. Las herramientas de estratificación permiten realizar predicciones individuales del riesgo de sufrir un evento (datos de salida), a partir de una serie de características (datos de entrada) de los pacientes (p.ej. edad, sexo, diagnósticos, utilización de recursos, tratamientos recibidos, etc.). En el ámbito del SNS existe un sistema de estratificación estimado por Monterde et al. (2016, 2018) que emplea los denominados Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) como agrupador de la población. Dicho sistema emplea un algoritmo para clasificar a los pacientes en 31 GMA posibles, cada uno de los cuales corresponde a un determinado grupo de morbilidad (p.ej. neoplasia activa) y un determinado nivel de complejidad (cinco niveles) asociada al diagnóstico.

atender a las características demográficas, sociales y económicas. Sería, por tanto, interesante impulsar un proyecto de estratificación poblacional en el contexto de la Región de Murcia que combine los GMA con condiciones de hábitat (rural o urbano), situación de dependencia, nivel socioeconómico, etc.

Por último, hay que impulsar e incentivar las intervenciones comunitarias por parte de los profesionales de los equipos de Atención Primaria, para lo cual deben utilizarse los contratos de gestión (Acción 1.1.1). Muchas acciones de la EMAP persiguen el impulso de la Atención Comunitaria, siendo particularmente relevante la Acción 1.1.10 consistente en "Aprobar un Plan de Atención Comunitaria Regional que facilite su desarrollo e implantación equitativa en el territorio, así como la coordinación y colaboración con el resto de los agentes sanitarios y no sanitarios en el territorio". Este Plan debería definir la estrategia de salud comunitaria de la Región de Murcia, proporcionando a los profesionales herramientas (como los mapas de activos para la salud¹²⁰, cuya elaboración contempla la Acción 1.1.9) sobre las que basar sus intervenciones comunitarias.

Tomando como base todo lo comentado, efectuamos a continuación las siguientes recomendaciones:

Recomendación O2: *Crear los mecanismos de coordinación necesarios entre los sistemas social y sanitario para proporcionar una respuesta integral en términos de prestaciones, servicios y atención a las personas con perfiles de necesidad de atención sanitaria y social integrada.*

Recomendación O3: *Desarrollar un modelo de estratificación de la población según riesgo y variables demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas, que permita identificar los perfiles de personas que requieren atención sanitaria y social integrada, dentro de cada Zona Básica de Salud.*

Recomendación O4: *Comenzar a trabajar en la construcción de un modelo de co-gobernanza sanitaria y social que defina los procesos sociosanitarios, intervenciones y recursos necesarios correspondientes a los distintos perfiles de personas que requerirían de atención sanitaria y social integrada.*

4.2.4. Gestión de la demanda con abordaje comunitario

La naturaleza de las demandas sociales y la respuesta dada desde el sistema de Atención Primaria fue objeto de un extenso debate en el seno del grupo de expertos de gestión de la Región de Murcia, del que cabe extraer algunas conclusiones de calado. Tenemos por un lado la constatación de que la demanda "ha aumentado

¹²⁰ Un activo para la salud es "Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud" (Morgan y Ziglio, 2007).

desproporcionadamente a lo largo de los años, incluso por problemas banales”. De hecho, se llega a afirmar que “la morbilidad es desplazada por la banalidad”. Esta demanda social se ha convertido en inercial y exige una respuesta inmediata que, cuando no encuentra en la consulta del médico de familia, acaba dirigiéndose al servicio de urgencias de Atención Primaria o desbordando la puerta de urgencias del hospital o, incluso, alimentando el fenómeno del “doble aseguramiento”.¹²¹ Asimismo, a juicio de los expertos participantes en el grupo focal, atender estas banalidades puede llegar a consumir “una cuarta parte de nuestro tiempo diario” a los médicos de familia y pediatras.

Este crecimiento de las consultas banales por parte de la población lleva al cuestionamiento de si la visita (algo que ya apuntamos en el epígrafe precedente) es un indicador acertado de resolución del sistema de Atención Primaria. Este cuestionamiento, empero, no significa —algo de lo que son muy conscientes todos los expertos consultados— dejar sin respuesta las solicitudes de atención de los usuarios, pero sí que puede implicar atenderlas de otro modo.

En paralelo al aumento de la banalidad se asiste a un cambio en la naturaleza de los problemas que mueven a los ciudadanos a pedir cita en las consultas de primaria: “síntomas que no tienen explicación médica, malestares relacionales o sociales, y problemas emergentes de la pluripatología, que son siempre sociosanitarios”. Problemas todos ellos que “ocupan el 60-70% de la demanda de Atención Primaria” y, que, además, no “responden bien a los estándares de la medicina basada en la evidencia”.

Esta gran presión asistencial, en unos casos innecesaria, alimentada por “motivos banales, estéticos o de muy corta evolución”, y en otros por necesidades reales, aunque diversas y complejas, con raíces psicosociales muchas veces, conduce a una medicalización excesiva como respuesta por parte de los médicos, así como a la perpetuación de prácticas de bajo valor cuando, en ocasiones, lo idóneo sería simplemente ‘esperar y ver’ la evolución de los pacientes. Este “sobreatamiento” en parte se debe, como ya apuntamos en el epígrafe anterior, a las limitaciones formativas de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, que no capacita suficientemente a los médicos para gestionar adecuadamente una demanda tan variopinta, tendiendo a buscar un diagnóstico y prescribir un fármaco, en lugar de, por ejemplo, efectuar una recomendación comunitaria de activos para la salud.

Las medidas a implantar para coadyuvar a una mejor gestión de las demandas sociales deben incidir en las dos caras del fenómeno: la naturaleza de la demanda misma y la naturaleza de la respuesta asistencial. En el primer caso, la respuesta

¹²¹ Con esta expresión se describe el fenómeno de la contratación de pólizas de seguros sanitarios privados por población cubierta por el sistema sanitario público. Un fenómeno en alza desde la crisis económica de 2008 y que se intensificó con ocasión de la pandemia.

lógica para atenuar la banalización de las visitas sería, por un lado, la educación, así como también empoderamiento de los usuarios. Y, de forma complementaria, promover su involucración en el diseño del propio sistema. Varias acciones de la EMAP están orientadas a estos dos fines. Así, la Acción 1.1.12 propone “Potenciar la escuela de salud incrementando la colaboración con las asociaciones de pacientes” y la Acción 1.1.5 persigue “Desarrollar redes locales de salud que colaboren en el diagnóstico de salud de la zona, y la adecuación de planes de salud comunitaria, en colaboración con los consejos y/o mesas de salud previamente constituidos”. Se echa en falta, no obstante, como señaló uno de los expertos entrevistados, la realización de “un gran bloque de campañas divulgativas de formación general (...) sobre qué canales de acceso utilizar y a qué dispositivo asistencial debe recurrir ante problemas de salud percibidos”.

Respecto a la respuesta que proporcionar desde los centros de salud y consultorios a las peticiones de atención inmediata de los usuarios, de entrada, habría que “cribar” en primera instancia dichas peticiones, para determinar si requieren materializarse en una visita a la consulta del médico de familia o, por el contrario, pueden ser atendidas por otros medios. Esta primera valoración podría realizarse telefónicamente, pudiendo resolverse ahí mismo o bien derivando a la categoría profesional que corresponda, según la gravedad del problema de salud, incluyendo aquí a los farmacéuticos radicados en la Zona Básica de Salud, cuya colaboración con los equipos de Atención Primaria está prevista en la legislación.¹²²

Asimismo, para adecuar la respuesta a la complejidad antes referida de la demanda, es preciso actualizar la cartera de servicios comunes de Atención Primaria del SNS, tal y como ya señalamos en el epígrafe precedente. En el ínterin, tal y como prevé la EMAP, la cartera autonómica debe “Revisar la cartera de servicios adaptándola al perfil de la demanda actual según las últimas evidencias científicas” (Acción 1.4.1) e incluir en la misma las nuevas modalidades de atención no presencial, “estableciendo criterios de calidad y valorando su adecuación y despliegue” (Acción 1.4.1).

En consonancia con la actualización de la cartera hay que capacitar a los profesionales de los equipos de Atención Primaria en la Atención Comunitaria, actuación esta abordada en la Acción 1.1.3 de la EMAP, que contempla “Desarrollar a nivel regional un plan formativo multinivel y multiprofesional en atención comunitaria que fomenten la capacitación y la participación de los profesionales de los EAP en la atención comunitaria y la disponibilidad de recursos y material para su desarrollo” y adecuar la composición de los equipos al desarrollo de la cartera de servicios, incorporando/consolidando los diferentes perfiles profesionales necesarios (Acción 1.4.4).

¹²² Véase el artículo 3.c) del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

Referimos por último un asunto relacionado con la gestión de la demanda también debatido por los expertos de gestión, como es la política de reducción de cupos pactada en la EMAP (Anexo II y punto 1 del Anexo III). De hecho, es este objetivo estratégico (la reducción de los cupos) la que motiva la creación de las nuevas plazas, tal y como se argumenta en el punto 1 del Anexo III. No hay consenso en el grupo de expertos acerca de si la reducción de cupos mejorará la calidad asistencial, al disponer de aparentemente más tiempo por paciente o si, por el contrario, ese mayor tiempo se ocupará con banalidades. Sí consideran que el tamaño de los cupos no debería de ser un objetivo en sí mismo y que, en cualquier caso, para determinar dicho tamaño “intervienen otras variables: ámbito rural o urbano y el nivel socioeconómico de la zona”. Apreciación esta que parece compartir el presidente de la Asociación de Defensa de la Sanidad Pública cuando afirma: “A nosotros, una distribución uniforme en toda la Región, con 1.250 pacientes por médico, nos parece un error. Hay que distribuir a los profesionales en función de las características de cada zona de salud. Es muy importante tener en cuenta el envejecimiento de la población a la que atiendes, por supuesto, pero también el nivel socioeconómico”.¹²³

De acuerdo con todo lo descrito efectuamos las siguientes recomendaciones:

Recomendación O5: *Desarrollar una amplia campaña divulgativa entre la ciudadanía instruyendo acerca de los circuitos asistenciales que deben seguir ante la percepción de un problema de salud, involucrando en la misma a todas las organizaciones e instituciones, locales y regionales, vinculadas con la atención sociosanitaria.*

Recomendación O6: *Implantar un teléfono único de atención a problemas menores dentro de un protocolo de cribado de las solicitudes de cita en los centros de salud.*

Recomendación O7: *Evaluar, tras la primera reducción de cupos efectuada en 2023, sobre la base de la estratificación de la población de las diferentes Zonas Básicas de Salud atendiendo a morbilidad, características demográficas y socioeconómicas, la pertinencia de establecer cupos diferenciados según la complejidad de la población asignada.*

4.2.3. Liderazgo, gestión clínica, capacidad resolutive y sostenibilidad de la Atención Primaria

Una vez definido el modelo de atención que quiere implantarse hay que decidir cómo impulsarlo. Para ello parece claro que no solo hay que asignar los recursos

¹²³ Las declaraciones completas pueden leerse aquí: <https://www.laverdad.es/murcia/numero-pacientes-medico-familia-baja-areas-murcia-20231022072959-nt.html>

presupuestarios, humanos y materiales adecuados, tanto en su cuantía como composición (cuestiones que abordaremos en los apartados 4.3, 4.4 y 4.5.), y también adaptar la cartera de servicios al nuevo modelo (lo que tratamos en el epígrafe 4.6), sino además alinear los estilos de desempeño de los profesionales y la gestión de las demandas sociales con los objetivos perseguidos por este modelo de atención, siendo resolutivos en la respuesta dada a las necesidades reales (no banales) de la población y gestionando de la forma más eficiente posible los recursos disponibles.

Todo lo anterior tiene que ver fundamentalmente con el tercero de los 5 ejes estratégicos de la EMAP 2023-2026 de la Región de Murcia, el cual persigue “Impulsar el liderazgo, la gestión, la resolutiveidad y la sostenibilidad de la Atención Primaria”. Como puede apreciarse, la formulación de este eje estratégico coincide casi literalmente con el título del presente apartado. La única diferencia es que aquí se ha añadido el calificativo “clínica” al sustantivo “gestión”. Un matiz que, como se expone en los párrafos siguientes, reviste una cierta importancia. En cualquier caso, hay que destacar que 3 de las cuatro líneas de actuación¹²⁴ que contiene el eje estratégico que nos ocupa, plantean numerosas acciones que, de llevarse a la práctica, pueden impulsar efectivamente el liderazgo, la capacidad de gestión y de resolución, así como la sostenibilidad de la Atención Primaria regional. No reiteraremos, por tanto, en nuestras recomendaciones medidas ya contempladas en la EMAP, proponiendo otras complementarias a las reunidas en aquella.

Para alinear, como antes se mencionó, la práctica clínica con el modelo de atención deseado, gestionando las demandas sociales de un modo coherente con su orientación (énfasis en la acción comunitaria) se requiere en primera instancia saber (tener los conocimientos y herramientas para) hacerlo y, además, poder (tener la autonomía suficiente para) hacerlo.

El primer requisito remite al liderazgo como una habilidad crítica para dirigir los equipos de Atención Primaria. Algunos de los expertos de gestión de la Región de Murcia que participaron en el grupo focal organizado por los autores de esta monografía trataron esta cuestión, enfatizando el déficit de liderazgo que hay dentro de los equipos de Atención Primaria e, incluso, en las Gerencias de Área. Esta debilidad se explica básicamente por otros dos déficits: falta de formación en habilidades de gestión y falta de información sobre datos clave del funcionamiento del centro de salud. “Nadie les ha enseñado (a los coordinadores de Atención Primaria) a mandar”, se afirma. “Contamos con mucha información, pero no está organizada”, se puntualiza. La EMAP aborda estas dos carencias expresamente en las acciones 3.1.4, 3.1.5 y 3.1.6.

124 En concreto, las líneas 3.1 “Desarrollar la capacidad de gestión de los profesionales y de los Equipos de Atención Primaria”, 3.3 “Mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria” y 3.4 “Potenciar el valor y la efectividad de la actividad desarrollada en Atención Primaria”.

Hay, no obstante, una dimensión del liderazgo abordada en el grupo de expertos regionales no contemplada en la EMAP y que concierne a la inexistencia de estructuras de gestión, tanto en los órganos centrales como periféricos, que respalden y aseguren la continuidad de los procesos de cambio (como es el caso de la propia EMAP) fraguados en distintos momentos en la organización. En concreto, uno de los expertos afirma que “Se requiere un equipo de al menos cinco o seis personas, dotado de memoria organizativa y la capacidad de mantener la continuidad”. En nuestra opinión, la formación de estos equipos facilitaría el despliegue de muchas de las acciones de la EMAP, así como su evaluación, incluso en el largo plazo, más allá del seguimiento previsto a través de la Comisión de Seguimiento Regional de la Estrategia.

A propósito de la estructura organizativa del SMS, las organizaciones regionales consultadas se muestran muy críticas con el modelo de gestión compartida vigente en la Región, con una única gerencia por Área que unifica la gestión de la Atención Primaria y hospitalaria. La reversión de este modelo se cita por algunas de las instituciones que completaron el cuestionario online entre las dos reformas más importantes a abordar en materia de gestión y organización. En cambio, los técnicos de las CC. AA. y expertos con competencias de gestión en Atención Primaria entrevistados en el Proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española”, si bien coinciden en señalar que dentro del modelo de gestión compartida hay un cierto sesgo en favor de la Atención Hospitalaria, quedando un tanto desdibujada la Atención Primaria, resaltan también la fortaleza que representa la integración funcional de todos los recursos sanitarios, por lo que la propuesta de reforma en esta parcela pasaría más, a nuestro juicio, por mejorar y fortalecer los procesos integrados entre Atención Primaria y Hospitalaria antes que por revocar el modelo de gestión compartida. En principio, como señala en su Introducción la EMAP: “El abordaje conjunto Atención Primaria-Atención Hospitalaria es básico para el autocuidado, la cronicidad, la atención domiciliaria y los cuidados paliativos. La interrelación de los niveles asistenciales pretende mejorar la capacidad resolutive del sistema y repercutir en la mejora de la atención de los ciudadanos”.

Lo cual no es óbice para, como se hace en la Acción 4.1.5 (y punto 2 del Anexo III) de la EMAP, fortalecer las estructuras directivas de Atención Primaria mediante la creación de Direcciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria en las Gerencias de Área, reconvirtiendo las respectivas Subdirecciones de Continuidad Asistencial y de Enfermería de Atención Primaria. Mantiene así la EMAP la integración asistencial de la Atención primaria y Hospitalaria dentro de cada Gerencia, pero revaloriza en el organigrama a la Atención Primaria, lo cual pensamos que es un acierto.

Llegamos así al plano de la autonomía de gestión de la Atención Primaria, que posee al menos dos derivadas. Por un lado, la mejora de la capacidad de resolución diagnóstica y de tratamiento de los profesionales, tal y como se aborda en la línea de actuación 3.3 (“Mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria”) de la EMAP a través de acciones como la 3.3.1 (“Asegurar la disponibilidad, en condiciones de equidad, del acceso a nuevas herramientas de diagnóstico y tratamiento por parte de las EAP en todas las Áreas de Salud”) y la 3.3.5 (“Instaurar y desplegar entre los EAP consultas de alta resolución y de gestión de patología de baja complejidad por parte de medicina de familia, enfermería y otros profesionales en Atención Primaria”), evitando derivaciones e interconsultas innecesariamente. Habría que añadir a este respecto que el concepto de resolución relevante no es tanto la solicitud de cita o la visita atendida sino, como sostienen varios profesionales¹²⁵, la necesidad sanitaria existente, definida sobre una base poblacional y epidemiológica, efectivamente resuelta. Por tanto, para saber si la Atención Primaria es verdaderamente resolutoria (algo sobre lo que se volverá en el siguiente epígrafe al hablar de la gestión de la demanda) debe contarse con indicadores de resultados en salud (no solo de actividad entendida como solicitudes atendidas o visitas recibidas) de la población asignada a cada Zona Básica de Salud, tal y como uno de los expertos participantes en el grupo focal señaló.

Por otro lado, la mejora de la capacidad de autogestión de los equipos de Atención Primaria. Este, de hecho, es uno de los retos señalados por los profesionales con competencias de gestión en Atención Primaria que participaron en el Proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española”. Este reto tiene que ver con la gobernanza de los servicios de Atención Primaria y se afrontaría dotando a los equipos gestores de mayor capacidad de autogestión y autonomía, en cuanto a efectivos y presupuestos, pudiendo así reorganizar los servicios para optimizar los recursos. Esta filosofía de autogestión es lo que se ha venido en denominar gestión clínica, expresión aplicable a “Todo proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo sea incorporar al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica” (Servicio Andaluz de Salud, 2000). La gestión clínica despegó en España hacia finales de los años 90 (Abellán et al., 2013), arraigando principalmente en Andalucía y el Principado de Asturias, para decaer el interés por la misma ya bien entrado el presente siglo.

A nuestro juicio sería muy conveniente retomar nuevamente la senda de la gestión clínica en el seno del SNS, desplegándolo gradualmente en la Región de Murcia, entre otras razones, para motivar a los profesionales haciéndolos

¹²⁵ Véase a este respecto estas entradas en el blog de Rafael Bravo Toledo, Médico de Familia en Madrid, comentando la experiencia del denominado Proyecto Tarragona: <https://rafabravo.blog/2023/03/06/a-este-lado-del-espejo-la-precision-de-la-mirada/>

corresponsables de la gestión de los centros de Atención Primaria, en la línea de lo enunciado en la acción 3.4.8 de la EMAP: “Fomentar la implicación de todos los profesionales de los EAP en la adecuada gestión del centro y en la sostenibilidad del sistema”. En nuestra opinión, la mejor forma de lograr esta pretensión de la EMAP es promoviendo la gestión clínica, y los instrumentos para hacerlo es la formación en gestión (algo ya abordado más arriba¹²⁶) y los pactos o contratos de gestión entre las Gerencias de Área y los equipos de Atención Primaria. Así, los contratos de gestión podrían incorporar objetivos asistenciales determinados por los propios equipos, para cuya consecución propondrían desarrollar una serie de intervenciones de mejora, estimando el impacto previsible que en términos netos conllevarían esas intervenciones tanto sobre la actividad o producción del equipo, como sobre los costes aparejados. Para llevar a cabo las medidas de mejora propuestas los equipos gozarían de autonomía para la organización de las consultas y agendas, de las actividades formativas, docentes e investigadoras necesarias, la gestión de los recursos humanos y tecnológicos y de toda la actividad asistencial. Del logro de los objetivos establecidos en el contrato de gestión se derivaría la obtención de premios (no necesariamente económicos) para el conjunto del equipo.

Como se indicó al principio de este epígrafe, dado que la EMAP contempla diversas acciones encaminadas a potenciar el liderazgo y la capacidad de gestión de los profesionales coincidentes con las señaladas por expertos y organizaciones, no insistiremos sobre ellas, más allá de sugerir, en línea con la recomendación P.2, una concreción de los resultados esperados con cada acción, debidamente periodificados y acompañados de indicadores que permitan verificar el grado de cumplimiento de aquellos. Sí formulamos, en cambio, las siguientes tres propuestas de mejora no suficientemente recogidas en la EMAP:

Recomendación O8: *Creación de una estructura de gestión transversal al conjunto de las Direcciones Generales del SMS, así como otras, más reducidas, en las Gerencias de las Áreas de Salud que orienten, impulsen y evalúen las estrategias de mejora del sistema sanitario público de la Región de Murcia, asegurando la continuidad de los procesos de reforma emprendidos, con independencia de los cambios que se produzcan en los órganos directivos del SMS.*

Recomendación O9: *Impulsar a través de los pactos o contratos de gestión con los equipos de Atención Primaria una mayor autonomía de gestión y organización de efectivos y recursos de estos (gestión clínica), conforme se mejoren las habilidades de liderazgo y gestión de sus integrantes.*

¹²⁶ La Acción 3.1.4 de la EMAP prevé: “Consolidar e impulsar el programa de formación en habilidades de liderazgo y gestión para profesionales de Atención Primaria”.

Recomendación O10: *Desarrollar un cuadro de indicadores de resultados en salud, medidos sobre una base poblacional, por Zonas Básicas de Salud, que sirva para evaluar el impacto efectivo de las actuaciones de Atención Primaria.*

4.3. GASTO Y PRESUPUESTACIÓN

El análisis de la dimensión comparada del gasto en Atención Primaria abordado en el epígrafe 1.4.2 reveló que la Región de Murcia ocupaba en 2021 —último año con información disponible en la Estadística de Gasto Sanitario Público— una posición intermedia (el 8º puesto) en el conjunto de las diecisiete CC. AA., con 267 euros por persona protegida, cifra superior en 20 euros a la media del total de los territorios autonómicos. Además, la evolución de este indicador, que pone directamente en relación el gasto en el primer nivel asistencial con la población asignada, ha sido muy favorable para la Región de Murcia en términos dinámicos, ganando seis puestos con respecto a la posición que ostentaba en 2004. El crecimiento del gasto en Atención Primaria registrado en la Región de Murcia se ha traducido en una ganancia de su peso relativo sobre el total de gasto sanitario público, siendo la cuarta comunidad autónoma con un mayor avance (un 11,8%) de este indicador entre 2004 y 2021, permaneciendo aún, no obstante, por debajo de la media (13,8% frente a 14,2%).

Hay que recordar, sin embargo, que ese avance en la importancia relativa del gasto en Atención Primaria no se debe tanto a que la C.A.R.M. haya hecho un mayor esfuerzo por sostener e incluso incrementar su peso en el total de gasto sanitario, sino más bien al retroceso que experimenta la función de gasto en Farmacia. La experiencia de la Región de Murcia contrasta con la de comunidades como Extremadura y Cataluña en las que se produce un notable retroceso de esta ratio (-18% y -14%, respectivamente) durante el mismo periodo 2004-2021.

No obstante, y esta es la clave sobre la que pivota una de las recomendaciones que efectuaremos en este apartado, mientras que la ganancia del peso relativo del gasto en Atención Primaria ha sido de tan solo 1,5 puntos porcentuales, la del gasto en atención hospitalaria ha sido de más de 9 puntos. Este mayor avance, unido a un muy superior peso en origen, explica que la contribución de los servicios especializados y hospitalarios al crecimiento global del gasto sanitario público a lo largo del periodo haya sido mucho más importante que la de los servicios primarios (3,5 puntos vs 0,8).

En nuestra opinión, antes que fijar, como hace la Acción 3.2.2, un objetivo de gasto (o, más exactamente, de presupuesto inicial) del 25% del total asignado al SMS, lo que debería comprometerse es que el gasto en Atención Primaria aumentase anualmente, al menos, lo mismo que el conjunto del gasto sanitario público. Esto

no obsta para realizar inyecciones extraordinarias como las que contempla la EMAP en materia de recursos humanos e infraestructuras en el corto plazo.

Por otra parte, no se aclara en la EMAP qué enfoque se empleará para elaborar el presupuesto finalista específico para Atención Primaria que prevé la Acción 3.2.1, que se quiere conducir hasta el mencionado 25% del presupuesto total del SMS. Esto es relevante por cuanto la OCDE y el Ministerio de Sanidad, partiendo de una metodología común de Sistema de Cuentas de Salud (OCDE, 2017), no incluyen el gasto en medicamentos con receta dispensados en oficinas de farmacia dentro del gasto en servicios primarios, mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) sí (Rathe et al., 2022). De modo que, cuando por parte de organizaciones y medios de comunicación se subraya que la OMS recomienda que el gasto en Atención Primaria en salud alcance el 25% del total del gasto sanitario, hay que reparar en que dentro de ese porcentaje la OMS está incluyendo el gasto en farmacia.¹²⁷ Si ese fuese el objetivo perseguido habría que concluir que ya se ha logrado, puesto que en 2021 la suma del gasto en Atención Primaria y del gasto en farmacia representaba el 28,9% del gasto total.

Implícitamente se entiende, por tanto, que en el presupuesto inicial finalista de Atención Primaria no se incluirá el gasto previsto en recetas, de modo que lo que se pretende (al menos si se quiere presupuestar de un modo realista¹²⁸) es que el gasto en Atención Primaria gane aproximadamente 11 puntos porcentuales al término del despliegue de la EMAP, en 2026. Un avance notabilísimo (casi un 79%) en un corto periodo de tiempo que parece inviable culminar si no es a costa de reducir sensiblemente el peso del gasto en Atención Hospitalaria. Sin duda, como antes observamos, es preciso asegurar que el gasto en Atención Primaria incremente paulatinamente su importancia sobre el total de gasto, y eso solo puede lograrse reequilibrando de alguna forma el peso relativo que tienen ambas funciones de gasto —Atención Primaria y Atención Hospitalaria—, aunque eso no tendría por qué implicar que se llegue necesariamente a que la primera represente el 25% del total.¹²⁹

¹²⁷ En concreto el 80% del gasto en bienes médicos (medicamentos y productos sanitarios).

¹²⁸ Las cifras de gasto de la Estadística de Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad son gastos ejecutados, no previstos. En la medida que la presupuestación de partida sea realista, el desfase entre los gastos finalmente ejecutados (el presupuesto liquidado) y los gastos inicialmente previstos (el presupuesto inicial) debería de ser pequeña. Esta, como veremos enseguida, no es sin embargo la realidad que muestra la práctica presupuestaria seguida en los presupuestos sanitarios de la C.A.R.M.

¹²⁹ Hagamos un sencillo ejercicio de extrapolación para ilustrar lo que esto significa. Suponiendo que el gasto en farmacia y otros gastos mantuviesen su peso actual sobre el total de gasto, que el gasto en atención primaria llegase a representar el 25% del total supondría que el peso relativo del gasto en atención hospitalaria retrocediese aproximadamente por debajo del porcentaje que tenía en 2004 (52,8%).

No estamos seguros de si las organizaciones de la Región de Murcia que contestaron el cuestionario online, al incluir entre sus prioridades destacadas en materia de financiación la necesidad de alcanzar el objetivo del 25%, eran conscientes de la disquisición previa acerca de la inclusión o no, dentro de ese porcentaje, del gasto en farmacia. Cosa muy distinta, sin embargo, es la innegable necesidad, a nuestro juicio, de repartir más equitativamente, entre los dos niveles asistenciales, los incrementos que se produzcan del gasto sanitario total.

También es un asunto diferente la necesidad, ya referida, de que Atención Primaria tenga un presupuesto inicial diferenciado del resto de funciones de gasto sanitario. Creemos que es importante formular un presupuesto específico para este nivel asistencial (y, por extensión, también para atención especializada y hospitalaria) no solo por una cuestión de planificación, sino también de transparencia. A este respecto hay que recordar que el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 contempla, como vimos páginas atrás, en su Acción 1.2 la “Disposición de un presupuesto finalista en las Consejerías de Salud e INGESA para la implantación efectiva del presente Plan”. Este requerimiento se plantea, como puede apreciarse, como una suerte de compromiso presupuestario por parte de las CC.AA., en un marco de cofinanciación por parte de la Administración Central, con la consecución de los objetivos del Plan de Acción. La Acción 3.2.1 de la EMAP de la Región de Murcia va más allá, disponiendo la elaboración de un presupuesto inicial específicamente para Atención Primaria, al igual que ya hacen, con dispar grado de detalle, otras CC. AA. como Islas Baleares, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra y La Rioja.

En cualquier caso, y este punto es de importancia crucial, poco importará formular un presupuesto “finalista” para Atención Primaria si luego, al ejecutarlo, se produce una desviación presupuestaria elevada. La percepción transmitida por los participantes en el grupo focal que —recordémoslo— comparten una gran experiencia en la alta gestión sanitaria de la región es que el SMS parte desde principios del año natural con un presupuesto “menguado”, circunstancia esta que hipoteca por completo el margen de maniobra de la institución. En palabras de uno de los expertos del grupo, *“jugar con 600 millones de déficit desde el 1 de enero nos permite muy poca capacidad de gestión”*¹³⁰.

Los datos disponibles corroboran la realidad descrita tan gráficamente por el experto. En el periodo 2007-2021 el gasto sanitario en la Región de Murcia es, según lo años, entre un 11,7% y un 38,9% superior a los créditos inicialmente presupuestados, con una desviación promedio en los últimos 5 años del 30,2%. Puede colegirse que esta desviación es desmedida cuando se pone en comparación

130 Experto #4.

a la correspondiente al conjunto de las CC.AA. para el mismo periodo de tiempo. Así, el desfase promedio entre el gasto ejecutado y los créditos inicialmente presupuestados en los últimos 5 años para el conjunto de las CC.AA. es 18,3 puntos porcentuales inferior a la desviación cosechada en la Región de Murcia. Parece evidente, por tanto, que hay que atajar esta mala praxis presupuestaria que distorsiona por completo la naturaleza del documento presupuestario, restándole toda utilidad para la gestión de los recursos sanitarios.

Adicionalmente, la presupuestación en Atención Primaria tiene que estar perfectamente alineada con las propuestas estratégicas, varias de ellas ya comentadas, que contiene la EMAP en materia de planificación, gestión y organización y recursos humanos, materiales y tecnológicos. Si, como comentamos en la sección precedente, se quiere impulsar un modelo de atención adaptado a los nuevos perfiles de demanda de cuidados primarios y, para ello, como propusimos en dicha sección, procede estratificar a la población según riesgo de morbilidad y otras variables demográficas, sociales y económicas, estos mismos criterios deberían de servir de base para —al menos parcialmente— distribuir el presupuesto del SMS entre las diferentes Áreas de Salud vía acuerdos de gestión. Este tipo de presupuestación prospectiva, y no histórica, es de naturaleza capitativa. Esto es, el presupuesto se asignaría atendiendo a una cápita ajustada por complejidad, utilizando para ello los Grupos de Morbilidad Ajustada, debidamente complementados con otras variables de interés, entre las que como mínimo habría que incluir la edad y el sexo.

Por último, y no por ello menos relevante, opinamos que resulta de capital importancia desarrollar un programa de evaluación de la eficiencia, tanto *ex ante* como *ex post*, de todas las intervenciones sanitarias regionales (no solo limitado a la Atención Primaria). Esta propuesta va más allá de algunas de las acciones que, en este sentido, se plantean en la EMAP, como son el impulso de las recomendaciones de “no hacer” de las sociedades profesionales (Acción 3.4.1) o el fomento de la implicación de todos los profesionales en la gestión de los centros y en la sostenibilidad del sistema (Acción 3.4.8). Lo que sugerimos es, de un lado, desarrollar un programa formativo dirigido a todos los profesionales de Atención Primaria (y, en general, de todos los ámbitos asistenciales) sobre el uso de prácticas clínicas coste-efectivas y, de otro, que las estructuras de gestión que fueron propuestas en la recomendación O8, contando con el asesoramiento experto externo que sea necesario, evalúen sistemáticamente una muestra seleccionada de intervenciones sanitarias en Atención Primaria para identificar áreas de mejora y en su caso adoptar medidas correctoras. No se trata de evaluarlo todo; eso es imposible y, además, ineficiente, pero sí de hacerlo con aquellas intervenciones particularmente impactantes, ya sea en términos presupuestarios y/o terapéuticos.

Ateniéndonos a todo lo argumentado previamente, efectuamos las siguientes propuestas de mejora:

Recomendación G1: *Garantizar que el incremento anual del gasto en Atención Primaria sea al menos idéntico al crecimiento nominal del gasto sanitario público total durante los próximos 5 años, evaluando al cabo del quinquenio si debe mantenerse esta cláusula de suficiencia o no.*

Recomendación G2: *Formular un presupuesto inicial para el SMS suficiente, que responda a la evidencia histórica acumulada de gasto sanitario efectivamente ejecutado ejercicio tras ejercicio, de forma que no se produzca un desfase apreciable entre el gasto liquidado y los créditos inicialmente presupuestados.*

Recomendación G3: *Distribuir el presupuesto disponible para las Áreas de Salud sobre una base capitativa ajustada por complejidad, que atienda al riesgo de morbilidad y características sociodemográficas de la población asignada. Esta presupuestación capitativa se desplegaría paulatinamente a lo largo del quinquenio, representando cada año una fracción mayor de la financiación dispuesta a las Áreas en los acuerdos de gestión.*

Recomendación G4: *Desarrollar un protocolo regional de evaluación de la eficiencia (coste-efectividad) de intervenciones seleccionadas de Atención Primaria por su impacto presupuestario y terapéutico, acompañado de un programa formativo sobre uso de prácticas clínicas coste-efectivas dirigido a los equipos de Atención Primaria.*

4.4. RECURSOS HUMANOS

Aunque suene a tópico, ciertamente el activo más valioso del sistema sanitario público son sus profesionales. Como no pocos autores han destacado con ocasión del “test de estrés” que ha supuesto el afrontamiento de la pandemia (y antes de eso los ajustes presupuestarios durante los años de la crisis económica de 2008-2013), el SNS ha hecho gala de una notable resiliencia en gran medida por el denuedo y profesionalidad de sus trabajadores (Abellán y Campillo, 2020).

Como se señaló páginas atrás, la asistencia sanitaria, pese a la tecnificación creciente de sus procesos y actividades, continúa siendo un servicio muy “artesanal”, muy dependiente, por tanto, de los recursos humanos que integran las plantillas de los distintos establecimientos sanitarios. Y, como magistralmente expusiera Baumol (1993), precisamente por ser la sanidad, como también la educación, un sector intensivo en mano de obra no sustituible por tecnología, sus costes laborales tenderán a crecer por encima de su productividad¹³¹; fenómeno que, en las propias palabras de este autor, la sociedad tendrá que asumir y los

131 Hecho referido habitualmente como enfermedad de los costes de Baumol.

poderes públicos esforzarse por explicar, si se quiere mantener el nivel y calidad de los servicios sanitarios.

Obviamente lo anterior es un fenómeno diferente al de la ineficiencia o despilfarro de los recursos públicos en la prestación de los servicios de salud, problema este de calado en las sociedades occidentales y que la OCDE (2017) ha llegado a cifrar entre el 10% y el 32% del gasto sanitario total de los países que integran esta institución. Si el vaticinio de Baumol viene a plantear un dilema de elección colectiva crucial —si se quieren servicios asistenciales de calidad hay que estar dispuesto a pagar lo que valen—, el diagnóstico de la OCDE apunta a un lujo que no nos podemos permitir —los servicios que valen son los que aportan un valor elevado a los usuarios, mientras que los servicios de bajo valor lo que hacen, en realidad, es “drenar” recursos que podrían reinvertirse mejor—.

Por lo tanto, todas las recomendaciones que puedan efectuarse en materia de recursos humanos deben estar orientadas a mejorar la calidad asistencial y la salud de la población asignada a los equipos de Atención Primaria. Debe interpretarse a la luz de esta premisa cualquiera de las propuestas de mejora que a continuación se formulan. En otras palabras, la dimensión y composición de los equipos de Atención Primaria, la distribución de las cargas de trabajo entre sus integrantes atendiendo a la definición de sus competencias y roles, así como sus condiciones laborales e incentivos al desempeño deben entenderse como medios para servir al fin de la prestación óptima de los cuidados primarios a la ciudadanía. Sin menoscabo, claro está, de que, dentro de la gestión de la demanda asistencial, los propios usuarios ejercen un papel fundamental, que debe ser responsable y consciente. Por último, la política de recursos humanos no puede dissociarse de las fórmulas de organización y gestión de los servicios de Atención Primaria.

4.4.1. Planificación de necesidades de recursos humanos

Como pone de manifiesto la revisión de las experiencias de planificación de los recursos humanos del sector sanitario en el ámbito de la Unión Europea (SEPEN, 2021), los problemas más comúnmente identificados tienen que ver con los déficits de profesionales, los desequilibrios en su distribución geográfica, la composición del “mix” de profesionales (entre especialidades y también entre niveles asistenciales, primaria vs especializada) y las emigraciones. Si bien hay retos en torno a estos problemas que trascienden el ámbito competencial autonómico como, por ejemplo, la ordenación del mapa de especialidades médicas, la homologación de títulos extracomunitarios o la regulación del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, hay otros elementos que sí son sensibles a las políticas de recursos humanos que lleve a término cada territorio.

El análisis cualitativo presentado en el capítulo tercero de esta obra revela coincidencias, y también alguna diferencia, en el diagnóstico de las debilidades detectadas en materia de recursos humanos entre organizaciones y expertos de gestión de la Región de Murcia.

En relación con las necesidades de recursos humanos en la Atención Primaria regional y su planificación, la insuficiencia de su número (en particular de médicos y enfermeras), la necesidad de dimensionar las plantillas de acuerdo con las competencias profesionales y las cargas de trabajo por categorías, redistribuyendo mejor esas cargas, así como las condiciones laborales y de promoción, unido a la falta de incentivos, son debilidades situadas en segundo lugar entre las prioridades declaradas por las organizaciones consultadas. Se añade en tercera posición el “déficit de médicos como problema sistémico” y la indefinición de roles y competencias de las diferentes categorías profesionales.

Los expertos de gestión, por su parte, apuntan a las rigideces que introduce el carácter funcionarial del personal sanitario lo que, unido a la elevada inestabilidad laboral, con tasas de interinidades de hasta un 40%, dificultan enormemente la planificación y gestión de los recursos humanos. La imperiosa necesidad de atajar la inestabilidad laboral mediante la oferta de contratos de larga duración y la ampliación de plazas en las ofertas públicas de empleo es también una de las medidas de reforma más citadas por las organizaciones encuestadas. Abundan los expertos en el problema de la indefinición de competencias y roles entre los profesionales de los equipos de Atención Primaria, lo cual da lugar a una distribución muy asimétrica de las cargas de trabajo, particularmente gravosas para los médicos de familia. En relación con esto los expertos de gestión subrayan la necesidad de integrar en todos los equipos a especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria y en la capacitación del personal de administración.

En nuestra opinión, la dimensión y composición de las plantillas de Atención Primaria debe responder a las necesidades de atención detectadas en las poblaciones asignadas en cada Zona Básica de Salud. Ese debe de ser el criterio básico que informe el número y distribución, por categorías profesionales, de los equipos de Atención Primaria. Y, obviamente, esta identificación de necesidades de recursos humanos debe conectarse con una clarificación de los roles que cada miembro del equipo debe desempeñar, lo cual, a su vez, está ligado a la definición de sus competencias.

En consonancia con la visión expuesta acerca de la planificación de las necesidades de recursos humanos, el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria del Ministerio de Sanidad prevé dentro de la Estrategia B “Consolidar una política presupuestaria y de recursos humanos que garantice la efectividad y la calidad de la Atención Primaria de Salud” una acción de medio plazo (Acción B.2.3)

consistente en el establecimiento de los criterios sobre el número de efectivos de los equipos de Atención Primaria, teniendo en cuenta principalmente las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población. La Acción B.2.5, por su parte, señala que en el largo plazo las plantillas de los equipos de Atención Primaria deben dimensionarse estableciendo la dotación de puestos de todas las especialidades y profesiones, sanitarias y no sanitarias, que permita responder a las necesidades de atención de la población adscrita.

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, a su vez, desarrolla la Acción B.2.3 del Marco Estratégico mediante la formulación de la Acción 2.8, señalando la evaluación y adecuación de las necesidades de recursos humanos en Atención Primaria en base a la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área de salud/centro de salud. Esta acción se hace operativa mediante la definición de dos indicadores y dos resultados esperados. El primero de estos indicadores es la elaboración del modelo para el cálculo de las necesidades de recursos humanos en Atención Primaria, que daría como resultado un informe inicial de necesidades de plantilla por categorías por comunidad autónoma, según los criterios o variables establecidas en el modelo. El segundo indicador viene dado por el porcentaje de centros de salud con adaptaciones de plantilla realizadas a partir de las predicciones del modelo. El resultado aparejado a este segundo indicador es la aplicación de las adaptaciones pertinentes en al menos el 15% de las áreas/centros de salud que las requieran.

De la lectura de las líneas de actuación y acciones de la EMAP 2023-2026 de la Región de Murcia sería la Acción 4.1.1 la que mejor encajaría en la idea de la adecuación de las plantillas de los equipos de Atención Primaria de acuerdo con criterios de complejidad o “*casemix*”, estratificación de riesgos de morbilidad y características sociodemográficas de la población asignada. No obstante, recordemos que esta acción, tal y como luego se concreta en el punto primero del Anexo III del documento, persigue el objetivo estratégico de homogeneizar la ratio de población asignada por profesional (el cupo) hasta alcanzar las 1.250 tarjetas individuales sanitarias (TIS) en Medicina de Familia, las 900 tarjetas en Pediatría y las 1.550 tarjetas en Enfermería. El incremento de plantilla contemplado en la EMAP, tal y como se arguye en el mismo punto del Anexo III, responde a esa previsión de homogeneización de los cupos.

Sin embargo, tal y como ya se apuntó en el epígrafe 4.2.4, antes que fijar a priori un tamaño uniforme de los cupos parece que tendría más sentido que ese tamaño, y por ende las dotaciones de profesionales, sea el resultado del análisis de las necesidades de atención de la población de cada zona. Dicho de otro modo, 1.250 TIS por médico de familia pueden ser muchas o pocas dependiendo de la complejidad de la población atendida. A nuestro juicio, primero hay que definir

la unidad de necesidad (población ajustada por complejidad) para, después, dimensionar las plantillas en consecuencia.

Efectuamos, por tanto, las siguientes recomendaciones:

Recomendación RH1: *Definir un modelo para el cálculo de las necesidades de recursos humanos en Atención Primaria sobre cuya base se determine la dotación de puestos de los equipos de Atención Primaria. Este modelo debería recoger al menos las siguientes variables: tamaño poblacional; estructura demográfica; determinantes sociales; carga de morbilidad; consumo previo de recursos; modelo asistencial.*

Recomendación RH2: *Revisar las necesidades de recursos humanos de las distintas Zonas Básicas de Salud atendiendo a los resultados del modelo, evaluando periódicamente la idoneidad de las asignaciones de profesionales realizadas atendiendo a los resultados en salud y satisfacción reportada por los usuarios de cada zona.*

4.4.2. Oferta de profesionales

El panorama general a escala nacional dibuja en la Atención Primaria una pirámide etaria de profesionales sanitarios envejecida. Tomando la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como referencia, esta acreditó en 2021 los mayores porcentajes de profesionales de 60 y más años (prácticamente 1 de cada 3) y de 50 y más años (60,2%). Las proyecciones a medio plazo efectuadas por Barber y González (2022) para el Ministerio de Sanidad identifican a esta especialidad como la que presentará un mayor déficit de facultativos en 2028 (más del 10%).¹³² A partir de ese año la brecha entre oferta y demanda de médicos se irá cerrando, conforme se incorporen las oleadas de médicos internos residentes de mayor crecimiento desde 2019. En cualquier caso, como puede verse, el perfil para el próximo lustro que exhibe esta especialidad es de “alta necesidad”.

La reposición de una pirámide etaria de profesionales tan envejecida es (y será) problemática porque hay un gran número de médicos de familia que optan por ejercer en el sector sanitario privado o en la medicina de urgencias, pública y privada. A este problema de competencia con un sector privado pujante se une el escaso atractivo que ofrece la especialidad para los profesionales en formación, lo que se refleja en el hecho de que, mientras que la oferta global de plazas MIR

¹³² La metodología utilizada por Barber y González (2022) es la de modelos de simulación de eventos discretos basados en dinámica de sistemas, siendo este estudio el quinto efectuado para el Ministerio de Sanidad desde 2007. El modelo se desagrega en dos submodelos, uno de oferta de médicos especialistas y otro de demanda/necesidad. Mediante su diferencia se estiman los déficits o superávits. El modelo proyecta a partir de una serie de inputs (números clausus de los grados en Medicina, volumen de egresados, número de egresados que completan su periodo de Formación MIR, grado de recirculación entre especialidades, edad de jubilación, mortalidad, migraciones, situación actual y proyección de la de demanda según un panel de expertos) la oferta y demanda/necesidad de los especialistas en el horizonte temporal 2021-2035, determinando para cada año los outputs.

convocadas crece, quedan no obstante plazas sin cubrir, todas de Medicina Familiar y Comunitaria.¹³³ Problema que remite a la existencia de zonas/puestos de difícil cobertura, principalmente localizadas en el entorno rural.

El modelo de oferta y necesidad de médicos especialistas de Barber y González (2022) ofrece previsiones de los riesgos de déficits o superávits de médicos para el conjunto del país, sin desagregar por CC. AA., ya que la distribución territorial de los médicos responde a incentivos y a políticas de recursos humanos, de forma que dicha distribución puede (al menos en teoría) alterarse si se emplean los instrumentos adecuados. A este respecto hay que reparar en que el “mercado” de médicos en España está segmentado por especialidades médicas (con escasa sustituibilidad entre ellas), pero no por CC. AA. (aunque en la práctica la movilidad entre ellas es baja).

Ante esto, como se argumenta en el trabajo de Barber y González (2022) para cubrir las plazas que no se logran ocupar no basta con convocar más plazas MIR u homologar más títulos extranjeros (siendo ambas medidas probablemente necesarias para cubrir los déficits en el corto plazo), sino que es preciso impulsar un plan de incentivos específicamente dirigido a la Medicina de Familia y Comunitaria si se quiere cubrir la España (sanitariamente) vaciada. Como vimos en el epígrafe 1.7 la ratio de personas asignadas por médico de familia es en la Región de Murcia superior al promedio nacional y aún mucho mayor el de Enfermería. En Pediatría, en cambio, la ratio es claramente inferior al promedio del SNS, lo cual no significa que no haya problemas de cobertura de plazas de pediatra en los centros de salud.¹³⁴

El ejercicio de simulación efectuado por Barber y González (2022), con dos horizontes de predicción, 2028 y 2035, tiene la ventaja de informar la toma de decisiones de planificación a corto y medio plazo. Quiere esto decir que las medidas que se adopten ahora, en el muy corto plazo, pueden contribuir al equilibrio entre oferta y demanda en 2028-2029. Entre estas medidas se encontraría el incremento de la oferta de plazas para la Formación Sanitaria Especializada (FSE) ya en la convocatoria de 2024 (para el acceso en 2025) e, incluso, como alguna comunidad autónoma está reclamando al Ministerio de Sanidad, la realización de una

¹³³ En la convocatoria 2022 quedaron 200 plazas vacantes de Medicina Familiar y Comunitaria de 217 plazas sin cubrir totales. En la convocatoria 2023 han sido 202 plazas las que quedaron inicialmente sin cubrir, todas ellas de esta especialidad. Datos del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE): <https://www.sepe.es/HomeSepe/que-es-el-sepe/comunicacion-institucional/noticias/detalle-noticia.html?folder=/2022/Septiembre/&detail=MIR-2023-Convocatoria-de-plazas-y-de-pruebas-selectivas-para-formacion-sanitaria>

¹³⁴ Dicho lo cual, como observan Barber y González (2022): “España ha optado por un modelo de atención pediátrica en centros de Atención Primaria que requiere una ratio muy superior de pediatras generales que la existente en la mayor parte de los países de la UE. Los pediatras jóvenes cubren prontamente las plazas de hospital, donde trabajan prácticamente la mitad de los pediatras del SNS, pero no las de AP. Con cambios organizativos podría mejorarse la situación de déficit de corto plazo. A largo plazo, dadas las proyecciones demográficas, no existirá problema”.

convocatoria extraordinaria con un cupo amplio de plazas solo para Medicina de Familia y Comunitaria.¹³⁵ Asimismo, se está reclamando por parte de las sociedades profesionales de Medicina de Familia (SemFYC, SEMERGEN, SEMG) y por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) la publicación del Real Decreto de creación de la especialidad de Medicina de Urgencias. Varias CC. AA. también respaldan esta medida con la finalidad de evitar el fenómeno actual de que entre un 25% y un 30% de los médicos de Familia acaben en Urgencias. En el mismo sentido, se solicita la aprobación del nuevo programa MIR de Medicina de Familia que reduzca las rotaciones en otras especialidades y la flexibilización de los criterios de acreditación de los centros y unidades docentes de las que dependen las plazas MIR y EIR.¹³⁶ En la misma dirección, de incrementar la oferta de profesionales especialistas en el corto plazo, operaría la agilización de los procesos de homologación de títulos extranjeros.

Medidas a más largo plazo y que, por tanto, tardarían más años en materializarse, pasarían, por ejemplo, por ampliar el *numerus clausus* del Grado de Medicina y de otras titulaciones relevantes para el ejercicio de la Atención Primaria. Esta decisión, sin embargo, conviene estudiarla detenidamente, ya que, de un lado, una vez tomada es difícil que se revierta y, de otro, el punto de inflexión de las proyecciones (es decir, cuando el déficit de médicos es mayor) se produce en 2027, año a partir del cual la brecha va cerrándose por la acción combinada de la caída de las jubilaciones, así como de la incorporación de las nuevas cohortes de médicos especialistas formados durante los últimos años de fuerte incremento de la oferta de plazas MIR (2019 en adelante).

Como es obvio, todas estas medidas conducentes a reducir el desequilibrio actual y creciente (hasta 2027) entre oferta y demanda de médicos especialistas no dependen de cada comunidad autónoma. Las CC. AA., por ejemplo, pueden hacer un esfuerzo por ampliar el número de plazas que ofertan para recibir la FSE, aunque dicho esfuerzo está condicionado por las rigideces de los actuales criterios de acreditación. Así pues, sobre esta cuestión, lo que puede hacer la C.A.R.M. es insistir (como, de hecho, ya está haciendo)¹³⁷ en la necesidad de abordar de forma conjunta, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, todos estos factores limitativos del número de profesionales especialistas en Atención Primaria.

¹³⁵ Véase: <https://www.diariomedico.com/medicina/medicina-familiar/sanidad-dedicara-un-interterritorial-monografico-atencion-primaria-en-enero.html>

¹³⁶ Véase a este respecto: https://www.diariomedico.com/medicina/medico-joven/mir/el-nuevo-programa-mir-de-familia-y-los-requisitos-de-las-unidades-docentes-de-familia-en-audiencia-publica.html?check_logged_in=1

¹³⁷ Véase: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=117588&IDTIPO=10&RASTRO=-c163\\$3\\$m](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=117588&IDTIPO=10&RASTRO=-c163$3$m)

Lo que sí está en la mano de la C.A.R.M. es la planificación de la oferta de FSE en las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria en consonancia con las necesidades identificadas mediante el modelo propuesto en la recomendación R1 de antes, así como revisar y evaluar el conjunto de incentivos y condiciones laborales previstos actualmente en la legislación regional para propiciar la atracción y retención de profesionales en los equipos de Atención Primaria. Con relación a lo primero efectuamos la siguiente recomendación. Las cuestiones relacionadas con la atracción y retención de profesionales las abordamos en el siguiente epígrafe.

Recomendación RH3: *Planificar la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria en consonancia con las necesidades identificadas mediante el modelo de cálculo de necesidades de recursos humanos de la recomendación RH1.*

4.4.3. Atracción y retención de profesionales

Entrando en el terreno de los incentivos y las condiciones laborales que pueden nutrir las políticas de atracción y retención de profesionales, como se ha puesto de manifiesto en el epígrafe precedente, una preocupación compartida tanto por organizaciones como por expertos de gestión es la precariedad e inestabilidad laboral de los profesionales de Atención Primaria, con tasas de rotación en sus puestos de trabajo por encima de lo deseable. Este problema reviste particular gravedad en los puestos de difícil cobertura.

El Objetivo número 2 del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria contempla, como tuvimos ocasión de comentar en el epígrafe 1.9.1, varias acciones orientadas a la captación y retención de los profesionales de Atención Primaria. Así, como vimos, la aprobación de la Ley 20/2021 persigue reducir la tasa de temporalidad de las plazas estructurales de las diferentes administraciones públicas por debajo del 8%, para lo cual autoriza a las CC. AA. a articular procesos de estabilización de empleo temporal antes del 31 de diciembre de 2022, los cuales han de resolverse antes del 31 de diciembre de 2024. En congruencia con este objetivo, y tal como dispone la Acción 2.2 del Plan de Acción, el Servicio Murciano de Salud¹³⁸ ha realizado entre diciembre de 2022 y enero de 2023 una oferta de empleo público de 2.961 plazas correspondientes a 83 categorías

¹³⁸ Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia del Acuerdo del Consejo de Administración por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público del Servicio Murciano de Salud, correspondiente al proceso de estabilización de empleo temporal, de conformidad con la Ley 20/21, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de temporalidad en el empleo público. BORM núm. 119, de 25 de mayo de 2022.

profesionales¹³⁹, 1.359 de las cuales corresponden al proceso de estabilización del empleo temporal antes referido.¹⁴⁰

Asimismo, en consonancia con la modificación del artículo 9 de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud introducida por el Real Decreto-ley 12/2022, y en línea con lo dispuesto en la Acción 2.3 del Plan de Acción, el Gobierno regional prevé la conversión de 2.931 puestos de trabajo eventuales del SMS en plazas estructurales que serán ocupadas interinamente, como paso previo a su incorporación a las ofertas de empleo público correspondiente.¹⁴¹

Los procesos de estabilización iniciados contribuirán sin duda, una vez sustanciados, a una mejor calidad asistencial de los servicios de Atención Primaria de la Región, favoreciendo la longitudinalidad de la atención proporcionada, “un recurso terapéutico” esencial en palabras de uno de los expertos entrevistados, al disminuir la rotación de los profesionales en plazas de naturaleza estructural.

Hay que señalar, no obstante, que, al menos a escala nacional, la creación de empleo en el sector sociosanitario sigue estando condicionada por una intensa temporalidad. Así, con datos de la Encuesta de Población Activa del tercer trimestre de 2022 y 2023, la tasa de temporalidad en la rama de actividad Q (actividades sanitarias y servicios sociales) tan solo ha retrocedido 1,5 puntos porcentuales entre los dos años, pasando del 31,7% al 30,2%. Esta resistencia a la disminución de la temporalidad en este sector, pese a la entrada en vigor de la reforma laboral de 2021, parece deberse en parte a la utilización de contratos de duración determinada para realizar sustituciones en los puestos de trabajo.¹⁴² El resultado sería que este sector se halla en los puestos de cola en cuanto a realización de nuevos contratos indefinidos.¹⁴³ A esto se añade, como

139 Véase: <https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=116572&IDTIPO=10&RASTRO=c819535m>

140 Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se ordena la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia del Acuerdo suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y las organizaciones sindicales CESM, UGT y CSIF, sobre las bases a las que se deberán ajustar las convocatorias derivadas de las ofertas de empleo público y las de las plazas que han de ser provistas por el procedimiento de promoción interna, correspondientes a los años 2019, 2020 y 2021, y del plan de estabilización de empleo temporal según lo dispuesto en la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, tras su ratificación por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM núm. 286, de 13 de diciembre de 2022.

141 Propuesta de consolidación de puestos de trabajo eventuales valorada en la mesa sectorial de sanidad del 29 de marzo de 2023: <https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=115812&IDTIPO=10&RASTRO=c5m59491,70>

142 Sustituciones que, de acuerdo con el Real Decreto-ley 12/2022, puede dar lugar al nombramiento de personal estatutario sustituto.

143 Véase a este respecto: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/empleo/los-obstaculos-regulatorios-frenan-el-fin-de-la-temporalidad-en-sanidad-3629>

se desprende de algún análisis efectuado¹⁴⁴ una considerable variabilidad de la temporalidad sanitaria entre las diferentes CC. AA.

Por otra parte, los procesos de estabilización extraordinaria de los trabajadores eventuales que llevaban desde antes de enero de 2016 ocupando una plaza estructural pueden verse dificultados por pronunciamientos judiciales que encuentren desproporcionada la primacía otorgada en las bases de las convocatorias a la experiencia en el servicio de salud convocante.¹⁴⁵ Ya se ha producido al menos una sentencia en este sentido por parte del Tribunal Superior de Justicia de Galicia.¹⁴⁶

Al margen de los procesos extraordinarios de estabilización emprendidos hay que normalizar la contratación estable de las personas que finalizan el periodo de Formación Sanitaria Especializada en Atención Primaria mediante contratos de personal estatutario interino, así como la incorporación de aquellos profesionales con especialidad reconocida a los puestos relacionados, en particular —como pretende con acierto la Acción 4.1.3 de la EMAP— en Enfermería de Atención Primaria y Comunitaria.

Conviene resaltar sobre esto que, pese a haberse reconocido en la Región de Murcia desde 2015 la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria entre las opciones correspondientes a las categorías profesionales del personal estatutario del SMS¹⁴⁷, no fue hasta cinco años después que se creó la bolsa de trabajo de estas enfermeras especialistas.¹⁴⁸ Esta tardía incorporación ha hecho que su presencia en los equipos de Atención Primaria esté lejos de ser generalizada, y es esta generalización precisamente lo que, como señala uno de los expertos de gestión consultados se requiere: *“Necesitamos la generalización de las especialistas en enfermería familiar y comunitaria que entren en los equipos de Atención Primaria con competencias, porque donde llega una, la cosa cambia”*¹⁴⁹.

144 Véase la referencia al estudio realizado por la Federación de Sanidad de CCOO: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/07/06/62c42475fdddffdc7b8b456d.html>

145 Por ejemplo, en la Resolución enunciada en la nota al pie 117 se establece que “los servicios prestados en el Servicio Murciano de Salud podrán alcanzar hasta el 100% de la puntuación de los méritos profesionales y en el resto de las administraciones Públicas hasta el 66% de los mismos”. Estas diferencias fueron consensuadas (como recomendaciones) por las CC. AA. y el Ministerio de Sanidad en el seno del Consejo Interterritorial del SNS (véase: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/que-necesito-para-lograr-plaza-fija-en-la-ope-sanidad-y-ccaa-fijan-los-criterios-comunes.html>).

146 Véase: <https://www.diariomedico.com/medicina/politica/primeros-zascas-judiciales-las-bases-de-los-procesos-extraordinarios-de-estabilizacion-de-plazas.html>

147 Orden de la Consejería de Sanidad y Política Social de fecha 2 de febrero de 2015, por la que se desarrolla el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la creación de la opción de Enfermería Familiar y Comunitaria dentro de la categoría de Diplomado Sanitario Especialista. BORM núm. 43, de 21 de febrero de 2015.

148 Véase a este respecto: <https://www.laverdad.es/murcia/enfermeros-especialistas-primaria-impugnan-proceso-consolidacion-plazas-20230421144108-nt.html>

149 Experto #4.

En relación con esta reivindicación, y de acuerdo con las declaraciones efectuadas desde la Consejería de Salud, todas las plazas de Enfermería que se prevén crear (109 hasta 2026) con el despliegue de la EMAP se dedicarán en su totalidad a Enfermería especializada (Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica). Esta medida contribuirá, a buen seguro, a paliar el déficit que de este personal se registra en la Región.

Un punto de singular importancia es el concerniente a la captación de profesionales para que ocupen puestos de difícil cobertura. La Acción 4.1.2 de la EMAP parece orientarse en esta dirección, planteando el diseño de un programa de incorporación de profesionales de manera periódica “con el foco en los puestos de difícil cobertura”.¹⁵⁰ De acuerdo con el punto primero del artículo 45 bis de la Ley 5/2001 de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud:

“Se podrán considerar plazas de difícil cobertura del Servicio Murciano de Salud aquellas pertenecientes a una determinada opción estatutaria y de carácter asistencial, en las que exista un déficit estructural en su provisión y una necesidad urgente y perentoria de cobertura que impida garantizar adecuadamente la cartera de servicios del área de salud correspondiente”.

El artículo 45 ter de la misma norma, por su parte, enumera una serie de medidas de incentivación del desempeño de plazas de difícil cobertura. En concreto contempla la flexibilización del horario, para facilitar la conciliación de la vida personal, familiar y laboral; la valoración como mérito en la carrera profesional, a los efectos del cómputo del tiempo para acceder a un tramo de carrera, de un 25% adicional; la valoración en los procesos de selección y de provisión de puestos de trabajo, tanto para personal fijo como temporal, del 50% adicional; la prioridad en la participación en las actividades de formación; prioridad de los centros e instituciones sanitarias a los que estén adscritos los puestos de difícil cobertura en los proyectos piloto o de investigación y, por último, previa negociación en Mesa Sectorial, se podrán adoptar medidas de incentivación económica para dichos puestos.

Esta última medida es la activada en virtud del Acuerdo suscrito por la Consejería de Salud y las organizaciones sindicales SATSE, CESH y CSIF, de 25 de noviembre de 2022, de adopción de medidas para la mejora y fortalecimiento de la asistencia sanitaria de la Región de Murcia¹⁵¹, el cual se recoge ampliamente en el

¹⁵⁰ Específicamente, la Acción 4.1.2 consiste en: “Diseñar un programa de incorporación de profesionales de manera periódica conciliando las necesidades con las ofertas de empleo público de las categorías profesionales que desarrollan su actividad en Atención Primaria, con el foco en los puestos de difícil cobertura”.

¹⁵¹ Resolución de 30 de enero de 2023 del secretario general de la Consejería de Salud, por la que se dispone la publicación de autorización de Consejo de Gobierno de 26 de enero de 2023 en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, de ratificación del Acuerdo suscrito por la Consejería de

Anexo III de la EMAP. En concreto se reconoce un incentivo económico (equivalente al 40% del complemento específico) para los puestos definidos como de difícil cobertura cuando concurren circunstancias de “penosidad” fundamentadas básicamente en los siguientes criterios: la existencia acreditada de no cobertura de los puestos por déficit de profesionales; la imposibilidad de gestionar la sustitución de los efectivos por inexistencia de personal temporal en las correspondientes bolsas de trabajo; la sobrecarga asistencial y responsabilidad asumida por el especialista que acceda al desempeño de los mismos y la imposibilidad acreditada del cumplimiento de los objetivos fijados de atención en consultas, reducción de demora y listas de espera para el puesto de trabajo. El objetivo del incentivo es propiciar la cobertura originaria de la plaza y tendrá carácter temporal. Además, se añade expresamente para la categoría de Facultativo Sanitario Especialista que cuando en un Área de Salud el número de opciones declaradas de difícil cobertura en esa categoría supere el 30% de las opciones existentes en dicha Área, el incentivo se extenderá a la totalidad de opciones de la citada categoría (punto 6 del artículo 45 bis de la Ley 5/2001).

Por su parte, en cumplimiento de la Acción 2.5 del Plan de Acción de Ministerio de Sanidad, el Anexo II del Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (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, contempla la aplicación de al menos cuatro de los 10 incentivos siguientes para favorecer la atracción y retención de los profesionales sanitarios en los puestos de difícil cobertura:

1. Complemento retributivo específico periódico, requiriendo una permanencia en el puesto/zona de difícil cobertura de tres meses, como mínimo. Este complemento será revisable a los tres años.
2. Facilitar el acceso o proporcionar ayuda económica para el desplazamiento o la vivienda.
3. Mayor puntuación en los baremos en bolsa. 15% adicional por cada dos años de permanencia que puede incrementarse al 30% si la permanencia es de tres años.
4. Mayor puntuación en el baremo en los procesos de provisión de plazas y en los concursos. 20% adicional por cada dos años de permanencia que puede incrementarse al 40% si la permanencia es de tres años. Esta medida sería aplicable una sola vez en un periodo de tres años.

Salud y las organizaciones sindicales SATSE, CESM y CSIF, de 25 de noviembre de 2022, de adopción de medidas para la mejora y fortalecimiento de la asistencia sanitaria en la Región de Murcia. BORM núm. 33, de 10 de febrero de 2023.

5. Mejora en la carrera profesional. Reducción del tiempo para el acceso a los dos primeros niveles de carrera profesional, por cada dos años de permanencia en un puesto de difícil cobertura. Esta medida sería aplicable una sola vez por nivel de carrera.
6. Acceso preferente a actividades de formación continuada o facilitar estancias formativas en otros centros o zonas.
7. Acceso preferente a la participación de proyectos de investigación.
8. Flexibilización en la jornada/horario de trabajo con el objetivo de conciliar la vida laboral con la personal, estableciendo un intervalo mínimo de horario obligatorio incluida la concentración de la jornada (4 días/semana)
9. Mayor puntuación del tiempo de ejercicio para la acreditación como tutor de la formación sanitaria especializada y/o profesor universitario. 20% adicional por cada dos años de permanencia que puede incrementarse al 40% si la permanencia es de tres años. Esta medida sería aplicable una sola vez.
10. Facilitar la prolongación de la edad de jubilación parcial o total, incluyendo la opción de acogerse a la jubilación activa mejorada.

De la comparación del listado de incentivos propuesto por la CRHSNS y los contemplados en el artículo 45 ter de la Ley 5/2001 se colige que el SMS estaría cumpliendo con la recomendación formulada en el Acuerdo de la CRHSNS, ya que la norma regional estaría abarcando de forma aproximada al menos 6 de los 10 incentivos propuestos. Dicho lo cual, y a la vista de la dificultad que hay para atraer profesionales en determinadas zonas de la Región sería conveniente la revisión de los incentivos establecidos, una vez alcanzado el ecuador del periodo de despliegue de la EMAP, con el objeto de evaluar si han sido suficientes o, por el contrario, convendría mejorarlos o ampliarlos (por ejemplo, no solo flexibilizando el horario laboral para facilitar la conciliación, sino incluso subsidiar el desplazamiento).

Con fundamento en todo lo anterior proponemos la siguiente recomendación:

Recomendación RH4: *Evaluar el grado de ocupación (y su estabilidad) de las zonas/puestos de difícil cobertura alcanzado en diciembre de 2024 para revisar, en su caso, el conjunto de incentivos aplicados sobre la base de la Ley 5/2001 y la EMAP 2023-2026 con la finalidad de captar y retener a los profesionales sanitarios en esas zonas/puestos. Fruto de esa revisión podría intensificarse alguno de los incentivos actuales (por ejemplo, reducir aún más el tiempo de acceso a los primeros niveles de la carrera profesional) y/ o incorporar alguno nuevo (por ejemplo, la incentivación del desplazamiento al centro de salud o el acceso a una vivienda en la zona).*

4.4.3. Competencias y roles

Una de las debilidades más citadas, tanto por las organizaciones encuestadas, como por los expertos de gestión entrevistados, es la indefinición de roles entre los profesionales de los equipos de Atención Primaria. Esta indefinición se manifiesta en cargas de trabajo muy desiguales entre las distintas categorías profesionales, así como en la ausencia, con carácter general, de nuevos perfiles profesionales en los equipos. Y tiene parcialmente su origen, a su vez, en la falta de desarrollo de mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria, tal y como prevé la Acción 6.1 del Plan de Acción ministerial. Mapas que en principio son desarrollados por la CRHSNS, pero luego han de ser adaptados a la realidad regional por parte de cada comunidad autónoma.

En este sentido, las instituciones encuestadas se quejan de la “Falta de conocimiento de roles y competencias de los distintos profesionales”, así como de la “Inadecuada coordinación entre distintas categorías profesionales”. Se llega, de hecho, a reclamar un reglamento de funcionamiento interno de los equipos. Los expertos, por su parte, subrayan que “No existe un principio de subsidiariedad” en la gestión de la demanda, de tal manera que *“lo que pueda solucionar un administrativo no lo soluciones un enfermero o enfermera. Y lo que pueda solucionar una enfermera que no lo solucione el médico”*¹⁵². En tal sentido, se insiste en la necesidad de capacitar más a nuestros administrativos para poder hacer los equipos integrados y asignar roles complementarios. Y también, abundando en la idea de que no todo lo tiene que ver el médico, en la conveniencia de potenciar unidades complementarias de atención, *“formadas por dos enfermeros, dos o tres administrativos expertos y (...) externamente, como apoyo al centro de salud, un farmacéutico, un trabajador social, por supuesto, para atender esa demanda”*¹⁵³.

Surge así la posibilidad de incorporar otros perfiles profesionales a los equipos. En este sentido, cabe recordar algunas de las propuestas de mejora realizadas por las organizaciones encuestadas, señalando la necesidad de organizar la Atención Primaria de acuerdo a un modelo integral de salud (incluyendo salud mental), dando cabida a los psicólogos clínicos dentro de las plantillas, incorporar a un mínimo de un/a trabajador/a social en los equipos (algo que, de hecho, contempla la Acción 1.1.7 de la EMAP), así como la incorporación del enfermero especialista en Atención Primaria y Comunitaria en los equipos (algo que persigue, como vimos, la Acción 4.1.3 de la EMAP).

El desarrollo de las competencias y capacitación en consecuencia de los distintos perfiles y categorías profesionales es una cuestión medular para avanzar

152 Experto #4.

153 Experto #5.

en el reequilibrio de las cargas de trabajo y la distribución de roles, capacidad de decisión y responsabilidades dentro de los equipos. A este respecto, y en sintonía con la Acción 1.4.3 de la EMAP¹⁵⁴, realizamos la siguiente recomendación:

Recomendación RH5: *Adecuar los roles de los perfiles profesionales de cada Zona Básica de Salud al mapa de competencias desarrollado en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.*

4.4.4. Modelo de gestión por competencias y carrera profesional

A juicio de los expertos en gestión de la Región de Murcia entrevistados, la actual carrera profesional es claramente perfectible. A este respecto, la carrera profesional se califica de “meramente simbólica” y se afirma que tanto esta como los acuerdos de gestión son “meras ilusiones, que no nos sirven absolutamente para nada o para casi nada”. Todo ello motivado porque realmente “no evaluamos y los acuerdos de gestión no tienen ningún impacto”. El resultado es que “no tenemos un horizonte claro desde el punto de vista de elementos motivacionales, que no necesariamente es más dinero”¹⁵⁵.

Que el diseño de la actual carrera profesional no responde realmente a una evaluación del logro de objetivos en habilidades, aptitudes y competencias de los profesionales, resulta evidente cuando se prevé su desarrollo en la Acción 4.1.4 de la EMAP, para los años 2025 y 2026. Este objetivo es parecido al enunciado en la Acción 2.7 del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, si bien la redacción de esta última acción es más concreta (y ambiciosa), por cuanto incluye la “recertificación” del grado de cumplimiento de los objetivos de forma periódica.

Si se quiere motivar efectivamente a los profesionales en sus puestos de trabajo la carrera profesional no puede convertirse en un ritual, sino que tiene que perseguir potenciar sus competencias. Es adecuado dar espacio entre los criterios e indicadores de evaluación a “el compromiso con la organización”, como reza la base específica sexta (Sistema de evaluación) de la última convocatoria efectuada para el acceso y progresión de los profesionales en los sucesivos niveles de la carrera profesional,¹⁵⁶ pero ese compromiso tiene que sustanciarse, en última

154 La Acción 1.4.3 plantea “Revisar y actualizar los roles y funciones de los profesionales de los centros de salud, tanto sanitarios como no sanitarios, en consonancia con la capacitación profesional y a los cambios provocados por la incorporación de las nuevas herramientas de gestión clínica”.

155 Experto #4.

156 La última convocatoria está regulada por la Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se convoca el procedimiento para el acceso y progresión de los sucesivos niveles de carrera profesional para el personal facultativo y diplomado sanitario, y de la promoción profesional del personal sanitario de los subgrupos C1 y C2 y del personal no sanitario de los subgrupos A1, A2, C1, C2 y del grupo de AP. BORM núm. 269, de 21 de noviembre de 2022.

instancia, en el logro de resultados que realmente tengan que ver con la calidad asistencial y la salud de los pacientes.

Por esta razón, se echa en falta la instauración de un modelo de gestión por competencias que incluya la evaluación de:

- Nuevos perfiles profesionales de Atención Primaria y Comunitaria necesarios.
- Nueva asignación de roles redefiniendo el papel de la Enfermería y de los servicios administrativos basados en las competencias profesionales y asignar a los médicos tareas de mayor valor añadido.
- Mejora en la eficiencia de los procesos asistenciales: repercusión del modelo de gestión en la mejora de la asistencia sanitaria a los pacientes.
- Desarrollo profesional: conformidad de los profesionales con su desarrollo, porcentaje de profesionales que incrementan su grado de carrera profesional, porcentaje de profesionales que recertifican sus competencias.
- Grado de satisfacción de los profesionales, sanitarios y no sanitarios, con el modelo de gestión por competencias establecido.
- Mejora en la gestión: percepción de los gestores del incremento en la mejora de la gestión, mejor uso de los recursos disponibles.

El modelo de carrera profesional debería de incorporar el sistema de evaluación expuesto, lo que implica, entre otras cosas, la inclusión de indicadores de resultados intermedios y no solo de proceso, con el objeto de efectuar una auténtica evaluación del desempeño. Así, por ejemplo, a nuestro juicio el Indicador nº. 4 fijado para el Grupo A1 Sanitarios de Atención Primaria —“Propuesta de mejora de los indicadores de Análisis de Variabilidad”— debería ser obligatorio y no, como ahora, voluntario. Asimismo, un indicador como el nº- 6 —“Distribución de la jornada anual”— aun cuando sea voluntario tiene poco que ver, en nuestra opinión, con la potenciación de las habilidades, aptitudes y competencias de los profesionales.

Por consiguiente, realizamos la siguiente propuesta de mejora al respecto de la reforma de la carrera profesional:

En la carrera profesional del SMS se establecen 4 niveles de carrera y promoción profesional retribuidos y evaluables. Con carácter general, para progresar de nivel, los participantes necesitarán permanecer al menos, cinco años en el nivel inferior. Para el reconocimiento del nivel se deberá superar el 50% de los indicadores de evaluación recogidos en el Anexo I de la citada Resolución, siendo necesario superar los señalados como obligatorios.

Recomendación RH6: *Modificar el actual diseño de la carrera profesional de forma coherente con un modelo de gestión por competencias que incluya herramientas y procedimientos de evaluación del desempeño, así como procedimientos de reorganización de los procesos sobre la base de las competencias profesionales de cada perfil, alineando los objetivos e indicadores del sistema de evaluación con el estilo de atención (sanitaria y social integradas con orientación comunitaria) que se quiere implantar. Adicionalmente, y en línea con lo dispuesto en la Acción 2.7 del Plan de Acción, al menos una parte de los objetivos acreditados para subir de nivel deberían de ser recertificados, una vez transcurridos otros 5 años.*

4.5. RECURSOS ESTRUCTURALES, MATERIALES Y TECNOLÓGICOS

La EMAP presenta un ambicioso plan de inversiones en infraestructuras, a desplegar a lo largo de los cuatro años de vigencia de la Estrategia, dotado con un total de más de 153 millones de euros. La acción que vehicula este plan de inversiones es la Acción 2.1.3, que reza así:

“Implementar el Plan de Inversiones en Infraestructuras en Atención Primaria en las 4 líneas previstas, incluyendo la creación de nuevos centros y la ampliación, reforma y rehabilitación de centros existentes para mejorar las condiciones de atención e incrementar la cartera de servicios en dichas zonas, así como valorando las potenciales actuaciones de reordenación de espacios necesarias”.

Las cuatro líneas previstas, cada una de ellas con una dotación presupuestaria específica, son las siguientes:

- Construcción de nuevos centros de Atención Primaria (con una inversión total estimada de 110.094.212 €);
- Ampliación, reforma y rehabilitación sostenible de centros de salud de Atención Primaria (con un presupuesto de 26.912.966 €);
- Rehabilitación energética de centros de salud de Atención Primaria (con una inversión prevista de 8.254.297,5 €);
- Fomento de la eficiencia energética y de las energías renovables en centros de salud de Atención Primaria, climatización y accesibilidad (con un presupuesto de 2.508.639 €).

Como se indica en el Anexo I de la EMAP estas inversiones se sufragan en parte con fondos *NextGenerationEU* y fondos FEDER.

Asimismo, la EMAP también contempla en varias de sus acciones medidas tendentes a revisar y adecuar los equipamientos de los centros de salud. Destacan, en esta línea, las acciones 2.1.4, 2.1.6 y 3.3.2.

Por último, la EMAP dedica todo un eje estratégico al desarrollo de la transformación digital para lograr una Atención Primaria más eficiente. Este eje y las dos líneas de actuación que contiene está alineado con el Objetivo 4 “Digitalización” del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria. Hay que resaltar en este punto que los expertos entrevistados fueron críticos con los sistemas de información actualmente vigentes en Atención Primaria, llegando a hablar de obsolescencia del sistema de información: *“ha llegado el momento de que el sistema de información que utilizamos como historia clínica y como base de datos para el análisis y la evaluación de resultados cambie; cambie y sea más ágil, más dinámico, más proactivo”*¹⁵⁷.

No cabe sino valorar positivamente el gran esfuerzo que se plantea hacer para renovar y mejorar los recursos materiales y tecnológicos del sistema de Atención Primaria de la Región de Murcia. Sin embargo, y en congruencia con las recomendaciones O2 y O4 efectuadas en el epígrafe 4.2.2 para estrechar los mecanismos de coordinación y co-gobernanza de los servicios sanitarios y sociales, planteamos la ampliación de la línea de actuación 5.2 “Impulsar la integración de la información y desarrollar su potencial de uso”, incluyendo en la misma los sistemas de información de los servicios sociales autonómicos y locales, con vistas a que en el largo plazo se llegue a disponer de una base de datos completamente integrada. Entretanto, en el horizonte temporal de vigencia de la propia EMAP debería de conseguirse la interoperatividad completa, no ya entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y hospitalaria, sino también entre estos y los servicios sociales, lo cual requiere de la forja de una alianza de todas las administraciones públicas implicadas, sanitarias y no sanitarias, autonómica y locales.

De acuerdo con este planteamiento proponemos la siguiente medida de mejora:

Recomendación RM 1: *Crear un grupo de trabajo interadministrativo que defina un proyecto de integración de los sistemas de información para servicios sanitarios y sociales en dos fases. En una primera fase, se perseguiría la interoperatividad de los distintos sistemas de información entre sí. En una segunda fase, serían reemplazados por un sistema único integrado.*

4.6. CARTERA DE SERVICIOS Y ACUERDOS DE GESTIÓN

El infradesarrollo de la cartera de servicios de Atención Primaria es percibido como un notable hándicap por los expertos de gestión entrevistados. En concreto, como señala uno de los participantes en el grupo focal, la cartera de servicios es un elemento clave en la estrategia de adecuar la Atención Primaria a los nuevos

¹⁵⁷ Experto #2.

perfiles de demanda social, y se ha de desarrollar “de manera que esté respaldada por evidencias sólidas y con indicadores que se puedan medir de forma automática (...) También debemos considerar acuerdos de gestión que sean coherentes con la cartera de servicios definida”¹⁵⁸.

La cartera de servicios comunes de Atención Primaria actual, tal y como se recoge en el Anexo II del Real Decreto 1030/2006 es, en lo que tiene que ver con la Atención Comunitaria, extraordinariamente vaga:

“3.3 Atención comunitaria: Conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos”.

Asimismo, no se recogen aún en la cartera las nuevas modalidades de atención no presencial. Por otra parte, en junio de 2022 se aprobó en el pleno del Consejo Interterritorial del SNS el Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud.¹⁵⁹ El Plan, dotado en principio con 44 millones de euros, a los que sumó otra transferencia a las Comunidades Autónomas de 68 millones acordada por el Consejo de Ministros el 30 de octubre de 2023, destina así un total de 112 millones en dos años. Esta cantidad se dirige a mejorar la prevención, ampliar los colectivos beneficiarios y el personal que los atiende, a equipamiento y material.

La EMAP de la Región de Murcia contiene varias acciones destinadas a revisar y actualizar la cartera complementaria autonómica. Así la Acción 1.4.1 prevé justamente “Revisar la cartera de servicios adaptándola al perfil de la demanda actual según la últimas evidencias científicas”, y la Acción 1.4.2 “Incluir en la cartera de servicios a las nuevas modalidades de atención no presencial, estableciendo criterios de calidad y valorando su adecuación y despliegue”. También, la Acción 1.5.2 prevé fusionar la ampliación de la cartera común de salud bucodental con la cartera complementaria autonómica, fusionándolas en el Programa Integral de Salud Bucodental de la Región de Murcia.

Como vimos en el epígrafe 1.9.1 la actualización de la cartera común de Atención Primaria está pendiente de la publicación de la orden ministerial correspondiente. Hasta el momento dicha orden no se ha publicado, encontrándose en fase de proyecto, el cual ha sido ya sometido a consulta pública previa.¹⁶⁰

¹⁵⁸ Experto #4.

¹⁵⁹ Puede accederse al Plan aquí: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf

¹⁶⁰ Dicho proyecto puede consultarse aquí: https://www.sanidad.gob.es/normativa/docs/CPP_OM_actualizacion_cartera_AP.pdf

Creemos que es urgente llevar a cabo la actualización de la cartera complementaria de la C.A.R.M. incorporando no solo las nuevas modalidades de atención presencial, como contempla la Acción 1.4.2, sino también detallando las intervenciones de Atención Comunitaria que quieren impulsarse en el sistema de Atención Primaria de la Región de Murcia.

En este sentido, una dimensión básica de la salud, hoy prácticamente ausente en el sistema de Atención Primaria regional, es la salud mental. Esta importante carencia en lo que debería ser un modelo de atención integral de la salud fue puesta de manifiesto por el Colegio Oficial de Psicología de la Región de Murcia en su contribución al cuestionario online cuyos resultados se han glosado en el epígrafe 3.3.¹⁶¹

La OMS (2022), bajo la máxima “no hay salud sin salud mental”, aboga por el desarrollo de servicios de salud mental de base comunitaria”, instando para ello a “integrar la salud mental en la atención primaria de salud”. La idea es actuar ante los primeros indicios de malestar, con el fin de evitar su cronificación y la aparición de la patología. A tal efecto, las guías clínicas sugieren que el tratamiento psicológico es tan eficaz a corto plazo como la medicación y, a largo plazo, evita recaídas y efectos secundarios indeseados¹⁶², más allá del ahorro en gasto farmacéutico directo e indirecto. Por otra parte, la promoción y prevención en el ámbito de la Atención Primaria podría suponer un alivio para la saturación que sufre actualmente la atención especializada en salud mental.

Sería, pues, deseable contemplar la salud mental dentro del paradigma integrado de salud, con el objetivo de mejorar los denominados “trastornos mentales comunes” (ansiedad, depresión y trastornos somáticos), priorizando en la Atención Primaria el abordaje psicoterapéutico, contribuyendo así, además, a garantizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Ello permitiría reducir la medicalización de procesos psicológicos funcionales (Servicio Canario de Salud, 2022). A tal fin resulta necesario disponer de servicios accesibles, universales y gratuitos, además de los específicos de salud mental.

La EMAP declara su objetivo de “garantizar una atención sanitaria universal, de calidad, accesible y con capacidad de resolución, así como las actividades

¹⁶¹ El Colegio Oficial de Psicología de la Región de Murcia, enriqueció sus respuestas al cuestionario online con un extenso y muy fundamentado informe *ad hoc* (Fuster et al., 2023), que se puso a disposición del equipo redactor de esta monografía, y cuyos argumentos han servido para nutrir esta parte de la sección propositiva del informe.

¹⁶² Véase la Guía del NICE británico, elaborada por el National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2011), o las guías de práctica clínica del SNS, elaboradas por el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008) y el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014).

de promoción de la salud, prevención, rehabilitación y cuidados en salud”. Sin embargo, su planteamiento adolece de un sesgo de partida, en la medida en que todo el peso de la estrategia se pone en la atención biomédica, centrada en el cuerpo, mientras que los problemas de salud mental se abordan de manera fragmentada. Las acciones diseñadas en la EMAP son parciales, dirigiéndose las actuaciones de promoción y prevención de los trastornos mentales a grupos de población específicos: infancia y adolescencia (acción 1.2.7), personas que atraviesan procesos de duelo (1.2.8) o que cuidan de enfermos graves (1.2.9); y, en el caso de la población adulta, para responder a lo que se denomina “malestares de la vida cotidiana” (acción 1.2.6), mediante la participación en grupos de apoyo para el bienestar emocional.

Desde el punto de vista de los recursos humanos, la EMAP prevé que estas actuaciones sean desarrolladas por perfiles profesionales propios de los actuales equipos de Atención Primaria (enfermería, trabajo social), formándolos en “competencias suficientes”. Resulta, cuando menos, dudoso que estos perfiles profesionales puedan desempeñar competencias propias de los profesionales de la psicología, aunque reciban formación intensiva de una cierta cualificación.

La EMAP, en definitiva, no contempla la incorporación del profesional de la psicología en Atención Primaria en la actualización de la cartera de servicios. Sin embargo, otras Comunidades Autónomas han dado pasos —de diferente alcance— en la introducción de la figura del psicólogo clínico (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid, al menos). En la Comunidad Valenciana, por ejemplo, la Ley de Salud¹⁶³ establece en su artículo 4 que “se garantizará que, al menos, se dispondrá de un psicólogo clínico en cada centro de salud de atención primaria, en cumplimiento de las ratios mínimas que recomiendan las organizaciones europeas de salud mental. Ante la imposibilidad de contar con un psicólogo clínico para dar cobertura a la salud mental, se requerirá el perfil del psicólogo general sanitario para suplir estas funciones en los centros de salud donde se dé este supuesto.”

Por otra parte, y con relación a los acuerdos y pactos de gestión, estos deberían de incluir indicadores intermedios pertinentes y medibles (por ejemplo, fracción de pacientes crónicos complejos controlados), con fijación de objetivos concretos y evaluables. Obviamente, la utilidad de los acuerdos y contratos de gestión está condicionada con varios de los aspectos que hemos ido comentando páginas atrás, entre ellos que una parte de los compromisos suscritos por los equipos de Atención Primaria respondan al ejercicio de su autonomía de gestión (Recomendación O9), que al menos una porción del presupuesto asignado a cada Área de Salud lo sea

¹⁶³ Ley 10/2014 de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana (última modificación: 30 de septiembre de 2022).

sobre una base capitativa ajustada por complejidad (Recomendación P3) y, por último, que los contratos sean coherentes con la necesaria actualización de la cartera de servicios de Atención Primaria y Comunitaria. En cualquier caso, si se quiere que los acuerdos y contratos de gestión sean herramientas eficaces es imprescindible que del cumplimiento/incumplimiento de los objetivos marcados se deriven consecuencias. Desde el mismo momento en que esto no se produce y es relativamente indiferente cumplir o no, los acuerdos de gestión se convierten, ciertamente, en “meras ilusiones”, como señalaba uno de los expertos de gestión entrevistados.

Formulamos a continuación las tres recomendaciones siguientes:

Recomendación CS1: *Detallar en la cartera de servicios complementaria de la C.A.R.M. las intervenciones de Atención Comunitaria que deben aplicar los profesionales de los equipos de Atención Primaria (por ejemplo, recomendaciones de activos para la salud¹⁶⁴) y desarrollar, en paralelo, protocolos y guías de actuación que orienten a los profesionales.*

Recomendación CS2: *Incluir la atención psicológica en la cartera de servicios de Atención Primaria, con el fin de garantizar la accesibilidad universal al tratamiento psicológico, haciendo así efectivo un modelo de atención de la salud integrado. Ello implica la participación de los profesionales de la psicología clínica o, en su defecto, de la psicología general sanitaria en los equipos multiprofesionales dedicados a la salud mental en Atención Primaria, para conseguir que en un plazo de tiempo razonable haya un profesional de salud mental a tiempo completo en cada centro de salud.*

Recomendación CS3: *Revisar el diseño de los acuerdos y contratos de gestión a la luz de las recomendaciones O9, G3 y CS1.*

4.7. UNA PROPUESTA DE PRIORIZACIÓN

Realizamos a continuación un ejercicio de establecimiento de prioridades de las 28 propuestas de mejora enunciadas en los epígrafes anteriores, con el objeto de diferenciar entre aquellas medidas que deberían ejecutarse o, al menos iniciarse su puesta en práctica, en el corto plazo (esto es, a lo largo del presente año 2024) de aquellas otras que, por requerir de más tiempo para su preparación, podrían acometerse a lo largo de la segunda fase del horizonte temporal dibujado en la EMAP (es decir, el bienio 2025-2026) o, incluso, más tarde, en atención a la complejidad que conlleva su puesta en funcionamiento.

¹⁶⁴ La recomendación comunitaria de activos es la creación de mecanismos formales en Atención Primaria de Salud que puedan proporcionar a ciertos pacientes alternativas no clínicas de atención que incidan sobre su salud (Gobierno de Aragón, 2018).

Existe un instrumento de gestión de tareas conocido como “matriz de prioridades”, “matriz de gestión del tiempo” o “matriz urgente-importante”, que agrupa las tareas —propuestas en nuestro caso— en cuatro grandes grupos, según su grado de importancia y de urgencia. Este instrumento también recibe el nombre de “matriz o caja de Eisenhower”, por inspirarse en una idea que el trigésimo cuarto presidente de los Estados Unidos incluyó en un discurso pronunciado en 1954. Esa idea, posteriormente popularizada por Stephen Covey en su *best seller* “Los 7 hábitos de la gente altamente eficaz”, se resumen en la siguiente frase del laureado general norteamericano: *“Tengo dos tipos de problemas, los urgentes y los importantes. Los urgentes no son importantes, y los importantes nunca son urgentes”*.

Contrariamente a lo manifestado por “Ike”, la matriz de prioridades distingue, como se ha señalado, entre tareas que son urgentes e importantes, tareas que, siendo importantes, no son urgentes, tareas que son urgentes, pero no importantes, y tareas que no son ni lo uno ni lo otro. En el caso que nos ocupa, consideramos, sin embargo, que las 28 propuestas de mejora son importantes, de ahí que hayan sido incluidas en este capítulo de la monografía, y creemos que su adopción irá en beneficio del funcionamiento del sistema de Atención Primaria de la Región de Murcia y de sus resultados. Pero, siendo conscientes de la imposibilidad de llevarlas todas a efecto de manera simultánea, identificamos como urgentes y, por tanto, susceptibles de acometerse su ejecución en el corto plazo (durante el año 2024), las siguientes:

- Planificación: P1, P2 y P4
- Organización y gestión: O1, O2, O6 y O8
- Gasto y presupuestación: G1, G2
- Recursos humanos: RH6
- Cartera de Servicios y acuerdos de gestión: CS1

Todas las restantes, gozando de similar importancia, podrían desplegarse a lo largo de la segunda mitad del periodo de vigencia de la EMAP, el bienio 2025-2026.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL DEL SNS

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CC. AA.) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. Si bien la gestión de las prestaciones sanitarias está ampliamente descentralizada, siendo las CC.AA. responsables de más del 90% del gasto sanitario público consolidado del conjunto de las administraciones públicas (AA. PP.), la administración central es la responsable de sentar las bases normativas básicas que permiten hacer efectivo el derecho constitucional (artículo 43) a la protección de la salud.

Las Comunidades Autónomas delimitan en su territorio demarcaciones denominadas *Áreas de Salud*, estructuras fundamentales responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos. En su delimitación se tienen en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Cada Área de Salud está vinculada o dispone, al menos, de un hospital general.

A su vez, estas estructuras fundamentales pueden fragmentarse en divisiones menores, según cada territorio, hasta conformar Zonas Básicas de Salud, siguiendo unos criterios básicos comunes y los complementarios que defina cada comunidad autónoma, lo que da lugar a una gran diversidad organizativa entre servicios regionales de salud. La Zona Básica de Salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud,

centros integrales de Atención Primaria en los que desarrollan sus actividades y funciones los Equipos de Atención Primaria (Medicina de Familia y Comunitaria; Pediatría, Enfermería; Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Administrativo, Otro personal no sanitario), junto con otros profesionales de primaria (Matrona, Fisioterapia, Higienista dental, Odontología/estomatología, Psicología Clínica, Técnico de radiodiagnóstico, Logopedia, Terapeuta ocupacional).

La Constitución atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre las bases del régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del régimen estatuario de sus funcionarios. Las Comunidades Autónomas, por su parte, tienen las competencias para el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado sobre dicho régimen estatuario.

ESTADO DE SALUD, DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y POBLACIÓN CUBIERTA EN EL SNS

Entre 2003 y 2021 la esperanza de vida aumentó en España 3,3 años (con un retroceso en 2020, a consecuencia de la pandemia) y la tasa de mortalidad se redujo hasta 2010 pero ha aumentado desde entonces. Las diferencias entre CC.AA. son significativas, constatándose la existencia de un gradiente socioeconómico. La percepción de la salud de los españoles ha mejorado, como también lo han hecho los indicadores de tabaquismo, no así los referidos al consumo de alcohol y a la prevalencia de sobrepeso y obesidad. También en este último indicador se observa una incidencia de los factores socioeconómicos, por cuanto el porcentaje de población con un índice de masa corporal (IMC) por encima de 30 es en la Región de Murcia —máximo nacional— 6,7 puntos superior al porcentaje del País Vasco (18,8 frente a 12,1).

La población protegida por el sistema público de salud aumentó un 8,2% entre 2004 y 2021, registrándose una cierta disminución en la “tasa de cobertura” (población protegida sobre población residente) a escala nacional. Más relevante que la cifra absoluta de población cubierta por el sistema es su distribución por edades que, para el conjunto del país, refleja el paulatino proceso de envejecimiento poblacional, común al del resto de países europeos, aunque más intenso y acelerado. En 2021 la participación de las cohortes de 0 a 14 años en la población total registra su valor más bajo de todo el periodo, mientras que el peso de los mayores de 65 años ha crecido casi 2 puntos porcentuales. De nuevo cabe subrayar la dispar incidencia territorial de este proceso de envejecimiento. La Región de Murcia es la comunidad con una mayor cuota de población de 0 a 14 años (16,1%) y un menor peso relativo de los mayores de 65 años (15,7%). Murcia es, junto a Canarias y Baleares, la comunidad en la que menos ha crecido el porcentaje de población con más de 65 años entre 2004 y 2021.

GASTO SANITARIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El gasto sanitario público (GSP) en España alcanzó en 2021 la cifra de 87.941 millones de euros. Dicha cuantía representa un 7,1% del producto interior bruto del país y, expresada en términos per cápita, se traduce en 1.855 euros por habitante. El principal componente del GSP son las remuneraciones del personal (un 44% en 2021), seguidas de los consumos intermedios (27,5% en el último año), las transferencias corrientes, principalmente destinadas al gasto en medicamentos con receta (17%), y el gasto destinado a conciertos (10,5%). La remuneración del personal ha aumentado más de 2 puntos porcentuales su participación en el gasto total, y más aún lo ha hecho la cuota de los consumos intermedios, que han pasado de suponer menos del 19% a superar el 27% del gasto agregado. Por el contrario, la parte destinada a transferencias corrientes, que en 2004 excedía del 25%, se ha contraído más de 8 puntos porcentuales, hasta quedar en el 17% en 2021. También el peso de los conciertos se ha reducido más de 2 puntos en el periodo.

Atendiendo a la composición del GSP por funciones asistenciales, en 2021 los servicios de atención hospitalaria absorbieron más del 61% de todos los recursos destinados a la provisión de asistencia sanitaria pública. El gasto en atención primaria supuso un 14,5% del GSP total, mientras que el gasto en farmacia superó ligeramente esa cifra (14,6%). El resto de funciones no llegó a sumar el 10% del gasto total. Los servicios especializados y de atención hospitalaria han ganado peso de manera ininterrumpida sobre el total de gasto público (más de 8 puntos porcentuales entre 2004 y 2021). Idéntico perfil, pero en sentido inverso, es el que ha transitado el gasto en farmacia (7 puntos y medio menos). La participación de los servicios de atención primaria, que alcanzó un 15,2% en 2004, ha sufrido un retroceso en el conjunto de periodo en siete décimas. El elevado peso de la función de servicios hospitalarios y su tendencia de crecimiento en el periodo hacen que dicha función sea responsable del 70% del incremento nominal registrado en el GSP entre 2004 y 2021.

GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Como es bien sabido, las CC.AA. gestionan más del 90% del GSP total, un porcentaje que, además, ha ido aumentando a lo largo del periodo de estudio. El gasto sanitario de las CC.AA. supone un 6,7% del total del PIB regional y, en términos per cápita, se traduce en 1.714 euros por habitante (1.741 euros si tomamos como referencia el concepto de población asignada). La ratio de gasto sanitario sobre el PIB alcanza su valor máximo en Extremadura (9,9%) y su mínimo en la Comunidad de Madrid (4,4%). Además de Extremadura, las regiones con una ratio de gasto/PIB más elevada son Canarias, la Región de Murcia y Castilla La Mancha.

La dispersión territorial del indicador de gasto per cápita no es menor. En este caso no se observa una relación entre las cifras de gasto por persona protegida y los niveles de renta por habitante de las comunidades, como ocurría con el indicador expresado en porcentaje sobre el PIB. De hecho, en el grupo de regiones con más gasto per cápita encontramos dos de las de mayor PIB por habitante, como son Navarra y País Vasco, junto a una de las más pobres del país, Extremadura. El GSP por habitante en estas comunidades supera en un 30% el de las comunidades de Madrid y Andalucía.

La composición del gasto sanitario público por categorías económicas muestra rasgos comunes, aunque también algunas diferencias, cuando se estudia para cada una de las Comunidades Autónomas. En el total de servicios regionales de salud los gastos de personal absorben en 2021 casi el 46% del gasto sanitario total. Este porcentaje, no obstante, alcanza el 53,7% en el País Vasco y apenas un 37,1% en Cataluña, lo que se debe a la singularidad del modelo catalán de provisión de los servicios sanitarios públicos, en los que es muy destacada la presencia de proveedores privados (sin ánimo de lucro), y que también explica el elevado peso de la categoría de Conciertos. Dicha categoría también tiene un peso relativo elevado en Madrid, así como en las comunidades insulares, siendo Castilla y León y Cantabria las que recurren en menor medida a la contratación externa de servicios asistenciales.

El análisis de la distribución del GSP de las CC.AA. por funciones asistenciales confirma la preeminencia que, en todos los servicios regionales de salud, tienen los créditos asignados a asistencia especializada y hospitalaria, cuya participación en el total oscila entre el mínimo del 57,5% de Castilla-La Mancha y el máximo del 69,2% de la Comunidad de Madrid. Por lo que respecta al gasto en servicios primarios de salud, Andalucía es la comunidad que en 2021 destinó un porcentaje mayor de su gasto sanitario a atención primaria. La Comunidad de Madrid y Galicia son, con diferencia, las que menos recursos destinan, en términos del total de su presupuesto sanitario, a la provisión de servicios primarios de salud.

Un rasgo común a todas las comunidades es la pérdida de peso de los gastos en farmacia en el total de gasto sanitario autonómico, lo que se explica por el hecho de que los factores que están detrás de la contracción del gasto en farmacia son cambios normativos de aplicación general en el territorio nacional: cambios en el copago, “desfinanciación” de medicamentos, reducción de márgenes a mayoristas y oficinas de farmacia. La cuota de gasto absorbida por los servicios de Atención Especializada aumentó notablemente en Castilla y León y la Rioja, siendo más moderado el avance en Canarias y Baleares. En lo que respecta a la Atención Primaria, los mayores incrementos relativos corresponden a Cantabria y Canarias, mientras que en regiones como Extremadura o Cataluña el gasto en

servicios primarios de salud se ha visto relegado en términos relativos frente a otras funciones de gasto.

GASTO PÚBLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

El gasto público en atención primaria que, en 2008 había superado el 1% del PIB, vio su valor relativo reducido hasta un 0,87% del PIB en 2014 (0,85% en 2013). En términos per cápita, el máximo alcanzado en 2009 de 230,77 euros por habitante cayó hasta los 192,38 euros de 2014 (un 16,6% de reducción, en términos nominales). La cifra absoluta de GAP de 2009 no se recuperó hasta 2018 (en valores nominales, insistimos) y el gasto por habitante no se igualó hasta un año después, 2019. Ha sido necesario esperar trece años, hasta 2021, para que el GAP vuelva a superar el 1% del PIB.

La mayor parte del GAP se concreta en remuneraciones al personal. El porcentaje que representa esta categoría en el gasto en primaria oscila entre el mínimo del 75,3% registrado en 2005 y el máximo del 79,4% de 2017. El peso de las remuneraciones del personal presenta una tendencia al alza hasta este último año, produciéndose a continuación un leve retroceso y su estabilización hasta 2021, ligeramente por encima del 77,5%. La segunda categoría en importancia son los consumos intermedios, cuyo peso relativo (14,7% en 2004 y 14,4% en 2021) muestra un perfil evolutivo casi simétrico al de los gastos de personal.

Por Comunidades Autónomas, el gasto en primaria en Extremadura roza el 1,5% del PIB regional, situándose Castilla-La Mancha, Canarias y Andalucía por encima del 1,3%. En el extremo opuesto, la Comunidad de Madrid destina a atención primaria menos del 0,5% de su PIB. El GAP por habitante también registra su valor mínimo en la Comunidad de Madrid, mientras que la Comunidad Foral de Navarra es la que presenta una cifra mayor de GAP per cápita. Entre 2004 y 2021 algunas comunidades han escalado posiciones en la ordenación según gasto en primaria per cápita (por persona protegida); entre ellas Castilla-La Mancha y la Región de Murcia (que pasa del 14º al 8º puesto).

Por lo que respecta a la composición del GAP por categorías económicas, se confirma para la totalidad de las CC.AA. el protagonismo de los gastos de personal, si bien es posible identificar notables diferencias entre territorios. Las remuneraciones del personal representan un 91,6% del GAP total en Aragón y no alcanzan el 70% en Castilla-La Mancha (69,1%). En el caso de Cataluña el peso de los gastos de personal en el gasto en servicios primarios de salud está sesgado a la baja por la presencia de experiencias de gestión indirecta o contratación externa de servicios.

MODELOS DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN EN EL SNS

La gestión pública directa es la modalidad de gestión de la atención primaria más habitual en los servicios regionales de salud. Dicha modalidad, según la cual la prestación de los servicios se realiza exclusivamente por proveedores públicos, está presente en todas las CC. AA., bien de manera exclusiva (en 15 de ellas), bien en cohabitación con fórmulas de gestión indirecta (Cataluña y Comunidad Valenciana). En el caso de estas fórmulas de gestión indirecta, la financiación es pública, pero la provisión de los servicios de atención primaria se lleva a cabo a través de un proveedor privado, con o sin finalidad de lucro.

Por lo que atañe a la organización del sistema de atención primaria en su relación y su coordinación con la atención hospitalaria, se pueden diferenciar tres modelos: el de gestión única (Cantabria y Comunidad de Madrid), donde la atención primaria se dirige por una gerencia independiente de la atención hospitalaria; el de gestión compartida (Andalucía Aragón, Asturias, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Región de Murcia, País Vasco y La Rioja), según el cual la atención primaria y la hospitalaria están dirigidas por una misma gerencia (gerencia de atención integrada; y el de gestión mixta (Baleares, Canarias, Castilla y León, Castilla-La-Mancha, Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra), en virtud del cual ambas modalidades de gestión (única y compartida) coexisten dentro de un mismo servicio regional de salud.

RECURSOS ESTRUCTURALES Y RECURSOS HUMANOS EN EL SNS Y LAS CC.AA.

En 2004 había en España 2.756 centros de salud y 10.145 consultorios locales, para un total de 12.901 centros asistenciales de atención primaria. Diecisiete años más tarde, la cifra agregada apenas ha aumentado un 1%, hasta superar ligeramente los 13.050 centros, si bien se ha producido un proceso de sustitución de consultorios locales (cuyo número cae un 1,3% en el periodo) por centros de salud, experimentando estos un incremento acumulado superior al 10%. Este aumento en el número de centros de salud se ha registrado en todas las Comunidades Autónomas, aunque con una diferente intensidad. Las comunidades en las que menor ha sido dicho incremento son Galicia y Canarias, mientras que las regiones en las que el catálogo de centros de salud más se amplió en el periodo son Andalucía, Baleares, Comunidad Valenciana y la Región de Murcia.

Es posible observar distintos “modelos” de servicios primarios de salud, en lo que respecta a la configuración del mapa de centros asistenciales, de suerte que la población media asignada por centro de salud es inferior a 10.000 en Galicia, Castilla-La Mancha y Castilla y León, mientras que supera los 20.000 o se acerca

a dicha cifra en Madrid, Andalucía, Baleares y Canarias. El “tamaño medio” de los centros asistenciales ha disminuido en 10 Comunidades Autónomas entre 2004 y 2021 y ha aumentado en las otras 7; entre estas últimas, la Región de Murcia que, en 2021, supera la media nacional en más de un 10%.

En 2021, según datos del Ministerio de Sanidad, había un total de 118.258 profesionales de atención primaria en el SNS, de los cuales un 80% eran miembros del personal sanitario (un 70% médicos/as y enfermeros/as). De los 67.086 profesionales sanitarios registrados en 2021, un 46% son enfermeras/os, un 44% médicas/os de familia y algo menos de un 10% pediatras. Respecto a 2004 ha aumentado ligeramente el porcentaje correspondiente al personal de enfermería y se ha reducido el relativo a profesionales de la medicina de familia. Por Comunidades Autónomas, el máximo en la participación de médicas/os de primaria sobre el total se localiza en Castilla y León (50%) y el mínimo en La Rioja. La participación en el total de pediatras rozó el 11% en la Comunidad Valenciana y no alcanzó el 5% en Castilla y León. El mayor peso relativo del personal de enfermería se registró en La Rioja (55%) y el mínimo en la Comunidad de Madrid (45%).

En 2004 las ratios de población por profesional eran de 1.484, 1.030 y 1.709 personas por cada profesional de medicina de familia, pediatría y enfermería, respectivamente. Dichas ratios se redujeron en 2021 hasta los 1.371, 938 y 1.508. Si interpretamos —con todas las cautelas— un mayor valor de la ratio como indicador de una menor dotación relativa de recursos humanos y, en consecuencia, de una mayor presión asistencial y un mayor riesgo de saturación del sistema, la comunidad de Islas Baleares sería la que adolece de una mayor presión asistencial, por cuanto sus ratios son elevadas en los tres tipos de categorías profesionales. En el lado opuesto se encuentra Castilla y León, con ratios bajas también para las tres categorías. Las ratios más altas en medicina de familia, pediatría y enfermería corresponden, respectivamente, a Baleares, Cataluña y Comunidad de Madrid. Las más bajas (mayor dotación de recursos humanos) a Castilla y León, Comunidad Valenciana y Extremadura, para los casos de medicina de familia, pediatría y enfermería, respectivamente. La Región de Murcia supera la media en las ratios de medicina de familia y enfermería, presentando, por el contrario, una ratio inferior a la del conjunto de CC.AA. en el caso de pediatría.

Entre 2004 y 2021, los servicios de salud que han mejorado (reducido) más sus ratios son los de País Vasco (medicina de familia y enfermería) y Castilla y León (pediatría). Los que han visto aumentar las ratios en mayor medida son los de Baleares (medicina de familia) y Madrid (pediatría y enfermería). Las tres ratios se redujeron por encima de la media nacional en el caso de la Región de Murcia.

INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En 2021 el porcentaje de pacientes hipertensos con control adecuado de la presión arterial era del 51,6 para el conjunto de comunidades con datos disponibles. Por encima de este valor agregado se situaban la Comunidad Valenciana, que presentaba el valor máximo del indicador (57,2%), Castilla y León, Madrid, País Vasco, La Rioja y Navarra. Por debajo del promedio se sitúan las ocho comunidades restantes, todas ellas, salvo Andalucía, con valores inferiores al 50%. El valor mínimo correspondió en 2021 a Baleares (43,7%) y la Región de Murcia presentó un indicador del 48,1%. Entre 2017 y 2021 este indicador de efectividad/ adecuación ha caído en todas las comunidades con información disponible. Esta caída se debe, fundamentalmente, al retroceso experimentado en las ratios en 2020, lo que puede atribuirse al efecto que la pandemia de la COVID-19 tuvo en términos de seguimiento de los pacientes crónicos en atención primaria. En la Región de Murcia, aunque el mayor retroceso se registra en 2020, la tendencia a la reducción del índice es una constante en todo el periodo y en 2021, lejos de registrarse un cambio en la tendencia, esta prosigue con un recorte de más de dos puntos respecto al año anterior.

Por lo que respecta al adecuado seguimiento y control de los pacientes con diabetes (DM), en 2021 las comunidades con ratios más altas son País Vasco, Comunidad Valenciana, Castilla León, Cantabria y Aragón, mientras que Castilla-La Mancha, Islas Baleares y Murcia presentan los valores más bajos del indicador, situándose el promedio en el 72,6%. Entre 2016 y 2021 solo cuatro comunidades (Aragón, Baleares, Canarias y Comunidad Valenciana) presentan una mejora en el indicador. El resto, así como el agregado, muestran una caída en el porcentaje de pacientes con DM cuyas cifras de hemoglobina glicosilada son inferiores al 7,5%. La Región de Murcia es una de las comunidades cuya ratio de pacientes con adecuado control de la DM está por debajo de la media nacional en cada año con información disponible.

En lo referido al control de pacientes con fibrilación auricular anticoagulados, el porcentaje de pacientes que cumplen el criterio de adecuado control oscila entre el mínimo del 51,8% de Navarra y el máximo del 79,8% de la Región de Murcia. La ratio de pacientes anticoagulados con valores dentro del rango ha disminuido, en general, a lo largo del periodo. Solo Castilla y León y la Región de Murcia presentan indicadores más elevados en 2021 que en 2016, pese a que ambas experimentaron un retroceso en el último año respecto a 2020.

Dentro de los indicadores de "seguridad", el que mide el porcentaje de pacientes "polimedicados" (personas mayores de 75 años que toman 6 o más

fármacos durante, al menos, 6 meses de cada año) informa acerca de la posible existencia de cierto grado de “sobremedicación” o prescripción excesiva, con el consiguiente aumento en el riesgo de efectos secundarios e interacciones. En 2021 el porcentaje de pacientes polimedificados en el conjunto del SNS era de un 30%. Los valores más bajos se localizaron en País Vasco, La Rioja y Asturias, mientras que las ratios más elevadas se registraron en Castilla-La Mancha, Canarias y la Región de Murcia, que marcó el valor máximo, con un 40,3%. En el periodo 2016-2021 todas las comunidades han visto aumentar su porcentaje de mayores polimedificados, salvo Asturias, Comunidad Valenciana y La Rioja. En algunas regiones, así como en el total nacional, el aumento del indicador ha superado los 10 puntos porcentuales. En la Región de Murcia casi llega a los 15 puntos.

Otro indicador de calidad asistencial relacionado con la seguridad es el referido a la frecuencia de dispensación de ácido acetil salicílico (AAS) a personas no diagnosticadas de enfermedad cardiovascular (ECV). En 2021, la comunidad autónoma con una ratio más alta fue Castilla-La Mancha, seguida de Extremadura y Galicia. Por encima del valor agregado del 2,8% se encuentran otras cinco comunidades, entre ellas, Murcia. La comunidad autónoma con un menor valor del indicador es la Comunidad Valenciana que, junto a País Vasco, Islas Baleares y La Rioja, son las únicas que no superan el 2%. La mejor evolución (mayor descenso del indicador) se registra en dos de las que en 2016 presentaban valores más elevados de la ratio, Extremadura y Galicia, que se reducen en 6 décimas; la comunidad en la que más creció el indicador fue Castilla-La Mancha.

El porcentaje de personas diagnosticadas de ECV a las que se ha dispensado un envase de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) presenta un amplio rango de valores entre Comunidades Autónomas. Las comunidades con mayor uso de AINE son Galicia, Canarias y Baleares. Las regiones con un valor más bajo en este indicador son Cataluña y Madrid. El valor del indicador en la Región de Murcia supera a lo largo de todo el periodo la media nacional. El porcentaje de personas con ECV que reciben AINE aumentó considerablemente en Cantabria y Andalucía, mientras que se redujo notablemente en Extremadura y Asturias. En Murcia aumentó 3 puntos desde 2018 hasta 2021.

Un problema importante de seguridad en atención primaria tiene que ver con la prescripción de benzodiacepinas, en general, y a mayores de 65 años, en particular. El indicador referido a este último grupo de población (porcentaje de mayores de 65 años a quienes se ha dispensado al menos un envase de benzodiacepinas de vida media larga en el último año) supera en 2021 el 13% para el total de Comunidades Autónomas. También en este caso es notable la variabilidad interregional, correspondiendo las tasas más reducidas a País Vasco, que reporta el valor mínimo del país (6,1%), Navarra, Cataluña y Aragón. En el

extremo opuesto se encuentra Andalucía, que marca el máximo en 2021 con un 18%; le siguen Asturias y la Región de Murcia, que completan la terna que se sitúa por encima del valor del agregado SNS. El indicador aumentó para el total del SNS 1,4 puntos desde 2019; muy por encima de este aumento están los de Andalucía y Madrid. La evolución más favorable se registró en La Rioja y en Asturias. En la Región de Murcia la ratio aumentó un punto porcentual entre 2018 y 2021, si bien en este último año es inferior al máximo registrado en 2019 (15,6%).

La prescripción de hipolipemiantes en prevención primaria (personas sin diagnóstico previo de ECV) en mayores de 75 años va contra la recomendación del Ministerio de Sanidad y de las sociedades científicas. Pese a ello, en 2021 casi un 40% de personas de 75 años o más en el conjunto del SNS estaba tomando medicación hipolipemiente, pese a no tener un diagnóstico de ECV. Nueve comunidades presentaban una ratio superior al 40%, entre ellas, la Región de Murcia (48,6%). La comunidad con un mejor desempeño en este indicador de calidad en 2021 era el País Vasco. Entre 2019 y 2021 el porcentaje aumentó 2,4 puntos en el total del SNS, siendo muy significativo el aumento en Madrid y Castilla-La Mancha (en Murcia aumentó más de 7 puntos desde 2018). Solo dos comunidades (Navarra y La Rioja) han conseguido reducir el valor de este indicador en los últimos años.

Por lo que respecta a los indicadores de experiencia del paciente, la satisfacción de los usuarios con la información recibida en la consulta de Atención Primaria (entre 1 y 10) se cifra en un 7,8 para el conjunto del SNS en 2022. La variabilidad entre comunidades es bastante reducida, siendo el valor mínimo 7,6 (Andalucía y Castilla y León) y el máximo 7,9 (Navarra, Aragón, Extremadura, Cantabria, Madrid, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana). La Región de Murcia registra una puntuación igual a la media nacional. La satisfacción de los pacientes con la información recibida ha aumentado ligeramente entre 2013 y 2022 para el total nacional, siendo Galicia y la Comunidad Valenciana las que registran una mejora más significativa. En la Región de Murcia la nota se ha mantenido estable, si bien la tendencia de mejora habida hasta 2018, cuando se alcanzó un máximo de 8,1 puntos, se interrumpió en 2019.

Un segundo indicador de experiencia o calidad percibida recoge la valoración global que hacen los pacientes sobre la labor asistencial. El porcentaje de usuarios que valoran positivamente (“buena” o “muy buena”) la atención que se les ha dispensado en los servicios primarios de salud alcanzó en 2022 un 80,5% en el conjunto del SNS. La comunidad con un porcentaje más elevado de valoraciones positivas fue Navarra, seguida de La Rioja y Aragón. Las comunidades con un valor más bajo de este indicador en 2022 son Galicia y la Región de Murcia (77,4%). Entre 2013 y 2022 se registra una disminución importante del indicador para

el conjunto del SNS, que pasa del 87,1% al 80,5%, siendo común a la práctica totalidad de comunidades. La caída en la proporción de valoraciones positivas de la atención primaria oscila entre el máximo de Galicia (-12,4 puntos porcentuales) y el mínimo de Canarias (-2,3); solo la Comunidad Valenciana mejora su porcentaje en el periodo.

Un 76% de los usuarios de la atención primaria declara haber participado en las decisiones relativas a su salud. Los valores de participación más altos se localizan en La Rioja y Navarra. Las comunidades con un menor porcentaje de encuestados que declaran haber participado en las decisiones relativas a su proceso asistencial son Galicia, Castilla-La Mancha, Cantabria y Aragón. Por debajo del agregado del SNS también se encuentra el valor de la Región de Murcia. El grado de participación de los pacientes ha aumentado considerablemente entre 2013 y 2014: más de 13 puntos para el total nacional. No obstante, gran parte de este progreso se registró en los primeros años del periodo (entre 2013 y 2015), así como entre 2018 y 2019; entre este año y 2022, de hecho, se ha registrado un retroceso notable del indicador. Las comunidades en las que ha sido más favorable la evolución de esta ratio son Asturias y La Rioja, mientras que los avances fueron mucho más modestos en Baleares y Andalucía.

Un indicador de calidad relevante es el relativo a la accesibilidad, medida como el porcentaje de pacientes que consiguió una cita en atención primaria en las 24 o 48 horas posteriores a haberla solicitado. Considerando el conjunto del SNS, solo un 26,8% de los encuestados declaró haber conseguido una cita en atención primaria en el plazo de 48 horas posterior a la solicitud. La variabilidad entre comunidades es, en el caso de este indicador, quizás la mayor de entre todos los indicadores evaluados. El valor mínimo en 2022 corresponde a Canarias (12,5%), mientras que el porcentaje se dispara hasta el 58,3% en el caso de la Comunidad Foral de Navarra; casi 5 veces más. Otras comunidades con un alto grado de accesibilidad en primaria son Asturias y La Rioja. Las comunidades con peores índices de accesibilidad, además de Canarias, fueron en 2022 Andalucía, Baleares, Madrid (las tres por debajo del 20%), Murcia, Comunidad Valenciana y Galicia.

La Región de Murcia está por debajo de la media del SNS en dos de los tres indicadores de efectividad/adequación (control de pacientes hipertensos y control de pacientes con diabetes), presentando un buen desempeño únicamente en el control de pacientes con fibrilación auricular anticoagulados. En los cinco indicadores de calidad asistencial relacionados con la seguridad analizados, la Región de Murcia presenta valores más altos (peores) que el promedio nacional; entre un 6,7% en el caso de utilización de AINE en pacientes con ECV y un 34,1%, en el caso de los pacientes mayores polimedificados. Esto pone de manifiesto un peor desempeño de la atención primaria del SMS en lo que atañe a la seguridad

del paciente. Por lo que respecta a indicadores de calidad percibida (satisfacción) y accesibilidad, solo en el caso del referido a la satisfacción de los usuarios con la información recibida en la consulta del médico de familia, la Región de Murcia se sitúa por encima de la media nacional. No obstante, se puede concluir que, en lo que respecta a los indicadores de satisfacción, el SMS presenta un desempeño similar a la media nacional, por cuanto el indicador que más se aleja de la media (el referido a la satisfacción con la atención recibida) apenas se distancia en 3,8 puntos porcentuales. Por el contrario, la atención primaria en la Región de Murcia presenta un importante problema de accesibilidad, medida a través de los tiempos de espera para conseguir cita con el profesional de primaria, al menos si nos atenemos a las cifras del último año disponible.

MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

Las principales normas de ordenación sanitaria en la Región de Murcia son la Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia, en la que se establece que el Mapa Sanitario se ordena en Demarcaciones Territoriales denominadas Áreas y Zonas Básicas de Salud; y las órdenes de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo, y de 14 de mayo de 2015 (6539/2015), de la Consejería de Sanidad y Política Social, que introducen la actual organización territorial del sistema público de salud en la Región de Murcia, constituido por 9 Áreas de Salud y 90 Zonas Básicas de Salud (la última creada en virtud de la Orden 6539/2015).

Según la Ley de Salud de la Región de Murcia, la Consejería de Sanidad es el Departamento de la Administración Regional que desarrolla y ejecuta las competencias relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la asistencia sanitaria a la población y financiación del sistema. El Servicio Murciano de Salud (SMS), adscrito a la consejería de salud, es el ente responsable de la prestación de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y de la gestión de los servicios sanitarios públicos que integra.

La gestión de los servicios sanitarios es, pues, pública directa a través del SMS en toda la Comunidad Autónoma, y la fórmula de organización entre niveles es de gestión compartida, esto es, los dos niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada y hospitalaria) se gestionan de manera conjunta con un solo equipo directivo. Cada una de las nueve Áreas de Salud cuenta con una gerencia integrada, que tiene asociado un hospital de referencia.

En materia de recursos humanos hay que destacar la Ley 5/2001 de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, que ha sido modificada en varias ocasiones, la última de las cuales con ocasión de la aprobación de la Ley

Presupuestos Generales de la C.A.R.M. para 2023, y que atañe a las plazas de difícil cobertura de carácter asistencial del SMS. También es relevante el Decreto 119/2002 por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud; decreto desarrollado y modificado en varias ocasiones, la última en 2021.

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y DEMOGRÁFICO DE LA SANIDAD REGIONAL

Murcia representa el 3,2% de la población total española en el año 2022, aunque 12 años antes su peso era ligeramente inferior, 3,1%, lo que pone de manifiesto un mayor dinamismo demográfico, tanto en términos de natalidad como en lo que respecta a la atracción de población extranjera. La Región de Murcia tiene una población relativamente joven en comparación con la media nacional, lo que se refleja en las pirámides demográficas. Las características y tendencias observadas en la pirámide demográfica tienen implicaciones significativas sobre la planificación económica y social. Un mayor número de jóvenes requiere más inversiones en educación y oportunidades de empleo, mientras que una menor presencia de cohortes de población de edad avanzada se asocia a menores necesidades relativas de servicios de atención médica y cuidados a largo plazo.

El PIB de la Región de Murcia representa un 2,7% de la producción agregada del país. El peso económico de la Región de Murcia es, pues, muy reducido dentro del total nacional, aunque ha crecido a lo largo de las últimas décadas. A comienzos del actual siglo el peso económico de la región escasamente superaba el 2,4% y durante la mayoría de los años del presente siglo ha rondado el 2,6%, desde el año 2020 se ha superado ese umbral hasta llegar al 2,7% actual.

El PIB per cápita regional se situó en 2022 en los 23.197 euros, mientras que la media nacional alcanzaba los 28.162 euros; es decir, la renta media por habitante en la región alcanza el 82,4% de la española o, dicho en otros términos, la Región de Murcia es una comunidad relativamente pobre en el contexto nacional. El PIB per cápita de la región solo supera los valores de Andalucía, Castilla-La Mancha, Canarias y Extremadura.

El desempleo es un problema estructural tanto en España como en Murcia, con tasas de paro muy elevadas en ambos territorios. En concreto, en 2022 la tasa de paro nacional fue del 12,9% y la regional se situó en el 13,3%. Tanto la tasa de paro masculina como la femenina son en la región más elevadas que la media nacional.

Por lo que respecta a indicadores de pobreza y exclusión social, la tasa AROPE presenta niveles significativamente más elevados en la Región de Murcia (31,0%) que en el total nacional (26,0%), si bien el diferencial se ha reducido en los últimos años.

La proporción de población analfabeta o que no ha completado estudios primarios es en Murcia significativamente superior a la existente en España (8,7% frente a 5,3%). Esta disparidad puede atribuirse a diversos factores, como las diferencias de renta, el peso de la población inmigrante o razones de carácter histórico. Aunque este indicador de bajo nivel formativo ha mejorado en los últimos años, el diferencial frente al conjunto del país persiste. En 2022 el porcentaje de personas con estudios superiores en España es del 32,7%, mientras que en Murcia es del 25,0%. Esta importante brecha no se ha reducido en los últimos años, sino todo lo contrario.

La tasa de dependencia (relación entre la población con edad inferior a los 16 años o superior a los 64 y la población entre 16 y 64) en España tiene un valor ligeramente más alto (54,16%) que el de la Región de Murcia (51,16%). Tal situación es el resultado de una dispar evolución de la demografía en Murcia y en el conjunto de España, ya que, a finales del siglo pasado, la tasa de dependencia en Murcia era ligeramente mayor que la media nacional (53,4 frente a 50,3 en 1990).

ESTADO DE SALUD Y SUS DETERMINANTES EN LA REGIÓN DE MURCIA

La esperanza de vida aumentó en la Región de Murcia tres años y medio entre 2003 y 2019 (desde los 79,1 hasta los 82,6 años), para sufrir una contracción en 2020, como consecuencia de la pandemia por COVID-19, que se prolongó en 2021. En este último año del periodo la esperanza de vida al nacer es 2 años mayor que la registrada diecisiete años antes. Si observamos cómo ha evolucionado el porcentaje de población que valora positivamente su estado de salud (esto es, que considera que dicho estado de salud es “bueno” o “muy bueno”), comprobamos que tal proporción es en la Región de Murcia dos puntos y medio mayor en 2021 (75,56%) que en 2003 (72,98%), si bien en las distintas oleadas de las encuestas de salud, la cifra se ha movido con un patrón irregular.

La población adulta que fumaba a diario u ocasionalmente en la Región de Murcia era en 2003 del 32,33% y se ha reducido hasta el 26,59% en la última encuesta de 2020. Aunque el porcentaje de población que declara haber consumido alcohol en el último año es en 2020 (64%) más de siete puntos inferior al registrado quince años antes, en 2006, supera en más de ocho puntos la cifra de 2003 (56,0%) y en cuatro puntos los valores de 2009 (60,13%). También resulta preocupante la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Entre 2003 y 2020, el porcentaje de población con obesidad, esto es, con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m², aumentó tres puntos y medio (del 15,38% al 18,83%).

La región ocupa el antepenúltimo lugar (15 de 17) en esperanza de vida al nacer en 2021, el segundo lugar en el porcentaje de población fumadora (un 20,5%

por encima de la media nacional) y el primer lugar en porcentaje de población con IMC igual o superior a 30 (un 22,8% más que la media). En lo que se refiere a la percepción del propio estado de salud, el porcentaje de población en Murcia que considera que su salud es buena o muy buena es prácticamente igual a la media del país (posición 11 de las 17 CC.AA.). Únicamente sale bien parada la región en la comparación de la tasa bruta de mortalidad que en Murcia es un 12% inferior a la del total nacional, a lo que, sin duda, ayuda el hecho de que Murcia es una comunidad especialmente joven en el contexto nacional.

POBLACIÓN ASIGNADA AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN LA C.A.R.M.

La población “protegida” por el sistema público de salud aumentó en el periodo un 16,6%, con un perfil evolutivo similar al de la población residente: tasas anuales más altas pero decrecientes hasta 2010, fuerte contracción entre 2011 y 2013, seguida de una recuperación irregular hasta 2021. La cobertura sanitaria pública es hoy cuasi-universal, pese a que la relación población asignada/población residente se redujo significativamente tras la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, que supuso un paso atrás en el proceso de universalización del SNS.

La población de 0 a 14 años experimentó un notable aumento en su participación sobre la población total hasta 2013, año en el que alcanza su máximo del 18%. A partir del citado año la tendencia se invierte y, aunque el peso de la población de 0 a 14 años en 2021 no cae por debajo del 16% (como ocurrió en los años 2005, 2007 y 2008), sí es casi ocho décimas inferior al registrado en 2004, al inicio del periodo. Por el contrario, la proporción de población protegida que supera los 65 años ha aumentado casi un punto porcentual entre 2004 y 2021.

Pese a ello, no es el envejecimiento un problema particularmente acusado en el caso de la Región de Murcia, si ponemos estas cifras en el contexto del conjunto de Comunidades Autónomas. De hecho, Murcia es la comunidad con un mayor porcentaje de población entre 0 y 14 años (3,5 puntos más que la media de CC.AA.), así como la región con mayor presencia de población entre 0 y 34 años (39,53% frente al 35,05% del total de comunidades), y la que menor porcentaje de mayores de 65 años tiene en su población protegida por el sistema público de salud (15,67% frente a 19,67%). Este hecho ha de tomarse en consideración a la hora de evaluar los niveles relativos de gasto sanitario público, en general, y en atención primaria, en particular

GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LA REGIÓN DE MURCIA

El gasto sanitario público (GSP) en Murcia alcanzó en 2021 la cifra de 2.895 millones de euros. Dicha cuantía representa casi el 9% del producto interior

bruto regional y, expresada en términos per cápita, se traduce en 1.913 euros por habitante. El peso del GSP en el PIB regional registró su valor mínimo en el primer año del periodo objeto de estudio (6,9%) y su valor máximo en el año final. El perfil evolutivo del indicador per cápita es similar, habiendo aumentado un 90% en valores nominales el gasto por habitante entre 2004 y 2021.

El principal componente del GSP son las remuneraciones del personal (un 49,5% en 2021), seguidas de los consumos intermedios (26,6%), las transferencias corrientes, principalmente destinadas al gasto en medicamentos con receta (15,4%), y el gasto destinado a conciertos (5,5%). La remuneración del personal ha aumentado ocho puntos porcentuales su participación en el gasto total, y más aún lo ha hecho la cuota de los consumos intermedios, (del 17,5% al 26,6). Por el contrario, la parte destinada a trasferencias corrientes se ha contraído más de nueve puntos porcentuales. También el peso de los conciertos se ha reducido casi dos puntos en el periodo.

Desde la óptica de la clasificación por funciones asistenciales, los servicios de atención hospitalaria absorbieron más del 62% de todos los recursos destinados a la provisión de asistencia sanitaria pública. El gasto en Atención Primaria supuso un 13,8% del GSP total, mientras que el gasto en farmacia superó esa cifra (15,05%). El resto de funciones suma un 9% del gasto total. Los servicios especializados y de atención hospitalaria han ganado peso de manera ininterrumpida sobre el total de gasto público (más de nueve puntos porcentuales entre 2004 y 2021). Idéntica senda, pero en sentido inverso, es la que ha transitado el gasto en farmacia, que ha retrocedido ocho puntos y medio. La participación de los servicios de Atención Primaria en el gasto ha aumentado 1,5 puntos en el periodo, si bien su perfil evolutivo ha sido bastante irregular. La función de servicios de atención especializada y hospitalaria es responsable del 63% del incremento nominal registrado en el GSP regional entre 2004 y 2021; únicamente en 2010, 2012 y 2013 la atención especializada fue la que menos contribuyó al crecimiento —la que más contribuyó a la reducción— del GSP total. En seis de los diecisiete años que integran el periodo, el gasto en primaria es el componente que menos contribuye a la evolución del GSP total en la región.

La comparación de los principales indicadores de gasto sanitario en la Región de Murcia con el agregado nacional y el resto de Comunidades Autónomas muestra que el GSP en Murcia en porcentaje sobre el PIB regional es un 33% superior a la media de CC.AA., ocupando el tercer lugar en el ranquin de autonomías según dicho indicador. Murcia es en 2021 la sexta comunidad con mayor gasto sanitario por habitante (por persona asignada), superando la media del país en casi un 10%. En el periodo 2004-2021 solo dos comunidades han registrado un crecimiento en su gasto sanitario superior al de la Región de Murcia, cuya tasa media anual

acumulada (en términos nominales) superó en casi un punto la del conjunto de servicios regionales de salud (un 23,3% más).

GASTO PÚBLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

El gasto en Atención Primaria (GAP) que, en 2011, había superado en la región, por vez primera, el 1% del PIB, vio frenado su crecimiento en relación con la economía regional, no recuperando la tendencia alcista hasta 2015. El indicador per cápita alcanzó un máximo relativo de 205,62 euros por persona protegida en 2011 y cayó hasta los 192,03 euros de 2014. Hasta 2016 no se recuperaron los niveles de GAP total y per cápita de 2011 en términos nominales. En 2020 y 2021, la disminución del PIB y el necesario refuerzo los servicios primarios de salud, ambos factores relacionados con el impacto de la pandemia por COVID-19, impulsaron los indicadores relativos de GAP a niveles inéditos hasta la fecha.

Por lo que respecta a la composición del gasto en servicios primarios de salud según categorías económicas, la mayor parte del GAP se concreta en remuneraciones al personal. El porcentaje que representa esta categoría en el gasto en primaria oscila entre el 80% y el 87%, según los años. La segunda categoría en importancia son los consumos intermedios, cuyo peso relativo (11,77% en 2021) muestra un perfil evolutivo similar al de los gastos de personal. Por último, los gastos destinados a financiar la producción de mercado tienen una importancia menor y decreciente (0,17% en 2021).

RECURSOS ESTRUCTURALES Y RECURSOS HUMANOS EN EL SMS

En 2004 había en Murcia 74 centros de salud y 183 consultorios locales, para un total de 257 centros asistenciales de Atención Primaria. Diecisiete años más tarde, la cifra agregada apenas ha aumentado un 2,7%, hasta 264 centros, si bien se ha producido un proceso de sustitución de consultorios locales (cuyo número cae un 2,2% en el periodo) por centros de salud, experimentando estos un incremento acumulado cercano al 15%. De los 85 centros de salud existentes en la región en 2021, más de la mitad se concentran en tres Áreas de Salud: 16 se en el área II (Cartagena), 15 en el área VI (Vega media del Segura) y 14 en el área I (Murcia oeste). Las áreas con menor dotación de centros de salud son, lógicamente, las que tienen menos población asignada: el área V (Altiplano) cuenta con 3 centros de salud, el área IX (Vega alta del Segura) tiene 4 y el área VIII (Mar Menor) dispone de 5.

Desde 2010 solo ha habido variaciones en la dotación de centros de salud en tres áreas: las áreas III (Lorca) y VII (Murcia este), que “ganan” dos centros de salud,

cada una; y el área IV (Vega Media), que incrementa su dotación en un centro. Por lo que respecta al número de consultorios, únicamente dos áreas han mantenido el número de consultorios inalterado desde 2010: el área V (Altiplano) y el área VI (Vega media del Segura). En el resto de las áreas se ha reducido la dotación de consultorios locales en cuantía dispar, hasta sumar una disminución total de 11 centros en el territorio regional.

En 2021, según datos del Ministerio de Sanidad, había un total de 3.829 profesionales de Atención Primaria en el SMS, de los cuales un 81% eran miembros del personal sanitario (un 72% médicos/as y enfermeros/as). De los 2.025 profesionales sanitarios en atención primaria registrados en 2021, un 44,4% son médicas/os de familia, un 43,2% son enfermeras/os, y un 12,4% pediatras. Respecto a 2004, ha aumentado en seis décimas el porcentaje correspondiente a pediatras y se han reducido marginalmente los relativos a profesionales de la medicina de familia y de la enfermería. La configuración actual de las plantillas de profesionales de primaria tuvo lugar en los años 2007 y 2008, en los que el número de profesionales aumentó en torno al 9% o 10% anual (por encima del 12% en el caso de pediatría). Desde entonces las plantillas se han estabilizado y solo en 2019 y 2021 se registran incrementos anuales significativos (entre el 2% y el 3%).

En 2004 las ratios de población por profesional eran de 1.646, 1.163 y 2.010 personas por cada profesional de medicina de familia, pediatría y enfermería, respectivamente. Dichas ratios se redujeron hasta los 1.419, 882 y 1.714 habitantes por profesional en 2021. Si interpretamos un menor valor de la ratio como indicativo de una mejor dotación relativa de recursos humanos, y un valor más alto como muestra de la existencia de una menor dotación y, en consecuencia, una mayor presión asistencial y un mayor riesgo de saturación del sistema, la situación entre 2004 y 2021 ha mejorado significativamente en los tres ámbitos profesionales de primaria.

Según este mismo criterio, cabe identificar el área I (Murcia oeste) como la que adolece de una mayor presión asistencial, por cuanto sus ratios son elevadas en los tres tipos de categorías profesionales. En el lado opuesto se encuentra el área IV (Noroeste), con ratios bajas también para las tres categorías. Las ratios más elevadas (peor dotación) corresponden a las áreas I-Murcia oeste (medicina de familia y enfermería) y III-Lorca (pediatría). Los mayores niveles de dotación relativa de profesionales sanitarios (ratios más bajas) se localizan en el área IV-Noroeste en el caso de las tres categorías profesionales; las siguientes áreas con mejor dotación son el área IX-Vega alta del Segura (medicina de familia y enfermería), y el área V-Altiplano (pediatría).

Las Áreas de Salud que más han mejorado (esto es, reducido) sus ratios entre 2010 y 2021 son el área III-Lorca (medicina de familia), el área VI-Vega Media del

Segura (pediatría) y el área IX-Vega alta del Segura (enfermería). La peor evolución de cada una de las ratios se registró en el área I-Murcia Oeste (medicina de familia y enfermería) y el área VII-Murcia Este (pediatría).

INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SMS

Por lo que respecta a los indicadores de control de enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes), más allá de la considerable dispersión en los resultados por Áreas de Salud, llama la atención el hecho de que, en 2019, último año publicado por el Observatorio de Resultados del SMS, ninguna de las Áreas de Salud presenta indicadores superiores a la media en ambos indicadores, de manera simultánea. Solo las áreas II (Cartagena) y III (Lorca) superan la media en el indicador de control adecuado de la tensión arterial y se sitúan muy cerca de la media en el indicador de control de pacientes con DM. Las áreas con mejor desempeño en el control de pacientes con hipertensión (V-Altiplano y VIII-Mar Menor; además de las dos citadas), quedan por debajo de la media en el segundo indicador. Y, a la inversa, las áreas con valores más altos del indicador de control de la DM (VI-Vega Media y VII-Murcia Este) quedan lejos del índice 100 en la ratio de pacientes hipertensos con la presión arterial bajo control. Dos áreas presentan indicadores alejados de la media en ambos casos: el área I (Murcia Oeste), con cifras inferiores al dato del SMS, aunque cercanas; y el área IX (Vega Alta del Segura), con diferencia la que peor desempeño muestra en el control de estas dos patologías crónicas, a tenor de los indicadores de calidad seleccionados.

En lo que atañe a los indicadores de prescripción (de antiinflamatorios no esteroideos, AINE; inhibidores de la bomba de protones, IBP; benzodicepinas; y antibióticos sistémicos), en los que un valor elevado puede sugerir la existencia de sobreprescripción y, en última instancia, comprometer la seguridad de los pacientes, se observa una elevada heterogeneidad por Áreas de Salud. La tendencia es, en general, a la reducción de las tasas de prescripción entre 2015-2019 (algo menor en el caso de los IBP), existiendo algunos casos concretos preocupantes, por la persistencia de altos valores en los indicadores. Las dos áreas que podrían considerarse representativas de buenas y malas prácticas en este ámbito son el área VI (Vega Media del Segura), con todos los indicadores por debajo de la media regional, y el área IX (Vega Alta del Segura), cuyos indicadores superan el valor agregado del SMS entre un 20% y un 30%.

La frecuencia de uso de medicamentos “de elección” informa hasta qué punto las pautas de prescripción se adecúan a las guías de prescripción del SMS, pero también, bajo ciertos alerta posibles ineficiencias en la prescripción de medicamentos en primaria, consistentes en gastar más por un mismo resultado

en salud. El análisis de este indicador para el caso de los fármacos orientados a tratar tres patologías o problemas de salud: hipertensión, trastornos depresivos e hiperlipemias, permite observar cómo únicamente las áreas IV (Noroeste) y IX (Vega Alta del Segura) presentan tasas de prescripción inferiores a la media regional en los tres grupos de fármacos examinados, mientras que el área VII (Murcia Este) supera la media regional en los tres indicadores de prescripción de medicamentos de elección en 2019.

Los indicadores de cobertura vacunal, interpretables en términos de accesibilidad, muestran cómo las áreas V (Altiplano), VIII (Mar Menor) y IX (Vega Alta del Segura) superan las tasas medias de cobertura del SMS en las tres patologías (meningococo, virus del papiloma humano —VPH— y gripe). El caso opuesto es el del área III (Lorca), cuyas tasas de cobertura vacunal están por debajo de la media regional —bien es cierto que no muy lejos de la media— en los tres casos en el último año con información disponible.

En lo referente a la calidad percibida (satisfacción de los usuarios o experiencia de los pacientes), las diferencias entre áreas no son particularmente significativas, si bien cabe resaltar, en el sentido negativo, los resultados cosechados en el área IX (Vega Alta del Segura), y en sentido positivo, los del área VIII (Mar Menor). La primera presenta los valores más bajos en los tres indicadores de calidad percibida o experiencia del paciente seleccionados (Satisfacción global, Fidelización y Recomendación de consulta), mientras que la segunda presenta los valores más altos de la región en Satisfacción y Recomendación de consulta, y el segundo más elevado en Fidelidad (solo por detrás del área VI – Vega Media del Segura e igualada con el área IV – Noroeste). El área VI también supera la media regional en los tres indicadores en 2019, mientras que el área III se sitúa por debajo de los valores agregados en los tres casos.

UNA VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA, A LA LUZ DE LAS CIFRAS COMPARADAS

El análisis comparado de la Atención Primaria de Salud (APS) en la Región de Murcia arroja más sombras que luces. Siendo esta una región con una población relativamente joven (la comunidad con un mayor porcentaje de población entre 0 y 14 años y un menor peso relativo de los mayores de 65 años), lo que, en principio, podría traducirse en menores necesidades de gasto sanitario, constatamos que sus niveles de GSP total y de GAP se sitúan por encima de la media del país. Esto, sin embargo, no parece traducirse en una más generosa dotación de recursos humanos en el sistema de atención primaria (las ratios en medicina de familia y enfermería superan la media nacional), ni se refleja en los indicadores básicos de calidad asistencial, a priori relacionados con los resultados en salud, que son en la

región sistemáticamente peores que en el conjunto del país. Tampoco parece que ese mayor gasto se asocie con mejores resultados finales, pues la Región de Murcia ocupa el antepenúltimo lugar en esperanza de vida al nacer; ni que la APS esté siendo efectiva en el abordaje de las causas subyacentes a los problemas de salud, como el tabaquismo (segundo lugar en porcentaje de población fumadora) o la obesidad (primer lugar en porcentaje de población con IMC igual o superior a 30). A esto se añade la persistencia de las desigualdades intrarregionales, tanto en lo que se refiere a recursos humanos disponibles, como por lo que atañe a los indicadores de calidad asistencial en primaria, que presentan una notable variabilidad entre Áreas de Salud, que sugiere la existencia de profundas inequidades en el acceso a una APS de calidad entre ciudadanos de la región.

ESTRATEGIA DE MEJORA DE ATENCIÓN PRIMARIA (EMAP)

La Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 vio la luz en marzo de 2023 como continuación del Plan de Acción de Impulso y Mejora de la Atención Primaria 2018/2022 y se presenta por parte del Gobierno Regional como el resultado de un proceso abierto con participación de profesionales, agentes sociales, sociedades científicas y ciudadanía. El objetivo declarado de la EMAP es “dar respuesta a las necesidades actuales y futuras de la Atención Primaria a través del abordaje de los retos planteados por la propia demanda asistencial, la transformación del modelo de atención, la valorización de la actividad desarrollada y el aprovechamiento de las oportunidades derivadas del marco estratégico existente.” (pág. 11). Se estructura esta iniciativa en 5 ejes estratégicos, 19 líneas de actuación y 128 acciones.

Los objetivos específicos de la EMAP son tres: 1. Desarrollar la participación de agentes de interés de la Región de Murcia en la definición de la Estrategia, dentro de un modelo de intervención que aporte valor al proyecto, asegure un adecuado alineamiento y abordaje de las necesidades del conjunto de agentes y permita su desarrollo en tiempo y forma. 2. Definir los ejes estratégicos, líneas y acciones que den respuesta a los retos identificados y que permitan a la Consejería de Salud de Murcia, así como al Servicio Murciano de Salud, contribuir a la creación de valor tanto para el ciudadano como para el profesional. 3. Estructurar la EMAP de un modo que asegure el impacto y maximice el valor a corto, medio y largo plazo de la iniciativa, plantando la necesaria organización para su despliegue.

El documento detalla, además, un Plan de inversiones en infraestructuras en Atención Primaria, que contará con financiación de varios fondos: FEDER, REACT-EU y Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (financiado con recursos del programa NextGenerationEU). Dicho plan se articula en torno a tres objetivos: sostenibilidad, calidad energética y calidad arquitectónica, que se concretan en cuatro líneas de actuación.

Por lo que respecta a las acciones sobre recursos humanos (ampliación de plantillas), la EMAP prevé una inversión total de 30,6 millones de euros para la incorporación progresiva, a lo largo del periodo 2023-2026, de un total de 534 profesionales al SMS.

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA: LA OPINIÓN DE LAS INSTITUCIONES

Dentro de las debilidades del sistema de atención primaria en la Región de Murcia identificadas por las instituciones que han colaborado en este estudio (sociedades profesionales, asociaciones de usuarios y consumidores, colegios profesionales y agrupaciones sindicales), se observa una gran variabilidad. En particular, existe poca coincidencia en las que cada participante considera más importantes o graves.

Las debilidades situadas en el primer lugar según orden de prioridad se corresponden con cuestiones de: *Financiación* (tres respuestas coinciden en señalar la insuficiente dotación financiera de la atención primaria), *Planificación* (una respuesta menciona la dimensión y reparto de las Áreas de Salud, y otra las bajas ratios de profesionales de enfermería), *Gestión y organización* (un participante apunta al modelo de gestión clínica basado en la cita y otro a la existencia de una Gerencia única), *Infraestructuras y equipamientos* (un encuestado destaca la ausencia de infraestructuras en Zonas Básicas de Salud, y otro la insuficiente y obsoleta dotación de espacios), y *Otras* (una respuesta señala la agresiones a profesionales sanitarios y limitaciones del código penal para hacerles frente como debilidad más grave, otra apunta a la ausencia de un reglamento de funcionamiento de los equipos de atención primaria, y una tercera subraya el sesgo de las estrategias de mejora de la atención primaria hacia un modelo biomédico que soslaya las necesidades asociadas a la promoción de la salud mental).

Los problemas relacionados con asuntos de *Planificación* aparecen cuatro veces en los primeros tres puestos de la ordenación de debilidades según importancia o gravedad, igual que las vinculadas a cuestiones de *Gestión y organización*. Los problemas vinculados a *Recursos humanos* aparecen ocho veces (aunque nunca en primer lugar), los asociados a *Financiación* cinco veces y los relativos a *Infraestructuras y equipamientos* en siete ocasiones. Solo en dos casos se asoman a las tres primeras posiciones debilidades relacionadas con la *Cartera de servicios* de primaria. En este "podio" aparecen seis veces problemas adscritos a *otras áreas* distintas de las seis de referencia sugeridas al inicio del cuestionario.

Las medidas propuestas por los participantes en el cuestionario para paliar los problemas de la atención primaria en la región son tan variadas como los problemas

que pretenden atajar. La medida de reforma situada en primer lugar por cada uno de los participantes en la encuesta se ubica en diferentes áreas: *Financiación* (cuatro respuestas coinciden en el incremento del presupuesto; tres de ellas lo cifran en el umbral del 25% del gasto sanitario), *Planificación* (una respuesta propone crear una gerencia específica de atención primaria, otra la inclusión en las plantillas de primaria del psicólogo clínico, y una tercera el rediseño de las Áreas de Salud, atendiendo a criterios de población y distancia), *Gestión y organización* (una propuesta consiste en el desarrollo de un modelo de gestión basado en resultados en salud e incentivado según estos y otra aboga por la reversión del modelo de gerencia única y la creación de gerencias de atención primaria por áreas), *Infraestructuras y equipamientos* (un participante prioriza sobre cualquier otra medida modernizar los centros de salud y ampliar el número de consultas, salas multiusos, etc.) y *Otras* (una respuesta sitúa en primer lugar la aplicación de condenas ejemplarizantes a los autores de agresiones a profesionales sanitarios, y otra la aprobación, mediante un pacto social, del reglamento de funciones por categorías y funcionamiento de los equipos de atención primaria).

Los tres primeros puestos de la ordenación de medidas de reforma según prioridad son ocupados por medidas asociadas a la *Financiación* en ocho ocasiones (cuatro de ellas ocupando el primer lugar, como se señaló antes). En las tres primeras posiciones aparecen cuestiones de *Gestión y organización* en siete ocasiones, igual que ocurre con las vinculadas al área de *Recursos humanos* (aunque, en este caso, ninguna de ellas ocupa el primer lugar). Cuatro apariciones en los tres primeros puestos de los ránquines corresponden a medidas del ámbito de la *Planificación* (tres de ellas en primer lugar), y otras tantas a las propuestas en el área de *Infraestructuras y equipamientos*. Solo en dos casos aparecen en las tres primeras posiciones medidas relacionadas con la *Cartera de servicios* de primaria y las cuatro medidas de reforma restantes en posiciones de privilegio en las ordenaciones se adscriben a *otras áreas* distintas de las seis de referencia sugeridas.

Por lo que respecta a los obstáculos o impedimentos para poner en práctica las medidas sugeridas, resulta posible, a partir de las respuestas de los participantes en la encuesta, identificar grandes temas comunes. En líneas generales, los impedimentos que se identifican son, de un lado, los de índole económica y, de otro, la ausencia de voluntad y/o de consenso político para hacerles frente. Los primeros se asocian, fundamentalmente, a las medidas que tienen que ver con la ampliación y estabilidad de las plantillas (y, lógicamente, con aquellas propuestas consistentes en incrementar el presupuesto para atención primaria); los segundos con los cambios en la esfera de la planificación, la gestión y la organización. Por otra parte, ambos tipos de obstáculos se relacionan entre sí, en la medida en que los problemas presupuestarios se vinculan, en no pocas ocasiones, por parte de los encuestados con la ausencia de una apuesta (política) clara por la atención primaria.

En lo que atañe al conocimiento por parte de los participantes en el cuestionario de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026, las respuestas indican que en todos los casos se dispone de un conocimiento amplio acerca del contenido de dicho documento. No existe, sin embargo, consenso en la prioridad que los encuestados otorgan a cada uno de los cinco ejes estratégicos contemplados en el documento. El eje *Adaptar el modelo de la Atención Primaria hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con perspectiva comunitaria* ocupa el primer lugar en las ordenaciones de 7 de los 12 participantes, y el último lugar únicamente en 3 casos, siendo el valor promedio de su posición en el ranquin de 2,25. En el extremo opuesto se encuentra el eje *Desarrollar la transformación digital para lograr una Atención Primaria más eficiente* que, pese a ser ubicado en el primer lugar del ranquin de prioridad por 2 de los participantes, es relegado a la última posición por el 50% de estos, siendo su posición media 3,33 (la más baja de los cinco). Si atendemos al valor promedio de su posición en las ordenaciones individuales, el peor situado, tras el relativo a la transformación digital, ya mencionado, es el consistente en *Promover la mejora, el desarrollo y el reconocimiento del profesional de la Atención Primaria*.

Parece que los participantes en la encuesta estiman que la prioridad de los responsables de la sanidad regional debiera centrarse en adaptar la atención primaria a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con una perspectiva comunitaria, considerando menos urgente profundizar en la transformación digital. No obstante, la dispersión de las respuestas a esta tarea de priorización es suficientemente alta como para que resulte aventurado derivar conclusiones más robustas al respecto.

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA: LA OPINIÓN DE LOS EXPERTOS EN GESTIÓN

Las opiniones expresadas en el transcurso del debate mantenido por un reducido grupo de profesionales con experiencia acreditada en gestión en el seno de la administración sanitaria regional, permiten identificar como debilidades de la Atención Primaria en la Región de Murcia las siguientes: ausencia de un proceso de planificación efectivo y coherente, ausencia de liderazgo que permita desarrollar las estrategias de mejora, rigideces del modelo de recursos humanos (carácter funcional e inestabilidad y precariedad), falta de definición de los roles profesionales e ineficiente distribución de las tareas y cargas de trabajo, mal diseño de la carrera profesional y ausencia de incentivos, formación inadecuada de los profesionales de primaria, sistema excesivamente centrado en la visita, deficiencias en la gestión de cupos (indefinición del tamaño adecuado), exceso de banalidad en los problemas que se atienden en primaria, pérdida de la longitudinalidad,

tendencia hacia una excesiva medicalización, cartera de servicios desactualizada, ineficiente asignación de los recursos.

Por lo que respecta a las reformas sugeridas para hacer frente a estas debilidades, los participantes en el grupo focal propusieron las siguientes: fortalecer los servicios centrales y las áreas creando una estructura de gestión, impulsar el liderazgo como base para el avance y la puesta en práctica de los cambios necesarios, reformar el sistema de gestión de los recursos humanos, redefinir los roles profesionales y redistribuir las cargas de trabajo, revitalizar la carrera profesional haciendo atractiva la Atención Primaria, identificar a los profesionales excelentes y aprender de ellos/as, mejorar la capacitación de los profesionales, abandonar la idea de que los problemas se resuelven aumentando las plantillas de profesionales (reduciendo cupos), adaptar la cartera de servicios a la demanda actual, reformar el sistema para integrar la longitudinalidad en la planificación, introducir medidas que eviten la medicalización excesiva, mejorar el modelo de asignación de recursos y financiación.

Un primer e importante obstáculo a las reformas que goza de consenso entre los miembros del grupo focal es la ausencia de un estatus jurídico claro y definido para el Servicio Murciano de Salud. Otros impedimentos relevantes para los expertos fueron: la falta de voluntad política y liderazgo, las rigideces del modelo de gestión de recursos humanos (restricciones normativas), la ausencia de criterios explícitos y objetivos en la financiación y la gestión de los recursos, la falta de resultados medibles que permitan evaluar, la ausencia de consenso entre los actores del sistema, la incapacidad demostrada para ejecutar planes y estrategias, la obsolescencia de los sistemas de información para la gestión.

Sobre la EMAP 2023-2026, hay un consenso en torno a que este tipo de documentos, aunque bienintencionados, carecen de la capacidad organizativa necesaria para su implementación efectiva. Se critica la falta de objetivos concretos, medibles y la ausencia de recursos asignados y temporalidad definida, lo que hace que estas estrategias terminen por no ser evaluables ni resulte posible hacer un seguimiento de ellas. Además, se destaca la repetición de contenidos y la falta de innovación, que a menudo resultan en propuestas no ejecutadas. Los participantes en el grupo focal señalan la necesidad de un cambio en la forma en que se gestionan y lideran estas estrategias, subrayando la importancia de una implementación práctica que genere un cambio progresivo y perceptible, más allá de la mera redacción de documentos.

PROPUESTAS DE MEJORA

A la vista de los resultados del análisis descriptivo incluido en los capítulos 1 y 2 de la monografía, así como, en especial, de las conclusiones derivadas del

capítulo 3, tanto por lo que atañe al contexto español y europeo, como en lo referido a las opiniones recabadas dentro de la Región de Murcia, se formulan una serie de propuestas de mejora de la Atención Primaria en la Región, 28 en total, agrupadas en seis grandes áreas: 4 en el área de Planificación (P), 10 en el área de Organización y Gestión (O), 4 en el área de Gasto y presupuestación (G), 6 en la de Recursos Humanos (RH), 1 en el ámbito de los Recursos estructurales, materiales y tecnológicos (RM) y 3 en el área de Cartera de servicios y acuerdos de gestión (CS).

Teniendo en cuenta las características de las diferentes propuestas de mejora —como, por ejemplo, el tiempo necesario para su puesta en funcionamiento o el grado de complejidad que conlleva su adopción—, identificamos un subconjunto de 11 propuestas, cuyo desarrollo podría iniciarse en el corto plazo (durante el presente año 2024), pudiendo quedar el despliegue de las 17 restantes para el bienio 2025-2026, coincidente con la segunda mitad del periodo de vigencia de la EMAP.

CAPÍTULO 6

LISTADO DE PROPUESTAS DE MEJORA

PLANIFICACIÓN	
P1	Elaborar a lo largo de 2024 un nuevo Plan de Salud de la Región de Murcia para el periodo 2025-2030 que fije los resultados en salud esperados para el conjunto de la población y las acciones a impulsar para su consecución desde las administraciones públicas, periodificando los logros esperados y los recursos necesarios para financiar las actuaciones previstas. El nuevo Plan de Salud y la EMAP deberían de ser coherentes entre sí, revisándose y actualizándose, en su caso, aquellos aspectos de la EMAP que lo requieran para asegurar dicha coherencia.
P2	Determinar los resultados esperados (hitos) asociados a cada acción de la EMAP, formulando los indicadores correspondientes para verificar el grado de consecución de aquellos a lo largo del periodo de vigencia de la Estrategia. Esta información sería el input básico que serviría a la Comisión de Seguimiento de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria para evaluar el grado efectivo de implantación de esta a lo largo del tiempo.
P3	Revisar y actualizar, en su caso, el mapa sanitario actual sobre la base de un conjunto de variables seleccionadas para reflejar las necesidades sociosanitarias existentes sobre una base epidemiológica y poblacional, fijando un valor umbral para cada una de ellas cuya transgresión servirá para determinar un posible cambio en el mapa sanitario prevalente. El mapa sanitario así concebido sería aquel sobre el que habría que determinar las dotaciones de recursos humanos y estructurales a alcanzar, así como su distribución en el territorio de la Región de Murcia. Sería adecuada su revisión periódica, como mínimo con ocasión de la formulación de cada nuevo Plan de Salud.
P4	Identificar en el mapa sanitario las zonas/puestos de difícil cobertura sobre la base de los criterios mínimos definidos en el Anexo I del Acuerdo de la CRHSNS, complementados, en su caso, por criterios adicionales que reflejen la realidad regional.
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	
O1	Adecuar la naturaleza jurídico-administrativa del SMS a lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 7/2004, de organización y régimen jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
O2	Crear los mecanismos de coordinación necesarios entre los sistemas social y sanitario para proporcionar una respuesta integral en términos de prestaciones, servicios y atención a las personas con perfiles de necesidad de atención sanitaria y social integrada.
O3	Desarrollar un modelo de estratificación de la población según riesgo y variables demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas, que permita identificar los perfiles de personas que requieran atención sanitaria y social integrada, dentro de cada Zona Básica de Salud.
O4	Comenzar a trabajar en la construcción de un modelo de co-gobernanza sanitaria y social que defina los procesos sociosanitarios, intervenciones y recursos necesarios correspondientes a los distintos perfiles de personas que requerirían de atención sanitaria y social integrada.
O5	Desarrollar una amplia campaña divulgativa entre la ciudadanía instruyendo acerca de los circuitos asistenciales que deben seguir ante la percepción de un problema de salud, involucrando en la misma a todas las organizaciones e instituciones, locales y regionales, vinculadas con la atención sociosanitaria.

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN (continúa)	
O6	Implantar un teléfono único de atención a problemas menores dentro de un protocolo de cribado de las solicitudes de cita en los centros de salud.
O7	Evaluar, tras la primera reducción de cupos efectuada en 2023, sobre la base de la estratificación de la población de las diferentes Zonas Básicas de Salud atendiendo a morbilidad, características demográficas y socioeconómicas, la pertinencia de establecer cupos diferenciados según la complejidad de la población asignada.
O8	Creación de una estructura de gestión transversal al conjunto de las Direcciones Generales del SMS, así como otras, más reducidas, en las Gerencias de las Áreas de Salud que orienten, impulsen y evalúen las estrategias de mejora del sistema sanitario público de la Región de Murcia, asegurando la continuidad de los procesos de reforma emprendidos, con independencia de los cambios que se produzcan en los órganos directivos del SMS.
O9	Impulsar a través de los pactos o contratos de gestión con los equipos de atención primaria una mayor autonomía de gestión y organización de efectivos y recursos de estos (gestión clínica), conforme se mejoren las habilidades de liderazgo y gestión de sus integrantes.
O10	Desarrollar un cuadro de indicadores de resultados en salud, medidos sobre una base poblacional, por Zonas Básicas de Salud, que sirva para evaluar el impacto efectivo de las actuaciones de atención primaria.
GASTO Y PRESUPUESTACIÓN	
G1	Garantizar que el incremento anual del gasto en Atención Primaria sea al menos idéntico al crecimiento nominal del gasto sanitario público total durante los próximos 5 años, evaluando al cabo del quinquenio si debe mantenerse esta cláusula de suficiencia o no.
G2	Formular un presupuesto inicial para el SMS suficiente, que responda a la evidencia histórica acumulada de gasto sanitario efectivamente ejecutado ejercicio tras ejercicio, de forma que no se produzca un desfase apreciable entre el gasto liquidado y los créditos inicialmente presupuestados.
G3	Distribuir el presupuesto disponible para las Áreas de Salud sobre una base capítativa ajustada por complejidad, que atienda al riesgo de morbilidad y características sociodemográficas de la población asignada. Esta presupuestación capítativa se desplegaría paulatinamente a lo largo del quinquenio, representando cada año una fracción mayor de la financiación dispuesta a las Áreas en los acuerdos de gestión.
G4	Desarrollar un protocolo regional de evaluación de la eficiencia (coste-efectividad) de intervenciones seleccionadas de Atención Primaria por su impacto presupuestario y terapéutico, acompañado de un programa formativo sobre uso de prácticas clínicas coste-efectivas dirigido a los equipos de atención primaria.
RECURSOS HUMANOS	
RH1	Definir un modelo para el cálculo de las necesidades de recursos humanos en atención primaria sobre cuya base se determine la dotación de puestos de los equipos de atención primaria. Este modelo debería recoger al menos las siguientes variables: tamaño poblacional; estructura demográfica; determinantes sociales; carga de morbilidad; consumo previo de recursos; modelo asistencial.
RH2	Revisar las necesidades de recursos humanos de las distintas Zonas Básicas de Salud atendiendo a los resultados del modelo, evaluando periódicamente la idoneidad de las asignaciones de profesionales realizadas atendiendo a los resultados en salud y satisfacción reportada por los usuarios de cada zona.
RH3	Planificar la oferta de Formación Sanitaria Especializada de las distintas especialidades que desarrollan su actividad en Atención Primaria en consonancia con las necesidades identificadas mediante el modelo de cálculo de necesidades de recursos humanos de la recomendación RH1.
RH4	Evaluar el grado de ocupación (y su estabilidad) de las zonas/puestos de difícil cobertura alcanzado en diciembre de 2024 para revisar, en su caso, el conjunto de incentivos aplicados sobre la base de la Ley 5/2001 y la EMAP 2023-2026 con la finalidad de captar y retener a los profesionales sanitarios en esas zonas/puestos. Fruto de esa revisión podría intensificarse alguno de los incentivos actuales (por ejemplo, reducir aún más el tiempo de acceso a los primeros niveles de la carrera profesional) y/o incorporar alguno nuevo (por ejemplo, la incentivación del desplazamiento al centro de salud o el acceso a una vivienda en la zona).

RECURSOS HUMANOS (continúa)	
RH5	Adecuar los roles de los perfiles profesionales de cada Zona Básica de Salud al mapa de competencias desarrollado en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
RH6	Modificar el actual diseño de la carrera profesional de forma coherente con un modelo de gestión por competencias que incluya herramientas y procedimientos de evaluación del desempeño, así como procedimientos de reorganización de los procesos sobre la base de las competencias profesionales de cada perfil, alineando los objetivos e indicadores del sistema de evaluación con el estilo de atención (sanitaria y social integradas con orientación comunitaria) que se quiere implantar. Adicionalmente, y en línea con lo dispuesto en la Acción 2.7 del Plan de Acción, al menos una parte de los objetivos acreditados para subir de nivel deberían de ser recertificados, una vez transcurridos otros 5 años.
RECURSOS ESTRUCTURALES, MATERIALES Y TECNOLÓGICOS	
RM1	Crear un grupo de trabajo interadministrativo que defina un proyecto de integración de los sistemas de información para sanitarios y sociales en dos fases. En una primera fase, se perseguiría la interoperatividad de los distintos sistemas de información entre sí. En una segunda fase, serían reemplazados por un sistema único integrado.
CARTERA DE SERVICIOS Y ACUERDOS DE GESTIÓN	
CS1	Detallar en la cartera de servicios complementaria de la C.A.R.M. las intervenciones de Atención Comunitaria que deben aplicar los profesionales de los equipos de atención primaria (por ejemplo, recomendaciones de activos para la salud) y desarrollar, en paralelo, protocolos y guías de actuación que orienten a los profesionales.
CS2	Incluir la atención psicológica en la cartera de servicios de Atención Primaria, con el fin de garantizar la accesibilidad universal al tratamiento psicológico, haciendo así efectivo un modelo de atención de la salud integrado. Ello implica la participación de los profesionales de la psicología clínica o, en su defecto, de la psicología general sanitaria en los equipos multiprofesionales dedicados a la salud mental en Atención Primaria, para conseguir que en un plazo de tiempo razonable haya un profesional de salud mental a tiempo completo en cada centro de salud.
CS3	Revisar el diseño de los acuerdos y contratos de gestión a la luz de las recomendaciones O9, G3 y CS1.

REFERENCIAS

- Abellán JM, Sánchez FI, Méndez I, Martínez JE (2013). El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y reformas. Bilbao: Fundación BBVA.
- Abellán Perpiñán, JM, Campillo Artero, C (eds.) (2020). Economía de la salud (y más) de la COVID-19. 1ª edición. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud (AES).
- Alzuela N, Fernández J, Echeverría A, García P, Sanz L, Celaya M, Goñi O, Acin M, Bartolomé R, Garjón J (2022) Protocolo del estudio Estrategia de deprescripción de estatinas y ezetimiba en prevención primaria en mayores de 75 años: análisis de los resultados en salud. Revista Española de Salud Pública 96, e202206049.
- Barber P, González B (2022). Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Disponible aquí: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesiones-Sanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf
- Baumol WJ. (1993). Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice, 77(1): 17-28.
- Benedé Azagra CB, Paz MS, Sepúlveda J. (2018). La orientación comunitaria de nuestra práctica: hacer y no hacer. Atención Primaria, 50(8): 451-454.
- Benedé CB, Herranz C. (2023). Atención Comunitaria en Atención Primaria: asignatura pendiente, 85-90. En Satue E. (Coord). El ecosistema de la Atención Primaria. Monografía SESPAS 2023.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales, núm. 123, 21 de julio de 2020: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOLCG/D/BOCG-14-D-123.PDF
- Colino Sueiras J (dir.), Martínez-Carrasco Pleite F (dir.), Losa Carmona A, Martínez Paz JM, Pérez Morales A, Albaladejo García JA. (2022). Las zonas rurales en la Región de Murcia. Colección Estudios, 44. Consejo Económico y Social de la Región de Murcia
- Covey, SR. (1989). The seven habits of highly effective people. Free Press.

- Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. (versión en castellano disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
- Declaración de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Astaná, Kazajstan, 25-26 October 2018. (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>)
- Decreto 10/2013, de 3 de enero, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 6287, de 7 de enero de 2013.
- Decreto 119/2002 por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. BORM núm. 239, de 15 de octubre de 2002.
- Decreto 180/2017, de 31 de octubre, por el que se modifica el Decreto 166/2005, de 5 de julio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE núm. 212, de 6 de noviembre de 2017.
- Decreto 27/1987, de 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia. BORM núm. 126, de 3 de junio de 1987.
- Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria. BOC núm. 68, de 7 de abril de 2011.
- Decreto 59/2003, de 11 de marzo, por el que se determinan las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi. BOPV núm. 2189, de 10 de abril de 2003.
- Decreto 62/1986, de 18 de julio, por el que se delimitan las Zonas Básicas de Salud en la Región de Murcia. BORM núm. 199, de 10 de agosto de 1986.
- Delgado E, Montero B, Muñoz M, Vélez M, Lozano I, Sánchez C, Cruz A (2015). Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 50(2), 89-96. (DOI: 10.1016/j.regg.2014.10.005)
- Estrategia +AP Canarias Actualización 2023. Dirección General de Servicios Asistenciales. Gobierno Canario. Disponible aquí: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a57146de-470a-11e9-93cc-d9bf678f1191/Estrategia_AP_Canarias.pdf
- Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria de Navarra 2019-2022. Disponible aquí: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/12C70264-6939-4412-9533-7CA-32875FB62/452889/EstrategiadeAtencionPrimariauComunitariadeNavarra2.pdf>
- Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Disponible aquí: https://saludextremadura.ses.es/saludcomunitaria/assets/pdf/estrategia_de_salud_comunitaria_de_extremadura.pdf
- Estrategia Gallega de Salud 2030. Disponible aquí: <https://ficheiros-web.xunta.gal/plans/estrategia-galega-saude-2030-cas.pdf>

- Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi. Disponible aquí: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf
- Estrategias Alineadas 2021-2024: estrategia de Atención Primaria, estrategia del hospital universitario San Pedro y acciones transversales de Atención Primaria y atención hospitalaria. Gobierno de la Rioja. Disponible aquí: https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/PlanEstrategicoAP_HUSP.pdf
- Fuster, M., Martín, P., Navío, E. (2023). Una oportunidad para la salud mental en Atención Primaria en la Región de Murcia: Situación actual y propuestas de mejora desde COPRM. Colegio Oficial de Psicología de la Región de Murcia (mimeo).
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
- Hervada X, Pérez C, Rodríguez F, Urbano R. (2023). Evaluacovid-19. Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19. Lecciones de y para una pandemia. Madrid, 30 de abril de 2023. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergencias-Sanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/EVALUACION_DEL_DESEMPEÑO_DEL_SNS_ESPANOL_FRENTE_A_LA_PANDEMIA_DE_COVID-19.pdf
- Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. BOE núm. 35, de 10 de febrero de 2015.
- Ley 12/2022, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el ejercicio 2023. BOE núm. 34, de 9 de febrero de 2023
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº. 102, de 29 de abril de 1986.
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 100, de 26 de mayo de 1997.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº. 128, de 29 de mayo de 2003.
- Ley 2/1990, de 5 de abril, de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia. BORM núm. 96, de 27 de abril de 1990.

- Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público. BOE núm. 312, de 29 de diciembre de 2021.
- Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud. BOE núm. 239, de 6 de octubre de 1999.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE nº. 240, de 5 de octubre de 2011.
- Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. BORM núm. 76, de 4 de agosto de 1994.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
- Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. BOE núm. 294, de 21 de diciembre de 2001.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 301, de 17/12/2003.
- Ley 7/2004, de organización y régimen jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM núm. 11, de 30 de diciembre de 2014.
- Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. BOE núm. 50, de 27 de febrero de 2001.
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. BOE núm. 202, de 21 de agosto de 2008.
- Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 10 de abril de 2019 y publicado mediante Resolución del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de 26 de abril de 2019 (BOE nº 109 de 07/05/2019). Disponible en https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf.
- Ministerio de Sanidad (2023). Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española. FASE 2 – Informe sobre el análisis de la situación actual de la Atención Primaria en España RFS REFORM/SC2021/058. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Informe_Fase2.pdf
- Ministerio de Sanidad (2023). Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española. FASE 3 – Informe sobre Estudios de Caso en reformas de Atención Primaria RFS REFORM/SC2021/058. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Informe_Fase3_vfinal_ES.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005.

- Monterde, D., Vela, E., Clèries, M. (2016). Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Atención Primaria*, 48(10), 674-682.
- Monterde, D., Vela, E., Clèries, M. (2018). Informe del proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro de publicaciones. Madrid.
- Morgan A, Ziglio E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*, Suppl 2: 17-22.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. Leicester (UK): British Psychological Society (UK) (NICE Clinical Guidelines, No. 123.)
- OCDE (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Disponible aquí: <https://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>
- Orden de 11 de octubre de 2021 de la Consejería de Salud, por la que se actualiza el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes al personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la adecuación de titulaciones exigidas y a la creación, modificación y supresión de determinadas opciones. BORM núm. 238, de 14 de octubre de 2021.
- Orden de 12 de mayo de 2005, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. BORM núm. 130, de 8 de junio de 2005.
- Orden de 13 de octubre de 1999, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. BORM núm. 251, de 29 de octubre de 1999.
- Orden de 14 de mayo de 2015 de la Consejería de Sanidad y Política Social, por la que se modifica la Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el mapa sanitario de la Región de Murcia y se adecua la Orden de 17 de julio de 2014 de la Consejería de Sanidad y Política Social, por la que se actualiza y aprueba la clasificación y relación de las zonas farmacéuticas de la Región de Murcia. BORM núm. 119, de 26 de mayo de 2015.
- Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. BORM núm. 103, de 7 de mayo de 2009.
- Orden de la Consejería de Sanidad y Política Social de fecha 2 de febrero de 2015, por la que se desarrolla el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la creación de la opción

- de Enfermería Familiar y Comunitaria dentro de la categoría de Diplomado Sanitario Especialista. BORM núm. 43, de 21 de febrero de 2015.
- Orden de la Consejería de Sanidad y Política Social de fecha 2 de febrero de 2015, por la que se desarrolla el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la creación de la opción de Enfermería Pediátrica dentro de la categoría de Diplomado Sanitario Especialista. BORM núm. 47, de 26 de febrero de 2015.
- Organización Mundial de la Salud (2022). Informe mundial sobre la salud mental. Transformar la salud mental para todos. [Disponible en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356118/9789240051966-spa.pdf?sequence=1>]
- Plan de Acción de Atención Primaria Comunitaria (PRI) 2022/2023. Disponible aquí: https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/estrategia_de_salud_comunitaria_es
- Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Acuerdo de 15 de diciembre de 2021 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf).
- Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023. Disponible aquí: https://www.aragon.es/documents/20127/91222034/Plan+de+Atención+Primaria+y+Comunitaria+de+Aragón+2022_2023.pdf/5cbbac4-7eb0-3896-43e0-103f986c758a?t=1649261164348
- Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Gobierno de España. Disponible aquí: <https://planderrecuperacion.gob.es/preguntas/cual-es-el-cronograma-para-la-recepcion-y-ejecucion-de-los-fondos-del-MRR>
- Plan de Salud Castilla-La Mancha Horizonte 2025. Disponible aquí: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025>
- Plan Estratégico de Atención Primaria 2022-2026. Consellería de Salut i Consum. Servei SALut Illes Balears. Disponible aquí: https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/19108/1-PRIORITARI%20-%20Plan_Estratégico_de_Atención_Primaria_del_Servicio_de_Salud_de_las_Islas_Baleares_2022-2026.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Plan Integral de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2022/2023. Disponible aquí: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/profesionales/plan-integral-mejora-atencion-primaria>
- Proyecto Regional Integral. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Principado de Asturias. Disponible aquí: <https://www.astursalud.es/documents/35439/841781/Proyecto+Regional+Integral+del+Plan+de+Acción+de+Atención+Primaria+y+Comunitaria+2022-2023+%281%29.pdf/ba5f0022-4cd4-f2f0-bee4-55a8691aaba6?t=1662582172391>

- Rathe M, Hernández-Peña P, Pescetto C, Van Mosseveld C, Borges dos Santos MA, Rivas L (2022). Gasto en atención primaria en salud en las Américas: medir lo que importa. *Revista Panamericana de Salud Pública* 46, 2022.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27, de 1 de febrero de 1984.
- Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. BOE núm. 83, de 7 de julio de 2015.
- Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 21, de 25 de enero de 2000.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº. 177, de 25 de julio de 2015.
- Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. BOE núm. 261, de 31 de octubre de 2015.
- Real Decreto-ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE núm. 161, de 6 de julio de 2022.
- Real Decreto-ley 14/2021, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público. BOE núm. 161, de 7 de julio de 2021.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012.
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE nº. 183, de 30 de julio de 2018.
- Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de febrero de 2021 por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia. DOUE núm. 57, de 18 de febrero de 2021.
- Resolución de 30 de enero de 2023 del Secretario General de la Consejería de Salud, por la que se dispone la publicación de autorización de Consejo de Gobierno de 26 de enero de 2023 en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, de ratificación del Acuerdo suscrito por la Consejería de Salud y las organizaciones sindicales SATSE, CESM y CSIF, de 25 de noviembre de 2022, de adopción de medidas para la mejora y fortalecimiento de la asistencia sanitaria en la Región de Murcia. BORM núm. 33, de 10 de febrero de 2023.

Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia del Acuerdo del Consejo de Administración por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público del Servicio Murciano de Salud, correspondiente al proceso de estabilización de empleo temporal, de conformidad con la Ley 20/21, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de temporalidad en el empleo público. BORM núm. 119, de 25 de mayo de 2022.

Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se ordena la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia del Acuerdo suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y las organizaciones sindicales CESM, UGT y CSIF, sobre las bases a las que se deberán ajustar las convocatorias derivadas de las ofertas de empleo público y las de las plazas que han de ser provistas por el procedimiento de promoción interna, correspondientes a los años 2019, 2020 y 2021, y del plan de estabilización de empleo temporal según lo dispuesto en la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, tras su ratificación por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. BORM núm. 286, de 13 de diciembre de 2022.

SEPEN, Katholieke Universiteit Leuven, Semmelweis University Budapest, Eszter Kovács, Péter Szegner, Lívia Langner, Márta Sziklai, Miklós Szócska, Walter Sermeus, Michel Van Hoegaerden, Elias Van Deun, y Britt Snyers (2021). Mapping of National Health Workforce Planning and Policies in the EU-28: Final Study Report. LU: Publications Office of the European Union.

Servicio Andaluz de Salud (2000). Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria. Documento de Trabajo. Disponible aquí: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/GESTION.pdf

Servicio Canario de Salud (2022). La Atención Psicológica en Atención Primaria en Canarias. Documento Marco. Dirección General de Programas Asistenciales. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>).

APÉNDICE 1

ÁREAS DE SALUD Y ZONAS BÁSICAS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA

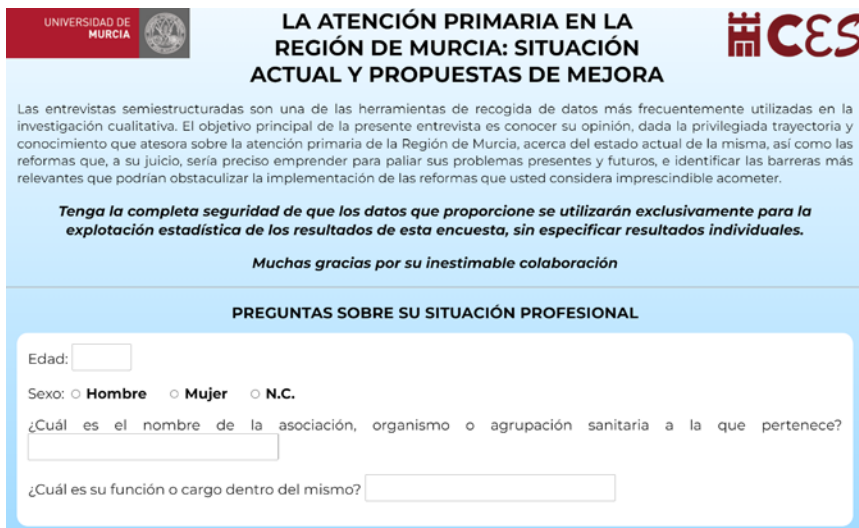
AS	NOMBRE	ZBS	HOSPITAL DE REFERENCIA
1	MURCIA/OESTE	ALCANTARILLA/CASCO, ALCANTARILLA/SANGONERA, ALHAMA DE MURCIA, MULA, MURCIA/ESPINARDO, MURCIA SAN ANDRÉS, MURCIA/LA NORA, NONDUERMAS, MURCIA/LA ALBERCA, MURCIA/ALGEZARES, MURCIA/EL PALMAR, MURCIA/CAMPO DE CARTAGENA, MURCIA/SANGONERA LA VERDE, MURCIA/ALJUCER, LIBRILLA.	Hospital Virgen de la Arrixaca
2	CARTAGENA	CARTAGENA/OESTE, CARTAGENA/MOLINOS MARFAGONES, CARTAGENA/SAN ANTÓN, CARTAGENA/LOS BARREROS, CARTAGENA/LOS DOLORES, CARTAGENA Bº PERAL, CARTAGENA/POZO ESTRECHO, CARTAGENA/ESTE, CARTAGENA/CASCO, CARTAGENA/SANTA LUCÍA, CARTAGENA/MAR MENOR, FUENTE ÁLAMO, MAZARRÓN, LA UNIÓN, LA MANGA, PUERTO DE MAZARRÓN, CARTAGENA/SANTA ANA.	Complejo hospitalario Santa Lucía-Santa María del Rosell
3	LORCA	ÁGUILAS/SUR, ÁGUILAS/NORTE, LORCA/CENTRO, LORCA/SAN DIEGO, LORCA/SAN JOSÉ, LORCA/LA PACA, PUERTO LUMBRERAS, TOTANA/NORTE, LORCA/SUTULLENA, TOTANA/SUR, LORCA/SAN CRISTÓBAL.	Hospital Rafael Méndez
4	NOROESTE	BULLAS, CALASPARRA, CARAVACA, CARAVACA/BARRANDA, CEHEGÍN, MORATALLA.	Hospital Comarcal del Noroeste
5	ALTIPLANO	JUMILLA, YECLA/ESTE, YECLA/OESTE.	Hospital Virgen del Castillo

AS	NOMBRE	ZBS	HOSPITAL DE REFERENCIA
6	VEGA MEDIA DEL SEGURA	MURCIA/VISTA ALEGRE, MURCIA/ STA. M. GRACIA, MURCIA/CABEZO TORRES, MURCIA/CENTRO, ABANILLA, ALGUAZAS, ARCHENA, FORTUNA, MOLINA/NORTE, MOLINA/SUR, TORRES DE COTILLAS, CEUTÍ, LORQUÍ, MURCIA/SANT. Y ZARAICHE, MURCIA/ZARANDONA, MURCIA/EL RANERO, MOLINA/ESTE.	Hospital General Universitario Morales Meseguer
7	MURCIA/ESTE	BENIEL, MURCIA/VISTABELLA, MURCIA/ BENIAJÁN, MURCIA/ALQUERÍAS, MURCIA/ PUENTE TOCINOS, MURCIA/MONTEAGUDO, MURCIA/BARRIO DEL CARMEN, MURCIA/ INFANTE JUAN MANUEL, SANTOMERA, MURCIA/SANTIAGO EL MAYOR, MURCIA/ FLORIDABLANCA, MURCIA/LLANO DE BRUJAS.	Hospital General Universitario Reina Sofía
8	MAR MENOR	SAN JAVIER, SAN PEDRO DEL PINATAR, TORRE PACHECO/ESTE, LOS ALCÁZARES, TORRE PACHECO/OESTE.	Hospital Los Arcos
9	VEGA ALTA DEL SEGURA	ABARÁN, CIEZA/ESTE, CIEZA/ OESTE, BLANCA.	Hospital de la Vega Lorenzo Guirao



APÉNDICE 2

CUESTIONARIO DIRIGIDO A INSTITUCIONES (SOCIEDADES CIENTÍFICAS, COLEGIOS PROFESIONALES, ASOCIACIONES).

El cuestionario, accesible a través de una página web (<https://www.um.es/esyec/cesap23/>), comienza con una pantalla en la que se presenta el estudio y se recaban los datos identificativos de la persona que lo responde: sexo, edad, institución a la que pertenece/representa y cargo que ocupa en ella.



The screenshot shows a survey form with a blue header and a white body. The header includes the University of Murcia logo and the title 'LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA: SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA'. The body contains an introductory paragraph, a security statement, and a section titled 'PREGUNTAS SOBRE SU SITUACIÓN PROFESIONAL' with input fields for age, sex, and affiliation.

UNIVERSIDAD DE MURCIA  **LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA: SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA** 

Las entrevistas semiestructuradas son una de las herramientas de recogida de datos más frecuentemente utilizadas en la investigación cualitativa. El objetivo principal de la presente entrevista es conocer su opinión, dada la privilegiada trayectoria y conocimiento que atesora sobre la atención primaria de la Región de Murcia, acerca del estado actual de la misma, así como las reformas que, a su juicio, sería preciso emprender para paliar sus problemas presentes y futuros, e identificar las barreras más relevantes que podrían obstaculizar la implementación de las reformas que usted considera imprescindible acometer.

Tenga la completa seguridad de que los datos que proporcione se utilizarán exclusivamente para la explotación estadística de los resultados de esta encuesta, sin especificar resultados individuales.

Muchas gracias por su inestimable colaboración

PREGUNTAS SOBRE SU SITUACIÓN PROFESIONAL

Edad:

Sexo: Hombre Mujer N.C.

¿Cuál es el nombre de la asociación, organismo o agrupación sanitaria a la que pertenece?

¿Cuál es su función o cargo dentro del mismo?

La primera pregunta muestra las seis grandes áreas en las que cabe ubicar los problemas (y soluciones) del sistema regional de atención primaria de salud, describiéndose su contenido, y ofreciendo al encuestado la posibilidad de añadir, si así lo considera, alguna otra área.

PREGUNTAS SOBRE DEBILIDADES, PROPUESTAS DE MEJORA E IMPEDIMENTOS

1 A priori, los investigadores de este proyecto identificamos **seis** grandes áreas dentro de las cuales ubicar los principales problemas y soluciones del sistema de atención primaria de la Región de Murcia. Estas áreas, y sus contenidos básicos, son las siguientes:

Planificación (ordenación de las áreas de salud, diferencia entre zonas urbanas y rurales, población asignada, recursos estructurales: centros de salud y consultorios).

Gestión y organización (modelo de gestión, modelo de coordinación entre niveles asistenciales, modelo de coordinación entre los equipos de atención primaria y los servicios sociales, modelo de gestión clínica).

Recursos humanos (política de recursos humanos, composición y organización -roles y competencias- de los equipos de atención primaria, planes de captación y retención de personal de atención primaria).

Financiación (presupuestación en atención primaria, suficiencia financiera de la atención primaria).

Infraestructuras y equipamientos (disponibilidad de equipamiento médico, digitalización de los servicios de atención primaria, información compartida con otros niveles asistenciales y servicios sociales, calidad de las infraestructuras, planes de revisión y adecuación de las infraestructuras).

Cartera de servicios (composición e idoneidad).

En su opinión, ¿cree que estas seis áreas representan **todas las dimensiones relevantes** para acotar las principales debilidades de la atención primaria en la Región de Murcia?

SÍ **NO**

A continuación, se pide a los encuestados que mencionen las principales debilidades de la atención primaria en la Región de Murcia, agrupando sus respuestas en las seis áreas mencionadas (y, en su caso, la/s que hubiera podido añadir en la primera pregunta).

2 A su juicio, ¿cuáles serían las principales **debilidades** que reviste el sistema de atención primaria en la Región de Murcia? Enmarque sus opiniones dentro de las categorías antes citadas y que figuran a continuación:

En relación a **Planificación**:

Describe una debilidad... [+ Añadir una debilidad](#)
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Gestión y organización**:

Describe una debilidad... [+ Añadir una debilidad](#)
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Recursos humanos**:

Describe una debilidad... [+ Añadir una debilidad](#)
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Financiación**:

Describe una debilidad... [+ Añadir una debilidad](#)
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Infraestructuras y equipamientos**:

Describe una debilidad... [+ Añadir una debilidad](#)
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Cartera de servicios**:

Describe una debilidad... [+ Añadir una debilidad](#)
(puede incluir cuantas estime oportunas)

Una vez señaladas todos los puntos débiles, por grandes áreas, se pide a quienes responden al cuestionario que las ordenen, atendiendo a su mayor o menor importancia, urgencia o gravedad.

3 Ante usted se muestran todas las debilidades que describió en su respuesta a la anterior pregunta, asociándose a cada una de ellas la etiqueta identificativa de la categoría a la que corresponda (p.ej. Planificación, Financiación, etc.).

Ordene, por favor, de mayor a menor importancia o gravedad, las debilidades mostradas. Para ello, deslice cada una de las debilidades a la caja de la izquierda, comenzando por aquella de ellas que, según su punto de vista, revista una mayor gravedad. Cada vez que deposite una debilidad en la caja, aparecerá a la derecha el número correspondiente a la posición que ocupa la misma en su orden de importancia, comenzando por el número 1 (indicativo de la debilidad que ha depositado en primer lugar y, por tanto, considera más grave), seguido por el número 2, 3 y así sucesivamente hasta concluir la ordenación de todas las debilidades.

Debilidades del sistema de Atención Primaria

→ Enviar

← Devolver

⌂ Restablecer

En las imágenes siguientes se muestra un ejemplo de esta pregunta, al inicio de la tarea de ordenación —donde aparece el listado de debilidades, con identificación del área en la que se insertan—, y a mitad de la ejecución de dicha tarea —donde aparecen situadas en orden de prelación algunas de ellas—. Los encuestados deben situar todas las debilidades referidas en el recuadro azul de la izquierda en el recuadro verde de la derecha, según la prioridad que asignan a cada uno de los puntos débiles identificados. (Para el ejemplo se han seleccionado aleatoriamente respuestas recogidas de diferentes participantes).

Debilidades del sistema de Atención Primaria

Escasez de consultorios (Infraestructuras)

Contigüidad (Infraestructuras)

Dificultades del modelo de gerencia única (Infraestructuras)

Faltan colaboraciones público-privadas (Gestión y organización)

Burocracia incremental (Gestión y organización)

Ausencia de liderazgo de la Atención Primaria (Gestión y organización)

Inadecuada distribución de roles (Recursos humanos)

Falta de incentivos por resultados (Recursos humanos)

Mala gestión de bolsas de trabajo (Recursos humanos)

Insuficiencia presupuestaria (Financiación)

Necesidad de partidas finalistas (Financiación)

Mal reparto entre primaria y especializada (Financiación)

Ausencia de consulta propia para cada profesional (Infraestructuras y equipamientos)

Consultas estructuralmente inadecuadas, inseguras y peligrosas (Infraestructuras y equipamientos)

Necesidad de equipos de diagnóstico (Infraestructuras y equipamientos)

Revisión de prácticas con poco impacto en salud (Centros de servicios)

Cartero eminentemente asistencial (Centros de servicios)

Insuficiente cobertura de la salud buco-dental (Centros de servicios)

→ Enviar

← Devolver

⌂ Restablecer

Debilidades del sistema de Atención Primaria

Coroplacismo
(Planificación)

Dificultades del modelo de gerencia única
(Planificación)

Faltan colaboraciones publico-privadas
(Gestión y organización)

Burocracia incremental
(Gestión y organización)

Ausencia de liderazgo de la Atención Primaria
(Gestión y organización)

Falta de incentivos por resultados
(Recursos humanos)

Mala gestión de bolsas de trabajo
(Recursos humanos)

Necesidad de partidas finalistas
(Financiación)

Mal reparto entre primaria y especializada
(Financiación)

Ausencia de consulta propia para cada profesional
(Infraestructuras y equipamientos)

Consultas estructuralmente inadecuadas, inseguras y peligrosas
(Infraestructuras y equipamientos)

Revisión de prácticas con poco impacto en salud
(Cartera de servicios)

Cartera eminentemente asistencial
(Cartera de servicios)

Insuficiente cobertura de la salud buco-dental
(Cartera de servicios)

→ Enviar

← Devolver

⌂ Restablecer

- 1 - Inadecuada distribución de roles
(Recursos humanos)
- 2 - Necesidad de equipos de diagnóstico
(Infraestructuras y equipamientos)
- 3 - Insuficiencia presupuestaria
(Financiación)
- 4 - Escasez de consultorios
(Financiación)

La siguiente pregunta inquiriere acerca de las medidas de reforma que se sugieren para subsanar o paliar las debilidades mencionadas. De nuevo, la enumeración de reformas se realiza por grandes áreas.

4 ¿Qué **medidas o reformas** propondría usted para subsanar o al menos paliar las debilidades antes mencionadas?

En relación a **Planificación**:

Describe una medida... + Añadir una medida
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Gestión y organización**:

Describe una medida... + Añadir una medida
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Recursos humanos**:

Describe una medida... + Añadir una medida
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Financiación**:

Describe una medida... + Añadir una medida
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Infraestructuras y equipamientos**:

Describe una medida... + Añadir una medida
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Cartera de servicios**:

Describe una medida... + Añadir una medida
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En la siguiente captura se muestra un ejemplo de esta pregunta en proceso de ser respondida.

4 ¿Qué **medidas o reformas** propondría usted para subsanar o al menos paliar las debilidades antes mencionadas?

En relación a **Planificación**:

- Incrementar las ZBS Borrar
- Plantear planes de, al menos, 10 años Borrar
- Crear organismos de participación ciudadana Borrar

Describe una medida... + Añadir una medida
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Gestión y organización**:

- Reglamentar el reparto de roles en los EAP Borrar
- Gerencia de atención primaria en todas las áreas de salud Borrar

Describe una medida... + Añadir una medida
(puede incluir cuantas estime oportunas)

En relación a **Recursos humanos**:

Describe una medida... + Añadir una medida
(puede incluir cuantas estime oportunas)

Como en el caso de las debilidades, lo siguiente que se pide a los encuestados es que ordenen, de mayor a menor prioridad, las medidas o reformas propuestas. El proceso es idéntico al comentado anteriormente y en las siguientes capturas de imagen se muestran distintas fases de realización de la tarea.

5 Ante usted se muestran todas las medidas de reforma que describió en su respuesta a la anterior pregunta, asociándose a cada una de ellas la etiqueta identificativa de la categoría a la que corresponda (p.ej. Planificación, Financiación, etc.).

Ordene, por favor, de mayor a menor prioridad, las medidas mostradas. Para ello, deslice cada una de las medidas a la caja de la izquierda, comenzando por aquella de ellas que, según su punto de vista, haya que acometer de forma más prioritaria. Cada vez que deposite una medida en la caja, aparecerá a la derecha el número correspondiente a la posición que ocupa la misma en su orden de prioridad, comenzando por el número 1 (indicativo de la medida que ha depositado en primer lugar y, por tanto, considera más prioritario), seguido por el número 2, 3 y así sucesivamente hasta concluir su ordenación.

Medidas de mejora del sistema de Atención Primaria

- Incrementar las ZBS (Planificación)
- Plantear planes de, al menos, 10 años (Planificación)
- Crear organismos de participación ciudadana (Planificación)
- Reglamentar el reparto de roles en los EAP (Gestión y organización)
- Gerencia de atención primaria en todas las áreas de salud (Gestión y organización)
- Modificar la normativa sobre funciones del personal (Recursos humanos)
- Hacer más visible y atractiva la AP a los MIR y estudiantes de medicina (Recursos humanos)
- Carrera profesional basada en méritos (Recursos humanos)
- Aumentar el presupuesto de AP (Financiación)
- Presupuesto basado en objetivos e incentivado por resultados (Financiación)
- Implementar un programa de reforma de centros (Infraestructuras y equipamientos)
- Apostar por un nuevo sistema informático (Infraestructuras y equipamientos)
- Adecuar los centros a la normativa de accesibilidad (Infraestructuras y equipamientos)
- Dejar de hacer actuaciones sin valor clínico (Cartera de servicios)
- Ampliar la cobertura de salud buco-dental (Cartera de servicios)
- Inclusión del psicólogo en la cartera de servicios (Cartera de servicios)

→ Enviar

← Devolver

⊕ Restablecer

Medidas de mejora del sistema de Atención Primaria

Incrementar las ZBS
(Estructuras)

Plantear planes de, al menos, 10 años
(Planificación)

Gerencia de atención primaria en todas las áreas de salud
(Gestión y organización)

Modificar la normativa sobre funciones del personal
(Recursos humanos)

Carrera profesional basada en méritos
(Recursos humanos)

Aumentar el presupuesto de AP
(Financiación)

Presupuesto basado en objetivos e incentivado por resultados
(Financiación)

Implementar un programa de reforma de centros
(Infraestructuras y equipamientos)

Dejar de hacer actuaciones sin valor clínico
(Cartera de servicios)

Ampliciar la cobertura de salud buco-dental
(Cartera de servicios)

Inclusión del psicólogo en la cartera de servicios
(Cartera de servicios)

→ Enviar

← Devolver

⊕ Restablecer

- 1 - Apoyar por un nuevo sistema informático (estructuras y equipamientos)
- 2 - Reglamentar el reparto de roles en los EAP (gestión y organización)
- 3 - Hacer más visible y atractiva la AP a los MIR y estudiantes de medicina (recursos humanos)
- 4 - Crear organismos de participación ciudadana (planificación)
- 5 - Adecuar los centros a la normativa de accesibilidad (infraestructuras y equipamientos)

A continuación, los encuestados han de identificar, para cada una de las medidas de reforma que propusieron en la pregunta 4, posibles obstáculos o impedimentos, de distinta naturaleza (técnica, política, etc.), que pudieran comprometer su puesta en marcha y efectividad. Como en los casos anteriores, las medidas cuyos impedimentos han de identificarse se agrupan por áreas.

6 En su opinión, ¿cuáles serían los principales **impedimentos** (técnicos, materiales, políticos, etc.) que, en caso de existir, podrían obstaculizar la puesta en marcha de las medidas de reforma que usted ha propuesto? Indíquelos a continuación, relacionándolos con cada medida:

En relación a **Planificación:**

Impedimentos a la medida **"Incrementar las ZBS"**:

- ⊖ **Restricciones legales**
 Borrar
➔ Añadir un impedimento
- Impedimentos a la medida **"Plantear planes de, al menos, 10 años"**:
- ⊖ **Miopía política**
 Borrar
➔ Añadir un impedimento
- Impedimentos a la medida **"Crear organismos de participación ciudadana"**:
- ⊖ **Falta de cultura participativa**
 Borrar
➔ Añadir un impedimento

En relación a **Gestión y organización:**

Impedimentos a la medida **"Reglamentar el reparto de roles en los EAP"**:

- ⊖ **Dificultad para desarrollar normativa**
 Borrar
➔ Añadir un impedimento
- Impedimentos a la medida **"Gerencia de atención primaria en todas las áreas de salud"**:
- ⊖ **Ausencia de consenso político**
 Borrar
➔ Añadir un impedimento

En relación a **Recursos humanos:**

Impedimentos a la medida **"Modificar la normativa sobre funciones del personal"**:

- Borrar
➔ Añadir un impedimento
- Impedimentos a la medida **"Hacer más visible y atractiva la AP a los MIR y estudiantes de medicina"**:
- Borrar
➔ Añadir un impedimento
- Impedimentos a la medida **"Carrera profesional basada en méritos"**:
- Borrar
➔ Añadir un impedimento

La última parte del cuestionario versa sobre la Estrategia de Mejora de la Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 elaborada por el Servicio Murciano de Salud. En primer lugar, se pregunta a los encuestados si conocen dicha iniciativa y, en caso de que la respuesta sea afirmativa, su grado de conocimiento de esta, en una escala de 0 a 10.

8 Dado su conocimiento de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 de la Región de Murcia, ¿qué medidas de reforma de las que ha señalado con anterioridad cree que están recogidas en la EMAP?

- TODAS**
- ALGUNAS**
- NINGUNA**

En caso de que la respuesta sea “ALGUNAS”, se pide al encuestado que identifique exactamente cuáles están, a su juicio, incluidas en la estrategia del SMS, para lo cual se recuperan todas las medidas que él/ella incluyó en su respuesta a la pregunta 4, con el fin de que señale únicamente aquellas que se pueden identificar en la EMAP.

8 Dado su conocimiento de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 de la Región de Murcia, ¿qué medidas de reforma de las que ha señalado con anterioridad cree que están recogidas en la EMAP?

- TODAS**
- ALGUNAS**
- NINGUNA**


Tenga la bondad de indicar cuál o cuáles exactamente considera que están incluidas en la EMAP. Para ello solo tiene que marcar el recuadro que hay a la derecha de cada una de las medidas de reforma que antes señaló y que ahora volvemos a mostrarle:

- Incluir el psicólogo en la cartera de servicios (Cartera de servicios)
- Presupuesto basado en objetivos e Incentivado por resultados (Financiación)
- Aumentar el presupuesto de AP (Financiación)
- Ampliar la cobertura de salud buco-dental (Cartera de servicios)
- Dejar de hacer actuaciones sin valor clínico (Cartera de servicios)
- Implementar un programa de reforma de centros (Infraestructuras y equipamientos)
- Gerencia de atención primaria en todas las áreas de salud (Gestión y organización)
- Carrera profesional basada en méritos (Recursos humanos)
- Modificar la normativa sobre funciones del personal (Recursos humanos)
- Plantear planes de, al menos, 10 años (Planificación)
- Incrementar las ZBS (Planificación)
- Apostar por un nuevo sistema informático (Infraestructuras y equipamientos)
- Reglamentar el reparto de roles en los EAP (Gestión y organización)
- Hacer más visible y atractiva la AP a los MIR y estudiantes de medicina (Recursos humanos)
- Crear organismos de participación ciudadana (Planificación)
- Adecuar los centros a la normativa de accesibilidad (Infraestructuras y equipamientos)

Con esta pregunta finaliza el cuestionario. En el supuesto de que alguna pregunta hubiese quedado sin responder, el encuestado sería informado de qué preguntas están pendientes de completar, antes de que pueda enviar sus respuestas. Así mismo, se le da la opción de volver al inicio y revisar las respuestas a cada una de las preguntas planteadas.

Gracias por su atención. A continuación le resumimos las respuestas que quedan pendientes de completar en su cuestionario:

Si desea repasar sus respuestas, puede [volver al principio del cuestionario](#). Si cree que todas sus respuestas están completas, pulse el botón a continuación:

 **Enviar respuestas**

APÉNDICE 3

GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA: GRUPO FOCAL

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA REGIÓN DE MURCIA: SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA

(Estudio financiado por el Consejo Económico y Social de la Región de Murcia)

Las entrevistas semiestructuradas son una de las herramientas de recogida de datos más frecuentemente utilizadas en la investigación cualitativa. El objetivo principal de la presente entrevista es conocer su opinión, dada la privilegiada trayectoria y conocimiento que atesora sobre la atención primaria de la Región de Murcia, acerca del estado actual de la misma, así como las reformas que, a su juicio, sería preciso emprender para paliar sus problemas presentes y futuros, e identificar las barreras más relevantes que podrían obstaculizar la implementación de las reformas que usted considera imprescindible acometer.

Muchas gracias por su inestimable colaboración

1. A priori, los investigadores de este proyecto identificamos seis grandes áreas dentro de las cuales ubicar los principales problemas y soluciones del sistema de atención primaria de la Región de Murcia. Estas áreas, y sus contenidos básicos, son las siguientes:

- *Planificación* (ordenación de las Áreas de Salud, diferencia entre zonas urbanas y rurales, población asignada, recursos estructurales: centros de salud y consultorios).
- *Gestión y organización* (modelo de gestión, modelo de coordinación entre niveles asistenciales, modelo de coordinación entre los equipos de atención primaria y los servicios sociales, modelo de gestión clínica).

- *Recursos humanos* (política de recursos humanos, composición y organización —roles y competencias— de los equipos de atención primaria, planes de captación y retención de personal de atención primaria).
- *Financiación* (presupuestación en atención primaria, suficiencia financiera de la atención primaria).
- *Infraestructuras y equipamientos* (disponibilidad de equipamiento médico, digitalización de los servicios de atención primaria, información compartida con otros niveles asistenciales y servicios sociales, calidad de las infraestructuras, planes de revisión y adecuación de las infraestructuras).
- *Cartera de servicios* (composición e idoneidad).

En su opinión, ¿cree que estas seis áreas representan todas las dimensiones relevantes para acotar las principales debilidades de la atención primaria en la Región de Murcia?

SÍ

NO

Si ha respondido que SÍ pase a la siguiente pregunta. Si ha respondido que NO, tenga la bondad de señalar a continuación qué otras áreas añadiría y qué aspectos abarcarían:

2. A su juicio, ¿cuáles serían las principales debilidades que reviste el sistema de atención primaria en la Región de Murcia? Enmarque sus opiniones dentro de las categorías antes citadas y que figuran a continuación [puede usted mencionar cuantas debilidades estime oportunas]

a) En relación con la *Planificación*:

.....

b) En relación con la *Gestión y organización*:

.....

c) En relación con los *Recursos humanos*:

.....

d) En relación con la *Financiación*:

.....

e) En relación con las *Infraestructuras y equipamientos*:

.....

f) En relación con la *Cartera de servicios*:

.....

g) En relación con *Otras posibles áreas* no explicitadas inicialmente (solo procede responder aquí si contestó NO a la pregunta nº 1):

.....

3. Ante usted se muestran todas las debilidades que describió en su respuesta a la anterior pregunta, asociándose a cada una de ellas la etiqueta identificativa de la categoría a la que corresponda (p.ej. Planificación, Financiación, etc.).

Ordene, por favor, de mayor a menor importancia o gravedad, las debilidades mostradas. Para ello, deslice cada una de las debilidades a la caja de la izquierda, comenzando por aquella de ellas que, según su punto de vista, revista una mayor gravedad. Cada vez que deposite una debilidad en la caja, aparecerá a la derecha el número correspondiente a la posición que ocupa la misma en su orden de importancia, comenzando por el número 1 (indicativo de la debilidad que ha depositado en primer lugar y, por tanto, considera más grave), seguido por el número 2, 3 y así sucesivamente hasta concluir la ordenación de todas las debilidades.

DEBILIDADES	Nº de orden

4. ¿Qué medidas o reformas propondría usted para subsanar o al menos paliar las debilidades antes mencionadas? [puede usted mencionar cuantas medidas estime oportunas]

a) En relación con la *Planificación*:

.....

b) En relación con la *Gestión y organización*:

.....

c) En relación con los *Recursos humanos*:

.....

d) En relación con la *Financiación*:

.....

e) En relación con las *Infraestructuras y equipamientos*:

.....

f) En relación con la *Cartera de servicios*:

.....

g) En relación con *Otras posibles áreas* no explicitadas inicialmente (solo procede responder aquí si contestó NO a la pregunta nº 1):

.....

5. Ante usted se muestran todas las medidas de reforma que describió en su respuesta a la anterior pregunta, asociándose a cada una de ellas la etiqueta identificativa de la categoría a la que corresponda (p.ej. Planificación, Financiación, etc.).

Ordene, por favor, de mayor a menor prioridad, las medidas mostradas. Para ello, deslice cada una de las medidas a la caja de la izquierda, comenzando por aquella de ellas que, según su punto de vista, haya que acometer de forma más prioritaria. Cada vez que deposite una medida en la caja, aparecerá a la derecha el número correspondiente a la posición que ocupa la misma en su orden de prioridad, comenzando por el número 1 (indicativo de la medida que ha depositado en primer lugar y, por tanto, considera más prioritario), seguido por el número 2, 3 y así sucesivamente hasta concluir su ordenación.

MEDIDAS DE REFORMA	Nº de orden

6. En su opinión, ¿cuáles serían los principales impedimentos (técnicos, materiales, políticos, etc.) que, en caso de existir, podrían obstaculizar la puesta en marcha de las medidas de reforma que usted ha propuesto? [puede usted mencionar cuantos impedimentos estime oportunos]

a) En relación con la *Planificación*:

Medidas	Impedimentos
<i>Medida 1</i>	
...	

b) En relación con la *Gestión y organización*:

Medidas	Impedimentos
Medida 1	
...	

c) En relación con los *Recursos humanos*:

Medidas	Impedimentos
Medida 1	
...	

d) En relación con la *Financiación*:

Medidas	Impedimentos
Medida 1	
...	

e) En relación con las *Infraestructuras y equipamientos*:

Medidas	Impedimentos
Medida 1	
...	

f) En relación con la *Cartera de servicios*:

Medidas	Impedimentos
Medida 1	
...	

g) En relación con *Otras áreas* (solo si respondió NO a la pregunta nº 1):

Medidas	Impedimentos
Medida 1	
...	

7. ¿Conoce de la existencia de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 de la Región de Murcia elaborada por el Gobierno regional y el Servicio Murciano de Salud?

SÍ

NO

Si ha respondido que SÍ pase a la siguiente pregunta. Si ha respondido que NO, vaya a la pregunta número 9.

8. ¿Qué grado de conocimiento posee del contenido de la Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 de la Región de Murcia?

MUY ESCASO ESCASO ACEPTABLE ELEVADO MUY ELEVADO

9. La Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 de la Región de Murcia identifica 5 ejes estratégicos:

1. Adaptar el modelo de la Atención Primaria hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con perspectiva comunitaria.
2. Reforzar la accesibilidad, la equidad y la humanización de la Atención Primaria.
3. Impulsar el liderazgo, la gestión, la resolutiveidad y la sostenibilidad de la Atención Primaria.
4. Promover la mejora, el desarrollo y el reconocimiento del profesional de la Atención Primaria.
5. Desarrollar la transformación digital para lograr una Atención Primaria más eficiente.

Por favor, ordene, de acuerdo con su propia opinión, estos 5 ejes de mayor a menor orden de prioridad. Para ello, deslice cada uno de los ejes a la caja de la izquierda, comenzando por aquel de ellos que, según su punto de vista, sea más relevante y prioritario. Cada vez que deposite un eje en la caja, aparecerá a la derecha el número correspondiente a la posición que ocupa el mismo en su orden de prioridad, comenzando por el número 1 (indicativo del eje que ha depositado en primer lugar y, por tanto, considera más prioritario), seguido por el número 2, 3 y así sucesivamente hasta concluir su ordenación.

EJES ESTRATÉGICOS	Nº de orden

10. Escriba a continuación, por orden de mayor a menor prioridad, aquellas acciones que, en su opinión, deberían abordarse ineludiblemente en la Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 de la Región de Murcia. [puede usted mencionar cuantas acciones estime oportunas]

Acción 1:

.....

Acción 3:

.....

AGRADECIMIENTOS

Entidades que respondieron a la petición de cumplimentar el cuestionario *online*

- Asociación de Matronas de la Región de Murcia
- Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia –(APERMap)
- Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia
- Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia
- Colegio Oficial de Psicología de la Región de Murcia
- Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia
- Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Región de Murcia
- Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de Comisiones Obreras de la Región de Murcia
- Federación Murciana de Asociaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios THADERCONSUMO.
- Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia
- Sindicato de profesionales sanitarios en la RM (SPS)
- Sindicato de Enfermería de la Región de Murcia (SATSE)
- Sindicato Médico de la Región de Murcia (CESM)
- Unión General de Trabajadores Región de Murcia – Sanidad

Integrantes del grupo focal de expertos en gestión:

- Francisco Agulló Roca. Médico de familia. Exdirector Gerente del SMS.
- Andrés Carrillo González. Economista. Gerente del área VI del SMS. Exdirector General de Régimen Económico del SMS. Exconsejero de Hacienda de la CARM.

- Asensio López Santiago. Médico de familia. Exdirector Gerente del SMS.
- Abel J. Novoa Jurado. Médico de familia. Exdirector General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la CARM.
- Pedro Parra Hidalgo. Médico. Exsubdirector General de Calidad, Seguridad y Evaluación del SMS.

RESEÑAS CURRICULARES

José María Abellán Perpiñán es Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales y Catedrático del Departamento de Economía aplicada de la Universidad de Murcia. Miembro del Grupo de investigación en Economía de la salud y evaluación económica de la Universidad de Murcia y del Grupo de Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB). Reúne más de un centenar de publicaciones entre artículos publicados en revistas científicas con factor de impacto, monografías y capítulos de libros. También ha coordinado y participado en numerosos proyectos subvencionados y contratos, financiados tanto por entidades públicas como privadas, de los cuales se han derivado, entre otros logros, la estimación del valor oficial de la vida humana para el cómputo de los costes sociales de la siniestralidad vial y la valoración monetaria de los cuidados informales en España. Recientemente ha participado como experto externo en el Proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española” de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG Reform). Es director del área de salud y servicios sanitarios del Observatorio de Economía Conductual del Colegio de Economistas de Madrid.

Fernando Ignacio Sánchez Martínez es Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales y Catedrático del Departamento de Economía aplicada de la Universidad de Murcia. Miembro del Grupo de investigación en Economía de la salud y evaluación económica de la Universidad de Murcia y del Grupo de Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB). Participa regularmente en proyectos de investigación competitivos y en contratos de investigación con instituciones públicas y privadas y ha publicado numerosos artículos científicos en las principales revistas de su especialidad, tanto nacionales como internacionales, así como diversas monografías sobre el sistema sanitario, la evaluación económica de

tecnologías sanitarias y la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. Es coautor del informe monográfico para España del Observatorio Europeo sobre Sistemas y Políticas de Salud, *Health Systems in Transition* y, ha participado como editor asociado en el Informe SESPAS 2022: *La respuesta a la pandemia de COVID-19. Lecciones aprendidas*, publicado en la revista Gaceta Sanitaria.

Jorge Eduardo Martínez Pérez es Doctor en Economía, profesor titular del Departamento de Economía Aplicada en la Universidad de Murcia, investigador principal del Grupo de Investigación “Economía de la Salud y Evaluación Económica” y coordinador del Grupo de Transferencia de Conocimiento “Evaluación Económica”. Ha publicado más de una veintena de artículos en revistas nacionales e internacionales, además de más de una decena de libros y capítulos en publicaciones colectivas. Ha participado en casi una veintena de proyectos de investigación, tanto de entidades públicas (p.ej. Ministerio Ciencia, Fundación Séneca, Instituto de Salud Carlos III) como privadas (p.ej. Fundación Ramón Areces) y en más de una treintena de contratos y convenios de investigación, tanto con entidades públicas (p.ej. Dirección General de Tráfico) como privadas (p.ej. Fundación BBVA, Fundación RAIS). Es uno de los promotores de la Empresa de Base Tecnológica Habilidades no cognitivas S.L.

Juan José Ruiz López es terapeuta ocupacional y doctorando en Economía de la Salud en la Universidad de Murcia, con un enfoque en salud mental y economía de la salud. Posee experiencia en inserción laboral y rehabilitación psicosocial en *Euroempleo Salud Mental Murcia*. Su formación incluye un máster en Salud Pública y otro en Responsabilidad Social Corporativa, además de un grado en Terapia Ocupacional, mostrando un compromiso con la mejora de la atención primaria y la salud pública.



Región de Murcia

