



Financiado por
la Unión Europea



AARC

NTT DATA



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

AARC - Consortium

Marzo de 2023

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



Financiado por
la Unión Europea



AARC

NTT DATA



Abreviaturas

AB	Advisory Board
AEC	Asociación Enfermería Comunitaria
AEPAP	Asociación Española Pediatría de Atención Primaria
AEPCP	Asociación Española Psicología Clínica y Psicopatología
AEF-APySC	Asociación Española Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria
AGP	Alianza General de Pacientes
FAECAP	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
FAME	Federación de Asociaciones Matronas de España
FEP	Foro Español de Pacientes
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
OWG	Comité Operativo, por sus siglas en inglés <i>Operational Working Group</i>
POP	Plataforma Organizaciones Pacientes
RSWG	Grupos Técnicos Regionales, por sus siglas en inglés <i>Regional Stakeholder Working Groups</i>
SCETSS	Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario
SEDAP	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
SEMERGEN	Sociedad Española Médicos Atención Primaria
SEMFC	Sociedad Española Medicina Familia y Comunitaria
SEMG	Sociedad Española Médicos Generales y de Familia
SEPEAP	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria



Grupos de trabajo participantes

En este Informe han participado diferentes grupos de trabajo, tanto a nivel de redacción y revisión, como a nivel de contribución en el trabajo de campo. Los miembros y función de cada grupo de trabajo que ha participado en el informe hasta la fecha están explicados a continuación. Todas las comunidades autónomas (CC.AA.) están representadas, a nivel técnico, por los Grupos Técnicos Regionales (RSWG, por sus siglas en inglés). Agradecemos su interés y contribución en esta iniciativa.

Los miembros y función de cada grupo de trabajo son los siguientes:

- **Comité Operativo (OWG):** encargado de llevar a cabo el seguimiento operativo y estratégico del proyecto, así como la revisión y validación de los entregables.

Tabla 1. Miembros del Comité Operativo (OWG)

Organización	Nombre y apellidos	Posición
Comisión Europea	María Isabel Farfán Camacho	Policy Officer
Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Calidad Asistencial	Yolanda Agra Varela	Subdirectora General
	Rocío Fernández González	Jefa de Área
	Julio Heras-Mosteiro	Técnico Superior
	Paloma Calleja Toledano	Técnico Superior
	Lourdes Álvarez Callejo	Técnico Superior
NTT Data	Anna Forment García	Jefe de Equipo/ Experto Senior 1
	Liliana Eduarda Ramalho	Experto Senior 2
	Almudena Nake Polo	Jefe de proyecto (PM)
	Jordi Gol Montserrat	Experto junior 1
	Covadonga Casas Rodríguez	Experto junior 2
	Arana Uzcudun Torres	Experto junior 3

- **Advisory Board (AB):** encargado de asesorar al equipo de NTT Data en las actividades necesarias. Está compuesto por 4 expertos internacionales en Atención Primaria:

Tabla 2. Miembros del Advisory Board

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



- **Expertos de Área:** encargados de facilitar información sobre reformas realizadas en otros países (principalmente en Europa).

Tabla 3. Expertos de Área

Nombre y apellidos	Cargo	Área
Amando Martín Zurro	Director del programa de Formación Médica Continuada en Atención Primaria	Planificación
Pilar Astier Peña	Médico de familia de la semFYC. Coordinadora del Grupo de Trabajo en Seguridad del Paciente de la semFYC	Planificación
Siro Lleras Muñoz	Asesor independiente en proyectos de planificación estratégica de centros sanitarios y hospitales	Gestión y Organización
Esteban de Manuel Keenoy	Director del Instituto de Investigación en Servicios de Salud Kronikgune	Recursos Humanos
José María Abellán Perpiñán	Catedrático de la Universidad de Murcia en el Departamento de Economía Aplicada	Financiación
Juan Oliva Moreno	Catedrático Departamento de Análisis Económico de la Universidad de Castilla-La Mancha	Financiación
Josep Vidal Alaball	Coordinador del área de investigación en IDIAPG01	Infraestructura y Equipamiento

- **Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes:** participación en los Talleres *online II* de Estudios de Caso internacionales para proporcionar su opinión y conocimiento sobre aspectos de las reformas que puedan ser transferibles a la realidad de la Atención Primaria en España.

Tabla 4. Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

	Institución	Nombre y Apellidos
Asociaciones de Pacientes	Plataforma Organizaciones Pacientes (POP)	Carina Escobar
	Foro Español de Pacientes (FEP)	
	Alianza General de Pacientes (AGP)	
Sociedades Profesionales	Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)	
	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)	Sagrario Celada Pérez
	Sociedad Española Médicos Generales y de Familia (SEMG)	Francisco José Sáez Martínez
	Sociedad Española Médicos Atención Primaria (SEMERGEN)	
	Sociedad Española Medicina Familia y Comunitaria (SEMFyC)	Asensio López Santiago
	Asociación Española Pediatría de Atención Primaria (AEPAP)	Pedro Gorrotxategui Gorrotxategui
	Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)	Javier Pellegrini Belinchon M ^º del Carmen Sánchez Jiménez
	Asociación Española Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC)	María Montserrat Inglés Novell Fernando Ramos Gómez
	Asociación Española Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)	Carmen Carrió Rodríguez
	Sociedad Científica Española de Trabajo Social Sanitario (SCETSS)	
	Federación de Asociaciones Matronas de España (FAME)	Daniel Morillas Guijarro
Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)		

Esta tabla incluye los nombres de aquellos miembros que han autorizado la publicación de sus datos



- **Expertos internacionales:** encargados de exponer los detalles técnicos de los Estudios de Caso seleccionados en los Talleres *online* y resolver las dudas de los asistentes a los Talleres *online*.

Tabla 5. Expertos internacionales

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

- **Grupos Técnicos Regionales (RSWG):** participación en los Talleres *online* I de Estudios de Caso internacionales para proporcionar su opinión y conocimiento sobre aspectos de las reformas que puedan ser transferibles a la realidad de la Atención Primaria en España (Tabla 6). Algunos miembros de los Grupos Técnicos Regionales designaron a representantes para acudir a las sesiones.

Tabla 6. Grupos Técnicos Regionales (RSWG) / representantes designados que participaron en los Talleres *online* I

CC.AA.	Nombre y apellidos	Cargo
Andalucía	Sebastián Tornero Patricio	Jefe de Servicio de Planificación Operativa (Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud)
Aragón	Javier Marzo Arana	Responsable de Atención Primaria
Asturias (Principado de)	Óscar Suárez Álvarez	Coordinación Asistencial y Cuidados. Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias
Islas Baleares	Patricia Lorente Montalvo	Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnica en la Oficina de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente del Servicio de Salud de las Islas Balear
Islas Canarias		
Cantabria	Cristina Manzanares Arnaiz	Subdirectora médica de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud
Castilla y León	María Yolanda Manchón Díez	Técnico del Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial
Castilla-La Mancha	María Ángeles Martín Octavio	Directora General de Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
Cataluña		
Comunidad Valenciana		
Extremadura	Asunción Campos Cangas	Subdirectora de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud
Galicia	Francisco Jesús Represas Carrera	Jefe del Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Planificación y Reforma Sanitaria.
Madrid (Comunidad de)	Cristina Jiménez Domínguez	Técnico de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria
Murcia (Región de)		
Navarra (Comunidad Foral de)		



País Vasco	Susana Martín Benavides	Subdirectora para la Coordinación de la Atención Primaria
La Rioja	Noemi Marauri Corcuera	Coordinadora de Equipos de Atención Primaria de Enfermería
INGESA (Ceuta y Melilla)		

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



Índice

1. Resumen Ejecutivo.....	1
2. Introducción y objetivos.....	4
3. Metodología.....	5
3.1. Selección de Estudios de Caso para incluir en el informe.....	5
3.1.1. Definición de características significativas.....	5
3.1.2. Revisión bibliográfica.....	6
3.2. Talleres <i>online</i> sobre los Estudios de Caso.....	8
3.2.1. Objetivos.....	8
3.2.2. Asistentes.....	8
3.2.3. Agenda.....	9
3.2.4. Metodología de dinamización de los talleres <i>online</i>	11
4. Resultados.....	14
4.1. Planificación.....	14
4.1.1. Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	14
4.1.2. Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	17
4.2. Gestión y Organización.....	22
4.2.1. Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	22
4.2.2. Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	26
4.3. Recursos Humanos.....	31
4.3.1. Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	31
4.3.2. Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	36
4.4. Financiación.....	41
4.4.1. Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	41
4.4.2. Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	45
4.5. Infraestructura y equipamiento.....	49
4.5.1. Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	49
4.5.2. Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	53
5. Discusión.....	58



5.1.	Planificación.....	58
5.1.1.	Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	58
5.1.2.	Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	58
5.1.3.	Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres <i>online I y II</i> del área de Planificación.....	59
5.2.	Gestión y Organización.....	60
5.2.1.	Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	60
5.2.2.	Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	60
5.2.3.	Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres <i>online I y II</i> del área de Gestión y Organización.....	61
5.3.	Recursos Humanos.....	62
5.3.1.	Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	62
5.3.2.	Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	62
5.3.3.	Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres <i>online I y II</i> del área de Recursos Humanos.....	63
5.4.	Financiación.....	63
5.4.1.	Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	63
5.4.2.	Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	64
5.4.3.	Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres <i>online I y II</i> del área de Financiación.....	65
5.5.	Infraestructura y Equipamiento.....	65
5.5.1.	Taller <i>online I</i> con los miembros de los RSWG.....	65
5.5.2.	Taller <i>online II</i> con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.....	66
5.5.3.	Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres <i>online</i> de Infraestructura y Equipamiento.....	66



Índice de tablas

Tabla 1. Miembros del Comité Operativo (OWG).....	2
Tabla 2. Miembros del Advisory Board.....	2
Tabla 3. Expertos de Área.....	3
Tabla 4. Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes	3
Tabla 5. Expertos internacionales.....	4
Tabla 6. Grupos Técnicos Regionales (RSWG) / representantes designados que participaron en los Talleres online I.....	4
Tabla 7: Estudios de Caso seleccionados para incluir en el Informe de Fase 3: resumen	6
Tabla 8. Asistentes y los criterios para su selección	9
Tabla 9. Discusión de valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Planificación (Taller online I)	15
Tabla 10. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Área de Planificación (Taller online I)	16
Tabla 11. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del área de Planificación (Taller online I)	16
Tabla 12. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Planificación (Taller online II)	19
Tabla 13. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Planificación (Taller online II)	19
Tabla 14. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Área de Planificación (Taller online II)	20
Tabla 15. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Área de Planificación (Taller online II)	21
Tabla 16. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online I)	22
Tabla 17. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online I)	23
Tabla 18. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online I)	25
Tabla 19. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online I).....	25
Tabla 20. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II)	27
Tabla 21. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II)	28
Tabla 22. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II)	29



Tabla 23. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II) 29

Tabla 24. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online I) 32

Tabla 25. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online I) 33

Tabla 26. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online I) 35

Tabla 27. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online I) 35

Tabla 28. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online II) 37

Tabla 29. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II) 38

Tabla 30. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online II) 39

Tabla 31. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II) 39

Tabla 32. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online I) 42

Tabla 33. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online I) 43

Tabla 34. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online I) 44

Tabla 35. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 3 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller I) 44

Tabla 36. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online II) 46

Tabla 37. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online II) 47

Tabla 38. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online II) 47

Tabla 39. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online II) 48

Tabla 40. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online I) 50

Tabla 41. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online I) 50

Tabla 42. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online I) 52



Tabla 43. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online I) 52

Tabla 44. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online II) 54

Tabla 45. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online II) 55

Tabla 46. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online II) 56

Tabla 47. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online II) 56

Tabla 48. Aspectos relevantes más votados por los asistentes en los Talleres online 59

Índice de figuras

Figura 1. Estudios de Caso seleccionados para los Talleres online 1

Figura 2. Áreas de análisis 5

Figura 3. Estudios de Caso seleccionados para los Talleres online 8

Figura 4. Agenda del Taller online I con los miembros de los RSWG 10

Figura 5. Agenda del Taller online II con los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes..... 10

Figura 6. Captura de pantalla de la herramienta Mural con los aspectos seleccionados de un Estudio de Caso 12

Figura 7. Captura de pantalla de la herramienta Mural con resultados de la matriz de transferibilidad..... 12

Figura 8. Matriz Quick-Wins..... 13

Figura 9. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Planificación, Taller online I) 17

Figura 10. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Planificación, Taller online II) 21

Figura 11. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Gestión y Organización, Taller online I)..... 26

Figura 12. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Gestión y Organización, Taller online II) 30



Figura 13. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderadas (Estudio de Casos de Recursos Humanos, Taller online I) 36

Figura 14. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Recursos Humanos, Taller online II) 40

Figura 15. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Financiación, Taller online I) 45

Figura 16. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Financiación, Taller online II) 48

Figura 17. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Infraestructura y Equipamiento, Taller online I)..... 53

Figura 18. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Infraestructura y Equipamiento, Taller online II) 57

Índice de cuadros

Cuadro 1. Estructura de la ficha resumen para Estudios de Caso..... 7



1. Resumen Ejecutivo

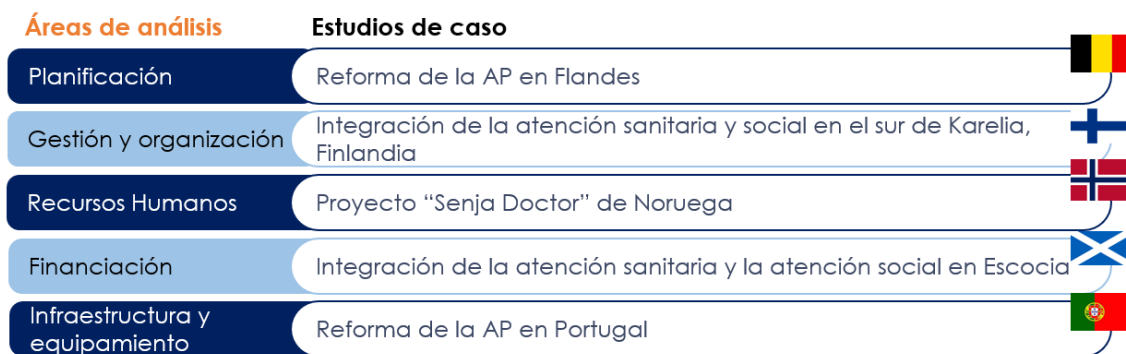
Este documento presenta el informe de resultados preliminares del entregable (D3) de la Fase 3 “Estudios de Caso sobre reformas en Atención Primaria” del proyecto “Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española”, financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico y ejecutado por NTT Data, en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG Reform).

Los objetivos de esta fase son los siguientes: (1) Adquirir conocimientos y experiencias de otros países, principalmente de Europa, para mejorar la Atención Primaria (AP) en los sistemas sanitarios; y (2) Seleccionar aspectos y extraer conclusiones suficientemente completas, aplicables y detalladas para ayudar a elaborar recomendaciones para mejorar la AP.

El informe se centra en las 5 áreas de análisis del proyecto: **Planificación; Gestión y Organización; Recursos Humanos; Financiación; Infraestructura y Equipamiento**, e incluye un análisis de Estudios de Caso sobre reformas internaciones en Atención Primaria. El trabajo realizado se ha dividido en las siguientes etapas: 1) revisión bibliográfica de reformas en Atención Primaria y selección de aquellas que se consideraban de interés; 2) realización de 2 Talleres *online* (uno con miembros de los RSWG y otro con representantes de Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes) para analizar la posible transferibilidad a la realidad española de aspectos de las 5 reformas seleccionadas.

Se muestran a continuación los principales aspectos destacados por los miembros de los RSWG y representantes de Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes de los Estudios de Caso que fueron presentados y debatidos en los Talleres *online*.

Figura 1. Estudios de Caso seleccionados para los Talleres online



Planificación

La reforma de la AP en Flandes fue seleccionada por el interés en la reorganización y planificación de las áreas de salud, estableciendo niveles organizativos, reconfigurando y reordenando las zonas de AP.

Los miembros de los RSWG indicaron como aspectos más relevantes (1) la coordinación socio-sanitaria con una gestión común y (2) el respaldo a los avances de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Por su parte los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes indicaron como aspectos más relevantes (1) el refuerzo de la capacidad de la autogestión en los



usuarios y (2) la continuidad de la atención a las personas con necesidades de cuidados complejos y/o de larga duración con la coordinación de los sectores sanitario y no sanitario y la participación de los cuidadores informales. Ambos grupos enfatizaron, además, la complejidad de establecer sistemas de información conjuntos para ambos ámbitos asistenciales y de compartir recursos entre dos ámbitos actualmente distantes.

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

Gestión y Organización

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

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

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

Recursos Humanos

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

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

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

En cuanto a la potencial transferibilidad de estos aspectos, mientras que los miembros de los RSWG reconocieron como facilitadores nuevamente aspectos organizativos y la



composición y predisposición de los equipos de APyC, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes, por su parte, identificaron como facilitadores los esfuerzos que ya se están llevando a cabo por parte de las CC.AA.

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

Financiación

La reforma de Escocia resulta especialmente relevante por la asociación presupuestaria socio-sanitaria mediante la creación de autoridades integradas, formadas por autoridades locales y consejos de salud, las cuales gestionan un presupuesto único.

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

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

Infraestructura y Equipamiento

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

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

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



2. Introducción y objetivos

Este informe constituye el informe final de la **Fase 3 – Estudios de Caso sobre reformas en Atención Primaria** del proyecto “**Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española**”, financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico y ejecutado por NTT Data, en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG Reform).

Los objetivos de esta fase son los siguientes:

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

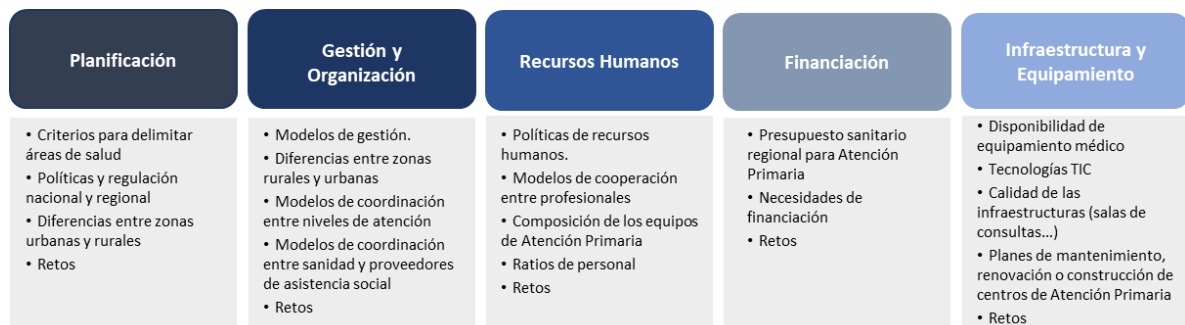
3. Metodología

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

- 1) selección de los Estudios de Caso para i) incluir en el informe de Fase 3; ii) debatir con los miembros de los RSWG 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 con:
 - los miembros de los RSWG (Talleres *online* I);
 - representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes (Talleres *online* II).

El análisis realizado se ha llevado a cabo siguiendo las 5 áreas del proyecto: Planificación; Gestión y Organización; Recursos Humanos; Financiación; Infraestructura y Equipamiento.

Figura 2. Áreas de análisis



3.1. Selección de Estudios de Caso para incluir en el informe

La metodología seguida para la selección de los Estudios de Caso se ha dividido en tres etapas:

- Definición de las características significativas para la selección bibliográfica de los Estudios de Caso.
- Revisión bibliográfica
- Selección de los Estudios de Caso i) para incluir en el informe y ii) para debatir en los Talleres *online*.

3.1.1. Definición de características significativas

Las características significativas para la selección bibliográfica de los Estudios de Caso fueron las siguientes:

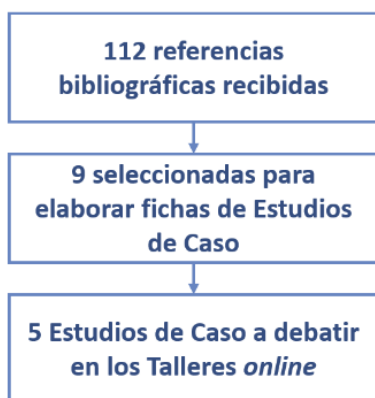
- Reformas en AP relacionadas con las 5 áreas del proyecto (Planificación, Gestión y Organización, Recursos Humanos, Financiación e Infraestructuras y equipamiento).
- Reformas en AP llevadas a cabo en otros países.
- Países prioritariamente de la Unión Europea.
- Países con sistemas sanitarios similares al español (modelo Beveridge).



- Países con una organización similar a la española (por ejemplo, países descentralizados).
- No se tuvieron en cuenta reformas implementadas en las CC.AA. españolas.

3.1.2. Revisión bibliográfica

Se solicitó a los Expertos de Área y al Advisory Board documentación bibliográfica (artículos, informes, etc.) relacionada con reformas en AP. Además, se contempló la valoración puntual de otras reformas realizadas en otros países que contuvieran aspectos muy específicos que fueran del conocimiento de los expertos y resultaran de interés para el proyecto, aunque no cumplieran con los criterios explícitos establecidos.



Se revisaron **112 referencias bibliográficas** de reformas de Atención Primaria. El OWG seleccionó 9 (entre 1 y 3 para cada Área de análisis del proyecto) para incluir en el informe de Fase 3 teniendo en cuenta las características significativas previamente mencionadas.

Las reformas (Estudios de Caso) seleccionadas para incluir en el informe de Fase 3 fueron las siguientes:

Tabla 7: Estudios de Caso seleccionados para incluir en el Informe de Fase 3: resumen

Área	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 Karelia 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.



Area	País	Reforma	Breve descripción
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 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 juntamente 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.

Para cada Estudio de Caso se generó una ficha documental, cuya estructura estándar se expone en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Estructura de la ficha resumen para Estudios de Caso

Estructura de las fichas:

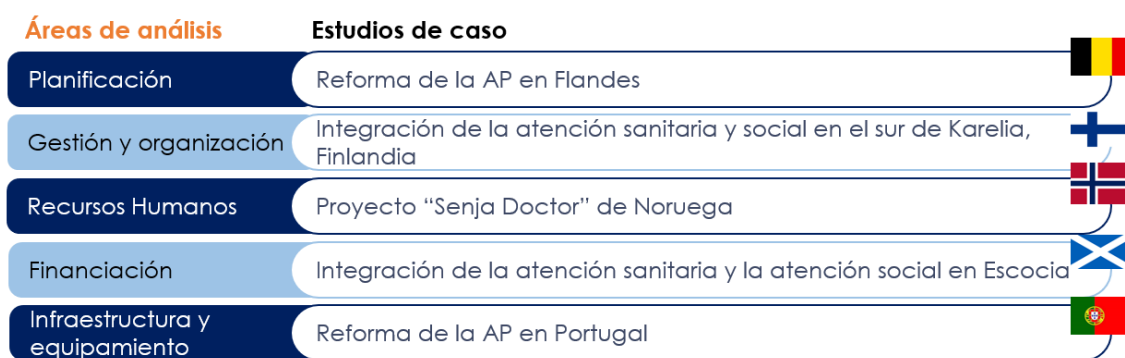
1. **Área de análisis:** área de análisis en la que se enmarca la reforma seleccionada para el Estudio de Caso.
2. **Estudio de Caso:** nombre de la reforma realizada.
3. **País y región:** geografía en la que se implementó la reforma.
4. **Características generales:** datos que se dividen en los siguientes bloques: 1) características de la población y situación de salud; 2) utilización de los servicios de AP; 3) características del Sistema Sanitario y Organización de la AP.
5. **Descripción del Estudio de Caso:** 1) síntesis sobre los antecedentes y la justificación de las medidas llevadas a cabo; 2) descripción de la medida llevada a cabo; 3) resultados e impacto de la reforma.
6. **Justificación de selección del Estudio de Caso.**
7. **Referencias bibliográficas.**

Los miembros del Advisory Board del proyecto revisaron las fichas elaboradas aportando sus comentarios, enriqueciéndolos y validando tanto el contenido como la idoneidad de estos. En el Anexo I se presentan las 9 fichas de los Estudios de Caso.

Finalmente, los representantes del Ministerio de Sanidad seleccionaron un Estudio de Caso por área para debatir su potencial transferibilidad en las sesiones de Talleres *online* con los miembros de los RSWG y los representantes de las Sociedades Profesionales y las Asociaciones de Pacientes. Para la selección de cada Estudio de Caso a debatir en los Talleres *online* se tuvieron en cuenta aspectos como transferibilidad, aplicabilidad, utilidad, pertinencia, adecuación, innovación, impacto, equidad, accesibilidad y continuidad de cuidados.

En la Figura 3 se muestran los Estudios de Caso seleccionados para los Talleres *online* (la descripción de la metodología de los Talleres *online* se detalla en el siguiente apartado).

Figura 3. Estudios de Caso seleccionados para los Talleres online



3.2. Talleres online sobre los Estudios de Caso

3.2.1. Objetivos

Los objetivos generales que se buscaban alcanzar con la realización de los Talleres online eran:

- Adquirir conocimientos y experiencias de otros países, principalmente de Europa, para mejorar la AP en los sistemas sanitarios.
- Extraer conclusiones que ayuden a elaborar Recomendaciones para mejorar la AP en el Sistema Nacional de Salud de España.

Los objetivos específicos para cada una de las sesiones fueron:

- Realizar una evaluación de la potencial transferibilidad de dichas experiencias al contexto de las necesidades actuales de la población española.
- Recabar información cualitativa a partir de los diferentes puntos de vista que pueda sintetizarse en conclusiones suficientemente completas, aplicables y detalladas que permitan ayudar a elaborar recomendaciones de mejora de la AP en el Sistema Nacional de Salud, identificando los facilitadores, así como los cuellos de botella que pudieran afectar a la hora de aplicar las lecciones aprendidas.

3.2.2. Asistentes

Los asistentes a los Talleres online fueron los siguientes:

- Asistentes al Taller online I: **miembros de los RSWG,**
- Asistentes al Taller online II: representantes de las **Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.**

Para ambas sesiones participaron, además, el Comité Operativo, los Expertos de Área, los miembros del Advisory Board y expertos internacionales involucrados en las reformas seleccionadas. Estos expertos internacionales fueron los responsables de exponer los detalles técnicos de cada uno de los Estudios de Caso y resolver las dudas que pudieran surgir a los asistentes de las sesiones en base a su experiencia realizando la reforma.

En la Tabla 8 se detallan los participantes de los Talleres online y los criterios que se tuvieron en cuenta para la selección de su asistencia.



Tabla 8. Asistentes y los criterios para su selección

Asistentes	Criterios
Comité Operativo (OWG, por sus siglas en inglés)	Todos los miembros del OWG han participado en la jornada como organizadores y máximos responsables de la ejecución del proyecto. Los roles específicos son: <ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Sanidad y DG Reform: (i) bienvenida y presentación objetivos; (ii) resolución de dudas y preguntas planteadas; (iii) cierre de la sesión. NTT Data: introducción, moderación y dinamización de las sesiones de Estudios de Caso junto con los miembros del Advisory Board.
Expertos de Área	Acudieron a los Talleres los 7 Expertos de Área, dado su conocimiento y experiencia en el campo de estudio y su contribución previa y conocimiento global del proyecto, aportaron su experiencia en cada área y contribuyeron al debate. Se encargaron además de exponer en sesión Plenaria las conclusiones extraídas de las sesiones de Estudio de Caso.
Advisory Board	Se invitó a 2 miembros del Advisory Board, aprovechando su <i>expertise</i> en el campo de estudio a nivel internacional y por su contribución previa y conocimiento global del proyecto, para dar soporte en la animación de los Talleres <i>online</i> .
Expertos internacionales	Se invitó a un experto internacional por cada uno de los 5 Estudios de Caso seleccionados. El experto seleccionad cumplía al menos uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> (i) Que haya participado activamente en la reforma (ii) Con conocimiento profundo de dicha reforma para poder exponerla solventemente.
Representantes de las CC.AA. (RSWG)	Para el primer Taller <i>online</i> se invitó a los miembros de los RSWG de las CC.AA. como participantes clave en el debate en las sesiones de trabajo.
Representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes	Para el segundo Taller <i>online</i> se invitó a representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes colaboradoras del proyecto como participantes clave en el debate en las sesiones de trabajo.

3.2.3. Agenda

Cada Taller *online* se dividió en 5 sesiones, una por cada área de análisis, las cuales se extendieron a lo largo de dos jornadas. Durante la primera jornada de cada Taller *online* se presentaron los Estudios de Caso correspondientes a **Planificación, Financiación e Infraestructura y Equipamiento**, mientras que la segunda se centró en **Gestión y Organización y Recursos Humanos**. En la Figura 4 y la Figura 5 se detalla la agenda de cada uno de los Talleres *online*.



Figura 4. Agenda del Taller online I con los miembros de los RSWG

Agenda de los Talleres

11 de mayo  [Link para unirse a la sesión](#)

9:00-9:15	Bienvenida Ministerio de Sanidad, DGReform
9:15-9:30	Objetivos NTT Data
9:30-10:45	Taller 1: Estudio de Caso del Área de Planificación Sección 1: Thomas Boeckx, Flanders Agency for Care and Health Sección 2, 3 y 4: Todos los participantes
10:45-11:00	Pausa
11:00-12:15	Taller 2: Estudio de Caso del Área de Financiación Sección 1: Sarah Reed, Nuffield Trust Sección 2, 3 y 4: Todos los participantes
12:15-13:30	Taller 3: Estudio de Caso del Área Infraestructura y Equipamiento Sección 1: Luis Pisco, Administración de Salud de Lisboa y Tagus Valley Sección 2, 3 y 4: Todos los participantes

12 de mayo  [Link para unirse a la sesión](#)

9:00-9:15	Bienvenida Ministerio de Sanidad, DGReform
9:15-10:30	Taller 4: Estudio de Caso del Área Gestión y Organización Sección 1: Merja Tepponen, South Karelia Social and Health Care District Sección 2, 3 y 4: Todos los participantes
10:30-10:45	Pausa
10:45-12:00	Taller 5: Estudio de Caso del Área Recursos Humanos Sección 1: Jorunn Nygaard, Karsten Kehlet, National Center of Rural Medicine, University of Tromsø Sección 2, 3 y 4: Todos los participantes
12:00-12:50	Conclusiones Expertos de área
12:50-13:00	Clausura institucional Ministerio de Sanidad

Figura 5. Agenda del Taller online II con los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Agenda de los Talleres

29 de junio  [Link para unirse a la sesión](#)

16:00-16:10	Bienvenida Ministerio de Sanidad, DG Reform
16:10-16:20	Objetivos y dinámica de la sesión NTT Data
16:20-17:35	Taller 1: Estudio de Caso del Área de Planificación Thomas Boeckx, Flanders Agency for Care and Health
17:35-17:45	Pausa
17:45-19:00	Taller 2: Estudio de Caso del Área de Financiación Sarah Reed, Nuffield Trust
19:00-20:15	Taller 3: Estudio de Caso del Área Infraestructura y Equipamiento Luís Pisco, Administración de Salud de Lisboa y Tagus Valley

7 de julio  [Link para unirse a la sesión](#)

16:00-16:05	Bienvenida Ministerio de Sanidad, NTT Data
16:05-17:20	Taller 4: Estudio de Caso del Área Gestión y Organización Merja Tepponen, South Karelia Social and Health Care District
17:20-17:30	Pausa
17:30-18:45	Taller 5: Estudio de Caso del Área Recursos Humanos Jorunn Nygaard, National Center of Rural Medicine, University of Tromsø
18:45-19:15	Conclusiones Expertos de Área
19:15-19:30	Próximos pasos y cierre NTT Data



3.2.4. Metodología de dinamización de los talleres *online*

3.2.4.1. Trabajo previo para facilitar la dinamización

Dos semanas antes de los talleres, se facilitó a todos los asistentes la información técnica de los 5 Estudios de Caso en formato de ficha. El Anexo I muestra las fichas de los 9 Estudios de Caso. A los participantes de los Talleres se les envió únicamente los 5 Estudios de Caso que se iban a debatir en los mismos.

Además, para cada uno de los Talleres *online*, se solicitó a los miembros del RSWG y a los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes que cumplimentasen un cuestionario *online* previo con la finalidad de fomentar una reflexión anticipada. El Anexo II muestra el cuestionario enviado. Estas ideas y reflexiones se recopilaban y se utilizaron posteriormente para guiar y dinamizar las jornadas.

3.2.4.2. Estructura de las sesiones de debate y herramientas utilizadas

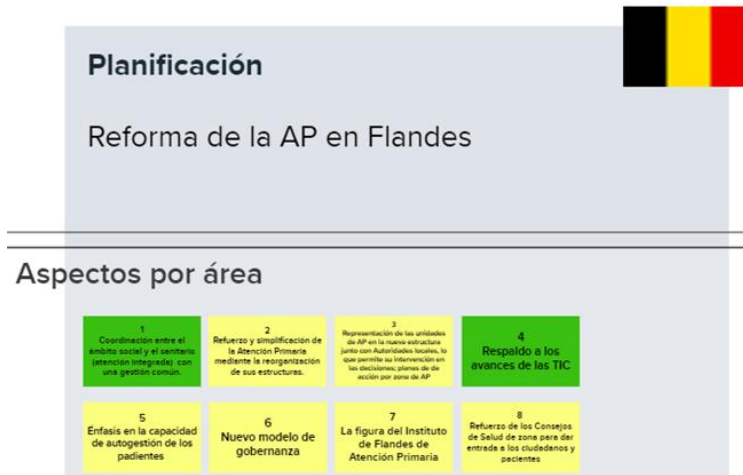
Al inicio de los debates de cada área los expertos internacionales expusieron los detalles de los Estudios de Caso y se dio espacio a los asistentes para que pudieran realizar preguntas.

En los Talleres *online* II algunos expertos internacionales no pudieron acudir a las sesiones por lo que se proyectó el video de las ponencias de los Talleres *online* I. Para aquellas ponencias en las que no estaban presentes los ponentes, se indicó a los asistentes que podían realizar sus preguntas vía “*chat*” y el equipo del proyecto se las facilitaría posteriormente a los ponentes vía correo electrónico para que los expertos internacionales pudieran resolver las cuestiones planteadas.

Tras las preguntas de los asistentes, la sesión se centró en un debate sobre la evaluación de la transferibilidad del Estudio de Caso. Este debate se estructuró en 4 partes. A continuación, se detalla la estructura y las herramientas utilizadas:

- 1. Aspectos de interés de la reforma:** aspectos concretos más relevantes para los asistentes que pueden ser interesantes transferir a la AP de España. Se proyectó la herramienta Mural donde se encontraban recogidos los principales aspectos resultantes del cuestionario *online* previo para que todos los asistentes pudieran complementarlos añadiendo más aspectos relevantes en base a las exposiciones de los expertos internacionales. Los representantes de los grupos de interés votaron aquellos aspectos concretos que consideraban más importantes tener en cuenta para su posible transferibilidad al contexto español. Contaban con 3 votos y podían distribuirlos como estimaran oportuno, p. ej. otorgando un punto a 3 aspectos diferentes o 3 puntos a un único aspecto si lo consideran suficientemente relevante. En la Figura 6 se muestra, a modo de ejemplo, la exposición de los aspectos recogidos de una de las reformas de Estudios de Caso.

Figura 6. Captura de pantalla de la herramienta Mural con los aspectos seleccionados de un Estudio de Caso



2. Transferibilidad de los aspectos de interés priorizados. Sobre los aspectos relevantes más votados, se realizó un debate en el que se valoró: (1) valor añadido del aspecto de la reforma; (2) la posible transferibilidad al caso español (facilitadores y limitadores) y (3) alternativas que se estén llevando a cabo en las regiones en relación con los aspectos analizados. En la Figura 7 se muestra, a modo de ejemplo, la exposición del análisis de transferibilidad realizado de un aspecto seleccionado de un Estudios de Caso.

Tras cada debate se realizó una votación a través de *Zoom* del Impacto, en términos de beneficios, (ninguno, bajo, alto, muy alto) que tendría dicho aspecto en la AP española, y el Esfuerzo (ninguno, bajo, alto, muy alto) respecto a los recursos que conllevaría implantar cada aspecto en España.

Figura 7. Captura de pantalla de la herramienta Mural con resultados de la matriz de transferibilidad.



3. Matriz Impacto – Esfuerzo. El resultado de las votaciones realizadas en *Zoom* se plasmó posteriormente en una matriz “*Quick-Wins*”. Se ponderaron los resultados y los valores se normalizaron en una escala del 0 al 10, siendo 0 el valor ninguno y 10 el valor más alto. La Figura 8 muestra la matriz “*Quick-Wins*” de Impacto – Esfuerzo.



Figura 8. Matriz Quick-Wins



4. **Conclusiones.** Tras el debate el miembro invitado del Advisory Board de cada Estudio de Caso fue el responsable de realizar un resumen de las principales conclusiones obtenidas durante la sesión.

Además, en los Talleres *online* II, al finalizar el debate de cada área, los Expertos de Área expusieron las principales conclusiones derivadas del debate de los Talleres *online* I **para su conocimiento.**

Para clausurar las jornadas, los Expertos de Área realizaron un resumen de las conclusiones extraídas de los debates de cada Área de Análisis.



4. Resultados

Se muestran a continuación los resultados obtenidos en los Talleres *online*. Se organiza según las 5 áreas de análisis del proyecto: 1. Planificación; 2. Gestión y Organización; 3. Recursos Humanos; 4. Financiación y 5. Infraestructura y equipamiento. En cada subepígrafe se presentan los resultados de cada sesión de los Talleres *online* de forma independiente.

4.1. Planificación

En el área de Planificación, el Estudio de Caso seleccionado para ser discutido en profundidad en los Talleres *online* fue la reforma de Bélgica “*Reforma de la Atención Primaria en Flandes*”, debido a su propuesta de reorganización y planificación de las áreas de salud. Más allá de los nuevos criterios seguidos para la delimitación de las nuevas zonas, se consideró de gran interés las funciones asignadas a cada nivel organizativo. Además, se consideró especialmente relevante esta reforma por estar centrada en todas sus aristas en la atención a las personas.

4.1.1. Taller *online* / con los miembros de los RSWG

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por los miembros de los RSWG fueron los siguientes:

1. Coordinación entre el ámbito social y el ámbito sanitario (atención integrada) con una gestión común. La AP en España está muy centrada en el ámbito sanitario y debe cambiar de perspectiva para integrar todos los recursos, tanto sanitarios como no sanitarios.
2. Refuerzo y simplificación de la AP mediante la reorganización de sus estructuras.
3. Representación de las unidades de AP en la nueva estructura junto con autoridades locales, permitiendo su intervención en las decisiones, como por ejemplo desarrollando planes de acción por zona de AP.
4. Respaldo a los avances de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).
5. Énfasis en la capacidad de autogestión de los pacientes.
6. Nuevo modelo de gobernanza que enfatice en el territorio, con elementos de gestión propios.
7. Figura del Instituto de Flandes de AP, que presta apoyo y soporte en la gestión del cambio.
8. Refuerzo de los Consejos de Salud de zona para dar entrada a los ciudadanos y pacientes. La AP no se restringe al centro de salud, sino que las asociaciones de pacientes, cuidadores y voluntarios también tienen mucho que aportar.

De estos 8 aspectos, los 2 más votados para el posterior debate respecto a una potencial transferibilidad a España fueron los siguientes:



- Aspecto 1: Coordinación entre el ámbito social y el sanitario (atención integrada) con una gestión común (8/31 votos).
- Aspecto 2: Respaldo a los avances de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) (6/31 votos)

Discusión de los aspectos más votados

En la Tabla 9 (aspecto 1) se resumen las aportaciones realizadas por los RSWG en cuanto al valor añadido del aspecto, su potencial transferibilidad a partir de los facilitadores y barreras existentes, y las alternativas que ya se están trabajando en los diferentes territorios. Por cuestión de horario no se pudo abordar el aspecto 2 en profundidad. Sin embargo, se apuntó que la principal limitación que frena un respaldo a los avances de las TIC es el soporte tecnológico de algunos centros de AP en España. Algunas CC.AA. manifiestan que hay centros que, por ejemplo, carecen de banda ancha.

Tabla 9. Discusión de valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Planificación (Taller online I)

Aspecto 1: Coordinación entre el ámbito social y el sanitario (atención integrada) con una gestión común		
Valor añadido		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El cambio de modelo que se ha llevado a cabo en Flandes muestra que la coordinación entre los dos ámbitos asistenciales es viable y se puede llevar a cabo. ▪ La experiencia que ha tenido Flandes pone de manifiesto que es positivo potenciar la coordinación entre los profesionales y la ciudadanía.
Transferibilidad	<i>Facilitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ España ya cuenta con una estructura territorial por regiones, pero sería necesario reorientarla. Al estar implantada la cultura del territorio, no es necesario promover un cambio estructural, sino un cambio en las dimensiones de dicha estructura.
	<i>Limitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Alternativas		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto.



Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

La valoración de los miembros de los RSWG acerca del Impacto y el esfuerzo de adoptar al contexto nacional los dos aspectos se presenta en la Tabla 10 (aspecto 1) y en la Tabla 11 (aspecto 2):

Tabla 10. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Área de Planificación (Taller online I)

Aspecto 1: Coordinación entre el ámbito social y el sanitario (atención integrada) con una gestión común.	
Impacto	Un 17% (2 votos de los 12 votos totales, 2/12) de los miembros de los RSWG que participaron en la votación opinó que esta medida tendría un impacto bajo, mientras que el 50% (6/12) y el 33% (4/12) consideraron que tendrían un impacto alto y muy alto respectivamente.
Esfuerzo	El 10% (1/10) consideraba que supondría un esfuerzo bajo, el 60% (6/10) alto y el 30% (3/10) restante consideraron que el esfuerzo para poder implementar este aspecto en el contexto español sería muy alto.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Tabla 11. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del área de Planificación (Taller online I)

Aspecto 2: Respaldo a los avances de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)	
Impacto	Los miembros de los RSWG que participaron en la votación estimaron que proporcionar un respaldo a los avances de las TIC en Atención Primaria tendría un impacto alto, con el 60% de los votos (6/10) o muy alto, con el 40% de los votos (4/10).
Esfuerzo	El 22% (2/9) de los miembros de los RSWG consideró que sería bajo, el 45% (4/9) alto y el 33% (3/9) muy alto.
Valoración	Se considera una medida de gran inversión, pero de gran valor.

Los valores numéricos ponderados de las votaciones sobre Impacto y Esfuerzo presentadas en las anteriores tablas se exponen a continuación representados gráficamente en la Figura 9:

Figura 9. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Planificación, Taller online I)

Planificación



Aspecto 1: Coordinación entre el ámbito social y el sanitario (atención integrada) con una gestión común

Aspecto 2: Respaldo a los avances de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

4.1.2. Taller online II con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes fueron los siguientes:

1. 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.
2. Organización de las Zonas Básicas de Salud y la participación comunitaria en su gestión (municipal, pacientes). La reorganización de las Zonas Básicas de Salud con más medios profesionales y materiales, que disminuyan las consultas de pacientes crónicos y los desplazamientos y que a la vez fomenten la utilización de recursos municipales, especialmente en zonas rurales.
3. Reforma basada en centrar la atención en las personas.
4. Promoción de la salud dentro del sistema educativo (planes de estudio escolares). Otorgar un papel más importante en educación al autocuidado, no sólo profesionales sanitarios que acudan a las escuelas a promover la prevención y el autocuidado entre los alumnos, sino también capacitar a los profesores en la impartición de clases relacionadas con el autocuidado.
5. Capacidad de la autogestión de los usuarios.
6. Atención especial a los cuidadores de aquellos pacientes más vulnerables.



7. Creación de nuevas estructuras de apoyo potenciando los diferentes perfiles profesionales en AP. Dotación del marco normativo necesario a los profesionales para que pueda desarrollar más competencias en AP.
8. Elaboración del mapa social y la autonomía del paciente cambiando las estructuras del sistema sanitario.
9. Vertebración del sistema sanitario en AP garantizando la equidad. Actualmente existe una brecha en entre el sector sociosanitario y el sistema de salud. Esta brecha se puede reducir con una mayor dotación de profesionales y proporcionando más autonomía a los pacientes, es una oportunidad de vertebrar el sistema sanitario en la AP.
10. Construcción de redes de AP que garanticen la proximidad. No todos los hospitales pueden estar dotados de los mismos servicios, pero se puede garantizar la proximidad de la prestación de los servicios sanitarios a la población en el ámbito rural (o en las zonas rurales) mediante los centros de AP.
11. Atención de los pacientes en AP, incluso pacientes más complejos pero estables, en la medida de que su situación clínica lo permita. Para ello es necesario dotar a la AP con más medios que permitan, reducir las consultas en Atención Hospitalaria.
12. La reforma que se ha llevado a cabo en Flandes establece la coordinación entre los recursos sanitarios (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, etc.) para dar respuesta a la salud mental comunitaria. La promoción de la salud en función de las necesidades de la población, poniendo al paciente en el centro, requiere de una gran coordinación entre los distintos niveles asistenciales.
13. Dotar a AP con más medios aumentando la inversión económica, especialmente en pediatría, favoreciendo que todas las plazas de pediatría en AP estén ocupadas por pediatras y no por médicos de familia.
14. Coordinación entre el sistema sanitario y sociosanitario, especialmente necesario en aquellas zonas con mayor envejecimiento y cronicidad de los pacientes.
15. Acompañamiento de los pacientes a través de la atención domiciliaria.
16. Considerar el perfil del paciente de forma holística. Atención, apoyo emocional y otras terapias a los pacientes, considerando al paciente no sólo por su patología.
17. Papel importante de las Asociaciones de Pacientes (fuentes de información y apoyo). Las Asociaciones de Pacientes son agentes activos que pueden dar soporte y acompañamiento a los pacientes.
18. Segmentación y diferenciación de pacientes crónicos y frágiles en función de la complejidad y necesidades.

De estos 18 aspectos, los 2 más votados para el posterior debate respecto a una potencial transferibilidad en España fueron:

- Aspecto 1: Reforzar la capacidad de la autogestión en los usuarios (3/27 votos)
- Aspecto 2: 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 (3/27 votos)



Discusión de los aspectos más votados

En la Tabla 12 (aspecto 1) y la Tabla 13 (aspecto 2) se recogen las valoraciones de los participantes en el debate en relación con el valor añadido de los aspectos, los facilitadores y limitadores implicados en su potencial transferibilidad y las alternativas a dichos aspectos que existen en los distintos territorios.

Tabla 12. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Planificación (Taller online II)

Aspecto 1: Reforzar la capacidad de autogestión en los usuarios	
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> Optimización de los recursos y uso adecuado de los servicios. Implica un cambio organizativo teniendo en cuenta el uso adecuado de recursos.
Transferibilidad	<p><i>Facilitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Las Asociaciones de Pacientes pueden dar soporte, no sólo en el acompañamiento de los pacientes, sino también proporcionando información.
	<p><i>Limitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Los profesionales convierten a los pacientes en demandantes del servicio. Falta de formación a los profesionales. 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.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto.

Tabla 13. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Planificación (Taller online II)

Aspecto 2: 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	
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> Redes establecidas alrededor del paciente para facilitar la continuidad asistencial. Creación de redes para pacientes complejos en las que la atención domiciliaria esté apoyada por profesionales de otras categorías, no sólo de medicina y enfermería, también categorías como trabajo social, fisioterapia, etc. Continuidad bidireccional (Atención Primaria - Atención Hospitalaria). Recogida de información y fomento de la implicación en la continuidad asistencial de los pacientes, emitiendo, no sólo un informe de derivación desde Atención Primaria hacia Atención Hospitalaria, sino también un informe de continuidad asistencial en el sentido contrario. Los pacientes complejos deben tener garantizada la atención domiciliaria de la Atención Primaria.



Aspecto 2: 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	
	<ul style="list-style-type: none"> Acceso de los pacientes a su historia clínica y sus datos para poder compartirla. Uniformización y transparencia de datos.
Transferibilidad	<p><i>Facilitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> La tecnología actual disponible puede ser un elemento facilitador para la continuidad asistencial de los pacientes complejos sin necesidad de desplazarse y facilitando un control más detallado de los parámetros necesarios.
	<p><i>Limitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto.

Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

La valoración de representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes, en relación con el Impacto y el Esfuerzo, de adoptar al contexto nacional cada aspecto discutido se presenta en la Tabla 14 (aspecto 1) y en la Tabla 15 (aspecto 2):

Tabla 14. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Área de Planificación (Taller online II)

Aspecto 1: Reforzar la capacidad de autogestión en los usuarios	
Impacto	Un 11% (1 voto de los 9 votos totales, 1/9) de representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes que participaron en la votación opinó que esta medida no tendría ningún impacto, el 22% (2/9) consideró que el impacto sería bajo, mientras que el 56% (5/9) y el 11% (1/9) consideraron que tendrían un impacto alto y muy alto respectivamente.
Esfuerzo	El 10% (1/10) consideró que no supondría ningún esfuerzo, el 20% (2/10) un esfuerzo bajo, el 60% (6/10) alto y el 10% (1/10) restante consideró que el esfuerzo para poder implementar este aspecto en el contexto español sería muy alto.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Tabla 15. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Área de Planificación (Taller online II)

Aspecto 2: 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	
Impacto	El 10% de los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes que participaron en el Taller <i>online</i> II considera que esta medida no conllevaría ningún impacto (1/10), de la misma forma votaron un 10% (1/10) que esta medida tendría un impacto bajo. Sin embargo, el 70% de los participantes consideró que el impacto de llevar a cabo esta medida sería alto (7/10), mientras que el 10% (1/10) restante estimó que el impacto sería muy alto.
Esfuerzo	En cuanto al esfuerzo, un 8% (1/12) votaron esfuerzo nulo y, el mismo porcentaje de asistentes, un 8% (1/12) consideró esfuerzo bajo. El 67% y el 17% restantes votaron un esfuerzo alto y muy alto respectivamente (8/12 y 2/12)
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión

Los valores numéricos ponderados de las votaciones sobre el Impacto y el Esfuerzo presentados en las anteriores tablas se exponen a continuación representados gráficamente:

Figura 10. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Planificación Taller online II)

Planificación



Aspecto 1: Reforzar la capacidad de autogestión en los usuarios

Aspecto 2: 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



4.2. Gestión y Organización

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 “*Integración de la atención sanitaria y social en el sur de Karelia*”, debido a las similitudes del sistema sanitario finlandés (cobertura universal, sistema sanitario Beveridgeano) con el español. Además, este modelo se implantó en 2010, por lo que el impacto es evaluable y está consolidado. Se trata de un modelo innovador que fomenta la accesibilidad y equidad del sistema sanitario a los ciudadanos y los resultados demuestran que su sostenibilidad y eficiencia es mejor en comparación con el modelo anterior.

4.2.1. Taller *online* / con los miembros de los RSWG

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por los miembros de los RSWG fueron los siguientes:

1. Integración de la atención social y sanitaria (gestión-organización) y la coordinación financiera, estratégica y de inversiones de ambos ámbitos.
2. Mejora del equilibrio entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria.
3. Atención de urgencias mediante unidades móviles.
4. Uso y reclutamiento común del personal.
5. Mejora en equidad y acceso (acercamiento de los servicios al entorno del usuario).
6. Digitalización de los servicios.
7. Atención domiciliaria.

De estos 7 aspectos, los 2 más votados para el posterior debate respecto a una potencial transferibilidad a España fueron:

- Aspecto 1: Digitalización de los servicios (9/36 votos)
- Aspecto 2: La integración de la atención social y sanitaria (gestión-organización) y la coordinación financiera, estratégica y de inversiones (6/36 votos).

Discusión de los aspectos más votados

En la Tabla 16 (aspecto 1) y en la Tabla 17 (aspecto 2) se resumen las aportaciones realizadas por los participantes en cuanto al valor añadido de cada aspecto, su potencial transferibilidad a partir de los facilitadores y barreras existentes, y las alternativas que ya se están trabajando en los diferentes territorios.

Tabla 16. *Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online I)*

Aspecto 1: Digitalización de los servicios	
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El uso de la información de los pacientes se puede aprovechar mediante la Inteligencia Artificial para identificar y cubrir sus necesidades. Es un modelo que facilita el uso de datos.



Aspecto 1: Digitalización de los servicios		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad los datos de los 2 ámbitos asistenciales integrados en tiempo real. Sistema que cuenta con toda la información del ciudadano. ▪ Acercamiento de los servicios a los ciudadanos mediante una atención domiciliaria de calidad. ▪ Aumento de la productividad. ▪ Registros de datos como apoyo en la toma de decisiones. Potenciar unos registros válidos y fiables resulta de gran importancia para poder apoyar la toma de decisiones sustentadas. 	
Transferibilidad	<i>Facilitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posibilidad de explotar las bases de datos existentes para dar soporte a una digitalización de los servicios. ▪ La pandemia ha actuado de catalizador, actualmente ya hay tecnología integrada en la actividad asistencial de forma cotidiana. ▪ Se está trabajando en la digitalización de diversos aspectos de la asistencia sanitaria, por lo que ya existe un trabajo previo.
	<i>Limitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de interoperabilidad entre los sistemas de información de los ámbitos social y sanitario. ▪ 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. ▪ Brechas 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 AP. ▪ 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.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto. 	

Tabla 17. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online I)

Aspecto 2: La integración de la atención social y sanitaria (gestión-organización) y la coordinación financiera, estratégica y de inversiones	
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La integración en si misma es el valor añadido, supone mejorar en muchos aspectos la atención a los pacientes. ▪ Se sitúa el foco en el paciente, con una mirada única desde ambos ámbitos asistenciales.



Aspecto 2: La integración de la atención social y sanitaria (gestión-organización) y la coordinación financiera, estratégica y de inversiones

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equidad de la asistencia sociosanitaria en las zonas más dispersas. ▪ Fomento de la colaboración entre los dos ámbitos. Actualmente son independientes pero complementarios. ▪ Integración, que aumenta la eficiencia de los Sistemas.
<p>Transferibilidad</p>	<p><i>Facilitadores</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En algunas CC.AA. existe cooperación entre las Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales. ▪ Existen muchas iniciativas y proyectos piloto que están empezando a abordar la integración. ▪ Las estrategias de atención a pacientes crónicos que han desarrollado conjuntamente los dos ámbitos asistenciales pueden servir como punto de partida para implementar una mayor coordinación dirigida hacia una integración. ▪ Lecciones aprendidas durante la pandemia, durante la cual se ha trabajado en esta dirección a causa de la emergencia sanitaria. ▪ Predisposición de los profesionales a la integración. Resulta fundamental que los profesionales apoyen una integración y la mayoría de ellos lo hacen. ▪ Existen estructuras de continuidad asistencial y atención continuada de urgencias que pueden favorecer una integración. ▪ La integración de la atención sanitaria y social es una necesidad existente que hay que cubrir, y existe una predisposición para llevarlo a cabo.
	<p><i>Limitadores</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los sistemas de información están completamente separados, son 2 ámbitos paralelos con 2 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.
<p>Alternativas</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto.



Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

La valoración los miembros de los RSWG acerca del Impacto y el Esfuerzo de adoptar al contexto nacional cada aspecto discutido se presenta en la Tabla 18 (aspecto 1) y en la Tabla 19 (aspecto 2):

Tabla 18. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online I)

Aspecto 1: Digitalización de los servicios	
Impacto	Un 10% (1/10) de los miembros del RSWG que participaron en la votación opinó que esta medida tendría un impacto bajo, mientras que el 40% (4/10) y el 50% (5/10) consideraron que tendrían un impacto alto y muy alto respectivamente.
Esfuerzo	El 80% consideraron que conllevaría un esfuerzo alto (50%, 5/10) o muy alto (30%, 3/10) y el 20% (2/10) restante consideraron que el esfuerzo para poder implementar este aspecto en el contexto español sería bajo.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

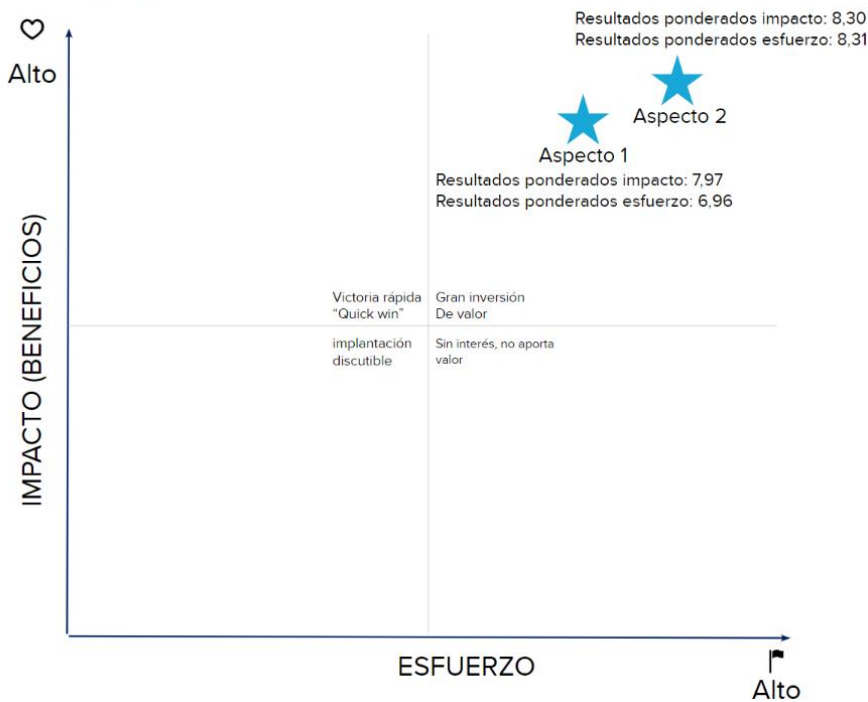
Tabla 19. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online I)

Aspecto 2: La integración de la atención social y sanitaria (gestión-organización) y la coordinación financiera, estratégica y de inversiones	
Impacto	Los miembros del RSWG que participaron en la votación estimaron que tendría un impacto alto o muy alto, con el 50% de los votos (5/10) para cada aspecto.
Esfuerzo	El 90% de los miembros del RSWG estimó que implicaría un esfuerzo alto (30%, 3/10) o muy alto (60%, 6/10), el 10 % restante (1/10) consideró que conllevaría un esfuerzo bajo.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Los valores numéricos ponderados de las votaciones sobre impacto y esfuerzo presentadas en las anteriores tablas se exponen a continuación representados gráficamente en la Figura 11:

Figura 11. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Gestión y Organización, Taller online I)

Gestión y organización



Aspecto 1: Digitalización de los servicios

Aspecto 2: La integración de la atención social y sanitaria (gestión-organización) y la coordinación financiera, estratégica y de inversiones.

4.2.2. Taller *online* II con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes fueron los siguientes:

1. Mejorar el equilibrio e integración entre Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Servicios Sociales
2. Mejora de la coordinación financiera, estratégica y de inversiones.
3. Compartición de recursos y reclutamiento del personal entre la atención sanitaria y la atención social.
4. Soporte móvil en zonas rurales.
5. Rehabilitación y acompañamiento del paciente en su domicilio, principalmente de pacientes crónicos y frágiles con capacidad de desplazamiento reducida.
6. Continuación de la pediatría en AP.
7. Integración digital con servicios informáticos únicos.
8. Adaptación municipal del sistema de salud, potenciando el municipalismo para atender a las necesidades concretas, dotándole de mayor autonomía.
9. Dispensadores de medicamentos en zonas rurales. Esta medida puede trascender con gran impacto, ya que aseguraría la dosificación de los tratamientos evitando errores o falta de tomas.
10. Identificación de las necesidades del paciente y reparto económico en base a estas.



De estos 10 aspectos, los 2 más votados para el posterior debate respecto a una potencial transferibilidad en España fueron:

- Aspecto 1: La integración digital con servicios informáticos únicos (11/42 votos)
- Aspecto 2: Mejorar el equilibrio e integración entre Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Servicios Sociales (10/42 votos)

Discusión de los aspectos más votados

En la Tabla 20 (aspecto 1) y la Tabla 21 (aspecto 2) se recogen, para cada aspecto concreto, las valoraciones de los participantes en el debate en cuanto al valor añadido, los facilitadores y limitadores para su potencial transferibilidad y alternativas de los aspectos debatidos que existen en los distintos territorios

Tabla 20. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II)

Aspecto 1: La integración digital con servicios informáticos únicos	
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuidad asistencial y seguimiento del paciente en cualquier ámbito. Para satisfacer las necesidades de los pacientes hay que acercarse a los domicilios, especialmente de paciente crónicos. ▪ Seguimiento más cercano de los pacientes, el cual proporciona una mayor seguridad del paciente, con mejor toma de decisiones. ▪ Complemento de la asistencia en zonas rurales, dando prioridad a pacientes crónicos y optando por la atención domiciliaria. ▪ Integración de la información. Disponibilidad de la información desde los AP, Atención Hospitalaria y Servicios Sociales. Actualmente hay una gran descoordinación porque cada nivel asistencial cuenta con un sistema de información independiente. ▪ Seguimiento en AP de los procesos que se han realizado desde el hospital o servicios sociales. ▪ AP como elemento vertebrador del sistema sanitario. ▪ Inclusión de las personas con patologías crónicas en el sistema sanitario. ▪ Herramienta que facilite la orientación a resultados y valor en salud.
Transferibilidad	<p><i>Facilitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha resaltado ningún facilitador en este aspecto
	<p><i>Limitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay una 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.



Aspecto 1: La integración digital con servicios informáticos únicos		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe una resistencia al cambio por parte de profesionales y pacientes. Para poder llevar a cabo esta integración se debería dotar de más financiación y recursos, pero entonces se reduciría de Atención Hospitalaria, y hay una resistencia a disminuir presupuesto de Atención Hospitalaria. ▪ 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.
Alternativas		<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto

Tabla 21. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II)

Aspecto 2: Mejorar el equilibrio e integración entre Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Servicios Sociales		
Valor añadido		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacer la atención del paciente en cualquier lugar donde se encuentre (residencia, domicilio, etc.). ▪ AP como elemento vertebrador del sistema sanitario. ▪ Fisioterapia en todos los niveles de atención. ▪ Coordinación entre los AP, Atención Hospitalaria y Servicios Sociales.
Transferibilidad	<i>Facilitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición del intercambio de información bidireccional, entre niveles asistenciales y con servicios sociales. ▪ Participación de profesionales y pacientes en el diseño del seguimiento.
	<i>Limitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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



Aspecto 2: Mejorar el equilibrio e integración entre Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Servicios Sociales

		número de profesionales, de los cuales existe una carencia actualmente. <ul style="list-style-type: none"> Resistencia al cambio.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto 	

Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

La valoración de representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes, en relación con el Impacto y el Esfuerzo de adoptar al contexto nacional cada aspecto discutido se presenta en la Tabla 22 (aspecto 1) y en la Tabla 23 (aspecto 2):

Tabla 22. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II)

Aspecto 1: La integración digital con servicios informáticos únicos	
Impacto	El 100% de los participantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes consideraron que el impacto es alto (62%, 5/8) o muy alto (28%, 3/8).
Esfuerzo	En cuanto al esfuerzo, un 80% consideraron que implantar esta medida conllevaría un esfuerzo alto (60%, 6/10) o muy alto (20%, 2/10), pero un 20% opina que sería bajo (10%, 1/10) o nulo (10%, 1/10).
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Tabla 23. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II)

Aspecto 2: Mejorar el equilibrio e integración entre Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Servicios Sociales	
Impacto	La mayor parte de los participantes estimaron que tendría un impacto alto (56%, 5/9) o muy alto (33%, 3/9), mientras solo el 11% (1/9) opinó que el impacto sería nulo.
Esfuerzo	El 100% de ellas estimó un esfuerzo alto (67%, 6/9) o muy alto (33%, 3/9).
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Los valores numéricos ponderados de las votaciones sobre Impacto y Esfuerzo presentadas en las anteriores tablas se exponen a continuación en la Figura 12 representados gráficamente:

Figura 12. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Gestión y Organización, Taller online II)

Gestión y organización



Aspecto 1: La integración digital con servicios informáticos únicos

Aspecto 2: Mejorar el equilibrio/integración entre Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Servicios Sociales



4.3. Recursos Humanos

En el área de Recursos Humanos, se seleccionó el Estudio de Caso que aborda la reforma llevada a cabo en Noruega, “*Senja Doctors*”, para debatirlo en profundidad en los Talleres *online*. Esta reforma se implantó en 2007, por lo que su impacto es evaluable, y ha resultado en una mayor continuidad de los cuidados primarios por la población de Senja. Además, existe una satisfacción generalizada con el resultado del proceso, tanto entre los profesionales, para los que se ha disminuido la rotación, como en las autoridades políticas y de la administración.

4.3.1. Taller *online* / con los miembros de los RSWG

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por los miembros de los RSWG fueron los siguientes:

1. Las condiciones, medidas e incentivos especiales para aquellos profesionales que se encuentran en lugares especiales.
2. La figura del centro oficial o anfitrión con turnos rotatorios para cubrir 5 días/semana en la consulta y 2 días de domicilios por semana.
3. Contabilización de las horas de desplazamiento hasta el centro sanitario en el que trabajan los profesionales como horas de trabajo.
4. Disminución de las cargas de trabajo, estableciendo, por ejemplo, menor asignación de pacientes por profesional.
5. Mayor flexibilidad como medida de conciliación familiar y laboral.
6. Oportunidades de investigación para los profesionales que vayan a ejercer en puesto/zonas de difícil cobertura, para hacer el puesto más atractivo.
7. Modelo de colaboración entre municipios.
8. Agrupación de la atención en un centro.
9. Aumento del nivel de profesionalización y, por tanto, fomento de la ganancia de competencias médicas.
10. Establecimiento de una red de profesionales que se puedan dar soporte entre ellos.

Los 2 aspectos más votados para una posible transferibilidad al contexto español fueron los siguientes:

- Aspecto 1: Condiciones, medidas e incentivos especiales para lugares especiales (10/36 votos)
- Aspecto 2: Elevar el nivel de profesionalización y la ganancia de competencias médicas (7/36 votos)

Discusión de los aspectos más votados

Las aportaciones realizadas por los participantes durante el debate están resumidas en la Tabla 24 (aspecto 1) y en la Tabla 25 (aspecto 2). Al igual que en las áreas previas, se debatió respecto al valor añadido de cada aspecto, su potencial transferibilidad a



partir de los facilitadores y barreras existentes, y las alternativas que ya se están trabajando en los diferentes territorios.

Tabla 24. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online I)

Aspecto 1: Condiciones, medidas e incentivos especiales para lugares especiales		
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomenta la cobertura de puestos/zonas de difícil cobertura con políticas de Recursos Humanos atractivas para los profesionales. Existe la necesidad de cubrir estos puestos, por lo que el valor añadido es poder dar respuesta a un problema común a todas las CC.AA. ▪ Garantiza la cobertura en cuanto a profesionales de todos los centros de salud y evita el cierre de centros garantizando la accesibilidad. ▪ Desarrollo de normativa para definir y determinar los puestos/zonas de difícil cobertura y establecer redes asistenciales para que los puestos/zonas de difícil cobertura sean cubiertos por zonas mejor dotadas. ▪ Mayor satisfacción de los profesionales con el puesto y la posición que ocupan. ▪ Incentivo a los médicos para que opten por puestos/zonas de difícil cobertura, ya sea económicamente o mediante otros incentivos, como facilitar el alojamiento o la conciliación. ▪ Genera nuevas expectativas en los profesionales y optan por aumentar sus competencias voluntariamente. 	
Transferibilidad	<i>Facilitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe una red asistencial que puede dar soporte en la implementación de esta medida. ▪ En algunas CC.AA. la normativa contempla nuevos criterios y medidas. A nivel estatal ya se está trabajando por definir los puestos/zonas de difícil cobertura. ▪ Equipos de AP multidisciplinares. ▪ Evaluación de los resultados en diferentes zonas, lo que puede resultar muy útil en la implantación de esta medida y en la toma de decisiones asociadas. ▪ Existen políticas contra la despoblación, tanto a nivel global como en sanidad, que pueden dar soporte para cubrir estos puestos/zonas de difícil cobertura. ▪ Nuevas tecnologías para las comunicaciones, como por ejemplo la consulta de salud virtual. ▪ En algunas CC.AA. ya está regulada la definición de los puestos/zonas de difícil cobertura.
	<i>Limitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.



Aspecto 1: Condiciones, medidas e incentivos especiales para lugares especiales

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ No hay profesionales suficientes. Una de las limitaciones más importantes es encontrar profesionales que quieran cubrir puestos/zonas de difícil cobertura. ▪ Las CC.AA. no tienen capacidad de obtener respuestas a sus necesidades.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto. 	

Tabla 25. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online I)

Aspecto 2: Elevar el nivel de profesionalización y la ganancia de competencias médicas

Valor añadido		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estímulos para la captación de profesionales para los puestos/zonas de difícil cobertura. ▪ La capacitación de los profesionales repercute en una mejora del sistema, tanto para el paciente como para el profesional. ▪ El profesional cubre el puesto voluntariamente y esto revierte en los pacientes, ofreciéndoles una mayor equidad y calidad de la atención. ▪ Se optimizan los recursos, lo que aumenta la sostenibilidad del sistema. ▪ Confiere una mayor capacidad de resolución a los equipos de AP. ▪ Fomenta y promueve que los profesionales trabajen de forma más holística y que se cree una red de profesionales más amplia a través de la cual se puedan dar soporte unos a otros.
Transferibilidad	<i>Facilitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesionales sanitarios con alta vocación y disposición para aumentar sus competencias y formarse. ▪ Estructuras docentes organizativas y tecnológicas ya existentes que pueden resultar útiles para aplicar esta medida. ▪ La ley de ordenación no establece límites competenciales para los profesionales. ▪ Creación de un formador de formadores. ▪ Dado que el sistema MIR está perfectamente implantado en España, la red formativa necesaria para poder llevarlo a cabo ya existe. ▪ La especialidad de medicina familiar y comunitaria se actualiza más ágilmente en comparación con otras especialidades. ▪ Competencias muy bien definidas para los médicos de AP.



Aspecto 2: Elevar el nivel de profesionalización y la ganancia de competencias médicas

	<p><i>Limitadores</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. ▪ En contraposición a uno de los facilitadores, también existe una resistencia por parte de algunos profesionales a adquirir nuevas competencias y al cambio que esto conlleva. ▪ Esta medida no implica que los profesionales de AP tengan que formarse en todas las especialidades, sino que supone una especialización y un empoderamiento del equipo multidisciplinar que representa en equipo de AP. 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 AP.
<p>Alternativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En algunas CC.AA. se convocó una oposición sin examen para fomentar la atracción de los profesionales y cubrir puestos/zonas de difícil cobertura. ▪ En algunas CC.AA. se han desarrollado programas de fidelización de residentes. 	

Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

La valoración de los miembros de los RSWG a cerca del Impacto y el Esfuerzo de adoptar al contexto nacional cada aspecto discutido se presenta en la Tabla 26 (aspecto 1) y en la Tabla 27 (aspecto 2):



Tabla 26. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online I)

Aspecto 1: Condiciones medidas e incentivos especiales para lugares especiales	
Impacto	Todos los miembros de los RSWG que participaron en la votación consideraron que esta medida conllevaría un impacto alto (33%, 3/9) o muy alto (67%, 6/9).
Esfuerzo	La opinión respecto al esfuerzo es más dispar, el 33% (3/9) de los participantes en la votación consideraron que el esfuerzo para implementar esta medida sería bajo, mientras que un el 67% (6/9) estimó que sería un esfuerzo entre alto (22%, 2/9) y muy alto (45%, 4/9).
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Tabla 27. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online I)

Aspecto 2: Elevar el nivel de profesionalización y la ganancia de competencias médicas	
Impacto	Al igual que en el aspecto anterior, todos los miembros de los RSWG que participaron en la votación consideraron que el impacto es alto (56%, 5/9) o muy alto (44%, 4/9).
Esfuerzo	Mayoritariamente se consideró una medida que conllevaría un esfuerzo alto (56%, 5/9) o muy alto (33%, 3/9), sin embargo, un 11% de los participantes (1/9) optó por un esfuerzo bajo.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Las votaciones de Impacto y Esfuerzo expuestas en las tablas previas se muestran a continuación en la Figura 13 ponderadas y representadas gráficamente:

Figura 13. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderadas (Estudio de Casos de Recursos Humanos, Taller online I)

Recursos Humanos



Aspecto 1: Condiciones, medidas e incentivos especiales para lugares especiales

Aspecto 2: Elevar el nivel de profesionalización y la ganancia de competencias médicas

4.3.2. Taller *online* II con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes fueron los siguientes:

1. Imputación de horas de conducción en coche como horas de trabajo.
2. Disminución de la carga de trabajo mediante la menor asignación de pacientes a cada médico de familia.
3. Reducción de incertidumbre salarial mediante el establecimiento de salarios fijos.
4. Mayor enfoque en la formación continua.
5. Incremento de oportunidades para participar en proyectos de investigación.
6. Mejora de la conciliación familiar.
7. Mejora del sentido de pertenencia y de la retención de profesionales.
8. Atención en las zonas rurales por parte de los agentes sociales .

De estos 8 aspectos, los 2 más votados para el posterior debate respecto a una potencial transferibilidad en España fueron :

- Aspecto 1: Mejorar el sentido de pertenencia y mejorar la retención de profesionales (11/28 votos)
- Aspecto 2: Disminución de la carga de trabajo mediante la menor asignación de pacientes a cada médico de familia (9/28 votos)



Discusión de los aspectos más votados

En la Tabla 28 (aspecto 1) y en la Tabla 29 (aspecto 2) se recogen las valoraciones de los participantes en el debate en cuanto al valor añadido, los facilitadores y limitadores para su potencial transferibilidad y alternativas de los aspectos debatidos que existen en los distintos territorios

Tabla 28. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online II)

Aspecto 1: Mejorar el sentido de pertenencia y mejorar la retención de profesionales	
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantía de que los profesionales se involucren más en la organización, participando más en las líneas estratégicas. ▪ Evita la fuga de profesionales mediante una buena oferta de plazas. ▪ Mejora las condiciones laborales de los profesionales de AP. ▪ Mejora los resultados en salud.
Transferibilidad	<p><i>Facilitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las CC.AA. están concienciadas a definir nuevas estrategias para la retención de profesionales, dada la gran carencia que existe. ▪ En algunas regiones se ha hecho un esfuerzo para que los MIR de último año vayan a las zonas de difícil cobertura ofreciéndoles incentivos atractivos. ▪ Implantación de mejoras en las condiciones retributivas. ▪ Involucración de los profesionales en las decisiones sobre el sistema. ▪ Centros de salud necesarios ya existentes. ▪ Incentivos a los profesionales para que puedan elegir ir a centros de salud alejados de las capitales de provincia para cubrir los puestos de difícil cobertura.
	<p><i>Limitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las ofertas públicas de empleo realizadas por las CC.AA. deberían ser de carácter, al menos, bienal para poder retenerlos lo más rápido posible. ▪ Los centros de urgencias de AP no son atractivos para los profesionales, prefieren las urgencias hospitalarias. ▪ Sistema funcional, 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 AP 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.



Aspecto 1: Mejorar el sentido de pertenencia y mejorar la retención de profesionales

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En algunas CC.AA., como, por ejemplo, Madrid hay dos turnos de trabajo, lo que provoca que los profesionales quieran cambiarse a otras CC.AA. con turno de mañana

Tabla 29. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II)

Aspecto 2: Disminución de la carga de trabajo mediante la menor asignación de pacientes a cada médico de familia

Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empoderamiento del profesional y transformación de la AP como eje vertebrador del sistema sanitario. Debería de ir acompañado por un cambio en el modelo, no únicamente la disminución de la carga de trabajo.
Transferibilidad	<p><i>Facilitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria recoge, en distintas fases, la disminución de los cupos tanto para medicina, como para pediatría y enfermería. ▪ Incremento del número de profesionales MIR e incorporación de médicos de familia extracomunitarios. ▪ Mayor contratación de profesionales en salud mental.
	<p><i>Limitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 AP, 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.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto.



Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

La valoración de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes que participaron en relación con el Impacto y el Esfuerzo de adoptar al contexto nacional cada aspecto discutido se presenta en la Tabla 30 (aspecto 1) y la Tabla 31 (aspecto 2):

Tabla 30. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Recursos Humanos (Taller online II)

<i>Aspecto 1: Mejorar el sentido de pertenencia y mejorar la retención de profesionales</i>	
Impacto	Los participantes del debate consideraron que esta medida puede suponer un impacto alto (62%, 5/8) o muy alto (38%, 3/8).
Esfuerzo	Las opiniones con respecto al esfuerzo fueron las siguientes: un 25% (2/8) de los participantes consideraron que el esfuerzo para implementarla es bajo, mientras que un 76% estimó que requiere un esfuerzo entre alto (63%, 5/8) y muy alto (12%, 1/8).
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Tabla 31. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Gestión y Organización (Taller online II)

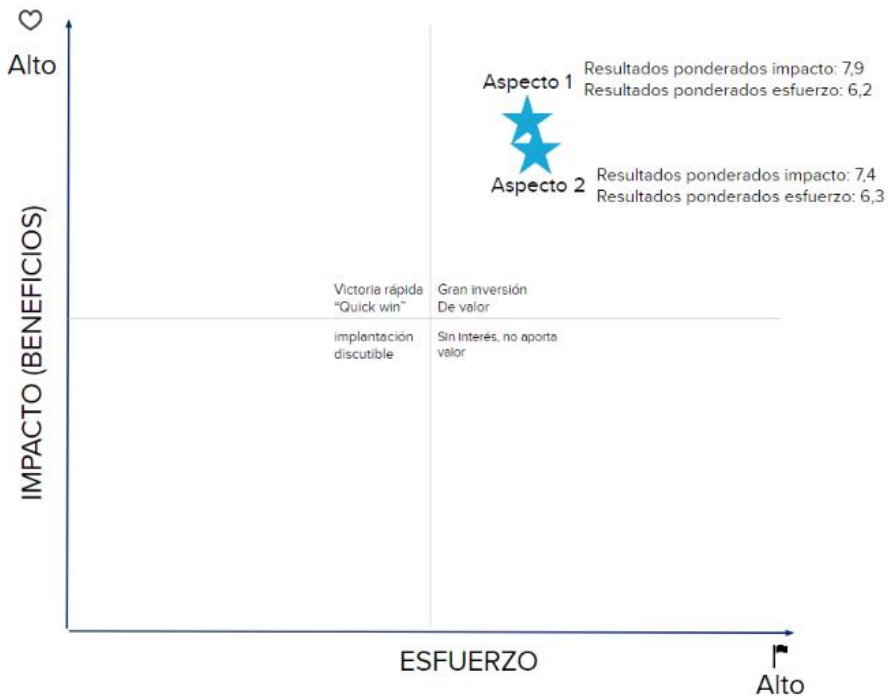
<i>Aspecto 2: Disminución de la carga de trabajo mediante la menor asignación de pacientes a cada médico de familia</i>	
Impacto	Las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes indicaron que el impacto de este aspecto sería alto (56%, 5/9) o muy alto (33%, 3/9). No obstante, un 11% (1/9) consideró que sería bajo el impacto.
Esfuerzo	El esfuerzo se consideró alto (55%, 6/11) o muy alto (18%, 2/11), pero un 27% (3/11) de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes difieren estimando un esfuerzo bajo.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión



Las votaciones sobre el Impacto y el Esfuerzo expuestas en las tablas anteriores se ponderaron posteriormente. Se muestran gráficamente, en la Figura 14, los resultados ponderados:

Figura 14. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Recursos Humanos, Taller online II)

Recursos Humanos



Aspecto 1: Mejorar el sentido de pertenencia y mejorar la retención de profesionales

Aspecto 2: Disminución de la carga de trabajo mediante la menor asignación de pacientes a cada médico de familia



4.4. Financiación

El Estudio de Caso del Área de Financiación seleccionado para su debate en profundidad en los Talleres *online* fue “*La integración de la atención sanitaria y social en Escocia*”. Esta reforma escocesa creó 31 autoridades integradas de asistencia sanitaria y social. Fue escogida debido a que el modelo escocés es similar al español (Beveridge), se trata de una Ley del 2014 y está implementada desde 2016, por lo que se puede evaluar su impacto y, además, supone un aumento de la accesibilidad y equidad del sistema sanitario.

4.4.1. Taller *online* / con los miembros de los RSWG

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por los miembros de los RSWG fueron los siguientes:

1. La asociación presupuestaria de los ámbitos social y sanitario.
2. La figura de las Autoridades de Integración.
3. Mejora de la eficiencia en la atención (mayor calidad a un menor coste).
4. La importancia de la salud comunitaria.
5. Financiación proveniente de las entidades locales y coordinación y colaboración de estas.
6. Aspectos legales y estructurales.
7. Disponer de evidencia y definir indicadores válidos y fiables para determinar la seguridad del paciente.

Los 3 aspectos más votados para una posible transferibilidad al contexto español fueron los siguientes:

- Aspecto 1: La asociación presupuestaria de los ámbitos social y sanitario (11/38 votos)
- Aspecto 2: Aspectos legales y estructurales (9/38 votos)
- Aspecto 3: La importancia de la salud comunitaria (7/38 votos)

Discusión de los aspectos más votados

Las aportaciones realizadas por los participantes durante el debate están resumidas en la Tabla 32 (aspecto 1). Al igual que en los Talleres *online* previos, se debatió sobre su valor añadido, su potencial transferibilidad a partir de los facilitadores y barreras existentes, y las alternativas que ya se están trabajando en los diferentes territorios. Por cuestión de horario no se pudieron abordar los aspectos 2 y 3 en profundidad. Respecto al aspecto 3 se indicó que aportaría valor vincular las prestaciones sociales y sanitarias de manera legal con las competencias a desarrollar, y no solo con la valoración del desempeño de la actividad y la patología asociada y sus determinantes sociales.



Tabla 32. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online I)

Aspecto 1: La asociación presupuestaria de los ámbitos social y sanitario		
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomenta la integración, ya que gestionan los recursos de manera conjunta y, por lo tanto, facilita una mayor coordinación. ▪ La integración del presupuesto de forma conjunta permite una mejor priorización y coordinación, la no duplicación de partidas presupuestarias y una organización conjunta con unos mismos objetivos. ▪ La atención se centra en el paciente, ofreciéndole servicios de calidad. ▪ El ámbito social y sanitario comparten misión y objetivos. ▪ Integración entre múltiples asociaciones, lo que permite tener una visión de las asociaciones sociales y sanitarias. ▪ Distribución de la partida presupuestaria 	
Transferibilidad	<i>Facilitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contar con profesionales de los 2 ámbitos proporciona una visión más amplia de la atención al paciente. ▪ La inclusión de las asociaciones y las diferentes categorías profesionales, así como al ciudadano y al cuidador es muy importante. ▪ La estructura descentralizada (ámbito social y sanitario) ayuda a la creación de iniciativas de financiación en los ámbitos sanitario y social. Durante la pandemia, por necesidad, en algunas CC.AA. se desarrollaron unidades sociosanitarias para la comunicación y coordinación con las residencias. Por tanto, se está empezando a trabajar en esta dirección. ▪ Durante la pandemia, los dos ámbitos han trabajado conjuntamente y se busca mantener esta relación en el tiempo. ▪ Sus perspectivas son diferentes, pero son muy complementarias y co-dependientes entre los dos ámbitos.
	<i>Limitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.



Aspecto 1: La asociación presupuestaria de los ámbitos social y sanitario		
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Alternativas		<ul style="list-style-type: none"> ▪ En España ya existe integración de direcciones sociosanitaria con AP en algunas CC.AA. Por ejemplo, País Vasco cuenta con una Estrategia de AP de 2019 en la que se abordan diferentes puntos de la atención social.

Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

La valoración los miembros de los RSWG a cerca del Impacto y el Esfuerzo de adoptar al contexto nacional cada aspecto discutido se presenta en la Tabla 33 (aspecto 1), en la Tabla 34 (aspecto 2) y en la Tabla 35 (aspecto 3).

Tabla 33. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online I)

Aspecto 1: La asociación presupuestaria de los ámbitos social y sanitario	
Impacto	Todos los miembros de los RSWG que participaron en la votación consideraron que esta medida puede conllevar un impacto alto y muy alto, con el mismo porcentaje para ambos (50%, 5/10).
Esfuerzo	Si bien el 78% (7/9) de los participantes en la votación considera que se requerirá un esfuerzo muy alto y el 11% (1/9) alto, un 11% (1/9) opinó que el esfuerzo es bajo.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.



Tabla 34. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online I)

Aspecto 2: Aspectos legales y estructurales	
Impacto	Al igual que para el aspecto 1, todos los miembros de los RSWG que participaron en la votación consideraron que esta medida conllevaría un impacto alto y muy alto, con el mismo porcentaje para ambos (50%, 5/10)
Esfuerzo	En cuanto al esfuerzo, la mayor parte de los participantes opina que supondría un esfuerzo alto (30%, 3/10) o muy alto (60%, 6/10), aunque hay un 10% (1/10) restante que considera que sería bajo.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

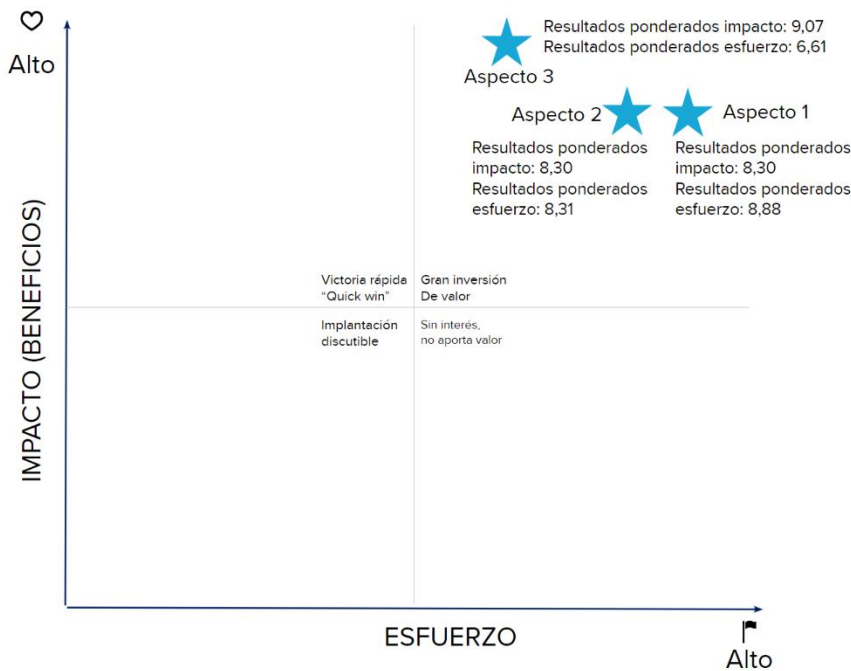
Tabla 35. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 3 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller I)

Aspecto 3: La importancia de la salud comunitaria	
Impacto	Todos los participantes consideran que el impacto que puede suponer este aspecto es alto (27%, 3/11) o muy alto (73%, 8/9).
Esfuerzo	En relación con el esfuerzo, si bien existe bastante consenso en que supone un esfuerzo alto (84%, 10/12) o muy alto (8%, 1/12), el 8% restante considera que el esfuerzo que conlleva implantar este aspecto sería bajo (1/12).
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Los valores numéricos ponderados de las votaciones sobre impacto y esfuerzo presentadas en las anteriores tablas se exponen a continuación representados gráficamente en la Figura 15:

Figura 15. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Financiación, Taller online I)

Financiación



Aspecto 1: La asociación presupuestaria de los ámbitos social y sanitario.

Aspecto 2: Aspectos legales y estructurales

Aspecto 3: La importancia de la salud comunitaria

4.4.2. Taller *online* II con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes fueron los siguientes:

1. Integración de AP y Sociosanitaria. En el modelo escocés las entidades locales intervienen en la financiación, pero España no tiene ese modelo. Resulta más interesante la implantación del modelo sociosanitario, que es donde hay mayor problemática.
2. Orientación a la prevención y atención precoz, así como el enfoque de promoción de la salud.
3. Promover el trabajo e inversión conjunta entre el sistema sanitario y las autoridades locales.
4. Evaluación del impacto de la medida en cuanto a la esperanza de vida saludable, empleabilidad, mortalidad por ciertas patologías y sostenibilidad del sistema, no únicamente indicadores de salud. Existe una mejora en la mortalidad debida a patologías, pero no están igual de claros los beneficios para los pacientes, puesto que faltan indicadores para medir de una forma fiable la eficacia. Por decreto se ha intentado integrar estructuras, pero quedan en duda las implicaciones posteriores con los pacientes. Se debería incluir también la opinión del paciente en los indicadores.



5. Es importante contar con otros profesionales, como fisioterapia, podología, salud visual, etc. Hay ciertos aspectos de la AP que no cumplen buenos niveles de satisfacción de los pacientes (farmacia comunitaria, fisioterapias, salud bucal, salud visual, podología, psicología clínica...), por lo que se debería invertir más en mejorar estos servicios.

De estos 5 aspectos, los 2 más votados para el posterior debate respecto a una potencial transferibilidad en España fueron:

- Aspecto 1: Orientación a la prevención y atención precoz, así como enfoque de promoción de la salud (14/31 votos)
- Aspecto 2: Integración de AP y Sociosanitaria (6/31 votos)

Discusión de los aspectos más votados

Las valoraciones de los participantes en el debate en cuanto al valor añadido, los facilitadores y limitadores para su potencial transferibilidad y alternativas de los aspectos debatidos que existen en los distintos territorios están recogidos en la Tabla 36 (aspecto 1) y la Tabla 37 (aspecto 2):

Tabla 36. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online II)

Aspecto 1: Orientación a la prevención y atención precoz, así como enfoque de promoción de la salud		
Valor añadido		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empoderamiento del paciente fomentando el autocuidado y evitando consultas innecesarias debidas a la falta de conocimiento de los pacientes. ▪ Involucramiento de las Asociaciones de Pacientes para proporcionar soporte en la prevención e información a la ciudadanía.
Transferibilidad	<i>Facilitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Especialidad existente en medicina y enfermería comunitaria. ▪ Todos los profesionales de AP están formados para poder educar a los pacientes. ▪ Existen cribados y diagnósticos precoces ya implantados.
	<i>Limitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)



Aspecto 1: Orientación a la prevención y atención precoz, así como enfoque de promoción de la salud

Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto.
---------------------	--

Tabla 37. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online II)

Aspecto 2: Integración de AP y Sociosanitaria	
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> No se ha resaltado ningún valor añadido en el debate de este aspecto.
Transferibilidad	Facilitadores <ul style="list-style-type: none"> Ya existe una coordinación informal entre los servicios.
	Limitadores <ul style="list-style-type: none"> 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.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto.

Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

Las valoraciones de representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes a cerca del Impacto y el Esfuerzo se muestran a continuación en la Tabla 38 (aspecto 1) y en la Tabla 39 (aspecto 2).

Tabla 38. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online II)

Aspecto 1: Orientación a la prevención y atención precoz, así como enfoque de promoción de la salud	
Impacto	El 63% (5/8) de los participantes consideraron que se trata de una medida con un impacto alto y el 25% (2/8) opinó que muy alto. Sin embargo, el 12% (1/8) discrepó considerando que resultaría en un impacto bajo.
Esfuerzo	En cuanto al esfuerzo que implicaría implantar este aspecto de la reforma en el contexto español, el 50% (5/10) consideró que sería bajo, y el 50% restante opinó que sería alto (40%, 4/10) o muy alto (10%, 1/10).
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

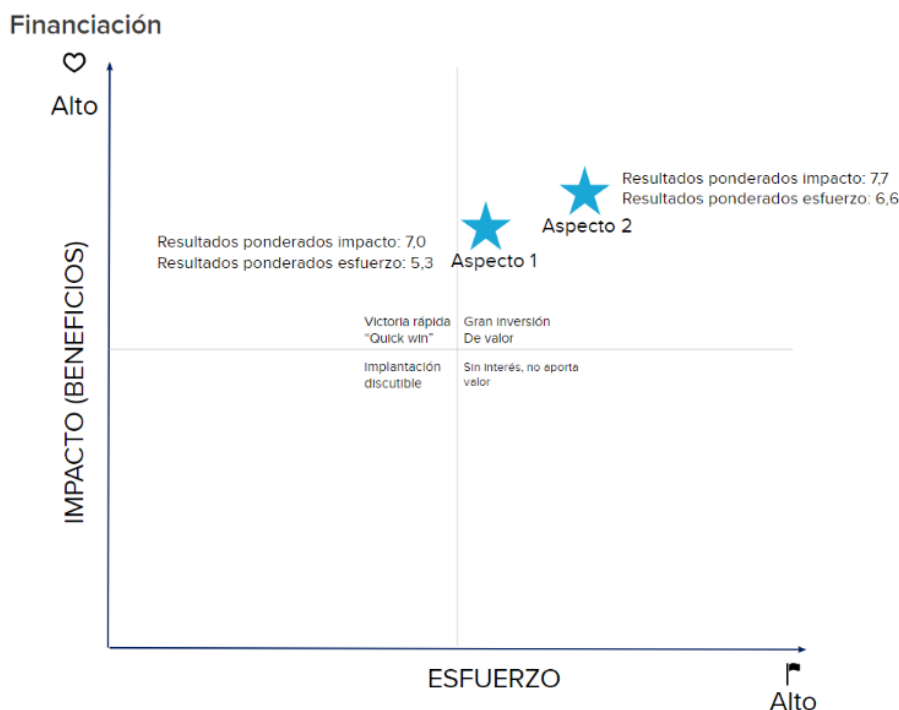


Tabla 39. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Financiación (Taller online II)

Aspecto 2: Integración de Atención Primaria y Sociosanitaria	
Impacto	Las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes consideraron que implantar este aspecto de la reforma conllevaría un impacto alto (45%, 4/9) o muy alto (45%, 4/9). Por el contrario, el 10% restante (1/9) consideró que esta medida tendría un impacto bajo.
Esfuerzo	En cuanto al esfuerzo que implicaría implantar este aspecto, el 75% de los representantes opinaron que implicaría un esfuerzo alto (50%, 4/8) o muy alto (25%, 2/8), mientras que un 25% (2/8) un esfuerzo bajo.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Los resultados de las votaciones expuestos en las tablas anteriores ponderados se muestran gráficamente a continuación, en la Figura 16.

Figura 16. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Financiación, Taller online II)



Aspecto 1: Orientación a la prevención y atención precoz, así como enfoque de promoción de la salud
Aspecto 2: Integración de Atención Primaria y Sociosanitaria



4.5. Infraestructura y equipamiento

El Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento seleccionado para su debate en profundidad en los Talleres *online* fue “*La reforma de la Atención Primaria en Portugal*”. Se seleccionó este Estudio de Caso dado que se trata de una reforma en los cuidados de salud primaria, incluida la informatización completa de los servicios de salud. La reforma mejoró los sistemas de información, de manera que se consigan sistemas operativos universales posibilitando cuidados de salud integrados. Además, lleva a cabo un análisis de los registros de pacientes que permite realizar seguimiento de los equipos con relación a la productividad, accesibilidad y calidad de la atención ofrecida y que permita, a mayores, facilitar que los datos relacionados con los resultados en salud estén disponibles para los propios pacientes.

4.5.1. Taller *online* / con los miembros de los RSWG

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por los miembros de los RSWG fueron los siguientes:

1. Modernización de la AP basada en la tecnología (inversión en Tecnologías de la Información y la Comunicación – TIC –).
2. Seguimiento de los equipos en productividad, accesibilidad y calidad de la atención, como, por ejemplo, el portal nacional BI CSP para la gobernanza clínica.
3. La interoperabilidad de los sistemas de información a nivel nacional.
4. Fuerte inversión en nuevos centros.
5. Las políticas de Recursos Humanos.

Los 2 aspectos más votados para una posible transferibilidad al contexto español fueron los siguientes:

- Aspecto 1: Las políticas de Recursos Humanos (10/31 votos)
- Aspecto 2: Seguimiento de los equipos en productividad, accesibilidad y calidad de la atención como, por ejemplo, el portal nacional BI CSP para la gobernanza clínica (7/31 votos)

Discusión de los aspectos más votados

Las aportaciones realizadas por los participantes durante el debate están resumidas en la Tabla 40 (aspecto 1) y en la Tabla 41 (aspecto 2). Para cada aspecto, al igual que en los debates previos, se abordaron el valor añadido, su potencial transferibilidad a partir de los facilitadores y barreras existentes, y las alternativas que ya se están trabajando en los diferentes territorios.



Tabla 40. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online I)

Aspecto 1: Las Políticas de Recursos Humanos	
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La flexibilidad que ofrece esta reforma para adaptarse a las circunstancias, tanto a las necesidades asistenciales como a las necesidades de la plantilla. ▪ La nueva normativa que plantea, en sí misma, es un valor añadido. ▪ Los incentivos para aquellos profesionales que más esfuerzo realizan. ▪ La voluntariedad que fomenta y muestran los profesionales. ▪ Las políticas proporcionan una capacidad de gestión superior y una mayor autonomía a los equipos y profesionales; con capacidad de formar equipos propios y capacidad de gestionar presupuestos. ▪ Permite a los profesionales aportar ideas sobre cambios y mejoras del sistema.
Transferibilidad	<p style="text-align: center;"><i>Facilitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El gran número de profesionales vinculados a la gestión de la salud, no sólo del ámbito sanitario, sino también del ámbito social. ▪ El Marco Estratégico de AP y Comunitaria que ya está desarrollado en España y su posterior actualización con el Plan de Acción de AP 2022-2023.
	<p style="text-align: center;"><i>Limitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normativa: no se contempla un cambio de normativa en el Plan de AP. ▪ Distribución desigual de profesionales a lo largo de todo el territorio, muchos de ellos eligen las mismas geografías para trabajar. ▪ Rigidez de la normativa y su necesaria adaptación, dificulta adaptarse a las necesidades de los profesionales. ▪ Falta de multidisciplinariedad de los equipos. ▪ Poca agilidad en el cambio de normativa, actualizarla requiere mucho tiempo.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto.

Tabla 41. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online I)

Aspecto 2: Seguimiento de los equipos en productividad, accesibilidad y calidad de la atención como, por ejemplo, el portan nacional BI CSP para la gobernanza clínica	
Valor añadido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomenta la evaluación comparativa para un sistema con una normativa antigua, centrado en proveer servicios y no en la evaluación de eficiencia y eficacia. Cambia la perspectiva buscando el valor de los servicios. ▪ Otorga transparencia al sistema, ya que permite rendir cuentas de los resultados en la población. ▪ La autoevaluación de la actividad cotidiana de los profesionales permite identificar áreas de mejora.



Aspecto 2: Seguimiento de los equipos en productividad, accesibilidad y calidad de la atención como, por ejemplo, el portan nacional BI CSP para la gobernanza clínica

	<ul style="list-style-type: none"> La tecnología vinculada a la evaluación de resultados. Cambia la perspectiva hacia una evaluación de resultados en lugar de evaluar los procesos.
Transferibilidad	<p><i>Facilitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> El sistema sanitario ya cuenta con tecnología disponible que puede dar soporte en la implementación de esta medida. Hay desarrollados algunos sistemas de indicadores que pueden servir como base sobre la que trabajar para implementar otros. La integración de las actuaciones del Sistema de Información digital. Aprovechar experiencias de otros lugares que, por ejemplo, ya cuenten con indicadores definidos. La flexibilidad de los profesionales de adherirse a las tecnologías.
	<p><i>Limitadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 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 AP. 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.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto.

Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

La valoración los miembros de los RSWG acerca del Impacto y el Esfuerzo de adoptar al contexto nacional cada aspecto discutido se presenta en la Tabla 42 (aspecto 1) y en la Tabla 43 (aspecto 2).



Tabla 42. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online I)

Aspecto 1: Las Políticas de Recursos Humanos	
Impacto	Los miembros de los RSWG que participaron en la votación consideraron mayoritariamente que el impacto que podría generar esta medida sería alto (38%, 3/8) o muy alto (50%, 4/8). Sin embargo, una minoría opina que sería bajo (12%, 1/8).
Esfuerzo	Respecto al esfuerzo todos los participantes coincidieron en que supondría un esfuerzo alto (44%, 4/9) o muy alto (56%,5/9).
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Tabla 43. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online I)

Aspecto 2: Seguimiento de los equipos en productividad, accesibilidad y calidad de la atención como, por ejemplo, el portal nacional BI CSP para la gobernanza clínica	
Impacto	La mayoría de los participantes considera que se trata de una medida con un impacto alto (37%, 3/8) o muy alto (50%, 4/8), sin embargo, el 13% restante (1/8) discrepó considerando que el impacto sería bajo.
Esfuerzo	En cuanto al esfuerzo hay mayor disparidad en las respuestas, el 33% (3/9) considera que el esfuerzo sería bajo, mientras que el 67% restante considera que sería alto (22%, 2/9) o muy alto (45%, 4/9)
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

Los valores numéricos ponderados de las votaciones sobre impacto y esfuerzo presentadas en las anteriores tablas se exponen a continuación representados gráficamente en la Figura 17:

Figura 17. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Infraestructura y Equipamiento, Taller online I)

Infraestructura y equipamiento



Aspecto 1: Las políticas de Recursos Humanos

Aspecto 2: Seguimiento de los equipos en productividad, accesibilidad y calidad de la atención como, por ejemplo, el portal nacional BI CSP para la gobernanza clínica.

4.5.2. Taller *online* II con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Los aspectos de la reforma considerados más relevantes por los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes fueron los siguientes: representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

1. Integración, interoperabilidad y uniformización de información a nivel nacional de los procedimientos de registros clínicos entre áreas distintas, y común a todos los profesionales sanitarios y pacientes.
2. Renovación de edificios y TICs (hardware y software). Hay que evitar, en la medida de lo posible, la obsolescencia del equipamiento tecnológico e implementar una integración de nuevo equipamiento que permita implantar nuevas tecnologías.
3. Seguimiento y evaluación mediante indicadores de productividad, accesibilidad, calidad de la atención ofrecida, etc.
4. Transparencia de los datos. Permitir el acceso de los pacientes a su historia clínica y a su información y que todos los profesionales asistenciales tengan acceso a las mismas.
5. Incentivos profesionales basados en objetivos. Es relevante aumentar la capacidad resolutoria y ampliar las pruebas que se pueden realizar en Atención Primaria. Para alcanzar la equidad, habría que establecer unos mínimos y una incentivación de forma individual y por equipos.
6. Bidireccionalidad entre los sistemas de información de los ámbitos asistenciales, no sólo entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, sino también implantar la



comunicación entre todos los profesionales, como por ejemplo entre farmacéuticos y médicos.

De estos 6 aspectos, los 2 más votados para el posterior debate respecto a una potencial transferibilidad en España fueron:

- Aspecto 1: 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 (7/27 votos)
- Aspecto 2: Incentivos profesionales basados en objetivos (5/27 votos)

Discusión de los aspectos más votados

En la Tabla 44 (aspecto 1) y la Tabla 45 (aspecto 2) se recogen las valoraciones de los participantes en el debate en cuanto al valor añadido, los facilitadores y limitadores para su potencial transferibilidad y alternativas de los aspectos debatidos que existen en los distintos territorios.

Tabla 44. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online II)

<i>Aspecto 1: 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</i>		
Valor añadido		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La informatización de todos los datos clínicos y no clínicos del paciente en una única base de datos posibilita la continuidad asistencial del paciente en cualquier lugar del territorio.
Transferibilidad	<i>Facilitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta penetración de los dispositivos electrónicos entre la población y los profesionales. El uso de tecnologías de la información en otros ámbitos facilita que pueda darse su implantación en el ámbito sanitario.
	<i>Limitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 (infraestructuras diferentes, planes de diferentes, etc.) ▪ Recomendaciones estratégicas a nivel nacional no vinculantes. Se requieren normas en lugar de recomendaciones para poder homogeneizar y compartir



Aspecto 1: 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

		la información entre distintos territorios, y actualmente no existen.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto. 	

Tabla 45. Discusión del valor añadido, transferibilidad y alternativas sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online II)

Aspecto 2: Incentivos profesionales basados en objetivos		
Valor añadido		<ul style="list-style-type: none"> La incentivación a profesionales orientada a resultados, tanto incentivos económicos como no económicos, puede ser una palanca que contribuya a la implicación de profesionales y a la generación de valor en salud.
Transferibilidad	<i>Facilitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> Los actuales sistemas de información posibilitan la evaluación individual y grupal de resultados.
	<i>Limitadores</i>	<ul style="list-style-type: none"> El reparto lineal limita la motivación de los profesionales. Falta de evaluación para el reparto de los incentivos. 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.
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> No se ha resaltado ninguna alternativa a este aspecto. 	

Votación de aspectos respecto a Impacto y Esfuerzo: Matriz Quick Wins

La valoración de los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes a cerca del Impacto y el Esfuerzo de adoptar al contexto nacional cada aspecto discutido se presenta en la Tabla 46 y en la Tabla 47:



Tabla 46. Resultado de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 1 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online II)

Aspecto 1: 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	
Impacto	El 87,5% de los participantes consideraron que la aplicación de este aspecto de la reforma conllevaría un impacto alto (50%, 4/8) o muy alto (37%, 2/8). Sin embargo, un 13% (1/8) consideró que el impacto resultante sería bajo.
Esfuerzo	El 56% de los participantes (5/9) consideraron que el esfuerzo necesario para la implementación de este aspecto sería bajo. En contraposición, el 33% (3/9) consideró que el esfuerzo sería alto y el 11% (1/9) indicó que sería muy alto.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

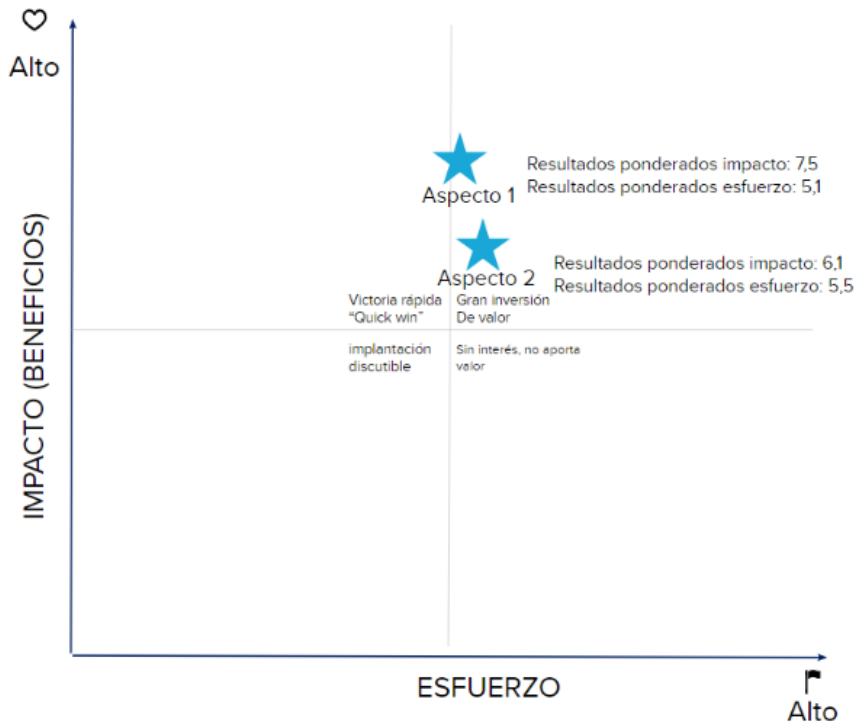
Tabla 47. Resultados de la votación de Impacto y Esfuerzo sobre el aspecto 2 del Estudio de Caso del Área de Infraestructura y Equipamiento (Taller online II)

Aspecto 2: Incentivos profesionales basados en objetivos	
Impacto	Un 33% (2 votos de los 6 votos totales, 2/6) de representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes que participaron en la votación opinó que esta medida tendría un impacto bajo, mientras que el 50% (3/6) y el 17% (1/6) consideraron que tendrían un impacto alto y muy alto respectivamente
Esfuerzo	En cuanto al esfuerzo, un 44,4% (4/9) opinó que supondría un esfuerzo bajo, otro 44,4% (4/9) considera que sería alto y un 11,1% (1/9) opina que sería muy alto.
Valoración	Se considera que es una medida de gran valor, pero que implantarla conllevaría una gran inversión.

A continuación, en la Figura 18, se muestran los resultados ponderados de las votaciones del Impacto y el Esfuerzo gráficamente sobre la matriz Quick-Wins.

Figura 18. Imagen Captura de pantalla de la herramienta Mural con las aportaciones de los participantes y los resultados de las votaciones ponderados (Estudio de Caso de Infraestructura y Equipamiento, Taller online II)

Infraestructura y equipamiento



Aspecto 1: 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.

Aspecto 2: Incentivos profesionales basados en objetivos.



5. Discusión

Se presenta a continuación, para cada área, la discusión de los principales resultados de los Talleres *online I* y *II* de forma individual y un análisis comparativo entre los resultados del Taller *online I* y los del Taller *online II*.

5.1. Planificación

5.1.1. Taller *online I* con los miembros de los RSWG

En España, los profesionales sanitarios de AP no cuentan con suficiente flexibilidad para compatibilizar la actividad asistencial cotidiana y la formación. Los equipos de AP son multidisciplinares y trabajan en estrecha colaboración, tanto entre ellos como con la comunidad de pacientes a los que atienden. Estos elementos se deberían utilizar en beneficio de la mejora de la asistencia sanitaria. Además, es necesario reflexionar sobre el rol que cumplen los trabajadores sociales que ya ejercen su actividad en los centros de salud, promoviendo una mayor colaboración con los agentes sociales a través de esta figura.

En relación con las TIC, se debería alcanzar un consenso sobre la información que se ha de compartir entre los diferentes niveles asistenciales (AP y Atención Hospitalaria) y ámbitos (sanitario y social), si se pretende llevar a cabo su integración. Habitualmente se diseñan los procesos teniendo en cuenta los servicios y se debería cambiar esta perspectiva, poniendo el foco en la persona. Sería necesario diseñar los sistemas de información teniendo en cuenta las necesidades del paciente, con toda su información disponible en un único repositorio, con la finalidad de que sea accesible desde los distintos servicios.

Por otro lado, no se debe omitir que las TIC pueden suponer un gran reto para muchos usuarios. Utilizar las TIC como soporte para mejorar la atención sanitaria puede resultar muy beneficioso, pero se debe contener y reducir la brecha digital al mismo tiempo, desarrollando estrategias para mitigar el riesgo de aumentar la inequidad en salud a raíz de la brecha digital.

Las TIC pueden cumplir más un papel facilitador que de soporte a la asistencia sanitaria y que sea complementario, pero no sustitutivo. Es necesario ser prudentes en relación con ciertos aspectos relacionados con las TIC, porque en algunos casos pueden perjudicar elementos propios de la AP como puede ser el trato con el médico, que es esencial. Se considera que puede ser arriesgado suplir la presencialidad por las visitas virtuales.

5.1.2. Taller *online II* con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

La reforma en Flandes presenta un nuevo concepto: las redes de AP. Se debe evolucionar desde el actual modelo que tiene como eje los centros de AP hacia una expansión conjunta con los proveedores de servicios sociales.

Las escuelas deben formar parte de esta red. Se debe realizar educación sanitaria en las escuelas, bien impartida por profesionales sanitarios o bien por educadores formados en este ámbito.



Además, en la continuidad de la atención se puede incluir un rol facilitador para atender a pacientes crónicos o dependientes. En la reforma de Flandes se ha dotado a los profesionales de autonomía, lo que ha posibilitado la gestión independiente de sus pacientes. Esta transición puede resultar interesante en España: llevar a cabo una transición a un modelo de estas características puede proporcionar mejores prestaciones a los pacientes al integrar los componentes sanitarios.

También se ha debatido la importancia de las Asociaciones de Pacientes. Se considera interesante retomar el aspecto comunitario incluyendo a las Asociaciones de Pacientes en el modelo de gobernanza de las redes de AP.

Por último, se destaca que es necesario que todas las plazas de pediatría de AP estén ocupadas por pediatras para evitar inequidades en salud con la población con menos recursos económicos.

5.1.3. Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres *online I y II* del área de Planificación

La reforma de la AP en Flandes fue seleccionada por el interés en la reorganización y planificación de las áreas de salud, estableciendo niveles organizativos, reconfigurando y reordenando las zonas de AP, con la finalidad de promover y favorecer la coordinación para mejorar la planificación en su conjunto. Si bien es cierto que en la primera parte de ambos Talleres *online* se indicaron aspectos relevantes relacionados con esta reorganización (los RSWG indicaron como aspecto relevante el refuerzo y simplificación de la AP mediante la reorganización de sus estructuras y las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes la organización de las zonas Básicas de Salud, entre otros), los aspectos relevantes más votados posteriormente, y sobre los que se debatió su posible transferibilidad, fueron otros, como los avances en las TIC o la integración de los ámbitos social y sanitario. La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** muestra los aspectos relevantes más votados en cada uno de los dos talleres.

Tabla 48. Aspectos relevantes más votados por los asistentes en los Talleres *online*

	Taller <i>online I</i>	Taller <i>online II</i>
Aspecto 1	Coordinación entre el ámbito social y el sanitario (atención integrada) con una gestión común	Reforzar la capacidad de la autogestión en los usuarios
Aspecto 2	Respaldo a los avances de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)	Continuidad de la atención a las personas con necesidades de cuidados complejos y/o de larga duración con la coordinación de los sectores sanitario y no sanitario y la participación de los cuidadores informales

Ambos grupos coincidieron en la necesidad de prestar una atención integrada y continuada a los pacientes, integrando los ámbitos asistenciales sanitario y social y enfatizando en la complejidad, por un lado, de establecer sistemas de información conjuntos para ambos ámbitos asistenciales, y por otro, de compartir recursos entre dos ámbitos actualmente distantes. Además, en ambos casos se indicó como aspecto relevante de la reforma la autogestión de los pacientes.

Más allá de la coincidencia previa, se observan disparidades en las prioridades detectadas por parte de los dos grupos de trabajo. En concreto, las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes centraron el debate en aspectos relacionados con la formación de los profesionales y pacientes (educación sanitaria), o



la continuidad en la atención (redes de AP) no sólo en los centros sanitarios sino también en los domicilios. Por su parte, las CC.AA. abordaron aspectos relacionados con la complejidad de implementar la atención integrada con nuevas TIC en aquellos centros que carecen del soporte técnico requerido, evitando, a la vez, crear una inequidad en la atención por una accesibilidad desigual a causa de la brecha digital.

5.2. Gestión y Organización

5.2.1. Taller *online I* con los miembros de los RSWG

En España la gobernanza es compleja, más aun integrando los servicios sociales que dependen de los ayuntamientos. La gobernanza de los territorios es deficiente organizativamente.

La gestión integrada de la AP y Atención Hospitalaria ya está implantada en muchas CC.AA.; OSI, áreas de gerencia única, etc. Sin embargo, Finlandia ha reorganizado sus servicios en base a las necesidades de la población, de los pacientes.

Durante la exposición también se reflejó la importancia de tener en cuenta la pirámide de Kaiser para los pacientes con necesidades complejas. Incluir la pirámide como una variable más a tener en cuenta para gestionar y organizar los recursos puede resultar muy interesante y beneficioso.

Otros aspectos comentados incluyen, entre otros: la contratación de personal de manera conjunta entre ambos ámbitos asistenciales; la equidad en el acceso a los servicios; y la calidad de los servicios sanitarios a domicilio.

Por otro lado, en relación con la transición digital, si bien es cierto que hay facilitadores, como puede ser la cotidianidad de la tecnología para gran parte de la población, también tiene limitaciones importantes. Existe una brecha digital que socialmente es muy destacable, ya que afecta en mayor medida a los pacientes más vulnerables, y que conlleva una ralentización para la digitalización de los servicios, además de una disminución en la equidad de la atención a los pacientes.

Por último, y en relación con la integración de la atención sanitaria y social, las alianzas ya existentes, no sólo entre los ámbitos asistenciales sino también con los pacientes a través de asociaciones, son un aspecto muy relevante para lograr una integración exitosa y puede dar soporte, actuando a la vez de facilitador.

5.2.2. Taller *online II* con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

La experiencia de la reforma llevada a cabo en Finlandia puede servir como inspiración para promover cambios en el contexto español, pero los sistemas finlandeses sanitario y social distan mucho del modelo que existe en España.

Es necesaria una mejora en la coordinación de los servicios asistenciales en España, llevar a cabo una integración completa puede no resultar viable, por las diferencias que presentan ambos (sistema social mediante copago, mientras que el sistema sanitario es universal), pero promover una coordinación fuerte puede beneficiar a los pacientes y ayudar en la mejora y eficiencia de los servicios.



El principal beneficio de mejorar la coordinación es proporcionar una respuesta integral a las necesidades sanitarias y sociales de las personas, así como facilitar un seguimiento más cercano en pacientes crónicos y frágiles, principalmente, pudiendo prestar asistencia en los domicilios. Para ello, hay que llevar a cabo una integración de los sistemas informáticos, de tal forma que se pueda acceder a toda la información del paciente, independientemente del ámbito en el que se genere.

Poder contar con toda la información del paciente y facilitar la continuidad asistencial en el domicilio, especialmente para paciente con dificultades de accesibilidad, reporta resultados positivos en la seguridad del paciente.

Sin embargo, existen las limitaciones asociadas al cambio de modelo, como es la reestructuración de los recursos y la financiación o la resistencia al cambio, tanto de los profesionales como de los pacientes.

La mejora de la atención a los pacientes mediante la coordinación entre los servicios asistenciales tiene que ir acompañada de una voluntad e interés político que proporcione los recursos necesarios para poder llevarlo a cabo.

La continuidad de cuidados en pediatría de AP redundará en la cercanía y mejora la atención de los pacientes infantoyjuveniles.

5.2.3. **Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres *online* I y II del área de Gestión y Organización**

El Estudio de Caso de Karelia del Sur se seleccionó por su innovación para el fomento de la accesibilidad y equidad del sistema sanitario y la integración entre los ámbitos, no sólo de Atención Primaria y servicios sociales, sino también con Atención Hospitalaria. La atención integral domiciliar a una población envejecida, como es la de esta región de Finlandia, es un aspecto destacable que suscita gran interés por esta reforma. Además, para llevarla a cabo se creó un sistema de información único para el paciente, sustentando la reforma con servicios digitales.

Los debates de transferibilidad de los aspectos de interés en ambos Talleres *online* transcurrieron de manera muy similar, considerando la integración de la atención sanitaria y social y la integración digital de los servicios informáticos los dos aspectos más relevantes de la reforma en ambos casos. Ambos grupos de trabajo coincidieron en que el abordaje único al paciente, garantizando la equidad, independientemente de dónde se encuentra (domicilio, residencia, etc.) supone un valor añadido para el sistema sanitario español. No obstante, la separación actual que existe entre los ámbitos asistenciales, con historias electrónicas diferenciadas, falta de interoperabilidad, legislación restrictiva, necesaria re-distribución de competencias y la brecha digital suponen limitadores importantes en la implantación de una estrategia similar en el contexto español.

Si bien los debates de la transferibilidad fueron semejantes, algunos aspectos relevantes de la reforma destacados por las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes no fueron aspectos prioritarios para los miembros de los RSWG. Dotar de mayor autonomía a los municipios, proporcionar dispensadores de medicamentos a las zonas rurales o establecer un reparto económico en función de las necesidades de los pacientes son aspectos que las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes han destacado como relevantes.



Se observa, por lo tanto, que las preocupaciones e inquietudes que despierta este Estudio de Caso en ambos grupos de trabajo son muy semejantes, identificando áreas de mejora en el sistema sanitario español y posibles cuellos de botella similares.

5.3. Recursos Humanos

5.3.1. Taller *online* I con los miembros de los RSWG

La profesionalización de los sanitarios y las condiciones que se les ofrece son los aspectos más importantes a la hora de captar y fidelizar a los profesionales. No sólo se les incentiva con salarios o puntuación en bolsa, la vivienda o el transporte son aspectos que les preocupan y que son de gran importancia a la hora de seleccionar un puesto u otro.

La pandemia, y la emergencia sanitaria que ha supuesto, ha puesto de manifiesto la necesidad de fomentar la calidad del servicio en lugar de la presencialidad, y la telemedicina ha sufrido un gran auge en esta dirección. Existe la necesidad de definir una estrategia a nivel autonómico y nacional de Recursos Humanos que anteponga la atención al ciudadano y los servicios de calidad por delante de la presencialidad.

Desde la gobernanza local se debe trabajar con el fin de luchar contra la desigualdad de los diferentes territorios y poner el foco en la comunidad.

Tras la pandemia han surgido nuevas necesidades de Recursos Humanos, pero todas tienden hacia el trabajo en equipo y multidisciplinar. Se debe dotar a la AP de los medios necesarios para que puedan tener mayor capacidad resolutive.

5.3.2. Taller *online* II con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

Actualmente hay una carencia de profesionales en Atención Primaria, por lo que las políticas de Recursos Humanos son clave para tratar de captar y retener a los profesionales. Se tienen que empezar a valorar medidas de incentivación, especialmente en aquellas zonas de difícil cobertura, como establecer salarios fijos, imputar las horas de desplazamiento como horas de trabajo o mejorar la conciliación de los profesionales

Involucrar a los profesionales en la organización y en las decisiones, empoderándoles, es una manera de incentivarles y crear el sentimiento de pertenencia del que actualmente carecen la mayoría, para tratar de retenerlos. Actualmente, las CC.AA. están tomando diversas medidas para afrontar este problema, lo que facilita la implementación de nuevas medidas.

Sin embargo, la falta de profesionales está derivando también en una competencia entre CC.AA. por captar profesionales, por lo que se debería homogeneizar a nivel nacional las condiciones laborales de los profesionales.

Establecer cargas de trabajo realistas, planificar los recursos con mayor antelación, fomentar incentivos en puestos de difícil cobertura o flexibilizar la gestión de los servicios son medidas que se deberían implantar para poder solventar algunos de los problemas que existen actualmente en Recursos Humanos.



Es necesario definir competencias, funciones y atribuciones por perfiles profesionales antes de incorporar nuevos perfiles. Además, es imprescindible empoderar a los médicos de familia, pediatras de AP y Enfermeras Especialistas Familiar y Comunitaria dentro del sistema sanitario, de forma que se logre hacer atractivas estas especialidades profesionalmente.

5.3.3. **Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres *online I y II* del área de Recursos Humanos**

Según los responsables del proyecto “Senja Doctor”, las medidas de incentivar implantadas resultaron satisfactoriamente eficaces: por un lado, se logró reducir significativamente la rotación de profesionales, y, por otro lado, se reforzó su sentimiento de pertenencia. Esta visión positiva de impacto fue compartida entre profesionales sanitarios, autoridades políticas y autoridades de la administración.

Los debates de ambos Talleres *online* abordaron aspectos del estudio de caso similares, centrados principalmente en la necesidad de establecer incentivos específicos para los profesionales que prestan sus servicios en puestos/zonas de difícil cobertura. En ambos debates se pusieron en valor medidas como (1) la homologación de las horas de desplazamiento como horas de trabajo, (2) la disminución de la asignación de pacientes por profesional, (3) medidas de conciliación y (4) ofrecer mayores oportunidades de investigación para los profesionales que cubren estos puestos. En el debate protagonizado por los RSWG también se pusieron sobre la mesa algunos aspectos adicionales sobre la reforma de corte organizativo, como la incorporación de la figura de un “centro oficial” o “anfitrión”, su modelo de colaboración entre municipios o la red de profesionales de soporte.

En cuanto a la potencial transferibilidad de estos aspectos, mientras que los RSWG reconocieron como facilitadores nuevamente aspectos organizativos (existencia de redes formativas MIR, estructuras docentes disponibles, etc.) así como la composición y predisposición de los equipos de Atención Primaria y Comunitaria, las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes, por su parte, identificaron como facilitadores los esfuerzos que ya se están llevando a cabo por parte de las CC.AA: nuevas estrategias, incremento de profesionales MIR, potenciación de los incentivos, etc.

Por último, y en relación con los limitadores, ambos foros coincidieron en destacar dos aspectos: (1) la rigidez de las políticas de Recursos Humanos, que dificulta a las CC.AA. adaptarse ágilmente a las necesidades cambiantes, y (2) la carencia de profesionales sanitarios actual y especialmente futura, en previsión de las futuras jubilaciones, lo que provocará un aumento de las ya saturadas cargas laborales.

5.4. **Financiación**

5.4.1. **Taller *online I* con los miembros de los RSWG**

La ley escocesa de integración de la atención sanitaria y social, en el apartado del presupuesto explicita qué es lo que no incluye, sin embargo, no contempla algunos aspectos clave, motivo por el que no se pueden sacar conclusiones fiables en estos momentos.



La reforma se realiza a nivel de la AP, social y comunitaria, pero el presupuesto se controla desde la AP. El presupuesto de los servicios sociales en España cuenta con servicios y prestaciones ligadas a la atención a la dependencia y al presupuesto hospitalario y del tercer sector. En Escocia estos tres aspectos no están incluidos en la reforma, porque esta se centra exclusivamente en el primer nivel asistencial, entendiendo este nivel de una forma más amplia, e incluye algunos aspectos de atención de consultas externas hospitalarias y servicios extrahospitalarios.

Entre atención sanitaria y servicios sociales existen áreas con intereses compartidos. Sin embargo, otras prioridades son divergentes (repercusión pública, tratamientos farmacológicos innovadores, intervenciones complejas, etc.). Integrar los presupuestos puede conllevar el detrimento de alguno de los ámbitos integrados, ya que sanidad ha tenido históricamente mayor relevancia que servicios sociales. Sucede lo mismo cuando se cuestiona la integración de Atención Hospitalaria y AP, si no se protegen las partidas de los presupuestos de forma finalista para AP, se puede acentuar la desigualdad. Para poder implementar esta reforma, el presupuesto único debe tener en cuenta los diferentes aspectos estructurales de los dos ámbitos, y esto no requiere tener una consejería única.

Por otro lado, algunos aspectos de los presupuestos de AP y salud pública deberían estar integrados, siguiendo evidencias de otros países. La integración no debería tener en cuenta únicamente la atención sanitaria y social, sino también la salud pública.

Para poder llevar a cabo esta integración, los sistemas de información se deben unificar, de tal forma que contengan los datos relativos a todos los ámbitos. El flujo de información ha de estar dirigido hacia las personas y no hacia los sectores, de tal forma que exista una única base de datos que aglutine toda la información del ciudadano, independientemente del ámbito en el que se genere.

5.4.2. Taller *online* II con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

En Escocia el segundo pilar sobre el que se asentó la reforma está basado en un modelo de gobernanza muy definido, pero con factores que no se tienen en cuenta. Esto causó que, cuando en ciertas zonas se ponían en marcha, dependía de ellos mismos cómo evolucionar y seguir, lo que les confería de cierta flexibilidad para poder implementar los cambios en función de sus necesidades.

Definieron bien qué servicios se podían integrar y cuáles no. Querían disponer de un presupuesto único, hecho a medida para los servicios que se podían proveer. Hay un sesgo por parte de algunas comarcas en las que han tenido mucho éxito, pero no en todas.

Es una reforma en la que Escocia fue un motor y sirvió a Inglaterra como modelo a seguir.

Si bien es cierto que se detectó un impacto positivo en los indicadores relacionados con la mortalidad, en el debate se ha abordado la posibilidad de incluir indicadores de otras características, que incluyan otros aspectos relacionados con la percepción del paciente. La AP debería tener la capacidad para prevenir las patologías y fomentar medidas de promoción de la salud, y no únicamente tratar las enfermedades cuando estas se presentan.



Por otro lado, la integración de la atención sanitaria y social puede ayudar a este objetivo, promoviendo desde servicios sociales la promoción y autocuidado. Hay muchas limitaciones para llevar esto a cabo, como la falta de voluntad política o la falta de inversión en estos servicios.

La realización de cribados, promoción de la salud y diagnóstico precoz es muy importante en la atención a la población, y en el caso de la población infantil debe ser realizada por pediatras y enfermería pediátrica.

5.4.3. **Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres *online* I y II del área de Financiación**

Desde 2002 Escocia ha promovido el trabajo conjunto de los servicios sanitarios y sociales, pero la reforma de 2014 resulta especialmente relevante por la asociación presupuestaria de ambos ámbitos asistenciales mediante la creación de autoridades integradas, formadas por autoridades locales y consejos de salud. Las autoridades integradas gestionan un presupuesto único, del cual el 70% proviene del sistema nacional de salud y el 30% de autoridades locales.

Ambos grupos de trabajo indicaron como relevantes aspectos similares en sus respectivos debates: la integración de AP con servicios sociales; la asociación presupuestaria; la orientación a salud comunitaria y la importancia de definir indicadores válidos y fiables. Sin embargo, también existieron disparidades, las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes destacaron como aspecto relevante la importancia de contar con equipos multidisciplinares, mientras que los RSWG indicaron aspectos legales y estructurales.

Durante el debate, los RSWG apuntaron que la asociación presupuestaria propicia mayor coordinación entre los dos ámbitos, eliminando además duplicidades, e indicaron como aspecto facilitador en la implementación de esta medida la relación sociosanitaria que se ha creado como consecuencia de la pandemia y la necesidad de mantenerla. Además, señalaron que aportaría valor vincular las prestaciones sociales y sanitarias con las competencias a desarrollar, y no solo con la valoración del desempeño.

Por su parte, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes indicaron como limitadores en la implementación aspectos como la falta de terapias no farmacológicas y la necesidad de educación en prevención, así como la necesidad de cambiar el modelo de gobernanza y la falta de voluntad política para llevar a cabo una reforma dirigida hacia la integración.

5.5. **Infraestructura y Equipamiento**

5.5.1. **Taller *online* I con los miembros de los RSWG**

En Portugal comenzaron a desarrollar la reforma después de que otros países implementaran las suyas, por lo que pudieron aprender de otras experiencias y fijarse en las diferentes estrategias que adoptaron cada uno, lo que les otorgó una gran ventaja. El éxito de la reforma flexible aplicada en Portugal es la adaptación de las experiencias internacionales al contexto del país.

De acuerdo con los miembros de los RSWG, las políticas de Recursos Humanos han de cambiar y empezar a tener en cuenta la conciliación familiar y el horario flexible. Esta



nueva perspectiva implica considerar un cambio también en el modelo actual de contratación de los profesionales en España.

Por otra parte, hay que empezar a reflexionar y reorientar los espacios. Los espacios de los centros de AP deben modificarse y reorganizarse pensando en la población y en la comunidad, no sólo para poder atender consultas individuales, sino para poder hacer sesiones orientadas a la comunidad, grupales. Se debe seguir invirtiendo en la calidad de los espacios para la humanización de los centros de AP, tanto para que los profesionales dispongan de un lugar adecuado de trabajo, como para la calidad de asistencia a los ciudadanos.

En cuanto a la transparencia de los resultados que se obtengan tras la evaluación, debería establecerse como un hábito dentro de la normalidad de la actividad asistencial.

Las dimensiones que se presentan en esta reforma en Portugal resultan muy interesantes y enriquecedoras para poder mejorar la AP, pero falta incluir también la perspectiva de la atención comunitaria.

5.5.2. Taller *online* II con representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes

El modelo portugués es el único que no especifica la integración social-sanitaria. España y Portugal son dos modelos muy semejantes, pero con particularidades muy diferentes. Portugal puede ser un ejemplo en el proceso de transición entre el sistema previo y la implementación de la nueva reforma. A la hora de llevar a cabo una reforma, se pueden tomar como referencia los tiempos y los procesos del modelo portugués, ya que puede resultar orientativo si se transfiere al contexto español.

En la reforma de Portugal, para la evaluación de los equipos se han utilizado indicadores de desempeño, asociados a incentivos. Esto ha permitido, por un lado, motivar a los profesionales, y por otro establecer unos buenos resultados en satisfacción por parte de los profesionales y de los pacientes. Tomar como referencia este modelo y establecer indicadores para el contexto español puede ser igualmente una buena práctica que ayude en la mejora de los servicios de Atención Primaria.

Por otro lado, las nuevas tecnologías evolucionan a un nivel muy rápido y hay que mantener una renovación y un mantenimiento de los equipos, tanto médicos como no médicos, continuo y que permita, además, implantar las nuevas tecnologías que puedan surgir. Se debe trabajar por integrar y uniformizar los sistemas de información, promoviendo, además, la transparencia de los datos, no sólo entre todos los profesionales sino también con el paciente.

5.5.3. Análisis comparativo entre los resultados de los Talleres *online* de Infraestructura y Equipamiento

La reforma de la Atención Primaria en Portugal se seleccionó por la informatización completa de los servicios de salud que implementaron. Esta informatización permitió disponer de un sistema operativo universal que posibilitan la atención integrada y que permiten el seguimiento de los equipos en relación con la productividad, accesibilidad y calidad de la atención.



Los aspectos más relevantes señalados por ambas audiencias fueron similares: modernización/renovación de la infraestructura y equipamiento tecnológico (TIC); seguimiento y evaluación de los equipos mediante indicadores de productividad, accesibilidad y calidad de la atención ofrecida; e interoperabilidad de los sistemas de información a nivel nacional.

Además, ambas audiencias abordaron cuestiones similares relacionadas con los recursos humanos, como los incentivos y la motivación. Sin embargo, en los debates posteriores relacionados con este aspecto, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes se centraron en la evaluación de los profesionales, mientras que los RSWG destacaron aspectos relacionados con la rigidez de la normativa actual.

En relación con otras disparidades observadas, mientras que los RSWG abordaron el seguimiento de los equipos mediante indicadores – apuntando como facilitadores para su implantación el actual desarrollo de los sistemas de información y como limitadores la complejidad que supone su implementación (manejo de datos, interoperabilidad, prioridades políticas, etc.) – por su parte las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes abordaron en profundidad la interoperabilidad de la información a nivel nacional – señalando como facilitador para la implementación de la medida la alta penetración de los dispositivos electrónicos en la población y como limitadores aspectos como las disparidades entre regiones y la falta de voluntad política -.



Financiado por
la Unión Europea



AARC

NTT DATA