ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

ÍNDICE FES

INFORME DE MEDIAS NACIONAL

AÑO 2026



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

INFORME DE MEDIAS NACIONAL

ÍNDICE FES 2026 “ESTUDIO PARA LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD”

Depósito legal: M-28140-2026

2026 Fundación Economía y Salud

Diseño y edición: Fundación Economía y Salud

www.fundacioneconomiaysalud.org

COLABORADORES

mediacaña
Construimos el futuro hoy

Casaverde
FUNDACIÓN

AUTORES Y EQUIPO DE COORDINACIÓN

En el análisis de la información obtenida, así como en la emisión de valoraciones y recomendaciones de este informe han colaborado los siguientes autores:

DIRECCIÓN INSTITUCIONAL

- ***Alberto Giménez Artés.*** *Presidente de la Fundación Economía y Salud.*

COORDINACIÓN TÉCNICA DEL INFORME Y EQUIPO DE APOYO

- ***Carlos Alberto Arenas Díaz.*** *Médico de Atención Primaria en la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Experto en Gestión y Planificación Sanitaria. Vicepresidente de la Fundación Economía y Salud. Coordinador del Informe (Áreas).*
- ***Luis Rosado Bretón.*** *Exconsejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud. Coordinador del Informe (Indicadores).*
- ***Belén Giménez Ramón-Borja.*** *Responsable de Proyectos de la Fundación Economía y Salud. Revisora técnica del Informe.*
- ***Nazaret Abalde Bastero.*** *Responsable de Contenidos de la Fundación Economía y Salud. Revisora metodológica del Informe y análisis de datos.*
- ***Alejandro Villa Narros****. Técnico de Comunicación de la Fundación Economía y Salud. Maquetación y soporte tecnológico.*
- ***Julio García Gómez****. Director de Comunicación de la Fundación Economía y Salud.*

AUTORÍA POR ÁREAS TEMÁTICAS

Área 1. Prevención, protección, promoción de la salud y empoderamiento del paciente

- ***Ignacio del Arco Herrera.*** *Doctor en Ciencias Biológicas por la Universidad Complutense de Madrid. Miembro de la Red Española de Alfabetización para la Salud. Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

Área 2. Atención Primaria y Comunitaria

- ***Alicia Negrón Fraga.*** *Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario Gandhi, Servicio Madrileño de Salud. Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

Área 3. Atención Sanitaria y Gestión Asistencial

- ***Amalia Franco Vidal.*** *Coordinadora de Calidad e Innovación del Área de Salud III-Oriente del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

Área 4. Alternativas a la hospitalización y atención domiciliaria

- ***Carlos Peña Laguna.*** *Subdirector de Enfermería de Atención Primaria en la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real (SESCAM). Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

Área 5. Coordinación entre Servicios Sociales y Sanitarios

- ***José Ignacio Nieto García.*** *Exconsejero de Salud y Servicios Sociales de La Rioja. Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

Área 6. Tecnología y Transformación Digital

- ***Ignacio Arnott González-Tova.*** *Ingeniero de Telecomunicación por la Universidad Politécnica de Madrid. Director de Estrategia en Siemens Healthineers. Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

Área 7. Capital humano

- ***Javier Guerrero Fonseca.*** *Doctor en Ciencias de la Salud por Universidad de Castilla-La Mancha. Ingeniero Industrial. Especialista del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SESCAM. Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

Área 8. Sostenibilidad y eficiencia en la gestión

- ***Luis Alejandro Fernández Segundo.*** *Economista. Director de Gestión y Servicios Generales en Bidean Transporte Sanitario de Navarra. Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

Área 9. Evaluación del impacto en salud: calidad y seguridad del paciente

- ***Jorge de Vicente Guijarro.*** *Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid). Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*
- ***Jesús Aranaz Andrés.*** *Director del Máster en Gestión y Dirección de la Seguridad Clínica del Paciente (UNIR). Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

Área 10. Gobernanza

- ***José Luis Gutiérrez Sequera.*** *Experto en Gestión Sanitaria. Miembro del Comité Científico de la Fundación Economía y Salud.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 7

2. METODOLOGÍA 13

3. ANÁLISIS DE LAS PUNTUACIONES 27

MEDIA NACIONAL ÍNDICE FES 2026 28

COMENTARIOS GENERALES: LAS ÁREAS Y SU EVOLUCIÓN 30

ANÁLISIS DE MEDIDAS CON MAYOR Y MENOR GRADO DE DESARROLLO 37

ÁREA 1. PREVENCIÓN, PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE 53

ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA 71

ÁREA 3. ATENCIÓN SANITARIA Y GESTIÓN ASISTENCIAL 87

ÁREA 4. ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN DOMICILIARIA 97

ÁREA 5. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS 111

ÁREA 6. TECNOLOGÍAS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL 123

ÁREA 7: CAPITAL HUMANO 135

ÁREA 8. SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA EN LA GESTIÓN 147

ÁREA 9. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD 157

ÁREA 10. GOBERNANZA 171

4. CONCLUSIONES 185

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y PRIORIDADES DE TRANSFORMACIÓN 199

6. CONCLUSIÓN FINAL 203

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe expone y analiza los resultados de la edición 2026 del Índice FES, un instrumento que evalúa el grado de implantación, en los servicios de salud de las comunidades autónomas (CC. AA.) participantes, de un conjunto de medidas organizativas, de gestión y de gobernanza orientadas a la mejora del sistema sanitario. Su propósito es ofrecer una visión global del grado de implantación alcanzado, identificar las fortalezas del sistema y delimitar aquellos ámbitos con margen de mejora.

1.1. ANTECEDENTES

La Fundación Economía y Salud (la Fundación) nació en 2012 con el objeto de contribuir a la mejora del sector salud en España. Desde su creación, ha orientado su actividad al análisis de los principales retos y áreas de mejora del sistema sanitario, así como a la formulación de propuestas sustentadas en el conocimiento y el consenso de expertos procedentes de distintos ámbitos del sector.

Fruto de este trabajo, la Fundación ha elaborado un marco de medidas para la mejora del sistema sanitario, configurado de forma progresiva y plasmado en tres publicaciones. La primera, 100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud, reúne las grandes líneas estratégicas de mejora recogidas en el I Gran Foro de la Fundación, celebrado en 2014.

La segunda, 100 medidas que mejoran el sector salud, avanza en la concreción de esas líneas estratégicas mediante la definición de medidas de carácter operativo, que fueron consensuadas en el II Gran Foro en 2017.

La tercera, 106 medidas que mejoran el sector salud en España tras la pandemia de COVID-19, publicada en 2020, recoge la revisión de las medidas anteriores para responder a los cambios acaecidos tras la pandemia.

Una vez definido y actualizado el marco de medidas, el siguiente paso consistió en conocer su grado de implantación en los servicios de salud de las CC. AA. Con este propósito se desarrolló el Índice FES, cuya primera edición tuvo lugar en 2020. A esta le siguieron las ediciones de 2022 y 2024, que permitieron consolidar el seguimiento de su implantación.

La edición de 2026, objeto del presente informe, da continuidad a este proceso de evaluación periódica, permitiendo actualizar el conocimiento sobre el grado de implantación de las medidas en los distintos servicios de salud.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La pertinencia del Índice FES deriva de la propia estructura descentralizada del Sistema Nacional de Salud. La gestión de la asistencia sanitaria es competencia de los servicios de salud de las CC. AA., mientras que la Administración General del Estado asume las funciones de coordinación y de garantía de la cohesión y la

calidad del conjunto del sistema (1). Este modelo ha favorecido la correspondencia entre las políticas sanitarias y las necesidades de cada territorio. Al mismo tiempo, ha dado lugar a una variabilidad apreciable entre comunidades en términos de organización, dotación de recursos y resultados en salud (2).

En este escenario, la disponibilidad de información comparable entre servicios de salud es una condición necesaria para la rendición de cuentas y la cohesión territorial. Así lo reflejan los marcos actuales de evaluación del desempeño de los sistemas sanitarios, desarrollados conjuntamente por la OCDE, la OMS y el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, que conciben esta evaluación como un instrumento de gobernanza orientado a fundamentar la toma de decisiones (3).

Sin embargo, los sistemas de información sanitaria disponibles se centran principalmente en la medición de recursos, actividad y resultados, y ofrecen escasa información sobre el grado de implantación de las medidas organizativas, de gestión y de gobernanza propuestas para la mejora del sistema. Esta carencia reviste especial importancia, en tanto que la formulación de una medida no garantiza su aplicación, y la literatura ha documentado de forma reiterada la distancia que separa las recomendaciones basadas en la evidencia de la práctica de las organizaciones sanitarias (4). De ahí que la ciencia de la implementación sostenga que la adopción, la penetración y la sostenibilidad de las medidas deban ser objeto de medición específica (5).

La necesidad de medir la implantación de estas medidas entronca con la dificultad de obtener datos al respecto. Esta información se encuentra, en buena medida, en poder de las propias organizaciones, por lo que obtenerla exige recurrir a ellas mediante un procedimiento que garantice la homogeneidad y la comparabilidad de las respuestas. La autoevaluación estructurada responde a ese propósito. Basada en criterios explícitos y comunes, se trata de un método consolidado en los modelos de gestión de la calidad y de acreditación sanitaria, que permite a cada organización valorar su grado de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas de mejora (6,7).

La autoevaluación presenta, no obstante, dos limitaciones. La primera deriva del carácter autodeclarado de la información, que puede verse afectada por el sesgo de deseabilidad social y por diferencias en la interpretación de los criterios entre los informantes (8). La segunda es que, por sí sola, informa del grado de implantación de las medidas en una organización concreta, pero carece de un punto de referencia externo que permita valorar su posición relativa. La primera limitación puede mitigarse definiendo con precisión los niveles de respuesta y contrastando los resultados con fuentes externas. La segunda se atenúa cuando la información se analiza de forma comparada.

La comparación sistemática entre organizaciones (benchmarking) es una estrategia de mejora de la calidad cuya utilidad está bien documentada en el ámbito sanitario. Su valor reside en permitir a cada organización identificar las diferencias entre su desempeño y el de su entorno, reconocer las áreas susceptibles de mejora y aprender de quienes obtienen mejores resultados. Para que la comparación resulte válida, la literatura señala dos condiciones. La primera es que se base en criterios de medición homogéneos, definidos de la misma forma para todas las organizaciones. La segunda, que los resultados se devuelvan a cada participante para fundamentar sus propias acciones de mejora (9).

El benchmarking encuentra, sin embargo, un óbice cuando la evaluación abarca un número elevado de medidas y múltiples dimensiones del sistema, ya que el análisis medida a medida resulta difícil de interpretar y no ofrece una visión de conjunto. Los índices compuestos permiten superar esta dificultad, puesto que integran la información de múltiples indicadores en valores sintéticos que facilitan la comparación entre organizaciones y el seguimiento de su evolución en el tiempo. Ahora bien, estos índices no son instrumentos neutros. Sus resultados dependen de un conjunto de decisiones metodológicas relativas a la selección de los ítems, las escalas de respuesta, la ponderación de sus componentes y los procedimientos de agregación, por lo que su validez y su credibilidad exigen que dichas decisiones se expongan con transparencia (10).

En este marco conceptual y metodológico se inscribe el Índice FES, concebido como una respuesta a las necesidades de información, comparabilidad y síntesis anteriormente señaladas. Se trata de un índice compuesto, de periodicidad bienal, que estima el grado de implantación en los servicios de salud de las CC. AA. de un conjunto de medidas organizativas, de gestión y de gobernanza consensuadas por expertos. Dado que esta información se encuentra en poder de las propias organizaciones, el índice se basa en un cuestionario de autoevaluación que cumplimenta cada Servicio de Salud. Para reducir las limitaciones propias de la información autodeclarada, el cuestionario establece criterios precisos para cada respuesta y, en la edición de 2026, sus resultados se contrastan por primera vez con indicadores procedentes de fuentes públicas.

Asimismo, el Índice incorpora los principios del benchmarking. Todos los servicios de salud participantes responden conforme a criterios homogéneos y reciben sus resultados en comparación con la media de referencia, lo que permite contextualizar su posición relativa e identificar ámbitos susceptibles de mejora.

A su vez, la información obtenida se sintetiza en una puntuación global y en puntuaciones por áreas, proporcionando una visión integrada del grado de implantación de las medidas.

De este modo, el Índice FES complementa la información disponible en los sistemas oficiales y constituye una herramienta de apoyo para la planificación y la evaluación en los ámbitos de la macrogestión y la mesogestión sanitaria.

1.3. OBJETIVOS

De acuerdo con lo anterior, el Índice FES plantea un objetivo general y cinco objetivos específicos:

Objetivo general

Evaluar el grado de implantación de las medidas organizativas, de gestión y de gobernanza que integran el marco FES en los servicios de salud de las CC. AA. participantes.

Objetivos específicos

1. Ofrecer una visión de conjunto del grado de implantación de las medidas, mediante una puntuación global y puntuaciones para cada una de las áreas de evaluación.
2. Describir el grado de implantación de cada medida e identificar las fortalezas y los ámbitos con menor desarrollo.
3. Contrastar y contextualizar los resultados de la autoevaluación con indicadores procedentes de fuentes públicas.
4. Proporcionar a cada Servicio de Salud sus resultados comparados con la media nacional, de modo que pueda conocer su posición relativa.
5. Formular recomendaciones que orienten la toma de decisiones y la definición de nuevas líneas de mejora.

2. METODOLOGÍA

2.1. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El Índice FES es el resultado de un proceso metodológico secuenciado en dos grandes fases. En la primera, comprendida entre 2014 y 2020, se elaboró y actualizó, mediante técnicas de consenso de expertos, el marco de medidas organizativas, de gestión y de gobernanza que conforma el objeto de evaluación.

En la segunda fase, iniciada en 2020, estas medidas se operativizaron y trasladaron a un cuestionario de autoevaluación dirigido a los servicios de salud de las CC. AA. Desde entonces, el instrumento se ha aplicado en cuatro ediciones, incorporando en cada una las revisiones necesarias para mantener su vigencia.

En los apartados siguientes se describe, en primer lugar, la estrategia metodológica seguida en ambas fases y, a continuación, el diseño metodológico de la edición de 2026, objeto de este informe.

Tabla 1. Proceso de desarrollo del Índice FES.

	AÑO	RESULTADO
FASE I. DESARROLLO DEL MARCO DE MEDIDAS		
I Gran Foro	2014	12 líneas estratégicas de mejora
II Gran Foro	2017	100 perspectivas de mejora
Revisión tras la COVID-19	2020	106 medidas actualizadas
FASE II. EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS		
Índice FES 2020	2020	Primera edición (11 CC. AA.)
Índice FES 2022	2022	Segunda edición (11 CC. AA.)
Índice FES 2024	2024	Tercera edición (10 CC. AA.)
Índice FES 2026	2026	Cuarta edición (13 CC. AA.)

2.1.1. Fase I: desarrollo del marco de medidas

La primera fase, desarrollada entre 2014 y 2020, tuvo como finalidad construir el marco de medidas que conforma el objeto de evaluación del Índice FES. Se articuló en tres hitos sucesivos, el I Gran Foro (2014), el II Gran Foro (2017) y la revisión de las medidas tras la pandemia de COVID-19 (2020). Dado que este objetivo exigía integrar el conocimiento de profesionales de ámbitos muy diversos sobre cuestiones para las que no existía evidencia directamente aplicable, se recurrió a métodos de consenso de expertos, cuyos fundamentos se exponen a continuación.

Fundamento metodológico

El instrumento metodológico empleado en esta fase fue la técnica de grupo nominal (TGN), un método estructurado de consenso de expertos (11). Los métodos de consenso permiten sistematizar el juicio de expertos para identificar problemas, priorizar alternativas y formular recomendaciones cuando la evidencia científica disponible es insuficiente o no resulta directamente aplicable a un contexto determinado (12,13). Entre los métodos más utilizados en la investigación en salud se encuentran, junto a la TGN, el método Delphi y la conferencia de consenso (13,14). Frente a la deliberación informal entre expertos, estos procedimientos comparten tres características básicas: estructuran la interacción entre los participantes, recogen inicialmente sus aportaciones de forma individual y emplean mecanismos de priorización para determinar el grado de acuerdo alcanzado.

La TGN se desarrolla habitualmente de forma presencial, en grupos reducidos y bajo la conducción de un moderador, mediante una secuencia estructurada de cuatro etapas (14,15):

1. Generación silenciosa e individual de ideas en respuesta a una pregunta formulada previamente.
2. Exposición de las ideas por turnos, sin debate, hasta agotar las aportaciones.
3. Discusión y clarificación de cada idea, con agrupación de las que resultan afines.
4. Votación o puntuación individual de las ideas para establecer su orden de prioridad.

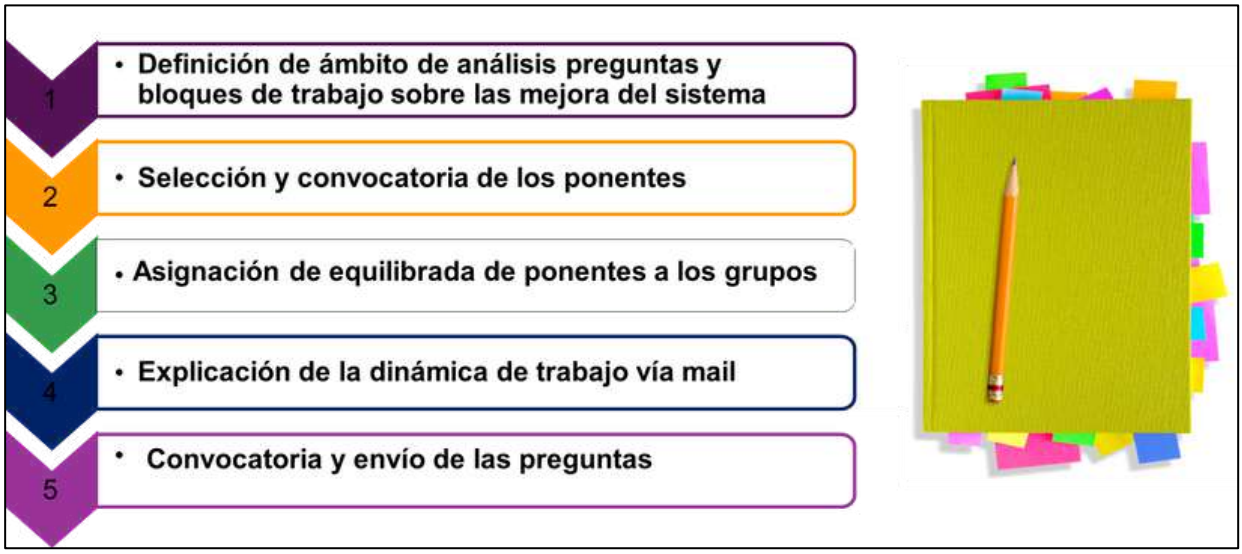
Al combinar la reflexión individual con la puesta en común, la técnica garantiza que todos los participantes contribuyan en igualdad de condiciones, limita la influencia de los miembros más dominantes del grupo y produce, en un tiempo reducido, una relación de propuestas ordenadas según su prioridad (14,15).

La elección de la TGN responde a la naturaleza del objetivo de esta fase. A diferencia del método Delphi, que suele aplicarse a distancia para valorar un conjunto de propuestas ya definidas, la TGN permite generar ideas desde el inicio y someterlas a debate en un mismo encuentro presencial (14). Por eso resulta especialmente adecuada para identificar problemas y definir líneas de actuación en el ámbito de la planificación sanitaria (11). La técnica se aplicó en los foros de 2014 y 2017. En 2020, el propósito no fue generar nuevas propuestas, sino actualizar el marco de medidas ya existente, mediante un procedimiento de revisión iterativa por expertos en formato virtual, condicionado por las restricciones derivadas de la pandemia.

I Gran Foro "100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud"

La celebración del primer foro respondió al propósito de identificar los principales problemas y barreras del sector salud en España y definir, a partir de ellos, líneas estratégicas de actuación para su mejora.

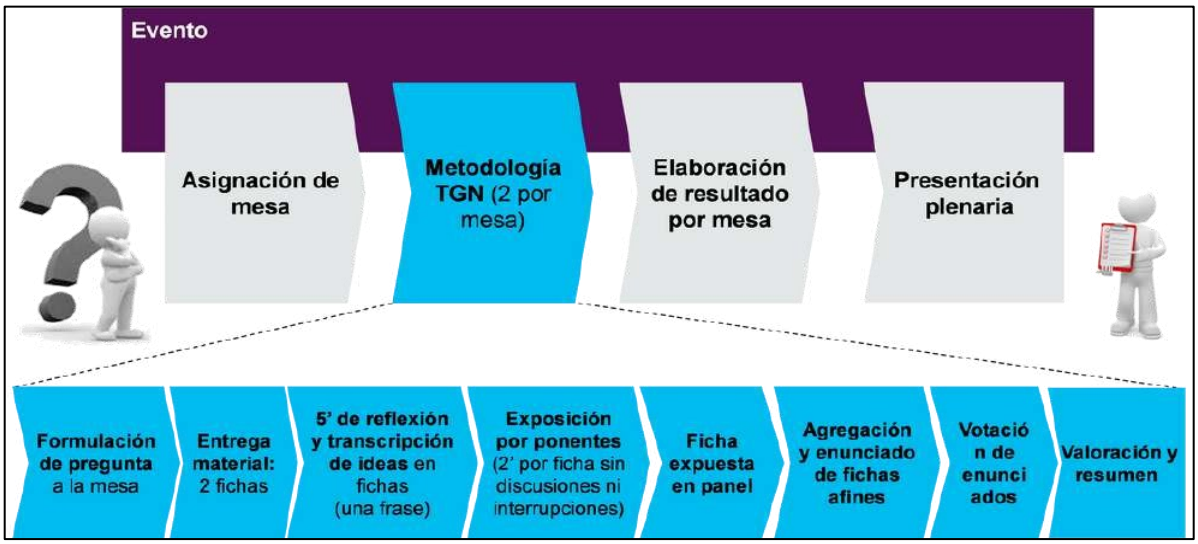
La preparación del foro correspondió al Comité Científico de la Fundación, que delimitó las áreas de análisis de modo que abarcaran de forma exhaustiva todos los ámbitos del sector salud. Los participantes se eligieron por su experiencia en cada una de estas áreas, con el fin de conformar grupos de composición multiprofesional. Con carácter previo, cada experto recibió la descripción de la metodología, una ficha de trabajo e información sobre el estado del arte y la situación del sistema sanitario español. La siguiente figura resume este trabajo preparatorio:



En el foro participaron 110 expertos, distribuidos en 10 grupos de trabajo de 11 participantes, que se reunieron de forma presencial durante dos días en octubre de 2014. Cada grupo desarrolló dos sesiones de TGN con objetivos diferenciados:

- La primera, centrada en el "Análisis y la valoración de las barreras y problemas del sector salud en España".
- La segunda, orientada a la "Definición y priorización de líneas de actuación para superar las barreras".

La siguiente figura recoge el procedimiento seguido en cada una de las sesiones:



En cada grupo de trabajo, los participantes votaron las líneas de actuación formuladas. Después, se agregaron los resultados obtenidos en el conjunto de las sesiones y se seleccionaron las líneas que habían sido propuestas con mayor frecuencia y que habían obtenido una mayor puntuación en las votaciones. De este modo, se consensuaron las doce líneas estratégicas siguientes:

Línea 1. Empoderamiento y autocuidado del paciente y del ciudadano

Línea 2. Evaluación exhaustiva de las tecnologías y la desinversión

Línea 3. Flexibilización de la gestión y cambios legislativos

Línea 4. Buen gobierno y buena gestión. Transparencia

Línea 5. Integración sociosanitaria y trabajo multidisciplinar

Línea 6. Evaluación del desempeño e incentivos por resultados

Línea 7. Desarrollo de las nuevas tecnologías de la información en la salud

Línea 8. Pacto de Estado sobre la salud, servicios sociales y despolitización

Línea 9. Potenciar la atención domiciliaria multidisciplinar

Línea 10. Mejora de la financiación sociosanitaria

Línea 11. Interoperabilidad entre los sistemas

Línea 12. Benchmarking y competencia interna para mejorar.

II Gran Foro "100 medidas que mejoran el sector salud"

El segundo foro tuvo por objeto traducir las líneas estratégicas consensuadas en el I Gran Foro en medidas operativas orientadas a la mejora del sistema sanitario.

El foro se celebró de forma presencial el 28 de octubre de 2017 y contó con la participación de 140 expertos distribuidos en 12 grupos de trabajo, cada uno de ellos dirigido por un coordinador de la Fundación. Los grupos se articularon en torno a las siguientes áreas temáticas, definidas a partir de las líneas estratégicas establecidas en el foro anterior, mediante la integración de algunas de ellas y la incorporación de nuevos ámbitos de análisis.

1. Innovación y Sostenibilidad.
2. Integración Sociosanitaria y Humanización.
3. Atención centrada en las personas.
4. Potenciar la atención domiciliaria multidisciplinar.
5. Evaluación del desempeño e incentivos por resultados.
6. Flexibilización de la gestión. Cambios legislativos, buen gobierno y transparencia.
7. Benchmarking y competencia interna para mejorar.
8. Evaluación exhaustiva de las tecnologías y desinversión.
9. La aportación de la industria a la innovación y sostenibilidad.
10. Las nuevas tecnologías como palanca de inversión en salud.
11. Interoperabilidad entre los sistemas de información sanitarios.
12. Internacionalización del sector.

Cada grupo de trabajo aplicó la TGN, con el mismo procedimiento que en el foro anterior, para proponer y votar medidas de mejora en su área. Posteriormente, se seleccionaron las medidas que habían obtenido un mayor grado de acuerdo y se descartaron aquellas sobre las que no hubo consenso. Como resultado, se obtuvieron 100 medidas de mejora concretas y de aplicación inmediata, dando lugar a la publicación del libro "100 medidas que mejoran el sector salud" en 2018.

III Foro "106 medidas que mejoran el sector salud tras la pandemia de COVID-19"

El objetivo de esta revisión fue actualizar las medidas a la luz de la situación generada por la pandemia de COVID-19. Participaron en ella los coordinadores de los grupos de trabajo del II Gran Foro, el coordinador general y más de 50 expertos convocados por la Fundación. Debido a las restricciones sanitarias, el trabajo se desarrolló en formato virtual, mediante videoconferencias, a lo largo de 2020.

La revisión siguió un procedimiento iterativo, cuyas etapas se resumen en la siguiente figura.



Como resultado de la revisión, algunas medidas fueron modificadas, otras suprimidas y se incorporaron nuevas propuestas, todo ello a partir del consenso alcanzado entre los expertos participantes. El marco resultante, integrado por 106 medidas, quedó recogido en la publicación 106 medidas que mejoran el sector salud en España tras la pandemia de COVID-19, editada en 2020. Este marco constituye la base del cuestionario de autoevaluación del Índice FES, cuyo proceso de desarrollo se describe en la fase 2.

2.1.2. Fase II: Evaluación de la implantación

La segunda fase dio comienzo en 2020 y continúa vigente. Tiene como finalidad evaluar, con carácter bienal, el grado de implantación de las medidas definidas en la primera fase en los servicios de salud de las CC. AA. Para ello, el Comité Científico de la Fundación, integrado por más de 30 expertos de distintos ámbitos del sistema sanitario, trasladó las medidas a un cuestionario de autoevaluación que cumplimenta cada Servicio de Salud. A partir de sus respuestas se construye el Índice FES, un índice compuesto que sintetiza el grado de implantación de las medidas en una puntuación global y en puntuaciones por áreas.

2.2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1. Tipo de estudio, ámbito y población

El Índice FES se fundamenta en un estudio observacional y descriptivo, basado en la autoevaluación de las organizaciones evaluadas. Es observacional porque no interviene sobre la realidad que analiza y descriptivo porque su finalidad es

caracterizar el grado de implantación de las medidas. Aunque el Índice FES se aplica de forma periódica, cada edición constituye un estudio transversal independiente. El instrumento se concibe como una herramienta en mejora continua, que se perfecciona edición tras edición a partir de la experiencia acumulada, y la participación de las CC. AA., de carácter voluntario, puede variar entre ediciones.

El ámbito del estudio es el Sistema Nacional de Salud. La unidad de análisis es el Servicio de Salud de cada comunidad autónoma (C.A.), y la población de estudio la constituyen los servicios de salud de las 17 CC. AA. No se realizó muestreo, sino que se invitó a participar a la totalidad de las comunidades. Se incluyeron en el análisis los servicios de salud que cumplimentaron el cuestionario dentro del plazo establecido.

2.2.2. El cuestionario

Operacionalización de las medidas

El cuestionario tiene por objeto medir el grado de implantación de las medidas que integran el marco FES en los servicios de salud. Estas medidas son constructos teóricos, es decir, conceptos que no pueden observarse ni cuantificarse de forma directa. Su medición requiere, por tanto, un proceso de operacionalización, mediante el cual cada constructo se traduce en un conjunto de indicadores empíricos, observables y susceptibles de valoración (16). En el Índice FES, estos indicadores son los ítems del cuestionario. Cada medida se desglosó en uno o varios ítems, y cada uno de ellos recoge una dimensión concreta de su implantación. El conjunto de ítems de una medida debe representar de forma adecuada y suficiente el contenido del constructo, de modo que su puntuación conjunta pueda interpretarse como una estimación válida de su grado de implantación.

Revisión del cuestionario

El cuestionario se ha aplicado en cuatro ediciones (2020, 2022, 2024 y 2026). Su desarrollo ha seguido un proceso de refinamiento iterativo, habitual en la construcción de instrumentos de medida, en el que la experiencia de cada aplicación orienta la revisión de la versión siguiente (16,17). Las sucesivas revisiones han tenido como objetivo mejorar la claridad de los ítems, la precisión de la medida y la viabilidad de su cumplimentación.

En la edición de 2026, el cuestionario se sometió a una revisión orientada a simplificar su estructura y su contenido, conforme al principio de parsimonia. Este principio, aplicado a la construcción de instrumentos de medida y de índices compuestos, establece que un instrumento debe incluir el menor número de elementos capaz de representar adecuadamente el constructo que pretende medir, sin una pérdida relevante de información (10,17).

En primer lugar, se reorganizó la estructura del instrumento. Las once áreas de evaluación de la edición de 2024 se agruparon en diez. El criterio fue de homogeneidad conceptual, pues cada área debía reunir medidas referidas a un mismo dominio de la organización y la gestión sanitaria, con un número equilibrado de medidas por área.

En segundo lugar, se llevó a cabo un proceso de depuración de ítems (*item reduction*), una fase habitual en el desarrollo de instrumentos de medida que tiene por objeto eliminar los ítems redundantes, de escasa relevancia o de formulación ambigua (17). Como resultado, el número de ítems se redujo, se reformularon algunos para mejorar su claridad y se incorporaron otros nuevos. La reducción de la extensión del instrumento disminuye la carga de respuesta, entendida como el tiempo y el esfuerzo que exige su cumplimentación. La evidencia disponible indica que este factor condiciona tanto la tasa de respuesta como la calidad y la exhaustividad de la información obtenida (18,19).

Validez de contenido

La validez de contenido se refiere al grado en que los ítems de un instrumento constituyen una muestra adecuada y suficiente del dominio que se pretende medir (16,17). Para obtener evidencias de este tipo de validez, los ítems del cuestionario se sometieron a la valoración de un panel de expertos integrado por los miembros del Comité Científico de la Fundación y los coordinadores de cada área. Siguiendo los criterios habitualmente empleados en el juicio de expertos (20), el panel analizó cinco elementos.

1. En primer lugar, la suficiencia, entendida como el grado en que el conjunto de ítems asociados a cada medida permite evaluarla de manera adecuada y completa.
2. En segundo lugar, la claridad, referida a la facilidad con la que se comprende cada ítem, sin ambigüedades.
3. En tercer lugar, la coherencia, relativa a la relación lógica entre cada ítem y la medida a la que se adscribe.
4. En cuarto lugar, la relevancia, que alude a la importancia de cada ítem y a la necesidad de incluirlo.
5. Por último, la redundancia, entendida como el grado de solapamiento entre los ítems, con el fin de evitar que evalúen un mismo contenido de forma innecesariamente reiterada.

La versión final del cuestionario consta de 146 ítems, que permiten evaluar 84 medidas, con una media de nueve medidas por área. Su distribución por áreas se recoge en la tabla 2.

Tabla 2. Estructura del cuestionario del Índice FES 2026.

ÁREA	MEDIDAS	ÍTEMS	INDICADORES EXTERNOS
Área 1. Prevención, protección y promoción de la salud, y empoderamiento del paciente	8	16	15
Área 2. Atención primaria y comunitaria	9	15	11
Área 3. Atención sanitaria y gestión asistencial	8	16	10
Área 4. Alternativas a la hospitalización y atención domiciliaria	8	13	14
Área 5. Coordinación de servicios sociales y sanitarios	8	14	10
Área 6. Tecnologías y transformación digital	8	15	6
Área 7. Capital humano	10	17	22
Área 8. Sostenibilidad y eficiencia en la gestión	8	13	8
Área 9. Evaluación del impacto en salud: calidad y seguridad del paciente	9	16	13
Área 10. Gobernanza	8	11	10
TOTAL	**84**	**146**	**119**

Cada ítem se responde mediante una escala ordinal de cinco niveles: nada, poco, medio, mucho y todo. Para cada nivel se describe con precisión la situación a la que corresponde. Estas descripciones, denominadas anclajes de respuesta, favorecen que todos los servicios de salud interpreten cada ítem de la misma manera. De este modo se reduce el error de medida, que en este caso procede de las diferencias en la forma en que cada informante interpreta las preguntas, y no de diferencias reales en el grado de implantación. Al limitar esta fuente de error, se refuerza la fiabilidad del cuestionario, es decir, su capacidad para ofrecer resultados consistentes (16,17).

2.2.3. Recogida de datos y participación

En todas las ediciones se ha seguido el mismo procedimiento: el cuestionario se remite a las consejerías de salud y a los servicios de salud de las 17 CC. AA., y la cumplimentación se realiza de forma autoadministrada a través de una plataforma en línea con acceso individualizado y protegido para cada comunidad.

En esta edición de 2026, el envío se realizó en enero de 2026, y el periodo de recogida de datos se cerró en julio de 2026.Respondieron 13 de las 17 CC. AA., lo que supone

una tasa de participación del 76,5 %, la más elevada de las cuatro ediciones del Índice FES.

Dado que la participación es voluntaria, no puede descartarse un sesgo de no respuesta, es decir, que las comunidades participantes difieran de las que no respondieron en características relacionadas con el grado de implantación de las medidas. Por ello, la media nacional debe interpretarse como la media de las comunidades participantes, y no como un valor representativo del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

2.2.4. Cálculo del índice

El Índice FES es un índice compuesto, que integra en una puntuación sintética la información procedente de los distintos ítems del cuestionario. Su construcción se basa exclusivamente en las respuestas al cuestionario y sigue un procedimiento de agregación jerárquica, en el que la puntuación de cada nivel se obtiene a partir de la del nivel inmediatamente inferior:

1. **Ítem.** Cada nivel de respuesta se transforma en un valor numérico. Este valor se fijó de forma específica para cada ítem, conforme a la relevancia que el grupo de expertos le atribuyó dentro de su medida, de manera que cada ítem contribuye a la puntuación de su medida en proporción a su peso relativo.
2. **Medida.** La puntuación de cada medida se obtiene como suma de las puntuaciones de sus ítems.
3. **Área.** La puntuación de cada área se obtiene como suma de las puntuaciones de sus medidas, con un valor máximo de 10 puntos.
4. **Índice global.** La puntuación global se obtiene como suma de las puntuaciones de las diez áreas y se expresa en una escala de 0 a 10.

Las áreas tienen el mismo peso en la puntuación global. La ponderación igualitaria es la opción metodológicamente más transparente cuando no existe una base empírica o teórica sólida que justifique asignar pesos diferenciados a los componentes de un índice compuesto (10). La expresión de todas las puntuaciones en una escala común, en la que el valor mínimo corresponde a la ausencia de implantación y el máximo a la implantación completa, facilita su interpretación y permite comparar entre sí áreas con distinto número de medidas e ítems.

2.2.5. Indicadores complementarios (novedad edición 2026)

Como principal novedad metodológica en la edición de 2026, se ha incorporado un sistema de triangulación de fuentes externas para contrastar las respuestas del cuestionario con información externa. Con este fin, se seleccionó un conjunto de 119 indicadores procedentes de fuentes públicas, distribuidos entre las diez áreas de

evaluación. Para su selección, se siguieron los criterios que propone la OCDE para la selección de indicadores de calidad y desempeño de los sistemas sanitarios (21):

- **Pertinencia.** Cada indicador debía guardar relación directa con el contenido del área.
- **Solidez científica.** Debía proceder de una fuente con metodología documentada y medir de forma válida y fiable aquello que pretende medir.
- **Viabilidad.** Debía estar disponible, desagregado por C.A., para todos los servicios de salud participantes.

Los indicadores no se utilizan para calcular el índice. Su función es poner en contexto los resultados de cada área y comprobar si coinciden con lo que muestran fuentes independientes de la autoevaluación. Este procedimiento, conocido como triangulación de fuentes, permite reforzar la validez de los resultados. Cuando la información del cuestionario y la de los indicadores externos apuntan en la misma dirección, esa concordancia constituye una evidencia de validez basada en la relación con otras variables (22). Dado el reducido número de comunidades participantes, el contraste tuvo carácter cualitativo y lo realizaron los coordinadores de cada área.

2.2.6. Análisis e interpretación de los resultados

Se realiza un análisis descriptivo de las puntuaciones en cada nivel de agregación. Para cada C.A. se calculan las puntuaciones de cada medida, de cada área y del índice global, conforme al procedimiento descrito en el apartado 2.2.4. A partir de ellas se obtienen las medias nacionales, calculadas como media aritmética no ponderada de las comunidades participantes, de modo que cada comunidad contribuye por igual al resultado. Dado que se analizó la población de estudio y no una muestra, y que el número de unidades es reducido, no se aplican técnicas de inferencia estadística.

La interpretación de los resultados se lleva a cabo mediante el juicio experto. Los resultados de cada área se remiten a su coordinador, miembro del Comité Científico de la Fundación, que los analiza a la luz de su conocimiento del área. A partir de este análisis, cada coordinador elaboró la valoración y las recomendaciones que se recogen en este informe.

2.2.7. Confidencialidad y difusión

Los resultados agregados a nivel nacional de las ediciones anteriores se han publicado en tres libros "INDICE FES. Informes de Medias Nacional" presentados en sus correspondientes jornadas ("Estudio para la mejora y eficiencia del sector salud" de 2021, 2022 y 2024), al tiempo que cada C.A. participante en cada una de las ediciones recibió un informe confidencial con sus propios resultados. Dando continuidad a esta trayectoria, en esta edición de 2026 se presenta el nuevo informe

de medias nacional, y, de forma paralela, las CC. AA. participantes recibirán sus correspondientes informes individualizados de resultados. Todo ello bajo una estructura de cuestionario y un sistema de puntuación que se simplifica, tal como se describe en el siguiente apartado.

La información facilitada por cada C.A. tiene carácter confidencial y su acceso se limita al equipo responsable del estudio. Los datos se utilizan exclusivamente para las finalidades previstas en el marco del proyecto y los resultados se presentan únicamente de forma agregada. En consecuencia, el presente informe recoge exclusivamente resultados globales y medias de conjunto, tanto para el Índice como para sus distintas áreas y medidas, sin identificar ni permitir la atribución de resultados a CC. AA. concretas.

Cada Servicio de Salud participante recibe, de manera independiente, un informe individual y confidencial en el que se presentan sus propios resultados en comparación con los valores agregados de referencia. Dado que la información objeto de análisis se refiere al desempeño y grado de implantación de medidas en organizaciones sanitarias, y no a personas físicas, el estudio no contempla el tratamiento de datos personales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, n.º 128, de 29 de mayo de 2003.

2.Bernal-Delgado E, Angulo-Pueyo E, Ridao-López M, Urbanos-Garrido RM, Oliva-Moreno J, García-Abiétar D, et al. Spain: health system review 2024. Health Syst Transit. 2024;26(3):1–186.

3. Figueras J, Karanikolos M, Guanais F, Lessof S, Dedet G, Azzopardi Muscat N, et al., editores. Assessing health system performance: proof of concept for a HSPA dashboard of key indicators. París/Ginebra: OECD Publishing/World Health Organization; 2023.

4. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225–30.

5. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health. 2011;38(2):65–76.

6. Moeller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. Int J Qual Health Care. 2001;13(1):45–9.

7.Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2008;20(3):172–83.

8. Podsakoff PM, MacKenzie SB, Lee JY, Podsakoff NP. Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. J Appl Psychol. 2003;88(5):879–903.

9. Ettorchi-Tardy A, Levif M, Michel P. Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health. Healthc Policy. 2012;7(4):e101–19.

10. OECD, Joint Research Centre. Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide. Paris: OECD Publishing; 2008.

11. Delbecq AL, Van de Ven AH. A group process model for problem identification and program planning. J Appl Behav Sci. 1971;7(4):466–92.

12. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. Am J Public Health. 1984;74(9):979–83.

13. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. BMJ. 1995;311(7001):376–80.

14. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. Int J Clin Pharm. 2016;38(3):655–62.

15. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes. Glenview (IL): Scott, Foresman and Company; 1975.

16. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 5.ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.

17. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. Front Public Health. 2018;6:149.

18. Rolstad S, Adler J, Rydén A. Response burden and questionnaire length: is shorter better? A review and meta-analysis. Value Health. 2011;14(8):1101–8.

19. Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, DiGuiseppi C, Wentz R, Kwan I, et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3):MR000008.

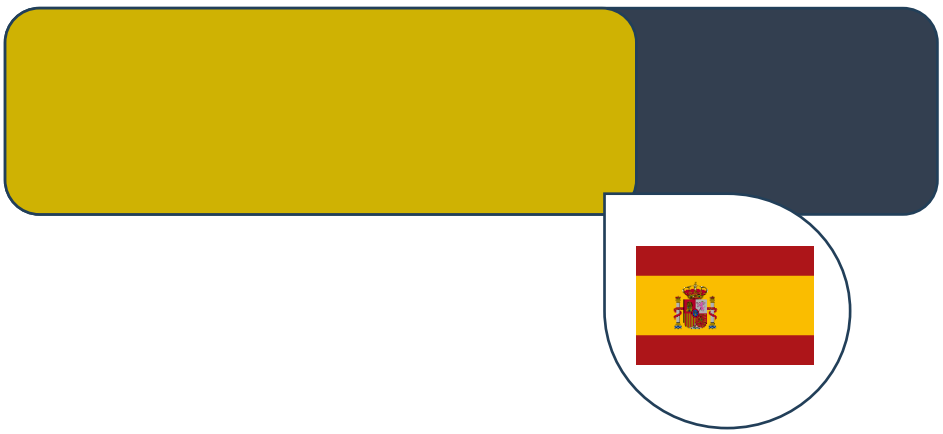
20. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición. 2008;6:27–36.

21. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: conceptual framework paper. OECD Health Working Papers, n.º 23. Paris: OECD Publishing; 2006.

22. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. Washington (DC): AERA; 2014.

3. ANÁLISIS DE LAS PUNTUACIONES

MEDIA NACIONAL ÍNDICE FES 2026



6,56

ANÁLISIS DE LA PUNTUACIÓN

La puntuación media del Índice FES 2026, calculada como media aritmética no ponderada de las 13 comunidades autónomas (CC. AA.) participantes, es de 6,56 sobre 10.

Este valor supone un incremento de 0,68 puntos con respecto a la edición de 2024 (5,88), equivalente a un aumento relativo del 11,6%. Este aumento tiene lugar en una edición en la que la participación ha pasado de 10 a 13 CC. AA. y coincide con avances en el grado de implantación de buena parte de las medidas, que se detallan en el análisis por áreas.

Con carácter general, el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, constituido por los servicios de salud de las diferentes CC. AA., desempeña bien su trabajo y cumple con los objetivos de atender con calidad a las personas. Aun así, existen

oportunidades de mejora que en este informe van a quedar definidas tanto cualitativa como cuantitativamente.

Esta puntuación es una síntesis de los resultados de las 10 áreas estudiadas. Se trata de una media compuesta que engloba la valoración de aspectos de muy diferente naturaleza con pesos distintos en el funcionamiento del SNS (área asistencial, área económica, capital humano, gobernanza, calidad asistencial, coordinación social y sanitaria, entre otros).

En este escenario, y más allá de que la media general del índice resulte un buen termómetro del estado del SNS, resulta más ilustrativo centrarse en los resultados de cada área, que analiza las medidas y conceptos concretos de la misma naturaleza y que permite conocer su grado de desarrollo.

En la siguiente Tabla 1. Puntuación media por áreas, se recoge la media nacional de cada área y global.

TABLA 1. PUNTUACIÓN MEDIA POR ÁREAS.

ÁREAS	MEDIA
ÁREA 1. PREVENCIÓN, PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE	**7,18**
ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA	**7,19**
ÁREA 3. ATENCIÓN SANITARIA Y GESTIÓN ASISTENCIAL	**6,52**
ÁREA 4. ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN DOMICILIARIA	**7,51**
ÁREA 5. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS	**6,68**
ÁREA 6. TECNOLOGÍAS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL	**5,47**
ÁREA 7. CAPITAL HUMANO	**5,75**
ÁREA 8. SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA EN LA GESTIÓN	**6,39**
ÁREA 9. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD: CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	**7,03**
ÁREA 10. GOBERNANZA	**5,90**
MEDIA TOTAL	**6,56**

COMENTARIOS GENERALES: LAS ÁREAS Y SU EVOLUCIÓN

ÁREA CON MEJOR PUNTUACIÓN

ÁREA 4 "ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN DOMICILIARIA"

PUNTUACIÓN: 7,51 / 10

El Área 4 mantiene la primera posición que ya ocupaba en la edición de 2024, cuando se evaluaba como Área 6. "Atención a domicilio", pero aumenta su puntuación en 0,64 puntos. Este resultado responde a la tendencia actual consistente en una mayor atención ambulatoria basada en procesos que permitan, en la mayor medida posible, que el ciudadano reciba la atención sanitaria en su entorno habitual o lo más cerca posible del mismo. Este aspecto se ha demostrado muy positivo en el sentido de que mejora la seguridad del paciente y evita riesgos relacionados con la hospitalización, como pueden ser, entre otras, las infecciones nosocomiales.

A la luz de los resultados, se infiere que esta línea de trabajo es importante en los servicios de salud actuales en los que, además, el impulso de las nuevas tecnologías, como las consultas no presenciales, fomenta el desarrollo de esta área.

Las medidas más desarrolladas de esta área son las siguientes:

1. Medida 41 y 54 ("Atención domiciliaria integrada sanitaria y social"): 9,20 puntos.
2. Medida 55 ("Ampliación del ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatorias"): 8,88 puntos.
3. Medida 62 ("Hospitalización a domicilio y cuidados paliativos en el domicilio"): 8,33 puntos.

Les siguen la medida 51 ("Figura del gestor de casos"), con 7,85 puntos; la medida 40 ("Camas de cuidados medios: media estancia o convalecencia"), con 7,62 puntos; y las medidas 56 y 59 ("Herramientas para la mejora de la atención a domicilio: cobertura, gestión de casos y contacto no presencial"), con 6,72 puntos.

Los aspectos con mayor margen de mejora se recogen en la medida 60 ("Atención domiciliaria más completa"), con 5,77 puntos, y, sobre todo, en la medida 57 y 58 ("Adecuación de los recursos humanos y materiales"), con 5,24 puntos.

Los resultados indican que el modelo de atención domiciliaria presenta un grado elevado de implantación en términos de cobertura e integración en los servicios sociales, si bien su desarrollo no se ha visto acompañado, en la misma medida, de una dotación suficiente de recursos humanos y materiales.

2ª ÁREA CON MAYOR PUNTUACIÓN

ÁREA 2. "ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA"

PUNTUACIÓN: 7,19 / 10

El Área 2 permanece en la segunda posición que ocupaba en 2024, lo cual refleja el esfuerzo de los servicios de salud en estos años pospandemia para reforzar la atención primaria y comunitaria.

En prácticamente todos los servicios de salud ha habido incrementos en los recursos humanos dedicados a la atención primaria y comunitaria, reduciéndose las ratios poblacionales de los facultativos, enfermeras y otras categorías profesionales en atención primaria.

Las medidas con mayor grado de implantación son:

1. Medida 21 "Actuaciones en la comunidad": 8,91.
2. Medida 12 "Continuidad asistencial garantizada": 8,65.
3. Medida 16 "Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos": 8,27.

Estos resultados indican que la mayoría de los servicios de salud declaran haber impulsado en atención primaria el trabajo con la comunidad, la coordinación con el hospital y la identificación de los pacientes de mayor riesgo y complejidad.

La medida 45 ("Responsables en atención primaria para los centros sociales y residencias"), con 7,36 puntos, y la medida 3 ("Mejorar el nivel de resolución), con 7,37 puntos, alcanzan también valores elevados. En una posición intermedia se encuentran la medida 15 ("Accesibilidad y eficiencia de los procesos sanitarios"), con 6,99 puntos, y la medida 26 ("Captura de información clínica automatizada en AP"), con 6,62 puntos.

Las puntuaciones más bajas corresponden a la medida 42 ("Cuidar al cuidador"), con 5,91, y a la medida 22 ("Vigilancia epidemiológica en atención primaria"), con 4,34 puntos. Ambas quedan claramente por debajo de la media del área y señalan los ámbitos en los que el margen de mejora es mayor.

3ª ÁREA CON MAYOR PUNTUACIÓN

ÁREA 1. "PREVENCIÓN, PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE".

PUNTUACIÓN: 7,18 / 10

Destacan los esfuerzos realizados por las comunidades en los dos últimos años por desarrollar Planes de humanización, con 9,23 puntos (medida 49). Esta cifra es muy superior a la de la pasada edición del Índice FES.

También son remarcables los esfuerzos de los servicios de salud por interaccionar con el entorno social y las organizaciones de pacientes (medida 53) y el desarrollo de escuelas de pacientes (medida 75), ambos con puntuaciones superiores a 8.

En la mayoría de los servicios de salud se ha apostado por desarrollar portales de salud accesibles a los ciudadanos (medida 34; 7,62 puntos). Sin embargo, se echa en falta consejos de salud y promoción de salud más accesibles (medida 36; 3,42 puntos).

La colaboración entre los ámbitos sanitarios y educativos para garantizar que los estudiantes españoles reciban información sobre salud y hábitos saludables avanza (medida 37; 6,51 puntos), pero tiene margen de mejora, al igual que la formación en habilidades de comunicación de los profesionales (medida 50; 6,54 puntos), así como la incorporación de la perspectiva biopsicosocial en la atención sanitaria (medida 38; 6,31 puntos), medida donde hay más margen de mejora.

4ª ÁREA EN PUNTUACIÓN

ÁREA 9. "EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD: CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE"

PUNTUACIÓN: 7,03 / 10

En esta área, las medidas con mayor grado de implantación son la medida 73B ("Seguridad del medicamento y del producto sanitario"), con 8,51 puntos; la medida 74 ("Gestión de eventos adversos"), con 8,44; la medida 73 ("Buenas prácticas en seguridad del paciente"), con 8,31; y la medida 73 A ("Prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, IRAS"), con 8,19. Son ámbitos en los que las CC. AA. trabajan en coordinación con el Ministerio de Sanidad con protocolos definidos y objetivos comunes.

Hay que recordar que el Ministerio tiene una Estrategia de Seguridad del Paciente, está trabajando en el nuevo Plan de Calidad de SNS y tiene programas muy consolidados, como el PRAN (Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos), relacionados con el uso apropiado de antibióticos.

A esto se suman estrategias estatales implantadas en las CC. AA., promovidas por las sociedades científicas nacionales de profesionales. Cabe destacar, a modo de ejemplo, los programas para el control y la reducción de las infecciones nosocomiales de la Sociedad española de Medicina Preventiva y Salud Pública, la Sociedad Española de Microbiología y la Sociedad Española de Medicina Intensiva en el ámbito de las unidades de críticos.

La medida 72.A. ("Formación y competencia del profesional en seguridad del paciente"), con 7,69 puntos, refleja que todas las comunidades avanzan también en este ámbito de formar a los profesionales en calidad y seguridad.

La medida con menos puntuación y un margen amplio de mejora es la relacionada con las acreditaciones externas de calidad (medida 82; 3,50 puntos), que merece la pena impulsarse de manera institucional, ya que a veces son los propios servicios hospitalarios los que a través de sus sociedades científicas lo hacen, y en ocasiones sin conocimiento y respaldo de la institución.

Requieren también una atención prioritaria la medida 65 ("Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica"), con 5,85 puntos, y la medida 63 ("Evaluación de la variabilidad de la práctica sanitaria"), con 5,77 puntos. La medida 65 apunta a la necesidad de que los profesionales dispongan de los resultados de la evaluación científica en su trabajo diario, integrados en la historia clínica electrónica y en los módulos de prescripción. La medida 63 muestra que los servicios de salud apenas analizan de forma sistemática la variabilidad de la práctica clínica, a pesar de que este análisis permite detectar desviaciones o tendencias que deben corregirse para ofrecer una atención sanitaría de mayor calidad y con mayor equidad.

5ª ÁREA EN PUNTUACIÓN

ÁREA 5. "COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS"

PUNTUACIÓN: 6,68 / 10

Se destaca positivamente la extensión de la vigilancia epidemiológica en residencias (medida 52), que obtiene 8,31 puntos, así como el fomento del trabajo en equipo de los profesionales sociales y sanitarios (medidas 43 y 44), con 8,50 puntos. También sobresale la atención sanitaria y social coordinada (medida 39),

con 7,47. La integración de la historia clínica electrónica y de la historia social (medida 48) es aún una asignatura pendiente, pero avanza con 6,09 puntos.

Como punto débil, el acceso a la historia clínica de salud en centros sociales y residencias (medida 18) se queda en 5,38 puntos. La implantación de equipos sanitarios en residencias con capacidad de prescripción (medida 46), a cinco años de la pandemia de la COVID-19, se ha visto mermada con una puntuación de 5,90. También se observa una relajación de las medidas que se tomaron para capacitar a los centros residenciales ante epidemias o pandemias (medida 23), que este año puntúa solo con 4,96. El seguimiento de buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva (medida 81) también se ha visto reducido a 5,27 puntos.

6ª ÁREA EN PUNTUACIÓN

ÁREA 3. "ATENCIÓN SANITARIA Y GESTIÓN ASISTENCIAL"

PUNTUACIÓN: 6,52 / 10

Cabe reseñar que muchos servicios de salud regionales trabajan en el desarrollo y acreditación de buenas prácticas (medida 2), con 7,51 puntos, así como en la definición de los Servicios de Referencia y el funcionamiento en red (medida 9), con 8,15 puntos. La conciliación farmacéutica (medida 6) es otro aspecto bien desarrollado, con una puntuación de 8,14.

Con menos puntuación y margen de mejora, pero en rango positivo, se encuentran las acciones para disminuir la variabilidad de la práctica clínica (medida 5), con 6,98 puntos, y la mejora del nivel de resolución y productividad (medida 3) con 6,96 puntos.

Como medidas menos desarrolladas, pero cuya mejora es necesaria, están la Atención basada en valor, es decir, el uso de los resultados como base de toma de decisiones (medida 4), con 5,18 puntos; la toma de decisiones compartidas con los pacientes (medida 10), que alcanza los 5,00 puntos y el desarrollo de estrategias No Hacer para evitar hacer lo innecesario (medida 1), con solo 4,47 puntos.

7º ÁREA EN PUNTUACIÓN

ÁREA 8. "SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA EN LA GESTIÓN"

PUNTUACIÓN: 6,39 / 10

En esta área sobresale, como en el índice anterior, la estrategia de compras centralizadas (medida 89), con 7,75 puntos, solución que han adoptado la mayoría de las CC. AA. La mejora y el desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios (Medida 80), alcanza unos destacados 7,15 puntos.

También avanzan en relación con el Índice FES 2024 los planes de eficiencia energética y gestión medioambiental (medida 95 y 97), con 6,72 puntos, y los mecanismos de compra innovadora ante compra compleja (medida 93), con 6,38 puntos.

En cambio, empeora la gestión de residuos y otras externalidades (medida 96), con 5,77 puntos. Esta evolución coincide con una menor disponibilidad de fondos de la Unión Europea destinados a la economía circular en el sector salud, ya que, la medida sobre la capacidad de gestión de financiación externa (Fondos MRR, Ministerio, Farmaindustria, etc.) (medida 90), solo puntúa 4,92 (la puntuación más baja del área).

Entre las medidas que continúan mostrando margen de mejora al igual que en a ediciones anteriores figuran la debilidad para afrontar inversiones de alto impacto (medida 99), con 5,23 puntos, y las debilidades en el proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos (medida 98), con 5,38 puntos.

8ª ÁREA EN PUNTUACIÓN

ÁREA 10. "GOBERNANZA"

PUNTUACIÓN: 5,90 / 10

Esta área escala dos puestos con respecto al ranking de la edición de 2024 gracias a la apuesta de las CC. AA. por los portales de transparencia (medida 106), con 7,81 puntos, implantados por casi todas ellas, pero, sobre todo, por la elaboración y/o actualización en estos dos años de los Planes Estratégicos de los Servicios de Salud (medida 105), con 8,23 puntos.

Se observa también una mejora en la adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (medida 97 B), con 6,64 puntos, mientras que decaen los observatorios de resultados de los servicios de salud actualizados (medida 103), con 6,10 puntos. La implantación de la gestión clínica (medida 11) sigue siendo baja, con

5,54 puntos, al igual que la autonomía de gestión de los centros (medida 102), con 5,87 puntos.

La evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo para la salud (medida 70) sigue muy bajo, con 4,38 puntos. Con respecto al índice anterior, ha decaído hasta los 3,38 puntos la puntuación del nombramiento de directivos en función de currículo y experiencia (medida 100). Este resultado apunta a que la profesionalización de la gestión sanitaria sigue siendo uno de los ámbitos con mayor margen de mejora en los servicios de salud participantes.

9ª ÁREA EN PUNTUACIÓN

ÁREA 7 "CAPITAL HUMANO",

PUNTUACIÓN: 5,75 / 10

Está área abandona el farolillo rojo de otras ediciones y escala un puesto. Las medidas que sustentan esta mejora son la de la conciliación familiar del profesional sanitario (medida 78), con 7,42 puntos y la Prevención de Riesgos Laborales (medida 79), con 7,35 puntos. La meritocracia y evaluación periódica de competencias (medida 88) alcanza los 6,73 puntos, la misma puntuación que obtienen las ratios y movilidad profesional (medida 13).

En cambio, presentan un menor desarrollo el liderazgo participativo y comprometido (medida 84), con 5,97 puntos; el bienestar emocional de los profesionales (medida 77; 5,85), ámbito estrechamente vinculado al clima laboral positivo (medida 86), que se queda en 4,92 puntos; y, sobre todo, la incentivación, que constituye el principal ámbito de mejora del área, con 4,77 puntos en incentivación no económica (medida 87) y solo 3,95 puntos en el desarrollo de incentivos alineados con la estrategia y los resultados (medidas 83 y 85).

Esta dificultad para implantar incentivos podría estar relacionada con la rigidez del modelo estatutario de recursos humanos de las instituciones sanitarias públicas. Una eventual reforma del Estatuto Marco representaría una oportunidad para incorporar incentivos vinculados al desempeño. Por último, cabe señalar que la evaluación de los profesionales (medida 67) también presenta margen de mejora con 4,38 puntos.

10ª ÁREA EN PUNTUACIÓN
ÁREA 6. "TECNOLOGÍAS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL"
PUNTUACIÓN: 5,47 / 10

La menor puntuación del área se ve condicionada por el escaso desarrollo de dos medidas:

- Medida 32 ("Analítica avanzada para la gestión del servicio de salud, IA y/o modelos predictivos"), con 2,51 puntos.
- Medida 32.1 ("Modelos analíticos para la vigilancia epidemiológica"), con 2,62 puntos.

Ambas se encuentran entre las puntuaciones más bajas de todo el Índice FES 2026.

En una posición intermedia se sitúan la medida 33 ("Sistemas de información flexibles"), con 5,85 puntos; la medida 26 ("Captura de información clínica automatizada en hospitales"), con 5,77 puntos; y la medida 31 ("Gobierno y calidad del dato"), con 5,58 puntos.

Las medidas con mayor grado de implantación son la medida 27 ("Ciberseguridad"), con 7,46 puntos; la medida 35 ("Historia de salud interoperable e interactiva"), con 7,15 puntos; y la medida 28 ("Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos"), con 6,21 puntos.

Estos resultados muestran que los servicios de salud han avanzado en las infraestructuras digitales básicas, como la seguridad de los sistemas, el acceso del paciente a su información y la comunicación con la ciudadanía. En cambio, el aprovechamiento analítico de los datos para la gestión y la vigilancia epidemiológica mediante Inteligencia Artificial (IA) sigue siendo incipiente.

ANÁLISIS DE MEDIDAS CON MAYOR Y MENOR GRADO DE DESARROLLO

LAS 10 MEDIDAS CON MAYOR GRADO DE DESARROLLO

En la presente edición del Índice FES, el ranking de medidas con más desarrollo se renueva en 6 de sus 10 medidas. Esta clasificación se ha elaborado a partir de las respuestas aportadas por las 13 CC. AA. participantes, tomando como referencia la media nacional calculada para cada una de las medidas evaluadas.

Se expone a continuación el detalle de las medidas con mayor puntuación (de mayor a menor puntuación):

TABLA 1. MEDIDAS CON MAYOR Y MENOR GRADO DE DESARROLLO.

PUESTO	MEDIDA	PUNTUACIÓN
1	Medida 49. Plan de humanización	9,23
2	Medidas 41 y 54. Atención domiciliaria integrada sanitaria y social	9,20
3	Medida 21. Actuaciones en la Comunidad	8,91
4	Medida 55. Ampliar el ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatorias	8,88
5	Medida 12. Continuidad asistencial garantizada	8,65
6	Medida 73 B. Seguridad del Medicamento y del Producto Sanitario	8,51
7	Medidas 43 y 44. Fomentar el trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios	8,50
8	Medida 74. Gestión de eventos adversos	8,44
9	Medida 62. Hospitalización a Domicilio y Cuidados paliativos en el domicilio	8,33
10	Medida 73. Buenas prácticas en Seguridad del Paciente	8,31

1. Medida 49. Plan de humanización (9,23 puntos)

Es un resultado especialmente positivo para el SNS, ya que indica que, en la mayoría de las CC. AA., existe un plan de humanización de la atención sanitaria con protocolos específicos que incluyen la priorización de la atención de personas y colectivos desfavorecidos y/o discapacidad. Además, en muchos de ellos se evalúa el desarrollo del plan. Esto sugiere que la humanización de la atención sanitaria no fue una tendencia pasajera de principios de siglo, cuando se pusieron en marcha algunos de los primeros planes de humanización de los servicios de salud, sino que se ha consolidado como una de las líneas de actuación prioritarias de los servicios de salud.

Las profesiones sanitarias tienen un alto componente relacional, emocional y, en muchos casos, vocacional por parte de quienes las eligen como trabajo. Por ello, la humanización es un ámbito en el cual la mayoría de los profesionales sanitarios actuales se sienten cómodos, contribuyendo a superar el antiguo paternalismo de

la relación entre profesional y paciente, así como la distancia y frialdad que a veces se imponía junto con el mecanicismo de la atención.

Ahora bien, queda trabajo por hacer para que el paciente continúe empoderándose y siendo cada vez más protagonista de su salud y de las decisiones que se toman para mantenerla y restablecerla. Que esta medida haya sido la mejor puntuada dentro del conjunto nacional indica que se avanza en la dirección adecuada en la relación con la ciudadanía.

2. Medidas 41 y 54. Atención domiciliaria integrada sanitaria y social (9,20 puntos)

Estas medidas se encuentran en el Área 4 "Alternativas a la hospitalización y atención domiciliaria", y su resultado pone en evidencia el interés de los distintos servicios de salud en potenciar una atención más cercana y cómoda para el usuario.

La aspiración de los pacientes y familiares es permanecer en el entorno habitual el mayor tiempo posible. Y esta aspiración crece aún más cuando se presentan problemas de salud. En respuesta a esta demanda, se encuentran las acciones emprendidas por las distintas CC. AA. tendentes a incrementar la atención domiciliaria. En esta medida se mide la extensión de la atención domiciliaria en Atención Primaria, que alcanza cifras de más del 80% de la población.

También analiza si hay objetivos concretos en los servicios de salud sobre la extensión y calidad de la atención domiciliaria y se miden indicadores relacionados con estos objetivos en los centros de atención primaria. En general, el resultado es que se hace en más del 70% de los centros. Cada vez más se integran aspectos sociales en la atención a domicilio a través de las figuras de las gestoras de casos. Destacar que esta medida también estaba en el TOP 10 en el índice FES anterior, correspondiente a la edición de 2024.

3. Medida 21. Actuaciones en la Comunidad (8,91 puntos)

Esta medida forma parte del Área 2 "Atención Primaria y Comunitaria" y obtiene 8,91 puntos. También repite en el TOP 10 de medidas con más puntuación respecto al Índice FES 2024.

Es positivo comprobar que hay un alto grado de actuaciones acordadas entre Consejerías y otras instituciones para acercar los entornos saludables a la población en distintas materias. También se aprecia que los sistemas de salud cuentan con registros públicos de sus actuaciones comunitarias. Conviene señalar, asimismo, la existencia de registros de intervenciones comunitarias realizadas en los centros de educación infantil, tanto de primaria como de secundaria, por los servicios de salud.

Esta alta puntuación informa de cómo se acerca más la salud pública a la población a través de diferentes y motivantes actividades, como la celebración de los días mundiales, las mesas informativas, actividades deportivas y actividades formativas regladas con el alumnado. La puntuación en esta medida indica que se sigue en la buena senda para actuar sobre los determinantes de la salud, dado que la asistencia sanitaria, por sí sola, no basta para mejorar la salud de la población.

Es fundamental la promoción de la salud a través de la formación, información, programas de sensibilización y actuaciones en la comunidad. En definitiva, una puntuación alta en esta medida es un signo de que se ha interiorizado por parte de los gestores y responsables de los servicios de salud que las acciones para promover y mantener la salud en la comunidad son básicas para mejorar la calidad de vida, disminuir la morbilidad y mortalidad de las personas y contribuir a una sociedad más sana, productiva y empoderada, mejorando la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo.

4. Medida 55. Ampliar el ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatoria (8,88 puntos)

Esta medida informa de si el modelo de atención domiciliaria contempla también las residencias de mayores, centros de día, centros sociales, viviendas tuteladas, albergues, etc. Su elevada puntuación indica que, en la mayoría de los casos, la atención domiciliaria se extiende también a residencias, centros de servicios sociales con internamiento y ambulatorios (centros de día), albergues y viviendas tuteladas. Este resultado es coherente con el carácter transversal e integral que debe tener la atención a domicilio para ofrecer la mejor cobertura y dar un servicio de máxima calidad a quien realmente lo necesita.

Esta medida entra por primera vez en el TOP 10 en esta edición del Índice y es la tercera relacionada con la atención domiciliaria que lo hace. Esto apunta a la universalidad de la implantación de esta modalidad asistencial en España, especialmente la que se presta desde Atención Primaria.

5. Medida 12. Continuidad asistencial garantizada (8,65 puntos)

La continuidad asistencial garantizada, integrada en el área 2 "Atención Primaria y Comunitaria", ya figuraba en el TOP 10 del Índice FES 2024. La puntuación obtenida pone de manifiesto el avance en la continuidad asistencial garantizada. Esta medida valora si se notifican a los profesionales de atención primaria las situaciones de alta hospitalaria de su población asignada en menos de 48 horas tras el alta. Según lo declarado por los servicios de salud, esta notificación se produce en más del 70% de las altas, y en algunos casos cerca del 100%.

La medida también recoge si se celebran sesiones periódicas conjuntas multiprofesionales de los servicios hospitalarios con atención primaria de manera presencial o telemática. En la mayoría de los casos tienen lugar con una periodicidad trimestral o superior. En ellas, generalmente se consensuan los criterios de derivación y los protocolos para gestionar de forma integral y continuada los procesos asistenciales, ajustando además la cartera de servicios.

Se aprecia, asimismo, una colaboración frecuente, en muchos casos mensual, entre los profesionales de los servicios hospitalarios y los de los centros comunitarios para poner en común nuevos protocolos, detección de puntos de mejora, pacientes de alto riesgo y otros temas.

La elevada puntuación en esta medida pone de manifiesto que se avanza en la senda correcta para alcanzar la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada, una demanda histórica del sistema sanitario. El desarrollo de los sistemas de información con una comunicación más fluida entre ambos niveles, así como la unificación de los objetivos de gestión de las áreas, han contribuido, probablemente, a ello.

6. Medida 73 B. Seguridad del Medicamento y del Producto Sanitario (8,51 puntos)

Esta medida valora si existe una estructura institucional efectiva de recepción, gestión, difusión y notificación de alertas de seguridad relacionadas con medicamentos y productos sanitarios que se complemente con el trabajo en red de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Su elevada puntuación indica que muchas CC. AA. tienen una oficina de gestión de riesgos institucional propia del servicio de salud, incluso con unidades en cada área de salud/hospital.

También que existen programas específicos de adecuación y manejo seguro de medicamentos de alto riesgo actualizados en tiempo real. Este resultado es relevante para la seguridad de los pacientes y denota el especial interés y la buena infraestructura que los servicios de salud tienen en el área de gestión farmacéutica y, específicamente, en la de la seguridad de los medicamentos. Esta medida, que pertenece al Área 9 ("Evaluación del impacto en salud: calidad y seguridad del paciente"), entra por primera vez en el ranking de las más puntuadas.

7. Medidas 43 y 44. Fomentar el trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios (8,50 puntos)

Esta medida del Área 5 ("Coordinación entre servicios sociales y sanitarios") entra este año por primera vez en el TOP 10 de medidas más desarrolladas. La medida informa de si hay establecidos foros de encuentro y trabajo entre profesionales de los servicios sociales y sanitarios de manera institucional.

En la mayoría de los casos se han formado equipos funcionales conjuntos, e incluso se trabajan los casos en comités permanentes. Es destacable el avance de esta medida, ya que en la edición del Índice FES 2024, la puntuación no alcanzaba los 6 puntos.

Por lo tanto, el avance en más de 2,5 puntos y la elevada puntuación de la medida sugieren que las CC. AA. han puesto como una de sus prioridades el fomentar de manera activa y reglada el trabajo en equipo entre los profesionales de los sectores de salud y sociales. Es muy probable que la extensión del modelo de gestión de casos, liderado en la mayoría de las ocasiones por enfermería, haya contribuido a esta mejora.

8. Medida 74. Gestión de eventos adversos (8,44 puntos)

Esta medida entra por primera vez en el ranking de las diez medidas mejor puntuadas del índice y es la segunda del Área 9 ("Evaluación del impacto en salud: calidad y seguridad del paciente") que lo hace este año.

La medida valora varias dimensiones de la seguridad asistencial y de la gestión de los eventos adversos. En primer lugar, recoge si existe un sistema de análisis de eventos adversos notificados (causa raíz u otros), y los resultados indican que en la práctica se analizan casi todos. En segundo lugar, valora si hay protocolos institucionales para la prevención de eventos adversos, ampliamente implantados en los servicios de salud. Por último, recoge la existencia de programas de atención a las segundas víctimas, es decir, de apoyo a los profesionales que puedan verse para implicados en eventos adversos.

La gestión de eventos adversos es fundamental en cualquier institución sanitaria, ya que el análisis de los errores permite aprender de ellos, evitar que se repitan y prevenirlos.

9. Medida 62. Hospitalización a Domicilio y Cuidados paliativos en el domicilio (8,33 puntos)

La medida 62 ("Hospitalización a domicilio y Cuidados paliativos en el domicilio"), integrada en el Área 4 "Alternativas a la hospitalización y atención domiciliaria", alcanza 8,33 puntos en el Índice FES 2026. Esta medida ya figuraba en el TOP 10 de la anterior edición del Índice y es la tercera medida del área 4 presente en el ranking de este año.

La puntuación en esta medida demuestra que la hospitalización a domicilio tiene una implantación cada vez mayor en los servicios de salud, así como la universalización de los cuidados paliativos. Esto hace que se liberen camas de la hospitalización convencional y las personas tengan el beneficio de ser tratadas en su casa con mayor comodidad y seguridad, ya que se evitan riesgos como las infecciones hospitalarias.

También denota que actualmente los cuidados paliativos a domicilio y el fallecimiento en el domicilio en un entorno más humano que el hospital se ha extendido notablemente, lo cual es positivo desde el punto de vista humano. Los Cuidados Paliativos son un modelo de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus familias. Estos cuidados no se limitan a la fase del final de la vida, sino que pueden recibirse paralelamente a la recepción del tratamiento específico para la enfermedad, pues han demostrado que mejoran la calidad de vida del paciente y la familia, y, además, influyen positivamente en la evolución de la enfermedad.

La puntuación de 8,33 pone de manifiesto la orientación de los servicios de salud hacia un modelo de atención más domiciliario, integral y humanista, en consonancia con las necesidades del entorno social actual.

10. Medida 73. Buenas prácticas en Seguridad del Paciente (8,31 puntos)

Esta medida, que forma parte también del Área 9 ("Evaluación del impacto en salud: calidad y seguridad del paciente"), se incorpora por primera vez al TOP 10 de medidas mejor puntuadas. Informa sobre la implementación de buenas prácticas de Seguridad del Paciente en el servicio de salud, siendo muchos los servicios de salud que tienen más de 10 buenas prácticas de seguridad implantadas.

Las buenas prácticas son generalmente procesos y modelos que seguir dentro del servicio de salud por su buen hacer y excelentes resultados. El Ministerio de Sanidad convoca a nivel nacional convocatorias para acreditar buenas prácticas en los servicios de salud en distintos ámbitos, entre ellos la seguridad del paciente. Por otra parte, muchas CC. AA. también han desarrollado modelos propios de evaluación y certificación de buenas prácticas.

La puntuación de la medida ha pasado de 4,80 puntos en la pasada edición a 8,31 en la actual, lo que indica un avance considerable y sugiere que los servicios de salud han priorizado la identificación, acreditación y extensión de las buenas prácticas. Cabe esperar que este avance redunde en mejores resultados en la seguridad del paciente.

LAS 10 MEDIDAS CON MENOR GRADO DE DESARROLLO

El análisis de las respuestas de las CC. AA. a los autocuestionarios también evidencia una serie de medidas con un bajo grado de desarrollo y que, por ello, presentan un mayor margen de mejora. En la presente edición, el ranking se renueva en gran medida con respecto al Índice FES 2024, ya que solo permanecen tres medidas y se incorporan siete nuevas. Estas medidas, ordenadas de menor a mayor puntuación, son las siguientes:

TABLA 2. 10 MEDIDAS CON MENOR GRADO DE DESARROLLO.

PUESTO	MEDIDA	PUNTUACIÓN
1	Medida 32. Analítica avanzada para la gestión del Servicio de Salud (IA y/o modelos predictivos)	2,51
2	Medida 32.1. Modelos analíticos para vigilancia epidemiológica	2,62
3	Medida 100. Directivos sanitarios acreditados en función de méritos	3,38
4	Medida 36. Portal de educación y promoción de la salud	3,42
5	Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente	3,50
6	Medidas 83 y 85. Incentivos alineados con la estrategia y los resultados	3,95
7	Medida 22. Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria	4,34
8	Medida 67. Evaluación profesional	4,38
9	Medida 70. Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo	4,38
10	Medida 1. Estrategias "No Hacer" evitar hacer lo innecesario	4,47

Medida 32. Analítica avanzada para la gestión del Servicio de Salud (IA y/o modelos predictivos) (2,51puntos)

Esta medida recoge si la CC. AA. tiene soluciones de inteligencia artificial (IA) para la gestión de la capacidad asistencial, como la gestión de listas de espera, o el cálculo de plantillas. La respuesta más común es que se dispone de ellas para determinados procesos asistenciales y en ámbitos como la interpretación de imágenes radiológicas, donde su uso está muy extendido.

La medida también valora si se utiliza la IA para la toma de decisiones terapéuticas y, en este caso, la respuesta más habitual es que se emplea en algunas situaciones de forma experimental. Por último, la medida también analiza si se emplean soluciones de IA para la medición de resultados en salud, y la respuesta mayoritaria es que todavía no se dispone de ella.

La puntuación de esta medida desciende de 4,45 en el índice de 2024 a 2,51 en la edición actual. Este descenso no refleja necesariamente un retroceso en la

implantación de la IA, sino un cambio en la forma de medirla. En la edición de 2024, la medida valoraba de forma general el uso de la IA en los servicios de salud. En la presente edición, el cuestionario la evalúa de manera más exhaustiva y diferencia tres ámbitos: la gestión de la capacidad asistencial, el apoyo a las decisiones terapéuticas y la medición de resultados en salud. Al ser más exigente, la medida obtiene ahora una puntuación inferior, por lo que los valores de ambas ediciones no son directamente comparables.

Medida 32.1. Modelos analíticos para vigilancia epidemiológica (2,62 puntos)

Esta medida estudia si existen en los servicios de salud modelos analíticos automatizados para la vigilancia epidemiológica, como modelos predictivos o de inteligencia artificial. La mayoría de las respuestas indican que no existen o que se aplican de forma experimental. Este resultado contrasta con el grado de madurez que estas herramientas han alcanzado en el ámbito de la investigación y en el mercado, donde ya existen soluciones de IA capaces de anticipar la evolución de brotes y epidemias y de analizar los patrones poblacionales de transmisión, con una utilidad evidente para epidemiólogos, clínicos e investigadores.

La puntuación de la medida desciende de 5,40 en 2024 a 2,62 en la edición actual. Así y todo, este descenso no refleja necesariamente un retroceso, sino un aumento de la exigencia del cuestionario: para obtener la máxima puntuación se requiere, en el Índice FES 2026, que el servicio de salud tenga implantado un modelo de IA para el análisis global de los procesos epidemiológicos. Por esta razón, los valores de ambas ediciones deben compararse con cautela.

Medida 100. Directivos sanitarios acreditados en función de méritos (3,38 puntos)

Esta medida ha obtenido tradicionalmente puntuaciones bajas en todas las ediciones del Índice FES. En la edición de 2024 alcanzó 5,19 puntos, debido a que se realizaron en los servicios de salud procesos selectivos públicos para nombramientos, aunque en la mayoría de los casos los candidatos suelan estar ya seleccionados.

La medida valora si los directivos en el sector público de salud son nombrados y evaluados periódicamente en función de sus méritos y capacidad, conforme a un baremo que pondere positivamente la formación, la experiencia y los resultados obtenidos en puestos similares.

Los criterios de ponderación se han mantenido a lo largo de todas las ediciones:

- Nada: No.
- Poco: se nombran y evalúan en algunos casos.

- Medio: se nombran y evalúan en función de estos criterios entre el 30 y el 50% de los directivos.
- Mucho: se nombran y evalúan sobre la base de estos criterios entre el 51 y 80% de los directivos.
- Todo: se nombra y evalúa según estos criterios a más del 80% de los directivos.

La mayoría de las CC. AA. se posicionan en los niveles bajo e intermedio, es decir, aplican estos criterios en algunos casos o entre el 30% y el 50% de los casos.

La medida también recoge si los nombramientos de los directivos dependen de una comisión técnica y profesional independiente del poder político. Ninguna comunidad cuenta con este mecanismo y, en los casos más avanzados, la evaluación corresponde a una comisión de cargos alto nivel de del servicio de salud. Estos resultados sugieren que la selección de directivos basada en el mérito tiene todavía una implantación limitada y que sigue predominando el nombramiento directo por libre designación.

Medida 36. Portal de educación y promoción de la salud (3,42 puntos)

Esta medida se incorpora en la presente edición al grupo de las menos desarrolladas. Valora, en primer lugar, si el servicio de salud dispone de un portal de educación y promoción de la salud, y si se puede conectar con la historia clínica o al portal de salud personal de los ciudadanos.

Se distingue entre la incorporación de consejos genéricos mediante enlaces al portal de promoción de la salud y la personalización de estos contenidos en función de los riesgos específicos de cada persona. El modelo de referencia sería que ambos portales estuvieran interconectados y que el usuario del servicio de salud recibiera automáticamente información personalizada en función de sus problemas de salud y riesgos.

La medida valora, además, si los profesionales asistenciales conocen el recurso del portal de salud o promoción de la salud y lo prescriben a los usuarios de los servicios de atención. La puntuación obtenida pone de manifiesto un bajo nivel de conocimiento y prescripción. Lo deseable sería que los profesionales tuvieran la posibilidad de enlazar y hacer una prescripción automática del portal de salud en todos los informes y hojas de tratamiento que se dan a los pacientes.

La medida se ha vuelto más exigente en esta edición, puesto que incluye la capacidad de prescripción. Su desarrollo es necesario, ya que los usuarios requieren fuentes confiables de información en salud y adaptadas tanto a sus problemas como a los protocolos asistenciales que se les ofrece.

Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente (3,50 puntos)

Esta medida, tradicionalmente, ha sido la que ha puntuado más bajo dentro del área de seguridad del paciente. Este año también repite en el ranking de las peores puntuadas, pero ha experimentado una mejora, pasando de 1,94 puntos en la edición de 2024 a 3,50 puntos en la edición actual, por lo que deja de ser la medida con menor puntuación del índice, posición que había ocupado en ediciones anteriores. Esta mejora es consistente con el impulso general que muestra el área de seguridad del paciente en la presente edición.

La medida analiza dos aspectos. Por un lado, si el servicio de salud cuenta con acreditaciones externas en materia de Seguridad del Paciente y el número de estas acreditaciones. Se considera que la medida se cumple de manera óptima si se tienen 4 o más acreditaciones. Por otro lado, si existe un sistema de acreditación de la calidad propio relacionado con la Seguridad del Paciente en el servicio de salud. Algunas CC. AA. están trabajando en el desarrollo de este sistema, lo que podría explicar en parte la mejora de la puntuación.

Medidas 83 y 85. Incentivos alineados con la estrategia y los resultados (3,95 puntos)

Esta medida repite entre las menos puntuadas y obtiene una nota baja dentro del área de capital humano. La incentivación de los profesionales puede actuar como catalizador para la mejora de los resultados, sobre todo cuando están alineados con la estrategia, los objetivos y los resultados del sistema de salud, y no dependen solo de la antigüedad o del nivel del puesto.

En concreto, esta medida informa sobre la existencia de un plan de incentivos individuales alineados con la estrategia y los objetivos, así como el porcentaje de plantilla al que se aplica. Esta medida también recoge el porcentaje de esos incentivos en el salario bruto anual de los profesionales. En ese sentido, se considera óptimo que su cuantía represente, al menos, el 15% del salario bruto anual.

La implantación de objetivos e incentivos individuales pueden verse condicionada por diversos factores de carácter presupuestario, organizativo y normativo. Cabe señalar las limitaciones para disponer de recursos destinados a incentivos en contextos de restricción presupuestaria, así como la rigidez administrativa del régimen jurídico del personal y a la tendencia a mantener estructuras retributivas homogéneas.

En este contexto, resulta conveniente avanzar hacia modelos de gestión que permitan desarrollar estrategias de incentivación individual vinculadas a objetivos previamente definidos y en sintonía con las prioridades de los servicios sanitarios.

Medida 22. Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria (4,34 puntos)

Esta medida valora si existen protocolos de actuación cuando en un centro de atención primaria se detectan datos superiores a lo esperado en enfermedades relevantes, no solo infecciosas, sino también diabetes mellitus, EPOC, IAM, obesidad o dislipemias, entre otras. El análisis epidemiológico de la zona básica de salud, e incluso de cupos concretos, permite identificar hábitos y otros determinantes que estén afectando a la salud de la población. El resultado indica que estos protocolos existen en cierta medida, pero no están implantados en la mayoría de los centros de atención primaria.

En el Índice de 2024 esta medida fue la menos desarrollada dentro del área 2 de Atención Primaria. El descenso de puntuación de 5,82 puntos a 4,34 podría deberse, al menos en parte, al cambio en la composición de la muestra, que ha pasado de 10 a 13 CC. AA. en la presente edición, puesto que la medida no ha cambiado.

Medida 67. Evaluación profesional (4,38 puntos)

Esta medida recoge información sobre si los mandos intermedios evalúan a los profesionales. El resultado indica que, en la mayoría de los casos en que existe, esta evaluación tiene una periodicidad anual. Sin embargo, lo ideal es una evaluación mensual o continua por indicadores.

En ediciones anteriores, esta medida estaba integrada en la valoración más amplia basada en la cuádruple meta, que incluye la experiencia del paciente, eficiencia y resultados, de modo que la evaluación del profesional por parte de los mandos intermedios quedaba diluida. En esta edición, la medida se centra en la evaluación del profesional, lo que explica su cambio de nombre, ya que los demás apartados de la cuádruple meta se miden mejor por separado con otros indicadores.

Medida 70. Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo (4,38 puntos)

Esta medida se mantiene entre las menos puntuadas, con una nota similar a la de la edición anterior. Esta medida permite conocer si los servicios de salud analizan el impacto económico de factores de riesgo con capacidad de provocar enfermedad, como son el tabaquismo, la obesidad y otros factores de riesgo. El resultado indica que estos análisis no se llevan a cabo o no se realizan de forma sistemática. Esto apunta a una baja cultura de evaluación económica de los factores de riesgo en los sistemas de salud autonómicos. Esto adquiere especial importancia en un contexto de creciente atención a las políticas de prevención del tabaquismo y de promoción de hábitos alimentarios saludables.

La reducción de la incidencia de enfermedades cardiovasculares, cánceres y enfermedades crónicas prevalentes se relaciona con la mejora de los hábitos de vida, como dejar de fumar, evitar tóxicos como el alcohol, y hacer ejercicio regular.

Es necesario concienciar a la población de forma muy concreta sobre los gastos derivados del tabaquismo y la obesidad en el sistema sanitario. Los datos obtenidos a través de análisis económicos deben ofrecerse a los ciudadanos para concienciar así a la población, logrando sensibilizar a la sociedad en la mejora de su calidad de vida. Esto repercutiría de forma muy importante en la planificación y ejecución de los gastos y el uso de los recursos públicos destinados a la sanidad.

Medida 1. Estrategias "No Hacer": evitar hacer lo innecesario (4,47 puntos)

Esta medida se incorpora en la presente edición al ranking FES de medidas menos puntuadas, al pasar de 5,15 puntos de la edición de 2024 a 4,47 puntos en la actual.

La medida valora si se mide periódicamente el grado de implementación de las estrategias "no hacer" en los servicios de salud mediante indicadores. Las estrategias no hacer son aquellas tendentes a eliminar de la práctica clínica aquellas acciones que se ha demostrado a través de la evidencia científica disponible que son innecesarias, inseguras o ineficaces, pero que, muchas veces, se hacen por tradición, protocolos obsoletos o medicina defensiva.

El puntaje depende de la extensión de aplicación de las estrategias: Nada = Ninguno / Poco = solo un indicador / Medio= de 2 a 5 indicadores / Mucho = de 6 a 8 indicadores no hacer / Todo = más de 8 indicadores no hacer. La puntuación alcanzada indica que de media se miden entre 2 a 5 indicadores "no hacer".

Se necesita poner más énfasis en estos indicadores en los objetivos propios de los servicios sanitarios, tanto en atención primaria como en especializada, así como en los acuerdos de gestión (contratos programa) de los servicios de salud con las áreas sanitarias y los hospitales. Esta medida redunda en la mejora de la seguridad del paciente ya que se evitan actos clínicos con potenciales efectos adversos y en la eficiencia, al eliminarse actos redundantes o ineficaces.

4. ANÁLISIS POR ÁREAS

ÁREA 1. PREVENCIÓN, PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

La prevención, la protección y la promoción de la salud constituyen los pilares fundamentales sobre los que debe sustentarse cualquier sistema sanitario orientado a mejorar la salud de la población, reducir la carga de enfermedad y garantizar la sostenibilidad del sistema. Este enfoque sitúa a la salud pública como un elemento estratégico, trasladando el centro de gravedad desde la atención a la enfermedad hacia la generación de condiciones que permitan a las personas vivir más años y con una mejor calidad de vida.

La prevención de la enfermedad comprende el conjunto de intervenciones dirigidas a reducir la aparición, progresión o impacto de los problemas de salud, tanto desde una perspectiva individual como poblacional. La prevención primaria persigue evitar la aparición de la enfermedad mediante actuaciones sobre los factores de riesgo y los determinantes de la salud, incluyendo la vacunación, la promoción de hábitos saludables o la creación de entornos favorables. La prevención secundaria se orienta a la detección precoz de enfermedades cuando existe evidencia de que ello mejora el pronóstico y los resultados en salud, mientras que la prevención terciaria busca minimizar las complicaciones, la discapacidad y el deterioro funcional asociados a las enfermedades ya establecidas.

Junto a la prevención, la protección de la salud adquiere un papel cada vez más relevante como función esencial de los sistemas de salud pública. Su objetivo es identificar, evaluar y controlar aquellos riesgos ambientales, alimentarios, laborales, sociales o derivados de emergencias sanitarias que pueden afectar a la salud de la población. La protección de la salud implica, por tanto, el desarrollo de políticas públicas, marcos regulatorios y sistemas de vigilancia que garanticen entornos seguros y saludables, contribuyendo a disminuir las desigualdades y a aumentar la resiliencia de la sociedad frente a amenazas presentes y futuras.

Por su parte, la promoción de la salud representa el proceso mediante el cual las personas y las comunidades incrementan su capacidad para ejercer un mayor control sobre los determinantes que condicionan su salud. Este enfoque trasciende el ámbito estrictamente sanitario y requiere la implicación coordinada de múltiples sectores —educación, servicios sociales, empleo, urbanismo, medio ambiente o vivienda, entre otros— para favorecer estilos de vida saludables y crear entornos que faciliten la adopción de decisiones beneficiosas para la salud.

El elemento que articula estas tres dimensiones es la alfabetización para la salud, entendida como el conjunto de conocimientos, habilidades y competencias que

permiten a las personas acceder, comprender, evaluar y utilizar la información relacionada con la salud para tomar decisiones adecuadas en su vida cotidiana. La alfabetización en salud constituye uno de los principales determinantes del nivel de autonomía de la ciudadanía y representa el punto de encuentro entre las capacidades individuales y la creciente complejidad de los sistemas sanitarios y sociales.

Desde esta perspectiva, las actuaciones de prevención, protección y promoción de la salud deben orientarse no solo a proporcionar información, sino también a desarrollar las capacidades necesarias para interpretar esa información, valorar riesgos y beneficios, desenvolverse de forma eficaz en el sistema sanitario y participar activamente en las decisiones relacionadas con la propia salud. Este proceso debe contemplar tanto la dimensión clínica como la dimensión comunitaria, considerando el entorno familiar, educativo, laboral y social en el que viven las personas.

El empoderamiento del paciente constituye la consecuencia natural de una adecuada alfabetización para la salud. Puede definirse como el proceso mediante el cual las personas adquieren los conocimientos, las habilidades y la confianza necesarias para participar activamente en el cuidado de su salud, tomar decisiones compartidas con los profesionales sanitarios y gestionar, cuando sea necesario, sus procesos de enfermedad y sus cuidados. Se trata de un proceso dinámico, continuo y dependiente del contexto, que evoluciona a lo largo de la vida y cuyo desarrollo puede ser facilitado, aunque nunca impuesto, por los profesionales y las organizaciones sanitarias.

Este enfoque trasciende además la esfera individual. El empoderamiento colectivo permite que las comunidades identifiquen sus necesidades, participen en el diseño de soluciones y contribuyan activamente a la generación de políticas públicas más eficaces, equitativas y adaptadas a las características de cada territorio. De este modo, la participación ciudadana se convierte en un elemento imprescindible para fortalecer la gobernanza del sistema sanitario y mejorar la efectividad de las intervenciones de salud pública.

La transformación digital de los sistemas sanitarios añade una nueva dimensión a este reto. El acceso creciente a herramientas digitales, aplicaciones móviles, historia clínica electrónica, servicios de telemedicina o sistemas de inteligencia artificial ofrece oportunidades sin precedentes para reforzar la prevención, la protección y la promoción de la salud, pero también exige desarrollar nuevas competencias digitales tanto en la ciudadanía como en los profesionales sanitarios. Reducir las brechas digitales y garantizar un acceso equitativo a estas herramientas constituye una condición indispensable para evitar que la innovación tecnológica amplíe las desigualdades existentes.

La evidencia disponible demuestra que las inversiones en prevención, protección y promoción de la salud generan grandes beneficios que van más allá del ámbito sanitario, contribuyendo al desarrollo económico, la cohesión social y la sostenibilidad de los sistemas públicos. Sin embargo, estas actuaciones continúan representando una proporción relativamente reducida del esfuerzo inversor en comparación con la atención asistencial, debido en gran medida a que sus resultados suelen manifestarse a medio y largo plazo.

En este contexto, las estrategias dirigidas a reforzar la salud pública, mejorar la alfabetización para la salud, impulsar el empoderamiento de la ciudadanía y promover políticas de protección frente a los riesgos para la salud deben constituirse en una de las principales palancas para transformar el sistema sanitario hacia un modelo más preventivo, proactivo, participativo y centrado en la persona.

Las medidas incluidas en el Índice FES para esta área reflejan este enfoque integral y transversal, evaluando el grado de desarrollo de las políticas e iniciativas que las comunidades autónomas (CC. AA.) impulsan para fortalecer la prevención de la enfermedad, la protección de la salud, la promoción de hábitos saludables y el empoderamiento de pacientes y ciudadanía. Su implementación constituye un elemento clave para mejorar los resultados en salud, reducir las desigualdades y avanzar hacia un sistema sanitario más eficiente, resiliente y sostenible. La valoración del Área 1 se realiza a partir del análisis de las medidas que aparecen en la siguiente tabla:

TABLA 1. PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 1

ÁREA 1. PREVENCIÓN, PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE	PUNTOS
Medida 34. Portal de Salud accesible	1,00
Medida 36. Portal Educación y promoción de la salud	1,00
Medida 37. Colaboración Sector Salud y Sector Educativo	1,50
Medida 38. Perspectiva biopsicosocial en atención clínica	1,00
Medida 49. Plan de humanización	1,40
Medida 50. Competencias en comunicación	1,00
Medida 53. Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes)	1,50
Medida 75. Escuelas de pacientes	1,60
TOTAL	**10**

Las medidas incluidas en esta área reflejan el carácter transversal de la prevención, la protección y la promoción de la salud, así como la necesidad de avanzar hacia un modelo en el que pacientes, ciudadanía, profesionales y agentes del entorno participen activamente en la generación de salud. Los indicadores asociados permiten valorar tanto la existencia de estrategias y estructuras específicas como su grado de desarrollo, implantación y capacidad para generar cambios efectivos en la población.

Medida 75. Escuela de pacientes: es la medida que presenta una mayor ponderación. Su relevancia responde al papel que estos espacios desempeñan como instrumentos para favorecer la alfabetización en salud, el autocuidado y el empoderamiento de las personas con enfermedades crónicas y de sus familiares y cuidadores. Los indicadores asociados valoran aspectos como la existencia y alcance de programas específicos en salud mental y bienestar emocional, la participación activa de pacientes y familiares, y el aprovechamiento de su experiencia y conocimiento como fuente de aprendizaje y mejora de los procesos de atención. Se reconoce así el valor del paciente como agente activo y como recurso para otros pacientes y para el propio sistema sanitario.

Medida 53. Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes): incorpora una nueva dimensión al área, orientada a valorar la capacidad de las organizaciones sanitarias para relacionarse de manera estructurada y permanente con su entorno social y comunitario. Los indicadores que conforman la medida consideran, por una parte, la existencia y grado de implantación de un plan institucional de interacción con la sociedad y el entorno comunitario que contemple estructura, procesos, tecnología y personas, y que fomente la participación ciudadana, tanto en cuestiones relacionadas con la salud como en la gobernanza de los centros sanitarios. Por otra, se valora la existencia de acuerdos de colaboración institucional con asociaciones de pacientes entendidas como agentes de salud comunitarios. Esta medida supone avanzar desde un modelo de organizaciones sanitarias centradas fundamentalmente en la prestación de servicios hacia organizaciones abiertas, conectadas con su comunidad y capaces de incorporar el conocimiento, las necesidades y las propuestas de su entorno.

Medida 37. Colaboración entre el Sector Salud y el Sector Educativo: valora, a través de los indicadores asociados, la realización y el impacto de programas de formación dirigidos tanto al alumnado como al profesorado de los diferentes niveles educativos, así como la presencia y participación de profesionales de los servicios de salud en los centros educativos mediante actuaciones de promoción de la salud. Se presta especial atención a iniciativas relacionadas con la salud mental, el bienestar emocional y el desarrollo de competencias que permitan a niños, adolescentes y jóvenes adoptar decisiones saludables y desenvolverse

adecuadamente ante los retos relacionados con su salud. Esta colaboración entre el sector salud y el sector educativo desempeña un papel especialmente relevante como instrumento para mejorar la alfabetización en salud desde etapas tempranas de la vida.

Medida 49. Plan de humanización: evalúa el grado en que las organizaciones sanitarias han incorporado una orientación centrada en las personas, sus necesidades, preferencias y circunstancias. Los indicadores consideran la existencia y nivel de implantación de planes y protocolos específicos para ofrecer una atención prioritaria o adaptada a determinados colectivos, así como la incorporación de una visión integral de la persona en los modelos de atención.

Junto a estas medidas de mayor ponderación, el área incorpora diferentes actuaciones dirigidas a facilitar el acceso de la ciudadanía a información fiable y útil para la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Medida 34. Portal de Salud accesible: valora el grado de evolución de estas herramientas como canales de relación entre el sistema sanitario y la ciudadanía, considerando aspectos como su accesibilidad desde dispositivos móviles, el porcentaje de población que utiliza el portal y la facilidad de acceso, comprensión y utilización de la información disponible. El objetivo es que los servicios digitales no se limiten a proporcionar información, sino que constituyan instrumentos efectivos para facilitar la interacción de las personas con el sistema y favorecer su autonomía.

Medida 36. Portal de educación y promoción de la salud: complementa esta dimensión mediante la valoración de la disponibilidad, diversidad y facilidad de utilización de contenidos destinados específicamente a la educación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Sus indicadores permiten conocer hasta qué punto estos contenidos están integrados en los procesos asistenciales, si los profesionales los utilizan como apoyo a sus recomendaciones y si la información generada se incorpora a los procesos de atención. Asimismo, se considera la participación directa de los pacientes en el diseño y mejora de los contenidos, reforzando el carácter bidireccional de la comunicación y la adaptación de los recursos a las necesidades reales de sus destinatarios.

Medida 50. Competencias en comunicación: aborda una condición transversal para que el resto de las actuaciones de alfabetización y empoderamiento sean efectivas. Los indicadores valoran la estrategia de la organización para facilitar el acceso y la utilización de la información en todos los puntos de contacto con los usuarios. Se consideran, entre otros aspectos, la existencia de recursos de apoyo a la comunicación, la utilización de técnicas de lenguaje claro y fácil y la adecuación de la información clínica y no clínica a las capacidades y necesidades de las personas.

Medida 38. Perspectiva biopsicosocial en atención clínica: evalúa hasta qué punto la atención sanitaria incorpora una visión integral de la persona, superando una aproximación exclusivamente centrada en la dimensión biológica de la enfermedad. Los indicadores se orientan a identificar la existencia de protocolos y actuaciones que integren aspectos psicológicos, sociales, afectivos y de gestión emocional en los procesos asistenciales. Esta perspectiva adquiere especial importancia en el abordaje de las enfermedades crónicas y en aquellos procesos en los que los determinantes sociales y emocionales tienen una influencia significativa sobre los resultados en salud, reforzando además el papel de los equipos de enfermería y de las Escuelas de Pacientes en el desarrollo de capacidades de autocuidado.

En conjunto, las medidas del área configuran un modelo de valoración que combina actuaciones de prevención y promoción de la salud, alfabetización, humanización, comunicación, participación y apertura de las organizaciones sanitarias a su entorno. La ponderación otorgada en esta edición refuerza especialmente aquellas iniciativas capaces de generar capacidades en las personas y de conectar al sistema sanitario con otros agentes y espacios de generación de salud, como las escuelas, las asociaciones de pacientes y la propia comunidad.

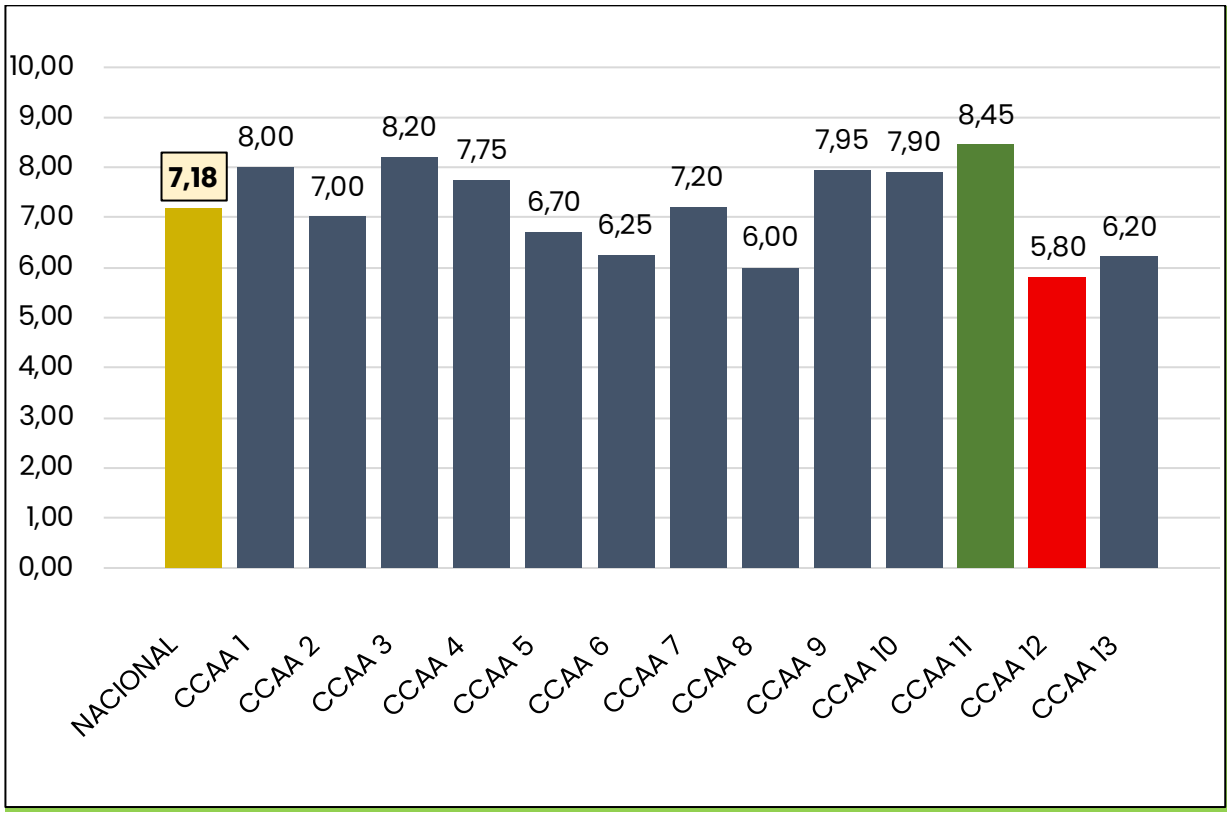
De este modo, el área no solo analiza qué recursos o programas están disponibles, sino también la capacidad de las organizaciones sanitarias para evolucionar hacia modelos más participativos, próximos, preventivos y centrados en las personas.

2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

2.1. Valoración

La media nacional de esta área ha alcanzado una puntuación de 7,18 sobre 10, un punto por encima con respecto a la valoración del Índice FES de 2024. La puntuación más baja para una CC. AA. ha sido de 5,8 y la más alta de 8,45.

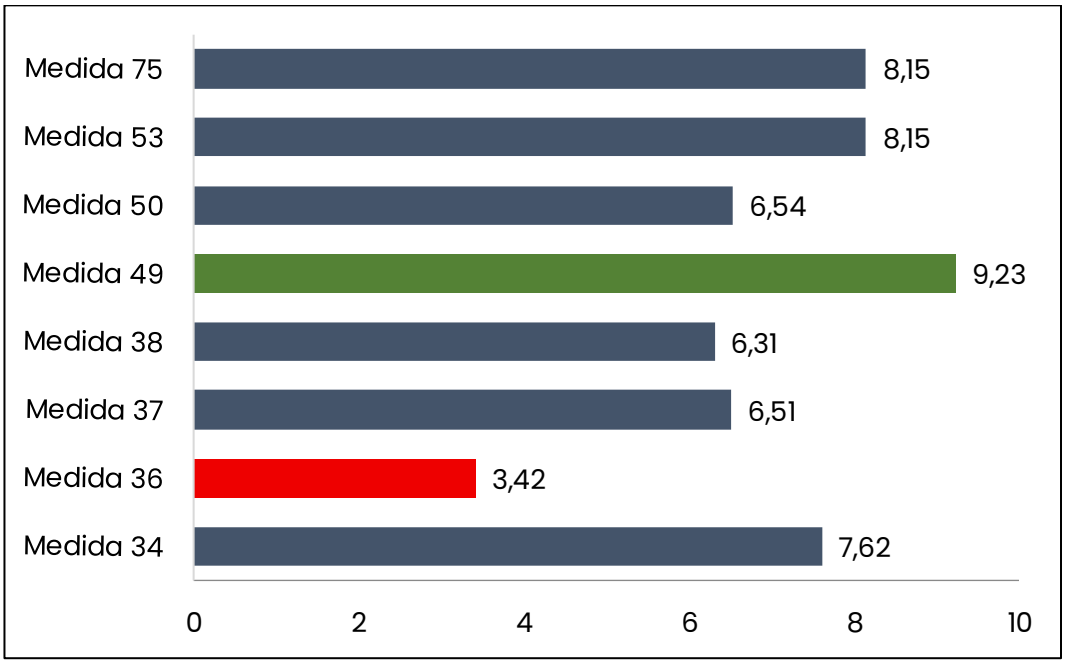
GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL Y SITUACIÓN DE LAS CC. AA. ÁREA 1.



En términos generales, 3 CC. AA. tienen una valoración igual o superior a 8 puntos, 5 CC. AA. obtienen entre 7 y menos de 8 puntos, 4 CC. AA. entre 6 y menos de 7, quedando la última muy cerca de este rango. De los datos declarados, podemos extraer la conclusión de que las medidas incluidas en este bloque se cumplen de forma bastante satisfactoria por los servicios de salud de las CC. AA. Participantes.

No obstante, sigue existiendo margen para la mejora en el cumplimiento de los indicadores asociados a la prevención, la protección, la promoción de la salud y el empoderamiento del paciente.

GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL POR MEDIDA DEL ÁREA 1.



Los resultados obtenidos en esta edición muestran un grado de desarrollo desigual entre las diferentes medidas que configuran el área, con una puntuación media de aproximadamente 7 puntos sobre 10 en el conjunto de las medidas analizadas.

Esta valoración global refleja la existencia de un nivel de implantación consolidado en algunas de las principales líneas de actuación, al mismo tiempo que identifica ámbitos concretos en los que todavía existe un amplio recorrido para avanzar en la transformación del sistema hacia un modelo más preventivo, participativo y centrado en las personas.

La Medida 49, "Plan de humanización", es la que obtiene la valoración más elevada, con 9,23 puntos sobre 10. El resultado evidencia el alto grado de incorporación de la humanización como elemento estratégico de las organizaciones sanitarias de las CC. AA. participantes.

Las Medidas 75, "Escuelas de pacientes", y 53, "Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes)", obtienen ambas una puntuación de 8,15 puntos, situándose como el segundo grupo de medidas mejor valoradas del área. En el caso de las escuelas de pacientes (Medida 75), el resultado confirma el elevado nivel de desarrollo de estos espacios como instrumentos para favorecer la alfabetización en salud, el autocuidado y la participación activa de pacientes, familiares y cuidadores.

La misma puntuación obtenida por la Medida 53 ("Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes)"; 8,15), incorporada a esta área por primera vez en esta edición, constituye un resultado especialmente

significativo. La valoración alcanzada indica un nivel elevado de desarrollo de las estrategias dirigidas a fortalecer la relación de las organizaciones sanitarias con la sociedad y el entorno comunitario. La existencia de planes institucionales de interacción con la ciudadanía y de acuerdos de colaboración con asociaciones de pacientes como agentes de salud comunitarios muestra que una parte importante de las organizaciones está avanzando hacia modelos más abiertos y participativos. El resultado es particularmente relevante al tratarse de una medida que introduce una dimensión diferente del empoderamiento: no solo se evalúa la capacidad de los pacientes para participar en su propia salud, sino también la capacidad de las organizaciones para generar espacios estables de participación y colaboración con su comunidad.

La Medida 34, "Portal de la salud accesible", alcanza 7,62 puntos, situándose también por encima de la valoración media del conjunto de las medidas. Este resultado refleja un nivel de desarrollo notable de los canales digitales de relación e información dirigidos a la ciudadanía. La evolución de estos portales constituye una herramienta relevante para facilitar el acceso a información sanitaria y favorecer una mayor autonomía de las personas. No obstante, la diferencia respecto a las medidas mejor valoradas sugiere que todavía existe margen para profundizar en aspectos como la accesibilidad, la facilidad de uso, la penetración entre la población y, especialmente, la capacidad de estas herramientas para evolucionar desde un modelo predominantemente informativo hacia otro más interactivo y orientado al empoderamiento.

Con 6,51 puntos, la Medida 37, "Colaboración del sector salud y el sector educativo", presenta un grado de implantación intermedio. El resultado confirma la existencia de una relación significativa entre ambos sectores para el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aunque también pone de manifiesto la necesidad de continuar extendiendo y sistematizando estas iniciativas. La promoción del bienestar emocional y la salud mental constituye un ámbito especialmente relevante para seguir desarrollando esta colaboración.

La Medida 50, "Competencias en comunicación", obtiene 6,54 puntos, un resultado similar al de la Medida 37 (6,51). La puntuación muestra que existe un nivel de desarrollo apreciable, pero todavía con margen para consolidar la comunicación como una competencia transversal de las organizaciones sanitarias. El reto no se limita a incrementar la formación de los profesionales, sino a incorporar la comunicación efectiva en los diferentes procesos y puntos de contacto con los pacientes, garantizando que la información sea comprensible, accesible y adecuada a las capacidades y necesidades de las personas. Este aspecto resulta fundamental para que las estrategias de alfabetización y empoderamiento puedan traducirse efectivamente en una mayor capacidad de participación y toma de decisiones.

La Medida 38, "Perspectiva biopsicosocial en atención clínica", alcanza 6,31 puntos. Se trata de una valoración intermedia que refleja un grado de desarrollo todavía desigual de un enfoque que pretende superar una aproximación exclusivamente biomédica a la atención sanitaria. La incorporación sistemática de las dimensiones psicológica, social, afectiva y emocional en los procesos asistenciales continúa siendo un reto, especialmente en el ámbito de las enfermedades crónicas y de larga duración. El resultado pone de manifiesto la oportunidad de seguir avanzando en protocolos y modelos asistenciales que incorporen esta visión integral y que favorezcan el trabajo coordinado de los diferentes perfiles profesionales.

Por último, la Medida 36, "Portal de educación y promoción de la salud", con 3,42 puntos, presenta una valoración claramente inferior al resto de las medidas y constituye el principal ámbito de mejora identificado en esta edición. La distancia existente respecto a las restantes actuaciones resulta especialmente significativa, ya que evidencia que la disponibilidad de herramientas digitales específicamente orientadas a la educación, la promoción de la salud y la prevención todavía presenta un grado de desarrollo limitado. Este resultado invita a profundizar no solo en la disponibilidad y variedad de contenidos, sino también en su integración efectiva en los procesos asistenciales, en su utilización por parte de los profesionales y en la participación de pacientes y ciudadanía en su diseño y mejora.

En conjunto, los resultados permiten identificar tres niveles diferenciados de desarrollo. En el nivel más avanzado se encuentran las medidas relacionadas con la humanización (Medida 49), las escuelas de pacientes (Medida 75) y la apertura de las organizaciones sanitarias al entorno social (Medida 53), todas ellas por encima de 8 puntos. En un segundo nivel se sitúan el portal de salud accesible (Medida 34), la colaboración con el sector educativo (Medida 37), las competencias en comunicación (Medida 50) y la perspectiva biopsicosocial (Medida 38), con valores comprendidos entre 6,31 y 7,62 puntos. Finalmente, destaca claramente la Medida 36 ("Portal de educación y promoción de la salud"), con 3,42 puntos, que presenta una brecha de desarrollo considerable respecto al resto.

Esta distribución resulta especialmente interesante al analizarla conjuntamente con la ponderación de las medidas. Las actuaciones a las que se ha otorgado mayor importancia en el índice: Medida 75 ("Escuelas de Pacientes"; 1,60), Medida 53 ("Organizaciones sanitarias líquidas"; 1,50), Medida 37 ("Colaboración entre el sector salud y el sector educativo", 1,50), y Medida 49 ("Plan de Humanización"; 1,40), presentan niveles de cumplimiento elevados, lo que indica que las CC. AA. participantes muestran un desarrollo significativo precisamente en varias de las dimensiones consideradas estratégicas para la transformación del sistema.

Por el contrario, el resultado de la Medida 36 ("Portal de educación y promoción de la salud") pone de manifiesto una brecha entre la madurez de los canales digitales generales de acceso a la información sanitaria y el desarrollo de herramientas

específicamente orientadas a la educación y promoción de la salud. La diferencia entre los 7,62 puntos obtenidos por el portal de la salud accesible (Medida 34) y los 3,42 del portal de educación y promoción de la salud (Medida 36) sugiere que el reto ya no reside únicamente en digitalizar la relación con la ciudadanía, sino en aprovechar esa infraestructura para generar conocimiento, capacidades y comportamientos saludables.

En definitiva, los resultados de esta edición muestran un sistema sanitario que presenta un elevado grado de madurez en humanización, empoderamiento y relación con los pacientes y la comunidad, pero que todavía debe avanzar en la consolidación de determinados instrumentos de alfabetización y promoción de la salud, así como en la incorporación efectiva de la perspectiva biopsicosocial y las competencias comunicativas en la práctica cotidiana.

El principal reto identificado se encuentra, por tanto, en conseguir que los avances alcanzados en la relación con las personas y en la digitalización de los servicios se traduzcan también en una mayor capacidad para educar, prevenir, promover la salud y generar autonomía en la ciudadanía.

2.2. Recomendaciones

A la vista de los resultados obtenidos, las recomendaciones para esta área deben orientarse a consolidar los avances alcanzados en aquellas medidas que presentan un elevado grado de desarrollo y, simultáneamente, a acelerar la implantación de aquellas otras en las que persisten mayores diferencias entre las CC. AA. En particular, resulta necesario avanzar desde la existencia de programas o iniciativas específicas hacia modelos integrados en las estrategias y en el funcionamiento habitual de las organizaciones sanitarias.

Los resultados obtenidos en la Medida 49, "Plan de humanización", muestran un elevado grado de desarrollo, por lo que el principal reto debe ser ahora consolidar y profundizar en los avances alcanzados, evitando que la humanización quede circunscrita a planes o actuaciones aisladas. Se recomienda continuar desarrollando estrategias de ámbito global en los servicios de salud que establezcan criterios y protocolos comunes para todos los centros, con especial atención a las personas y colectivos que pueden presentar mayores dificultades de acceso o necesidades específicas, incluyendo las personas con discapacidad y la incorporación de la perspectiva de género en los cuidados.

Asimismo, los planes de humanización (Medida 49) deberían mantener una visión integral de la persona, superando una aproximación exclusivamente asistencial. En este sentido, resulta conveniente incorporar de manera efectiva los resultados obtenidos a partir de la evaluación de los planes para mejorar los recursos relacionados con la gestión del dolor y la ansiedad, el asesoramiento nutricional y psicológico, el apoyo social y, cuando sea necesario y de acuerdo con las

preferencias de la persona, la atención espiritual. La elevada puntuación alcanzada por esta medida constituye una oportunidad para avanzar desde la humanización como estrategia hacia la humanización como cultura organizativa.

Esta orientación está estrechamente relacionada con la necesidad de seguir desarrollando la perspectiva biopsicosocial en las intervenciones clínicas (Medida 38), una de las medidas que presenta un nivel de cumplimiento intermedio. Se recomienda potenciar la participación de equipos multidisciplinares en la definición de los procesos de atención y en la elaboración de guías y protocolos que incorporen, junto a las dimensiones clínicas, elementos relacionados con la salud social, afectiva y emocional. Para ello, debería facilitarse el acceso de los pacientes a valoraciones y recursos de carácter psicológico y social, especialmente en los procesos crónicos, complejos o de larga duración.

Las escuelas de pacientes (Medida 75), que presentan uno de los niveles de desempeño más elevados y constituyen además la medida con mayor ponderación del área, deberían continuar fortaleciéndose como un recurso estratégico para el empoderamiento y la educación para la salud. Se recomienda ampliar su cobertura y diversidad de programas, reforzar la participación de pacientes expertos y activos y aprovechar su experiencia para mejorar los procesos asistenciales. Asimismo, pueden desempeñar un papel relevante en la generación y difusión de materiales y recursos de autocuidado, el desarrollo de campañas específicas y la creación de redes entre pacientes, profesionales y asociaciones.

La elevada valoración de esta medida constituye también una oportunidad para extender el modelo de paciente activo y experto a otros ámbitos de la organización sanitaria, incorporando de manera más sistemática la experiencia de los pacientes en el diseño, evaluación y mejora de los servicios. De esta forma, las escuelas de pacientes pueden evolucionar desde programas de educación sanitaria hacia auténticos espacios de participación y generación de conocimiento dentro del sistema.

La incorporación de la Medida 53, "Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes)", introduce en esta edición una nueva dimensión que debe consolidarse en los próximos años. Aunque su puntuación de 8,15 evidencia un nivel de desarrollo elevado se recomienda avanzar desde la existencia de iniciativas de colaboración hacia modelos institucionalizados y estables de relación con la comunidad. Para ello, los servicios de salud deberían disponer de planes de interacción con la sociedad que definan estructuras, procesos, tecnologías y responsabilidades concretas para facilitar la participación ciudadana tanto en las cuestiones relacionadas con la salud como en la gobernanza de las organizaciones sanitarias.

En este marco, las asociaciones de pacientes deberían ser reconocidas como agentes de salud comunitarios, estableciendo acuerdos de colaboración estables que permitan aprovechar su conocimiento y experiencia en actividades de promoción de la salud, prevención, educación, apoyo entre iguales y mejora de los servicios. Además del número de acuerdos existentes, sería recomendable avanzar progresivamente hacia la evaluación de su calidad, alcance e impacto, de forma que la participación no se limite a una relación formal, sino que tenga una incidencia efectiva en las decisiones y en la mejora de la atención.

La colaboración entre el sector salud y el sector educativo (Medida 37), que alcanza una puntuación intermedia, debería continuar reforzándose como una de las principales estrategias para mejorar la alfabetización para la salud desde las primeras etapas de la vida. Se recomienda ampliar la colaboración estable entre los servicios de salud y el sistema educativo, desarrollando programas dirigidos tanto al alumnado como al profesorado y priorizando ámbitos como los hábitos de vida saludables, la salud mental, el bienestar emocional, la prevención de conductas de riesgo y el desarrollo de competencias para gestionar información sobre salud.

En este ámbito resulta especialmente relevante seguir potenciando la participación de profesionales de los servicios de salud en los centros educativos. Los programas deberían además incorporar sistemas de evaluación de impacto, avanzando desde la medición de actividades realizadas y personas participantes hacia indicadores que permitan conocer los cambios producidos en conocimientos, competencias, actitudes y comportamientos relacionados con la salud.

En relación con las competencias en comunicación (Medida 50), cuyo nivel de desarrollo presenta todavía margen de mejora, se recomienda continuar impulsando iniciativas de comunicación efectiva entendidas como una capacidad transversal de toda la organización sanitaria. En este sentido, sería recomendable establecer estrategias institucionales que garanticen que las personas puedan obtener, comprender y utilizar adecuadamente la información necesaria para acceder a los servicios en todos los puntos de contacto con el sistema sanitario. Esto incluye tanto la comunicación interpersonal como la señalética, instrucciones, impresos, guías, canales digitales y personal de atención. De manera específica, se recomienda extender el empleo de lenguaje claro y fácil de entender, tanto en la documentación clínica como en la información no clínica dirigida a pacientes y usuarios, incorporando mecanismos que permitan comprobar que la información proporcionada ha sido realmente comprendida.

En relación con la Medida 34, “Portal de la salud accesible”, el nivel de desarrollo alcanzado permite plantear como siguiente objetivo la evolución de estos servicios desde un modelo fundamentalmente informativo hacia otro más interactivo y orientado al empoderamiento. Se recomienda seguir potenciando la incorporación de la población al entorno digital de los sistemas de salud, mejorando la

accesibilidad y facilidad de uso de los portales, y facilitando que las personas puedan consultar de manera sencilla la información relevante sobre su estado de salud y evolución a lo largo del tiempo y del continuo asistencial.

Para incrementar el porcentaje de población dada de alta en los portales de salud se recomienda evolucionar hacia programas sistemáticos de activación digital integrados en los procesos asistenciales. El alta debería poder realizarse de forma sencilla en los principales puntos de contacto con el sistema sanitario, contando cuando sea necesario con profesionales o agentes de acompañamiento digital que faciliten el proceso, especialmente entre las personas con mayores dificultades de acceso o alfabetización digital. En este proceso, las asociaciones de pacientes, las escuelas de pacientes y otros agentes comunitarios pueden desempeñar un papel relevante como facilitadores de la incorporación de la ciudadanía al entorno digital del servicio de salud.

Estos portales deberían incorporar progresivamente recursos personalizados de prevención, promoción y autocuidado, adaptados a las características y necesidades de cada persona y al momento concreto de su proceso de salud. La incorporación de funcionalidades interactivas y de herramientas que faciliten la toma de decisiones puede contribuir a transformar la información disponible en conocimiento útil y, finalmente, en capacidad efectiva para actuar sobre la propia salud.

Esto entronca con uno de los principales ámbitos de mejora identificados en esta edición, que se corresponde con la Medida 36, "Portal de educación y promoción de la salud", que con una puntuación media de 3,42 presenta una diferencia considerable respecto al resto de las medidas. Por ello, se recomienda considerarla como una prioridad específica de desarrollo por las CC. AA. El objetivo no debería limitarse a incrementar el volumen de contenidos disponibles, sino a transformar estos portales en verdaderas herramientas de alfabetización para la salud, prevención y promoción de hábitos saludables.

Para ello, los contenidos deberían ser accesibles, comprensibles, fiables y adaptados a diferentes niveles de alfabetización y capacidades, utilizando formatos digitales diversos y adecuados a los distintos perfiles de población. Resultaría especialmente conveniente incorporar contenidos relacionados con el bienestar emocional, la salud mental, los autocuidados y los determinantes sociales de la salud, así como mecanismos que permitan orientar a las personas hacia recursos y recomendaciones adecuados a sus circunstancias.

Es muy necesario en este sentido reforzar la integración entre los recursos de educación y promoción de la salud y los portales de salud de cada servicio de salud. El objetivo debería ser evolucionar hacia modelos en los que la información y los recursos disponibles puedan personalizarse en función de las características y

necesidades de cada persona y, cuando resulte adecuado, puedan ser recomendados o prescritos por los propios profesionales sanitarios como parte del proceso de atención, idealmente de forma automática. Pero también es fundamental que los profesionales conozcan los recursos existentes y dispongan de mecanismos sencillos para incorporarlos a su práctica habitual.

La creación y actualización de estos contenidos debería realizarse, además, mediante procesos de diseño centrado en las personas, contando tanto con pacientes y ciudadanía como con profesionales sanitarios. Su participación permitiría mejorar la utilidad, accesibilidad y adecuación de los contenidos y facilitaría que estos recursos respondan a necesidades reales y no únicamente a criterios de disponibilidad tecnológica, potenciando a su vez la incorporación al entorno de salud digital de la ciudadanía.

Finalmente, se recomienda que las CC. AA. avancen hacia una mayor integración de todas estas líneas de actuación dentro de una estrategia común de prevención, protección, promoción de la salud y empoderamiento de la ciudadanía. Los resultados muestran que existen elementos con un elevado nivel de madurez como los reflejados en las medidas de humanización, las escuelas de pacientes y la relación con el entorno comunitario, que pueden actuar como palancas para impulsar aquellas dimensiones que presentan un menor desarrollo, especialmente la educación y promoción de la salud en entornos digitales, la perspectiva biopsicosocial y las competencias de comunicación.

El principal reto para los próximos años debería ser, por tanto, conectar estos avances y evitar que funcionen como iniciativas independientes. La integración de los recursos digitales, la experiencia de los pacientes, la colaboración con el sistema educativo, la participación comunitaria, la comunicación efectiva y la humanización puede permitir evolucionar hacia organizaciones sanitarias que no solo atiendan la enfermedad, sino que sean capaces de generar salud, prevenir riesgos, proteger a la población y desarrollar las capacidades de las personas para participar activamente en el cuidado de su propia salud y de su comunidad.

A modo de síntesis, se pueden identificar cuatro recomendaciones estratégicas:

1. Transformar los portales de educación para la salud en herramientas reales de alfabetización y promoción de la salud. Es la principal brecha detectada por la puntuación de la Medida 36 (“Portal de educación y promoción de la salud”; 3,42), y debería constituir una prioridad específica de inversión y desarrollo, integrando los recursos en los portales de salud como herramientas para aumentar la capacidad efectiva de las personas usuarias para relacionarse con el sistema sanitario y gestionar su salud.

2. Consolidar el empoderamiento como responsabilidad compartida entre sistema, pacientes y comunidad. Los buenos resultados de las Medidas 75

("Escuela de pacientes"; 8,15) y 53 ("Organizaciones sanitarias líquidas (interacción con el entorno social y pacientes"; 8,15) ofrecen una base sólida para avanzar en esta dirección.

3. Convertir la humanización en cultura organizativa. El 9,23 obtenido por la Medida 49 ("Plan de humanización") indica un alto nivel de madurez y permite plantear un nuevo objetivo: evaluar impacto, homogeneizar estándares y trasladar la humanización a todos los procesos y niveles de la organización.

4. Integrar prevención, promoción y empoderamiento en la práctica cotidiana. Las puntuaciones intermedias de las Medidas 37 ("Colaboración entre el sector salud y el sector educativo"; 6,51), 38 ("Perspectiva biopsicosocial en atención clínica"; 6,31) y 50 ("Competencias en comunicación"; 6,54) sugieren que todavía existe recorrido para que la alfabetización, la comunicación, la perspectiva biopsicosocial y la colaboración con el ámbito educativo dejen de funcionar como actuaciones específicas y pasen a formar parte de una estrategia integral del modelo asistencial.

3. ANÁLISIS DE INDICADORES COMPLEMENTARIOS DEL ÁREA 1

El análisis del Área 1 se complementa con una selección de indicadores públicos procedentes de la base de datos de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Estos indicadores permiten contextualizar los resultados obtenidos mediante la metodología propia del estudio con información objetiva y homogénea sobre diferentes dimensiones relacionadas con la protección, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Se han seleccionado indicadores representativos de estos tres ámbitos, relacionados tanto con factores de riesgo y hábitos de vida como con actuaciones preventivas, coberturas vacunales y determinadas condiciones de salud de la población. La incorporación de estos datos aporta una perspectiva complementaria que permite aproximarse no solo al grado de desarrollo de determinadas políticas y actuaciones, sino también a algunos de sus resultados y al estado de salud de la población.

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DEL ÁREA 1

INDICADOR	VALOR MEDIO (AÑO)	FUENTE
Alcohol (Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol)	1,33 (2023)	INCLASNS
Alimentación con frutas y verduras (Porcentaje de consumo diario de frutas y/o verduras en adultos)	60,16 (2023)	INCLASNS

Citología vaginal (Porcentaje de mujeres de 25 a 65 años con prueba de citología vaginal en los últimos 3 años)	66,62 (2023)	INCLASNS
Cobertura triple vírica 2ª dosis (Porcentaje de cobertura de vacunación frente a sarampión-rubéola-parotiditis (segunda dosis))	94,42 (2023)	INCLASNS
Incidencia VIH (Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes)	6,65 (2023)	INCLASNS
Mamografía (Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años con mamografía realizada con la frecuencia recomendada)	67,96 (2023)	INCLASNS
Obesidad de adultos (Prevalencia de obesidad en población de 18 y más años, expresada en porcentaje)	15,15 (2023)	INCLASNS
Obesidad infantil (Prevalencia de obesidad en población infantil, expresada en porcentaje)	7,13 (2023)	INCLASNS
Población con acceso al Sistema Nacional de Aguas de Consumo (Porcentaje de población con suministro de Aguas de Consumo)	84,96 (2023)	INCLASNS
Sangre oculta en heces (Porcentaje de personas de 50- 69 años con prueba de sangre oculta en heces realizada cada 2 años)	38,72 (2023)	INCLASNS
Sarampión (Incidencia de sarampión por cada 100.000 habitantes)	0,015 (2023)	INCLASNS
Sedentarismo (Porcentaje de prevalencia de sedentarismo en población adulta)	30,54 (2023)	INCLASNS
Tabaquismo (Porcentaje prevalencia de consumo de tabaco en población adulta)	16,64 (2023)	INCLASNS
Tuberculosis (Incidencia de tuberculosis por cada 100.000 habitantes)	8,2 (2023)	INCLASNS
Vacunación gripe mayores de 65 años (Cobertura de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe, expresada en porcentaje)	66,96 (2023)	INCLASNS

Los indicadores seleccionados muestran una realidad heterogénea, con resultados especialmente favorables en algunas actuaciones preventivas, pero también con

importantes oportunidades de mejora en hábitos de vida y participación en determinados programas de prevención.

Destaca la elevada cobertura de la segunda dosis de triple vírica (94,42%), que refleja un alto nivel de protección poblacional frente a estas enfermedades, aunque la vacunación frente a la gripe en mayores de 65 años presenta una cobertura sensiblemente menor (66,96%). En los programas de detección precoz se observan diferencias importantes: mientras la mamografía alcanza el 67,96% y la citología vaginal el 66,62%, la participación en el cribado de cáncer colorrectal mediante sangre oculta en heces se sitúa únicamente en el 38,72%.

En promoción de la salud, los datos evidencian retos relevantes asociados a los estilos de vida, con un 30,54% de sedentarismo en población adulta, un 15,15% de prevalencia de obesidad en adultos y un 7,13% en población infantil, mientras que el consumo diario de frutas y/o verduras alcanza al 60,16% de los adultos, buen dato, pero mejorable en un país de alta producción agrícola como el nuestro.

En protección de la salud, el tabaquismo continúa afectando al 16,64% de la población adulta y el 1,33% presenta un consumo de alcohol considerado de riesgo. Son cifras que han ido mejorando a lo largo del tiempo; aun así, la lucha contra estos dos hábitos tóxicos debe continuar. Finalmente, los indicadores de enfermedades transmisibles muestran una incidencia muy baja de sarampión (0,015 por 100.000 habitantes), aunque persisten problemas como la tuberculosis (8,2 por 100.000) y los nuevos diagnósticos de VIH (6,65 por 100.000).

En conjunto, los datos refuerzan la necesidad de mantener los elevados niveles de protección alcanzados y concentrar los esfuerzos en aquellos factores de riesgo y actividades preventivas en los que todavía existe un amplio margen para mejorar, especialmente mediante estrategias sostenidas de promoción de estilos de vida saludables y de participación de la población en los programas de cribado y vacunación.

ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

La Atención Primaria y Comunitaria es considerada una de las piezas fundamentales sobre la que pivota la salud de la población y la sostenibilidad del sistema sanitario. Su importancia estratégica se sustenta en los siguientes pilares clave:

- Pilar del estado de bienestar y equidad: Es el nivel básico para lograr el derecho a la protección de la salud de toda la población. Garantiza de manera holística e integrada una atención en equidad, promoviendo conceptos salutogénicos que buscan que las personas aumenten de forma activa sus niveles de salud y prevengan la enfermedad a todos los niveles (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria).
- Eje vertebrador e integrador del Sistema Nacional de Salud (SNS): Funciona como la puerta de entrada principal al sistema sanitario y gestiona de manera continua los flujos de atención de los demás niveles. Una Atención Primaria fuerte y resolutiva responde a las necesidades de los ciudadanos sin necesidad de derivar; sin embargo, por el contrario, si no se desarrolla en todo su potencial, se incrementan de inmediato las demandas de urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias y aumentan las listas de espera en los hospitales. De hecho, la evidencia científica demuestra que la continuidad con el mismo equipo de profesionales (longitudinalidad) reduce la necesidad de acudir a urgencias, las hospitalizaciones e incluso el riesgo de muerte.
- Cronicidad y retos demográficos: El progresivo envejecimiento de la población, el aumento de pacientes crónicos y pluripatológicos complejos, las desigualdades sociales y las situaciones de dependencia obligan de manera urgente a que la Atención Primaria lidere estas exigencias para evitar el colapso de todo el sistema de salud.
- Análisis poblacional y salud comunitaria: Los últimos años han puesto de relieve su papel crucial en la salud comunitaria, el análisis epidemiológico y la toma de decisiones basadas en el diagnóstico de la salud física y de los recursos disponibles en el entorno local. Este enfoque exige consolidar un modelo capaz de abordar no solo la carga de la enfermedad, sino la influencia de los determinantes sociales (como la pobreza o la soledad no deseada) en la salud de los ciudadanos.
- Empoderamiento del ciudadano: Es indispensable dotar a los profesionales de recursos científico-técnicos y formativos para fomentar un modelo de autocuidado y la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones sobre su propia salud, superando el paternalismo clínico tradicional

La confianza de la ciudadanía es el activo más sólido del sistema, según los datos del Barómetro Sanitario 2026:

- Alta penetración del servicio: El 83,9% de la población adulta ha sido atendida en este nivel en el último año.
- Predominio del sector público: La prestación de servicios es mayoritariamente pública, con un 94,7% de usuarios atendidos por el SNS.
- Valoración positiva general: Existe una satisfacción del 84% entre los usuarios, lo que otorga una alta legitimidad social al modelo.
- Índices de confianza profesional: Se observa un notable liderazgo de enfermería (8,16/10) frente a medicina (7,98/10), subrayando el valor del cuidado continuado.

Esta alta valoración social contrasta con los retos de gestión que se detallarán en la evaluación del desempeño, donde la saturación estructural amenaza con erosionar este capital de confianza ciudadana.

TABLA 1. PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 2.

ÁREA 2. ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA	PUNTOS
Medida 3. Mejorar el nivel de resolución (productividad)	1,20
Medida 12. Continuidad asistencial garantizada	1,00
Medida 15. Accesibilidad y eficiencia de los procesos sanitarios. Ambulatorización	1,20
Medida 16. Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos	1,00
Medida 21. Actuaciones en la Comunidad	1,70
Medida 22. Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria	1,40
Medida 26. Captura de información clínica automatizada en Atención Primaria	1,00
Medida 42. Cuidar al cuidador	0,80
Medida 45. Responsables en Atención Primaria para los centros sociales y residencias	0,70

Medida 3. Mejorar el nivel de resolución (productividad): consiste en dotar a los profesionales de Atención Primaria de recursos avanzados, renovación de equipamientos clínicos y la formación necesaria para ampliar su catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Es fundamental para redefinir y optimizar los procesos de asistencia, ofreciendo una respuesta ágil a las necesidades del ciudadano y evitando derivaciones innecesarias a la atención hospitalaria.

Medida 12. Continuidad asistencial garantizada: se refiere a la adecuada coordinación de procesos, información y profesionales entre los niveles de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y servicios sociales que asegure un flujo de cuidados sin interrupciones. Su importancia radica en que evita reagudizaciones, optimiza costes, reduce la estancia hospitalaria y disminuye las derivaciones innecesarias.

Medida 15. Accesibilidad y eficiencia de los procesos sanitarios. Ambulatorización: consiste en trasladar de manera progresiva los procesos asistenciales y el seguimiento de pacientes crónicos desde el entorno hospitalario tradicional hacia el ámbito ambulatorio o domiciliario. Su relevancia es máxima porque representa la mejor opción para los ciudadanos y sus familias, al combinar la eficiencia en el uso de recursos con una mayor comodidad y bienestar en su vida diaria

Medida 16. Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos: trata de clasificar a la población adscrita en Atención Primaria según su nivel de riesgo clínico y necesidades de atención. Su objetivo es prever la demanda asistencial y la morbilidad futura, permitiendo valorar con precisión la carga de trabajo de cada cupo de profesionales para distribuir y gestionar los recursos sanitarios de forma óptima, preventiva y proactiva.

Medida 21. Actuaciones en la Comunidad: son iniciativas proactivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desarrolladas en el entorno local de la población, coordinadas con el enlace a activos de salud y recursos comunitarios en la Historia de Salud Digital. Permite influir en la mejora de los determinantes sociales (sociales, educativos y del entorno local), empoderar de forma activa a la comunidad en su propio autocuidado y superar el modelo reduccionista biologicista tradicional.

Medida 22. Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria: integra la captación de información clínica, control de riesgos y análisis de datos epidemiológicos de manera aprovechando la cercanía e infraestructura de la Atención Primaria. Esta medida permite fundamentar la toma de decisiones de salud pública basadas en diagnósticos poblacionales reales, respondiendo ágilmente a crisis sanitarias mediante recursos dedicados.

Medida 26. Captura de información clínica automatizada: pretende medir la capacidad tecnológica de captar y registrar la información sanitaria de forma directa y digitalizada para su posterior análisis, edición y consulta por los profesionales. Su implantación efectiva evita la transcripción humana manual —altamente propensa a fallos— garantizando una mayor fiabilidad, consistencia e integridad en las bases de datos clínicos.

Medida 42. Cuidar al cuidador: evalúa la implantación de programas de apoyo para dar formación y recursos a los cuidadores de pacientes dependientes o crónicos y define protocolos específicos para detectar a tiempo su claudicación

física o emocional. Esta estrategia resulta fundamental para proteger la salud mental y física de las familias que sostienen el cuidado de las personas con amplias necesidades de cuidados complejos, en una sociedad con altas tasas de envejecimiento poblacional.

Medida 45. Responsables en Atención Primaria para los centros sociales y residencias: examina la designación de profesionales de los equipos locales de salud como interlocutores de referencia, así como la implantación de protocolos de trabajo conjuntos con cada centro residencial o sociosanitario. Esta coordinación estructurada garantiza la continuidad asistencial al facilitar la consulta de la historia clínica digital, mejorando la seguridad y la prescripción farmacológica en pacientes complejos y polimedicados.

2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

2.1. Valoración

La media del Área 2 "Atención Primaria y Comunitaria" llega a puntuaciones notables de 7,19 a nivel nacional. De todas las áreas que integran el índice FES la única que supera en puntuación al Área 2 "Atención Primaria y Comunitaria" es el Área 4 "Alternativas a la hospitalización y atención domiciliaria".

No es de extrañar que estas dos áreas tengan puntuaciones similares pues son, de hecho, dos áreas íntimamente unidas. La familia, la comunidad, el domicilio y otras atenciones fuera de los hospitales están profundamente conectadas.

España es un país con un gran arraigo a la estructura familiar caracterizada por la unión de las comunidades de personas para la consecución de fines comunes, la solidaridad y la empatía. En este contexto cultural y sociológico, el SNS y los distintos servicios de salud de las CC. AA. realizan grandes esfuerzos y estrategias para mantener esas preferencias durante la atención a sus ciudadanos.

Este esfuerzo se realiza en todo el abanico de cartera de servicios ofertados a la población desde las áreas de "Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad" hasta la "Atención Primaria y Comunitaria".

Es reseñable la variabilidad territorial (puntuaciones en un rango de entre 4,50 y 9,05).

GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL Y SITUACIÓN DE LAS CC. AA. ÁREA 2.

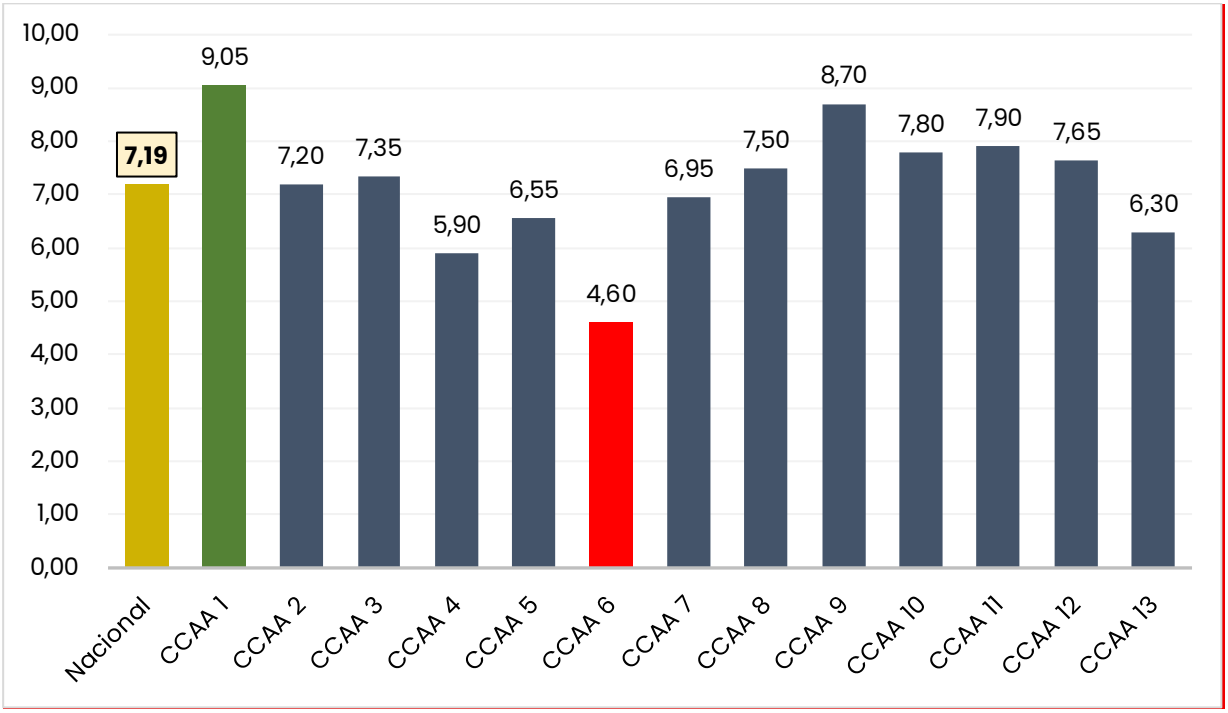
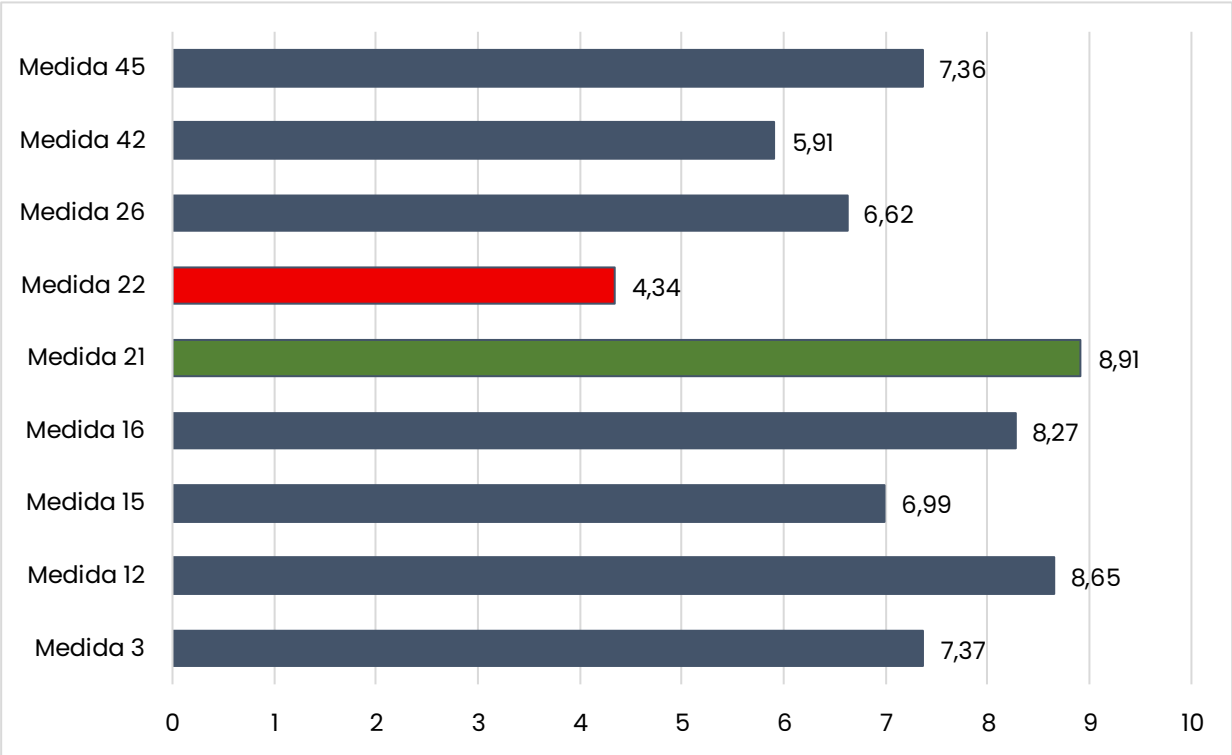


GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL POR MEDIDA DEL ÁREA 2



Las medidas con mayor puntuación y por tanto más sólidamente implantadas son la Medida 21 ("Actuaciones en la Comunidad") con 8,91 puntos, la Medida 12

("Continuidad asistencial garantizada") con 8,65 puntos y la Medida 16 ("Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos") con 8,27 puntos. Estos resultados indican una buena orientación del sistema hacia la atención comunitaria, la continuidad de cuidados y la identificación de pacientes con mayor complejidad. Estos aspectos se han demostrado vitales para la eficiencia y buena gestión de la atención sanitaria, en especial de la Atención Primaria.

En una posición intermedia se sitúan las siguientes medidas: Medida 3 ("Mejorar el nivel de resolución(productividad)") con 7,37 puntos, Medida 45 ("Responsables en Atención Primaria para centros sociales y residencias") con 7,36 puntos y Medida 15 ("Accesibilidad y eficiencia de los procesos sanitarios. Ambulatorización") con 6,99 puntos. Estas medidas presentan un grado de implantación razonable, aunque todavía con margen de mejora para reforzar la capacidad resolutiva y la coordinación con recursos sociosanitarios. Tanto la mejora en la capacidad autónoma y resolutiva, como la accesibilidad y eficiencia de los procesos sanitarios son precisamente aspectos demandados tanto por profesionales como por usuarios, respectivamente.

Las puntuaciones más bajas corresponden a la Medida 26 ("Captura de información clínica automatizada") con 6,62 puntos, la Medida 42 ("Cuidar al cuidador) con 5,91 puntos y, especialmente, la Medida 22 ("Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria") con 4,34 puntos. Estos resultados señalan a estas áreas como campos prioritarios de mejora, especialmente en el aprovechamiento de la información clínica, el apoyo a cuidadores y el fortalecimiento de las funciones de vigilancia epidemiológica desde Atención Primaria. Conviene señalar que el avance en estas medidas trasciende el ámbito estrictamente asistencial, al depender estrechamente de la coordinación con los servicios sociales, la integración con Salud Pública y la transformación digital e infraestructura tecnológica del sistema.

En conjunto, los resultados evidencian que el área presenta un desempeño global positivo, con fortalezas claras en la dimensión comunitaria y en la continuidad asistencial, aunque también con retos relevantes en materia de automatización de la información clínica, vigilancia epidemiológica y el imprescindible apoyo a los cuidadores.

2.2. Recomendaciones

A partir de las evidencias obtenidas en la evaluación de las distintas medidas, se formula un catálogo de recomendaciones orientadas a potenciar la capacidad resolutiva y la calidad asistencial en el primer nivel. Dichas propuestas combinan intervenciones específicas para corregir las áreas con mayor margen de mejora con ejes estratégicos transversales —estratificación de riesgos, continuidad de los cuidados y acción comunitaria— que aseguren la sostenibilidad y equidad del modelo de Atención Primaria. Atendiendo a la escala de puntuaciones, la prioridad

más urgente recae en las dimensiones que han registrado las valoraciones más reducidas del bloque: la Medida 22 ("Vigilancia epidemiológica en Atención Primaria"), la Medida 42 ("Cuidar al cuidador"), la Medida 26 ("Captura de información clínica automatizada") y la Medida 45 ("Responsables para centros sociales y residencias"). Para dar respuesta a estos focos de actuación, se establecen las siguientes actuaciones específicas:

Para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la actuación clave consiste en incorporar activamente los determinantes sociales de la salud en los análisis de situación de las áreas y equipos de Atención Primaria. Factores como la pobreza, la soledad no deseada, la contaminación o los condicionantes estresantes ambientales resultan hoy en día fundamentales para evaluar y predecir las nuevas crisis epidemiológicas que amenazan a la población, tales como los problemas de salud mental, la obesidad, el sedentarismo y la sobrecarga por patologías crónicas desde la infancia. En esta misma línea, se recomienda la implantación de protocolos de actuación estandarizados en los centros de Atención Primaria ante la detección de desviaciones epidemiológicas o incrementos anómalos de incidencia en patologías de acto impacto (infecciones, diabetes mellitus, EPOC, IAM, obesidad, dislipemias).

En segundo lugar, se propone promover la a desburocratización y la optimización de los equipos de Atención Primaria. El marco de competencias impulsado por el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), apoyado institucionalmente por la Agencia Estatal de Administración Digital (AEAD), impulsa la figura del "administrativo en salud" como palanca de desburocratización. La integración de nuevos perfiles (fisioterapeutas, trabajadores sociales) y la digitalización coordinada por la AEAD permitirá liberar de cargas administrativas al personal clínico para reorientar su tiempo hacia la atención directa.

Por otro lado, resulta conveniente integrar la perspectiva social y comunitaria en la toma de decisiones sanitarias. Solo mediante este abordaje transversal será posible articular estrategias de salud pública verdaderamente eficaces, respaldadas en diagnósticos poblacionales reales y adaptadas a los recursos disponibles de cada entorno local.

Asimismo, resulta prioritario articular una estrategia integral de soporte al cuidador que contemple las siguientes líneas de actuación:

Programas de descanso asistencial: desarrollo e implantación de programas específicos de soporte institucional para ofrecer periodos de descanso y alivio a los cuidadores de personas dependientes, con necesidades sociosanitarias o con patologías crónicas.

Protocolos de detección de claudicación: establecimiento de pautas y protocolos clínicos estructurados para identificar a tiempo los síntomas de claudicación física

o emocional del cuidador de la persona con problemas crónicos de salud o dependiente.

Fomento de la formación y el autocuidado: impulso de las Escuelas de Salud para la Ciudadanía y de programas educativos de empoderamiento, como el de "Persona Cuidadora Experta", los cuales fortalecen el autocuidado y facilitan herramientas de apoyo mutuo en la comunidad.

Protección de la salud de las familias: vigilar, proteger y resguardar la salud física y mental de los familiares y entornos cercanos que sostienen el cuidado diario de las personas con problemas de salud más complejos y pluripatológicos.

Prevención de la sobrecarga y el agotamiento: reducir incidencia de trastornos por estrés o claudicación del cuidador principal, garantizando que el paciente dependiente pueda seguir siendo atendido con dignidad en su propio domicilio.

Sostenibilidad frente al envejecimiento: ayudar a contener la demanda de institucionalización formal en una sociedad con altas tasas de envejecimiento y dependencia, facilitando la permanencia segura del enfermo en su hogar y optimizando el uso de recursos sociosanitarios.

Más allá del abordaje de estas prioridades inmediatas, la consolidación a largo plazo de la Atención Primaria requiere desplegar una serie de estrategias transversales de transformación. Estas directrices buscan potenciar de manera coordinada las fortalezas y capacidades estructurales del sistema sobre tres pilares fundamentales:

Estratificación poblacional de pacientes de riesgo y complejos

- Incorporar sistemas automáticos (vinculados a la Historia Clínica Electrónica (HCE) presencial o telemática de los pacientes de riesgo, vinculados a datos clínicos de consulta y reportados por los pacientes recogidos por weareables.
- Integrar tecnologías de analítica avanzada: se recomienda aprovechar el potencial de la Inteligencia Artificial (IA) y del análisis de Big Data para robustecer la estratificación de riesgos y el apoyo clínico en la toma de decisiones, siempre bajo un esquema de gobernanza transparente y ético que complemente la labor del profesional sin sustituir su juicio clínico.
- Optimizar recursos y cargas de trabajo: el modelo de estratificación debe emplearse como una herramienta dinámica que permita prever la demanda asistencial, evaluar con precisión la carga de trabajo real que soporta cada profesional y realizar una distribución justa, eficiente y equitativa de los recursos sanitarios del sistema.

Continuidad asistencial garantizada

- Proteger y priorizar la longitudinalidad: establecer planes y medidas específicas que promuevan la estabilidad de los profesionales en sus puestos.
- Consolidar la interoperabilidad de la información clínica y farmacológica en tiempo real entre la Atención Primaria, la Atención Hospitalaria, los centros sociosanitarios y otras entidades como las farmacias comunitarias, estableciendo estándares obligatorios y una cartera común de servicios digitales que integre la carpeta de salud personal, receta electrónica avanzada, federación de imágenes, mensajería clínica segura y telemonitorización.
- Protagonismo y proactividad de los ciudadanos en sus propias historias clínicas: fomentar la capacidad del ciudadano para comunicarse cuando lo necesite de manera efectiva con sus profesionales de salud, así como incorporar datos y anotaciones en su historia integrada.
- Coordinar el alta de pacientes complejos y la gestión de casos: para evitar bloqueos innecesarios en hospitales, es crucial mejorar el flujo de alta hacia el domicilio o centros de cuidados intermedios, así como la comunicación entre todos los actores implicados. Esto exige sistematizar la atención domiciliaria integrada y potenciar el liderazgo de la atención primaria en la coordinación de recursos.

Actuaciones en la comunidad

- Enlazar activos de salud en la historia clínica digital: implementar soluciones tecnológicas que conecten la HCE con herramientas interactivas de recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios locales, facilitando el enlace operativo con la plataforma ministerial "Localiza Salud".
- Sistematizar el abordaje comunitario en la actividad habitual: crear itinerarios de capacitación enfocados en el abordaje biopsicosocial, la educación grupal para la salud y el ciclo de acción comunitaria a fin de detectar y abordar los condicionantes sociales en el propio territorio de salud, solventando las debilidades y potenciando sus fortalezas.
- Promover alianzas multisectoriales e integración activa: desarrollar estrategias de colaboración estables y proactivas entre Atención Primaria, salud pública, el entorno municipal, el sector social y el educativo. Para evitar el aislamiento y la presencia de grupos poblacionales cerrados o aislados, se deben estructurar programas de integración activa en la comunidad a través de actividades intergeneracionales comunes (físicas, culturales o formativas), como visitas de escolares a centros residenciales, y programas de voluntariado coordinados desde la propia comunidad.

3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL ÁREA 2

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DEL ÁREA 2

INDICADOR	VALOR MEDIO (AÑO)	FUENTE
Cita AP 24-48h (accesibilidad a atención primaria en 24-48 horas desde la solicitud de la cita en porcentaje de citas atendidas)	21,43 (2023)	INCLASNS
Control DM (HbA1c) (pacientes con diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada <7,5% en porcentaje de pacientes)	75,2 (2023)	INCLASNS
Control PAS <140mmHg y PAD < 90mmHg (control de PAS y PAD en pacientes con registro de hipertensión arterial en porcentaje de pacientes)	68,38 (2023)	INCLASNS
Enfermería de atención primaria por habitante (tasa de personal de enfermería en atención primaria por 1.000 personas asignadas)	0,76 (2024)	INCLASNS
Frecuentación enfermería atención primaria (consultas enfermería de atención primaria por persona asignada/año)	3,07 (2024)	INCLASNS
Frecuentación medicina atención primaria (consultas en medicina de atención primaria por persona asignada/año)	5,07 (2024)	INCLASNS
Frecuentación urgencias Atención Primaria (tasa atenciones en urgencias de atención primaria por 1000 habitantes/año)	745,48 (2024)	INCLASNS
Gasto sanitario en Atención Primaria (porcentaje del gasto sanitario en atención primaria)	14,14 (2022)	INCLASNS
Médicos de atención primaria por habitante (tasa de personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas)	0,79 (2024)	INCLASNS
Polimedicados en ≥75 años (porcentaje de pacientes polimedicados en personas de 75 y más años)	29,01 (2023)	INCLASNS
Valoración positiva de la coordinación entre los distintos profesionales del sistema sanitario público	46,57 (2024)	INCLASNS

Los indicadores seleccionados permiten valorar la accesibilidad, capacidad asistencial, calidad clínica, presión de demanda, recursos profesionales y financiación de la Atención Primaria. En conjunto, estos parámetros ofrecen una visión complementaria y práctica del funcionamiento real de la Atención Primaria que trasciende a más allá de las puntuaciones del cuestionario. La fotografía global revela una Atención Primaria con resultados clínicos razonables, pero tensionada en accesibilidad y capacidad resolutiva.

Este mapa de indicadores dibuja un escenario aparentemente paradójico:

- Resultados aceptables en enfermedades crónicas.
- Elevada utilización de consultas.
- Accesibilidad para la atención rápida; Recursos profesionales limitados.
- Peso presupuestario todavía insuficiente.
- Elevada frecuentación de las urgencias de Atención Primaria.
- Percepción deficiente en la coordinación entre niveles asistenciales.

Esta correlación sugiere que la Atención Primaria española continúa siendo capaz de producir resultados clínicos razonablemente buenos gracias a su cobertura universal, la longitudinalidad de la atención y la alta competencia de sus profesionales; sin embargo, lo hace mediante un modelo sometido a una creciente presión asistencial. El riesgo reside en que el sistema sostenga una efectividad a expensas de intensificar la carga de trabajo de sus profesionales comprometiendo progresivamente su sostenibilidad futura.

El análisis cruzado de estas variables evidencias dinámicas claras de causa y efecto entre la pérdida de accesibilidad y la sobrecarga del sistema.

En este contexto, la accesibilidad en 24-48 horas es probablemente uno de los indicadores más preocupantes con un valor medio del 21,43%, implica que apenas uno de cada cinco ciudadanos obtiene una cita en ese margen temporal tras solicitarla. Esta barrera de acceso desencadena un efecto directo sobre la frecuentación urgente: 745,48 urgencias en Atención Primaria por cada 1.000 habitantes al año evidencian cómo la demora en la atención ordinaria provoca una transferencia artificial de la hacia los dispositivos de atención urgente, con el consiguiente incremento de costes, fragmentación asistencial y pérdida de continuidad en los cuidados

Por su parte, la frecuentación médica se mantiene en niveles elevados con una media de 5,07 consultas por habitante/año, un dato que debe interpretarse con prudencia. Esta elevada cifra no refleja necesariamente una mayor cobertura, sino la convergencia de múltiples dinámicas sociosanitarias: envejecimiento poblacional; alta prevalencia de cronicidad; multimorbilidad; baja capacidad de autocuidado; modelo excesivamente medicalizado. A ello se suman condicionantes del propio funcionamiento del sistema, como la burocratización de la consulta; la limitada capacidad resolutiva de otros profesionales; o la necesidad de programar citas reiteradas debido a la falta de tiempo o fallos en la continuidad de la atención.

Esta combinación genera una clara disfunción organizativa: mientras los profesionales asumen una gran cantidad de consultas, la población experimenta dificultades para acceder. Esto apunta hacia un problema estructural de capacidad

instalada; organización de agendas; distribución de la demanda; exceso de consultas de bajo valor; burocracia; e insuficiente diversificación profesional de la respuesta.

En el ámbito de los recursos profesionales, la ratio de 0,76 enfermeras por cada 1.000 habitantes con una frecuentación de 3,07 consultas por persona/año refleja una dotación claramente insuficiente para las necesidades asistenciales actuales en un contexto de una población más envejecida y con un progresivo incremento de la carga de cronicidad. Sin embargo, el aspecto más relevante surge al contrastar estos datos con la actividad médica. A pesar de existir prácticamente el mismo número de profesionales médicos y enfermeros, la utilización de los servicios de enfermería es sustancialmente menor. Esta disonancia evidencia que la Atención Primaria podría estar infrautilizando el potencial competencial de la Enfermería, orientando en exceso la demanda hacia la consulta médica. Para revertir esta ineficiencia y avanzar hacia un modelo asistencial verdaderamente colaborativo y resolutivo, se recomienda potenciar y consolidar el rol de Enfermería en áreas de alto valor añadido: seguimiento de crónicos; educación sanitaria; prevención; autocuidado; pacientes pluripatológicos; conciliación terapéutica; heridas; seguimiento domiciliario; gestión de casos; atención a la fragilidad.

Ante esta evidencia, se hace imprescindible rediseñar el modelo multiprofesional de Atención Primaria, incrementando las ratios de enfermería y ampliando su autonomía y capacidad resolutiva.

La frecuentación de las urgencias en Atención Primaria alcanza los 745,48 accesos anuales cada 1000 habitantes, un volumen de actividad muy elevado que puede interpretarse desde dos perspectivas:

- Dimensión positiva (capacidad de resolución y contención extrahospitalaria): demuestra que existe una red de atención urgente extrahospitalaria capaz de resolver problemas sin derivarlos al hospital.
- Dimensión sintomática: indica que parte de la población utiliza las urgencias como vía de entrada alternativa ante la imposibilidad de acceder de forma rápida a la consulta ordinaria de Atención Primaria. Esta situación genera una transferencia artificial de demanda, derivando en un uso ineficiente de los recursos asistenciales, un incremento del gasto y una pérdida progresiva en la continuidad de los cuidados. Por otro lado, los indicadores de calidad, como el control de diabetes (con un 75,2% de pacientes con HbA1c <7,5%), reflejan un resultado razonablemente positivo dentro del mapa global.

El hecho de que tres de cada cuatro pacientes diabéticos mantengan un control glucémico considerado adecuado demuestra una de las fortalezas históricas de la Atención Primaria española: capacidad de garantizar el seguimiento longitudinal continuo de enfermedades crónicas.

En la misma línea de calidad clínica, el control de hipertensión arterial se sitúa en un 68,38%, lo que implica que aproximadamente dos tercios de los pacientes hipertensos presentan cifras inferiores a 140/90. Estos datos confirman que el sistema mantiene resultados clínicos relativamente buenos en el abordaje de los procesos crónicos. Esto, probablemente, es consecuencia de la longitudinalidad, el conocimiento acumulado del paciente la cobertura universal; la continuidad histórica y la elevada competencia profesional.

El indicador de polimedicación en mayores de 75 años alcanza el 29,01%, lo que implica que casi tres de cada diez personas mayores de 75 años están polimedicadas. Este parámetro presenta una lectura compleja: si bien no toda polimedicación es inapropiada. una prevalencia cercana al 30% identifica una cohorte poblacional especialmente vulnerable, con riesgos de interacciones farmacológicas; reacciones adversas; caídas; ingresos hospitalarios; problemas de adherencia; duplicidades; cascadas de prescripción. Asimismo, repercute significativamente en la eficiencia, del sistema al disparar el gasto en farmacia. Una Atención Primaria saturada y con baja accesibilidad tendrá menos capacidad para realizar revisiones complejas de medicación, aunque éstas sean actividades de alto valor y alto retorno en salud.

El gasto sanitario destinado a Atención Primaria se sitúa en 14,14% constituyendo, junto con los indicadores de accesibilidad, la principal variable estructural de análisis. Que el primer nivel asistencial reciba apenas una séptima parte del presupuesto sanitario público plantea una cuestión fundamental: ¿Es esta proporción coherente con el papel que se exige a la Atención Primaria, a la que se le encomienda como puerta de entrada al sistema de salud; centro operativo de prevención y promoción de la salud; eje vertebrador de seguimiento de la cronicidad; la multimorbilidad; la atención a domicilio; y liderazgo de la salud comunitaria; coordinación entre niveles; y seguimiento longitudinal de cuidado?

La infrafinanciación relativa se traduce en manifestaciones operativas concretas que comprometen la calidad del servicio:

- Déficit de profesionales.
- Agendas saturadas.
- Menor tiempo por paciente.
- Dificultad para innovar.
- Escaso desarrollo comunitario.
- Falta de profesionales no médicos.
- Déficit tecnológico.

En consecuencia, resulta imprescindible incrementar la inversión presupuestaria en Atención Primaria, articulando dicho aumento a través de una asignación estratégica orientada a la consecuencia de resultados, la mejora de la capacidad resolutiva, la garantía de accesibilidad y transformación organizativa del modelo.

El indicador referente a la coordinación entre profesionales alcanza un valor positivo del 46,57% lo que revela que menos de la mitad de las valoraciones consideran satisfactoria la coordinación entre profesionales del sistema sanitario público. Este resultado apunta a uno de los problemas clásicos de fragmentación del SNS. La Atención Primaria puede funcionar razonablemente bien dentro de su propio ámbito, pero el paciente circula por múltiples dispositivos de la red pública, entre ellos: hospital; urgencias hospitalarias; consultas externas de atención especializada; red de salud mental; servicios sociales; atención sociosanitaria, etc. Cuando la coordinación entre estos ámbitos resulta insuficiente aparecen ineficiencias de gran impacto: duplicidades; repetición inútil de pruebas diagnósticas; contradicciones terapéuticas; polimedicación; pérdida de información clínica; reingresos hospitalarios; mala experiencia del paciente.

Síntesis diagnóstica: La cadena causal de la tensión asistencial

El análisis integrado de los indicadores pone de manifiesto que los problemas observados en el primer nivel asistencial no responden a fallos aislados, sino a una cadena de causalidad sistémica donde la infrafinanciación inicial desencadena un efecto dominó sobre el conjunto del modelo asistencial:

1. *Financiación insuficiente*
2. *Recursos profesionales limitados*
3. *Capacidad asistencial insuficiente*
4. *Baja accesibilidad*
5. *Desplazamiento hacia urgencias*
6. *Fragmentación y pérdida de continuidad*
7. *Múltiples prescriptores*
8. *Mayor riesgo de polimedicación*
9. *Eventos adversos y utilización hospitalaria*

Como resultado de esta dinámica, la Atención Primaria española muestra hoy un escenario caracterizado por un equilibrio inestable:

- Situación actual: Se mantienen resultados clínicos razonablemente aceptables.

- Escenario de riesgo: Esta capacidad de contención se encuentra cercana al límite. De no intervenir sobre las causas origen de la cadena, el sistema se expone a un deterioro progresivo manifestado en:
    - Deterioro progresivo en el control y seguimiento de las patologías crónicas.
    - Incremento en la tasa de hospitalizaciones evitables y reingresos.
    - Presión y masificación creciente sobre las urgencias del sistema.
    - Agotamiento estructural y desgaste profesional (*burnout*) de los equipos de salud.

Resumen y conclusiones del diagnóstico

En conclusión, la Atención Primaria en España mantiene todavía una capacidad significativa para garantizar buenos resultados en el control de enfermedades crónicas; sin embargo, presenta signos crecientes de tensión estructural.

La baja accesibilidad, la elevada frecuentación, la limitada dotación profesional, la insuficiente participación presupuestaria y la deficiente coordinación entre niveles amenazan la sostenibilidad del modelo.

El desafío ya no parece ser únicamente la carga ni la cantidad de trabajo que asume la Atención Primaria, sino su capacidad efectiva para responder de manera accesible, resolutiva, coordinada y sostenible a las necesidades de una población progresivamente más envejecida y compleja.

La lectura cruzada entre el mapa de indicadores y la valoración de las medidas sugieren que la pérdida de capacidad de la Atención Primaria no se manifiesta de forma inmediata a través de un empeoramiento de los resultados clínicos clásicos, sino una degradación progresiva de sus indicadores intermedios y de proceso — accesibilidad, experiencia, cuidadores, coordinación y utilización de urgencias. Esta disociación constituye una alerta estratégica de primer orden: la alteración sistemática de estos parámetros intermedios anticipa un deterioro posterior e inevitable de los resultados de salud de la población.

ÁREA 3. ATENCIÓN SANITARIA Y GESTIÓN ASISTENCIAL

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

El Área 3 analiza cómo los servicios de salud pretenden optimizar la asistencia sanitaria mediante diferentes enfoques complementarios, orientados a mejorar la calidad, la efectividad, la eficiencia, la seguridad y la capacidad de respuesta del sistema. No se limita a valorar la actividad desarrollada, sino que examina en qué medida las organizaciones sanitarias incorporan criterios de adecuación clínica, resultados en salud, coordinación, trabajo en red, gestión segura de los tratamientos y participación de los pacientes en la toma de decisiones.

Desde esta perspectiva, el área permite valorar la capacidad del sistema sanitario para avanzar desde modelos centrados principalmente en la producción de actividad hacia una asistencia más resolutiva, homogénea, basada en la evidencia y orientada al valor. El objetivo último es que las decisiones organizativas y clínicas se apoyen en los resultados obtenidos, en las necesidades reales de la población y en el uso adecuado de los recursos, reduciendo actuaciones innecesarias y diferencias injustificadas en la práctica asistencial.

En conjunto, se trata de un ámbito transversal de especial relevancia para la gestión sanitaria, ya que ofrece una visión global sobre cómo los servicios de salud organizan y mejoran sus procesos asistenciales para proporcionar una atención más efectiva, coordinada, segura y centrada en las personas. En el Informe FES 2024, este mismo ámbito se correspondía con el Área 1, "Medidas asistenciales generales"; en la edición actual pasa a integrarse como Área 3, circunstancia que debe tenerse en cuenta al realizar comparaciones entre ambos informes.

TABLA 1. PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 3

ÁREA 3. ATENCIÓN SANITARIA Y GESTIÓN ASISTENCIAL	PESO
Medida 1. Estrategias «no hacer»; evitar hacer lo innecesario	1,30
Medida 2. Buenas prácticas del Servicio de Salud y asistenciales	1,30
Medida 3. Recuperar el nivel de resolución (productividad)	1,20
Medida 4. Atención basada en valor: resultados como base de toma de decisiones	1,50
Medida 5. Acciones para disminuir la variabilidad de la práctica clínica	1,40
Medida 6. Conciliación farmacéutica	1,30
Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red	1,00
Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes	1,00

A continuación, se detalla la importancia de cada medida y el valor que aporta su evaluación al informe.

Medida 1. Estrategias «No hacer»; evitar hacer lo innecesario: evalúa la implantación de recomendaciones dirigidas a evitar pruebas, tratamientos o intervenciones de bajo valor clínico, promoviendo una atención más segura, adecuada y eficiente.

Medida 2. Buenas prácticas del Servicio de Salud y asistenciales: analiza la capacidad del Servicio de Salud para identificar, difundir e incorporar buenas prácticas clínicas y organizativas, favoreciendo la homogeneización de los procesos, la mejora de la calidad asistencial y el aprendizaje entre centros.

Medida 3. Mejorar el nivel de resolución (productividad): evalúa la capacidad del servicio de salud para incrementar la actividad y la capacidad resolutiva mediante una utilización más eficiente de los recursos, el análisis de la productividad y la comparación de resultados entre centros.

Medida 4. Atención basada en valor: resultados como base de toma de decisiones: valora la incorporación de los resultados en salud y de los resultados reportados por los pacientes en la toma de decisiones clínicas y organizativas, orientando la gestión hacia el valor generado.

Medida 5. Acciones para disminuir la variabilidad de la práctica clínica: evalúa la utilización de guías de práctica clínica, vías asistenciales y herramientas de apoyo a la decisión para favorecer una atención homogénea, basada en la evidencia y de mayor calidad.

Medida 6. Conciliación farmacéutica: analiza la implantación de actuaciones dirigidas a mejorar la seguridad farmacoterapéutica durante las transiciones asistenciales, mediante herramientas de apoyo a la prescripción y la revisión de tratamientos.

Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red: evalúa el desarrollo de servicios de referencia y modelos de trabajo en red entre centros para garantizar una atención especializada accesible, coordinada y equitativa.

Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes: valora la integración de la toma de decisiones compartida en la práctica asistencial y la participación de los pacientes en la planificación de la atención, incorporando sus preferencias junto con la evidencia científica.

2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

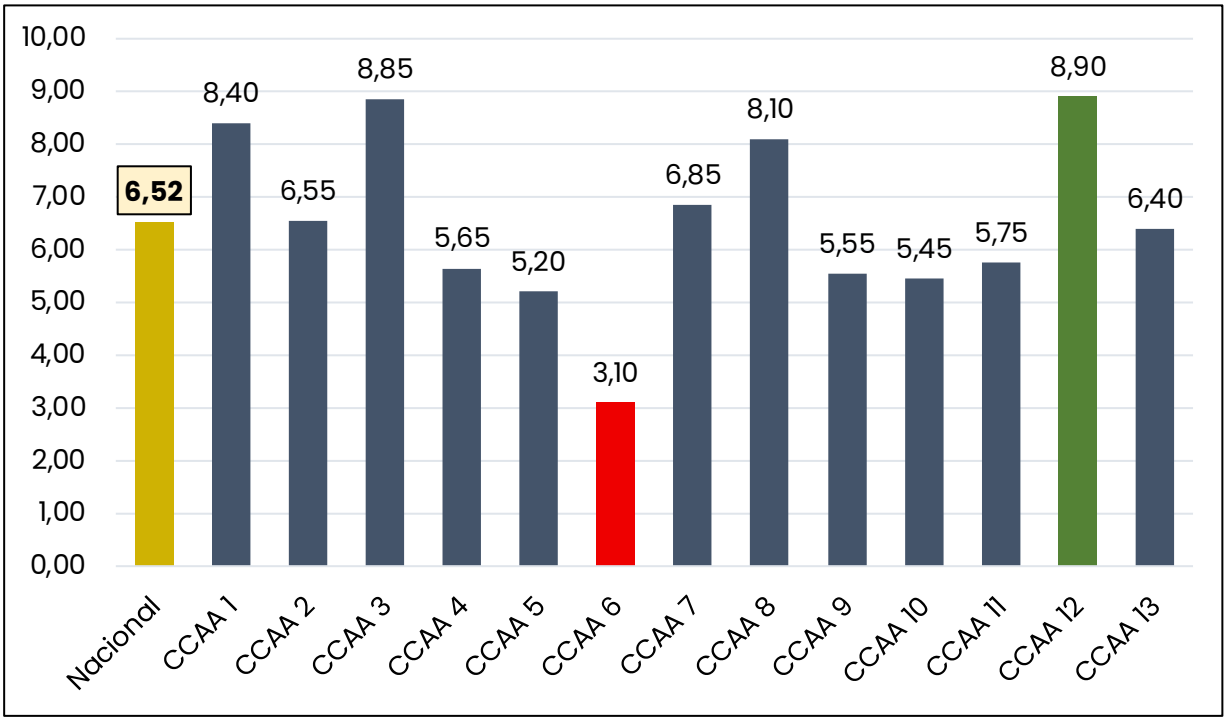
2.1. Valoración

La evaluación del Área 3 "Atención sanitaria y gestión asistencial" muestra un nivel de desarrollo global favorable, con una puntuación media nacional de 6,52 puntos

sobre 10, (siendo la sexta área en puntuación), aunque persisten diferencias relevantes entre comunidades autónomas (CC. AA.) y entre las distintas medidas evaluadas. Los resultados indican que los servicios de salud han consolidado una parte importante de las actuaciones dirigidas a mejorar la calidad y la organización asistencial, si bien su implantación continúa siendo desigual.

Las iniciativas relacionadas con la organización de los servicios, la seguridad del paciente y la coordinación asistencial presentan un mayor grado de desarrollo que aquellas orientadas a incorporar la atención basada en valor, reducir las prácticas de bajo valor o reforzar la participación de los pacientes. Esta situación sugiere que las transformaciones organizativas avanzan con mayor rapidez que los cambios en la práctica clínica.

GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL Y SITUACIÓN DE LAS CC. AA. ÁREA 3

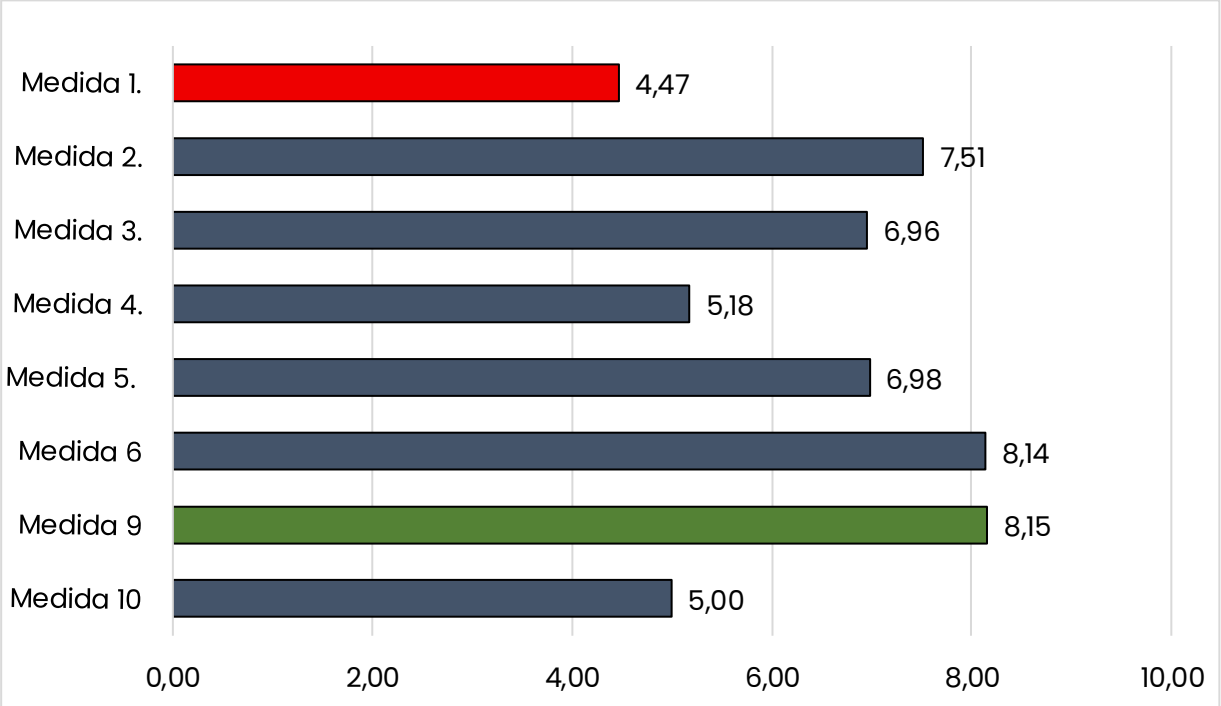


La distribución de las puntuaciones pone de manifiesto una variabilidad territorial significativa en el desarrollo de las medidas evaluadas, con valores que oscilan entre 3,10 y 8,90 puntos. Aunque la mayoría de las CC. AA. obtienen resultados satisfactorios, las diferencias observadas reflejan distintos grados de madurez organizativa y señalan un amplio margen para la transferencia de buenas prácticas entre servicios de salud. En cualquier caso, su interpretación debe tener en cuenta que el Índice FES recoge el grado de implantación declarado por los propios servicios de salud y no evalúa directamente los resultados asistenciales derivados.

La puntuación media nacional aumenta ligeramente respecto a la edición anterior, al pasar de 6,36 a 6,52 puntos sobre 10.

Las comunidades con mejores resultados pueden servir de referencia para identificar experiencias organizativas susceptibles de ser compartidas y adaptadas por otros servicios de salud. Este intercambio favorecería el aprendizaje colaborativo y contribuiría a reducir la variabilidad territorial en el desarrollo del área.

GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL POR MEDIDA DEL ÁREA 3



El análisis por medidas confirma un desarrollo desigual de Área 3 "Atención sanitaria y gestión asistencial". Las puntuaciones más elevadas corresponden a Medida 9 ("Servicios de referencia y funcionamiento en red"; 8,15) y Medida 6 ("Conciliación farmacéutica"; 8,14), lo que refleja la consolidación de modelos de coordinación asistencial y de actuaciones dirigidas a mejorar la seguridad farmacoterapéutica. En ambos casos, la prioridad debe centrarse en evaluar su impacto, garantizar la equidad territorial y extender las experiencias con mejores resultados.

También destaca la evolución de Medida 2 ("Buenas prácticas del Servicio de Salud y asistenciales"; 7,51), que registra el mayor incremento respecto a la edición anterior. Este resultado refleja un mayor apoyo institucional a la identificación y difusión de experiencias de mejora, aunque continúa siendo necesario evaluar su implantación efectiva y su impacto sobre la calidad asistencial.

En una posición intermedia se sitúan Medida 5 ("Acciones para disminuir la variabilidad de la práctica clínica"; 6,98) y Medida 3 ("Mejorar el nivel de resolución (productividad)"; 6,96). La estabilidad de ambas medidas sugiere la existencia de una base organizativa consolidada, pero también la necesidad de reforzar la

evaluación comparativa y la utilización sistemática de los resultados para impulsar la mejora continua.

Las principales oportunidades de desarrollo se concentran en Medida 4 ("Atención basada en valor: resultados como base de toma de decisiones"; 5,18), Medida 10 ("Decisiones compartidas con los pacientes"; 5,00) y Medida 1 ("Estrategias «No hacer»; evitar hacer lo innecesario"; 4,47). Estas medidas requieren cambios organizativos y culturales que favorezcan la incorporación de los resultados en salud, la participación efectiva de los pacientes y la reducción de las intervenciones de bajo valor como elementos habituales de la gestión clínica.

En conjunto, los resultados muestran una evolución favorable de Área 3 "Atención sanitaria y gestión asistencial", aunque con un desarrollo desigual entre sus distintas dimensiones. Mientras las actuaciones relacionadas con la coordinación asistencial, la seguridad farmacoterapéutica y las buenas prácticas presentan un elevado grado de consolidación, la atención basada en valor, la adecuación clínica y la participación del paciente continúan representando los principales retos para avanzar hacia un modelo asistencial más homogéneo y orientado a resultados.

2.2. Recomendaciones

Las recomendaciones formuladas para Área 3 "Atención sanitaria y gestión asistencial" se fundamentan en el grado de desarrollo observado en cada una de las medidas evaluadas. En aquellas con una implantación más consolidada, la prioridad debe centrarse en garantizar su sostenibilidad, evaluar su impacto y favorecer la transferencia de experiencias entre servicios de salud. Por el contrario, las medidas con menor desarrollo requieren actuaciones orientadas a acelerar su integración en la gestión ordinaria, reforzar el liderazgo institucional y consolidar mecanismos de seguimiento que permitan evaluar su implantación efectiva.

Recomendaciones para las medidas con mayor grado de desarrollo

Las puntuaciones obtenidas por Medida 2 ("Buenas prácticas del Servicio de Salud y asistenciales"), Medida 6 ("Conciliación farmacéutica") y Medida 9 ("Servicios de referencia y funcionamiento en red") indican que estas líneas de actuación presentan un elevado nivel de consolidación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). En consecuencia, el objetivo estratégico ya no debe centrarse en ampliar su implantación, sino en demostrar su impacto sobre la calidad asistencial, la seguridad del paciente y los resultados en salud. Con este propósito, se formulan a continuación recomendaciones específicas para cada medida, dirigidas a afianzar su integración en la gestión, medir su impacto y promover el intercambio de experiencias entre servicios de salud.

- Medida 2. Buenas prácticas del Servicio de Salud y asistenciales. Se recomienda consolidar la incorporación de las buenas prácticas en los planes estratégicos y

en los acuerdos de gestión, evolucionando desde su identificación y difusión hacia la evaluación sistemática de su aplicación efectiva y de los resultados obtenidos. Asimismo, resulta conveniente impulsar mecanismos de transferencia de conocimiento entre CC. AA. mediante redes de aprendizaje que permitan compartir tanto las experiencias exitosas como los factores que han facilitado su implantación y las barreras identificadas.

- Medida 6. Conciliación farmacéutica. La prioridad debe orientarse a reforzar la integración de las herramientas de apoyo a la prescripción y a evaluar de forma sistemática su contribución a la seguridad farmacoterapéutica. Resulta recomendable ampliar el papel de los profesionales de farmacia en los procesos de conciliación, especialmente durante las transiciones asistenciales y en pacientes con polimedicación o elevada complejidad clínica. La evaluación mediante indicadores de discrepancias terapéuticas, eventos adversos y aceptación de las recomendaciones permitirá conocer el impacto real de estas actuaciones y orientar su mejora continua.
- Medida 9. Servicios de referencia y funcionamiento en red. Se recomienda consolidar los modelos organizativos basados en redes asistenciales, garantizando un acceso equitativo a los servicios de referencia con independencia del lugar de residencia del paciente. Además de mantener las estructuras existentes, resulta necesario evaluar de forma periódica la accesibilidad, la continuidad asistencial, los tiempos de respuesta y los resultados obtenidos, incorporando la perspectiva de pacientes y asociaciones en los procesos de evaluación y mejora.

Recomendación transversal: las CC. AA. con mejores resultados deberían actuar como referentes para la difusión de modelos organizativos contrastados, favoreciendo la cooperación entre servicios de salud y la transferencia de prácticas que hayan demostrado ser efectivas. En esta fase de desarrollo, la prioridad consiste en consolidar la calidad, la equidad y la sostenibilidad de las medidas implantadas, más que en ampliar su número.

Recomendaciones para las medidas con oportunidades prioritarias de mejora

Los resultados obtenidos por Medida 1 ("Estrategias «No hacer»; evitar hacer lo innecesario"), Medida 4 ("Atención basada en valor: resultados como base de toma de decisiones") y Medida 10 ("Decisiones compartidas con los pacientes") ponen de manifiesto que estos ámbitos continúan presentando un menor grado de desarrollo y requieren un impulso institucional específico para facilitar su incorporación a la práctica asistencial habitual. Para avanzar en esta dirección, se formulan, para cada medida, una serie de recomendaciones específicas:

- Medida 1. Estrategias «No hacer»; evitar hacer lo innecesario. Se recomienda evolucionar desde la difusión de recomendaciones hacia programas

institucionales plenamente integrados en la gestión clínica. Para ello, resulta necesario incorporar estas estrategias a los planes estratégicos y acuerdos de gestión, definir indicadores que permitan monitorizar su aplicación y utilizar los sistemas de información para identificar prácticas de bajo valor y facilitar información periódica a los profesionales. Asimismo, conviene mantener programas de formación y sensibilización dirigidos tanto a profesionales como a pacientes, favoreciendo una utilización más adecuada de pruebas diagnósticas y tratamientos.

- Medida 4. Atención basada en valor: resultados como base de toma de decisiones. Se recomienda avanzar en la incorporación progresiva de indicadores de resultados clínicos, resultados reportados por los pacientes (Patient-Reported Outcome Measures; PROMs) y medidas de experiencia (Patient-Reported Experience Measures; PREMs) a los cuadros de mando y sistemas de evaluación institucional. Su utilización debería comenzar en procesos asistenciales de mayor impacto y extenderse posteriormente a otros ámbitos, integrando esta información en la planificación, los acuerdos de gestión y la mejora continua de los procesos asistenciales. El objetivo no debe limitarse a disponer de nuevos indicadores, sino utilizar los resultados obtenidos como base para la toma de decisiones clínicas y organizativas.
- Medida 10. Decisiones compartidas con los pacientes. Resulta recomendable incorporar objetivos específicos relacionados con la toma de decisiones compartida en programas, protocolos, guías clínicas y acuerdos de gestión, priorizando aquellos procesos en los que existan diferentes alternativas terapéuticas razonables. Asimismo, deberían desarrollarse herramientas de ayuda a la decisión, reforzarse la formación de los profesionales en comunicación clínica y facilitar el registro de las preferencias de los pacientes en la historia clínica electrónica. La participación de pacientes y asociaciones en el diseño y evaluación de estas herramientas constituye un elemento esencial para consolidar este modelo asistencial.

Recomendación transversal: las tres medidas comparten la necesidad de impulsar cambios organizativos y culturales que trascienden la mera incorporación de nuevas herramientas tecnológicas. En consecuencia, las CC. AA. deberían establecer objetivos específicos, responsables claramente identificados, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación periódica que permitan valorar el grado de implantación de estas estrategias y su contribución a la mejora de la calidad asistencial. La cooperación entre servicios de salud y el intercambio sistemático de experiencias constituyen, asimismo, instrumentos relevantes para reducir la variabilidad territorial y acelerar la implantación de las medidas con menor grado de desarrollo.

3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL ÁREA

Con el objetivo de complementar la información obtenida mediante el cuestionario del Índice FES, se incorporan una serie de indicadores públicos relacionados con Área 3 "Atención sanitaria y gestión asistencial", seleccionados por su capacidad para aportar una visión objetiva del desempeño del SNS.

Estos indicadores no forman parte de la puntuación del Índice, pero permiten contextualizar los resultados obtenidos y analizar si el grado de implantación de determinadas políticas y modelos organizativos se acompaña de diferencias observables en la actividad y los resultados asistenciales.

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DE ÁREA 3.

INDICADOR	VALOR MEDIO (AÑO)	RANGO ENTRE CC. AA	DISPERSIÓN RELATIVA
Personal médico en atención especializada por 1.000 habitantes	2,15 (2023)	1,64–2,76	Baja (CV: 11,1 %)
Porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos del SNS	8,28 (2023)	6,46–9,51	Baja (CV: 10,9 %)
Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada	3,41 (2023)	2,53–4,00	Baja (CV: 11,5 %)
Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias	4,95 (2023)	3,39–6,31	Moderada (CV: 15,2 %)
Frecuentación de urgencias hospitalarias por 1.000 habitantes	689,20 (2023)	467,90–831,26	Moderada (CV: 15,5 %)
Pacientes en espera para una primera consulta en Atención Especializada por 1.000 habitantes	83,21 (2024)	25,94–121,37	Alta (CV: 32,1 %)
Espera para consulta de Atención Especializada superior a dos meses (%)	62,30 (2024)	21,90–90,50	Alta (CV: 27,4 %)
Pacientes en espera para una intervención quirúrgica no urgente por 1.000 habitantes	17,80 (2024)	10,16–29,37	Alta (CV: 31,3 %)

Pacientes con más de seis meses de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes (%)	22,90 (2024)	0,30–33,40	Muy alta (CV: 62,2 %)
Estancia media en hospitales de agudos del SNS (días)	6,51 (2024)	4,33–10,53	Moderada (CV: 18,7 %)

Fuente de Datos INCLASNS. Clasificación mediante el coeficiente de variación: baja, inferior al 15 %; moderada, entre el 15 % y el 25 %; alta, entre el 25 % y el 50 %; y muy alta, igual o superior al 50 %.

El análisis de los indicadores pone de manifiesto que las principales diferencias territoriales se concentran en la accesibilidad a la atención especializada y en los tiempos de respuesta, mientras que los indicadores relacionados con la dotación de profesionales y los reingresos hospitalarios presentan una variabilidad considerablemente menor. Esta distribución sugiere que las mayores desigualdades entre CC. AA. no se localizan tanto en la disponibilidad estructural de recursos como en la capacidad de organización y gestión de los procesos asistenciales.

La elevada dispersión observada en los indicadores de listas de espera, especialmente en el porcentaje de pacientes con demoras prolongadas para una intervención quirúrgica y en el acceso a la primera consulta especializada, pone de relieve la existencia de diferencias relevantes en la capacidad resolutiva de los Servicios de Salud. Estas variaciones probablemente responden a una combinación de factores organizativos, disponibilidad de recursos, modelos de gestión de la demanda y características demográficas de la población atendida, por lo que requieren un análisis específico antes de establecer comparaciones de rendimiento entre CC. AA.

Por el contrario, la menor variabilidad observada en la dotación de personal médico especializado y en los indicadores de reingreso hospitalario indica una mayor homogeneidad en estos ámbitos. No obstante, esta circunstancia no debe interpretarse como evidencia de suficiencia de recursos o de ausencia de oportunidades de mejora, sino como una mayor convergencia en la organización básica de la asistencia especializada. La eficiencia y la calidad asistencial continúan dependiendo de factores adicionales, como la organización clínica, la coordinación entre niveles asistenciales y la utilización adecuada de los recursos disponibles.

Los indicadores de mortalidad intrahospitalaria, frecuentación de urgencias y estancia media presentan una variabilidad intermedia, cuya interpretación exige considerar la complejidad clínica de los pacientes, las diferencias demográficas, la disponibilidad de alternativas asistenciales y los criterios de codificación y registro utilizados por cada comunidad autónoma. En consecuencia, estos resultados no permiten, por sí solos, establecer comparaciones directas sobre la calidad de los Servicios de Salud, aunque sí identifican ámbitos en los que resulta recomendable profundizar mediante análisis ajustados por riesgo y casuística.

En conjunto, los indicadores públicos respaldan las conclusiones obtenidas en Área 3 "Atención sanitaria y gestión asistencial", al mostrar que las diferencias entre CC. AA. se concentran principalmente en la organización de la asistencia y en la capacidad de respuesta del sistema.

Este patrón es coherente con los resultados del cuestionario del Índice FES, que identifica un mayor grado de desarrollo en las medidas relacionadas con la coordinación asistencial y la seguridad del paciente, mientras que aquellas orientadas a mejorar la capacidad resolutiva, reducir la variabilidad clínica e incorporar modelos de atención basados en resultados presentan un margen de mejora superior. Debe tenerse en cuenta que estos indicadores tienen un carácter complementario y no permiten establecer relaciones causales directas entre el grado de implantación de una determinada medida y los resultados asistenciales observados.

Su principal utilidad reside en aportar un marco objetivo para contextualizar la información obtenida mediante el cuestionario y orientar futuros análisis que integren indicadores de estructura, proceso y resultados ajustados por las características de la población y del contexto asistencial de cada comunidad autónoma.

ÁREA 4. ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

El Área 4 evalúa el grado de desarrollo de la atención domiciliaria y de las alternativas a la hospitalización convencional en los servicios de salud. Su objetivo es conocer el grado en que los servicios de salud han organizado la atención para que las personas puedan recibir en su entorno habitual cuidados de distinta intensidad, con la adecuada coordinación entre niveles asistenciales y con los servicios sociales. La importancia de esta área para la gestión sanitaria se explica por el papel que ha adquirido en la evolución de los sistemas de salud.

En efecto, la atención domiciliaria y las alternativas a la hospitalización constituyen una de las principales líneas de transformación de los servicios de salud, al permitir reorganizar la atención en torno a las necesidades de la persona y a su entorno habitual. Su desarrollo resulta especialmente relevante en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos, dependientes o con necesidades paliativas, en los que la fragmentación entre niveles asistenciales y dispositivos puede favorecer ingresos evitables, estancias innecesarias, pérdida funcional y discontinuidad en la atención.

El domicilio debe entenderse en un sentido amplio, incluyendo, además de la vivienda habitual, residencias de personas mayores, centros de día, viviendas tuteladas y otros espacios comunitarios. Esta concepción supera la consideración de la atención domiciliaria como una prestación vinculada exclusivamente a Atención Primaria y sitúa el domicilio como un entorno asistencial capaz de proporcionar diferentes niveles de intensidad, desde actividades de promoción y prevención y seguimiento programado hasta la atención de descompensaciones, recuperación funcional, cuidados paliativos y, cuando existen criterios clínicos y organizativos adecuados, atención de complejidad hospitalaria.

Las alternativas a la hospitalización comprenden diferentes modalidades asistenciales, entre ellas la atención domiciliaria de Atención Primaria, la hospitalización a domicilio, los cuidados intermedios, los hospitales de día, la cirugía ambulatoria, el alta precoz con apoyo, los programas de transición hospital-domicilio, la terapia antimicrobiana parenteral ambulatoria y los cuidados paliativos domiciliarios. Estas modalidades responden a necesidades diferentes y requieren criterios definidos de indicación, selección de pacientes, responsabilidad clínica, capacidad de respuesta y evaluación de resultados.

La experiencia internacional muestra diferentes modelos organizativos orientados a desplazar la capacidad resolutiva hacia el entorno habitual de la persona, manteniendo la responsabilidad clínica y la conexión con los recursos hospitalarios.

Entre ellos se encuentran las virtual wards y el enfoque Home First desarrollados en el National Health Service británico, los programas de telesupervisión integrados en rutas asistenciales en Francia, los equipos municipales de atención aguda y rehabilitación domiciliaria en Dinamarca y los equipos enfermeros autogestionados del modelo Buurtzorg en los Países Bajos. A pesar de sus diferencias, estas experiencias comparten elementos como la adecuada selección de pacientes, la actuación de equipos multidisciplinares, la utilización de protocolos compartidos, el apoyo tecnológico, la disponibilidad de atención presencial y la existencia de criterios definidos para intensificar o trasladar la atención cuando el domicilio deja de ser el entorno más adecuado.

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, el desarrollo de estos modelos puede contribuir simultáneamente a mejorar los resultados clínicos, optimizar la utilización de los recursos y favorecer la experiencia de pacientes y cuidadores. Entre sus posibles efectos se encuentran la reducción de ingresos y estancias hospitalarias evitables, la mejora de la continuidad asistencial, la detección precoz de descompensaciones y el mantenimiento de la persona en su entorno habitual. Para ello, la atención domiciliaria debe formar parte de una organización asistencial integrada y no limitarse al desplazamiento de la actividad hospitalaria o de Atención Primaria al domicilio sin una adecuada coordinación.

La interdisciplinariedad constituye un elemento esencial para el desarrollo de estos modelos. Atención Primaria, atención hospitalaria, enfermería, medicina, trabajo social, farmacia, fisioterapia, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos, entre otros ámbitos profesionales, deben disponer de objetivos compartidos, canales de comunicación y mecanismos de coordinación definidos. La gestión de casos puede facilitar esta articulación cuando se dirige a poblaciones o cohortes específicas, preferentemente estratificadas según sus necesidades y riesgo, y se integra en los procesos asistenciales.

La coordinación de los profesionales debe acompañarse de una gobernanza clínica claramente definida. Es necesario establecer quién asume la responsabilidad clínica de cada episodio, cómo se adoptan las decisiones, qué información debe estar disponible para los diferentes profesionales y cuáles son los criterios para intensificar o modificar el nivel de atención ante un deterioro clínico. En este sentido, la integración entre Atención Primaria y atención hospitalaria, la participación de los servicios sociales y la continuidad durante las transiciones asistenciales constituyen elementos relevantes para garantizar la seguridad y la calidad de la atención.

La tecnología constituye un elemento facilitador para estos modelos, pero su disponibilidad no garantiza por sí misma una mejora de la atención. Teleconsulta, monitorización remota, portales de salud, comunicación bidireccional e historia clínica compartida adquieren valor cuando se integran en procesos asistenciales definidos. Para ello, las alertas deben contar con profesionales responsables,

tiempos de respuesta establecidos, criterios de escalado y conexión con recursos presenciales.

La experiencia acumulada indica, por tanto, que el desarrollo de la atención domiciliaria y de las alternativas a la hospitalización requiere avanzar desde modelos centrados en la disponibilidad de recursos o tecnologías hacia modelos organizados en torno a procesos asistenciales y resultados. La monitorización debe orientarse a variables clínicamente relevantes y vinculadas a decisiones concretas, especialmente en procesos como la insuficiencia cardiaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la recuperación postaguda o los cuidados paliativos. De este modo, el domicilio puede consolidarse como un entorno asistencial integrado dentro del sistema de salud y como una alternativa segura y eficiente a determinados procesos que tradicionalmente han requerido atención hospitalaria.

A partir de este marco conceptual, el cuestionario del Índice FES 2026 organiza el área en ocho medidas, cuya lectura conjunta permite aproximarse al grado de madurez del modelo de atención domiciliaria. La Tabla 1 recoge estas medidas y la ponderación asignada a cada una de ellas, sobre una puntuación máxima de 10 puntos para el conjunto del área:

TABLA 1. PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 4

ÁREA 4. ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN DOMICILIARIA	Puntos 10,00
Medida 62. Hospitalización a domicilio y cuidados paliativos en el domicilio	1,70
Medida 60. Atención domiciliaria más completa	1,30
Medidas 57 y 58. Adecuación de recursos humanos y materiales	1,10
Medidas 56 y 59. Herramientas para la mejora de la atención a domicilio. Cobertura gestión de casos y contacto no presencial	1,30
Medida 55. Ampliación del ámbito domiciliario	1,30
Medida 51. Figura del gestor de casos	1,00
Medidas 41 y 54. Atención domiciliaria integrada sanitaria y social	1,30
Medida 40. Camas de cuidados medios (media estancia o convalecencia)	1,00

El Área se compone de ocho medidas que, en conjunto, ofrecen una visión amplia de la atención domiciliaria y de las alternativas a la hospitalización. Su contenido abarca la disponibilidad de las modalidades asistenciales de mayor intensidad, como la hospitalización a domicilio, los cuidados paliativos domiciliarios y los cuidados medios, así como la amplitud y el carácter integral de la cartera domiciliaria, su integración en la Atención Primaria, la gestión de casos y la

adecuación de los recursos humanos, materiales y tecnológicos. A continuación, se describe cada medida y su aportación a la evaluación del área:

Medida 62. Hospitalización a domicilio y cuidados paliativos domiciliarios: valora la proporción de población cubierta por la hospitalización a domicilio y por los cuidados paliativos domiciliarios en el servicio de salud. Ambas modalidades representan el nivel de mayor intensidad de la atención en el domicilio, lo que justifica que reciban la mayor ponderación del área.

Medida 60. Atención domiciliaria más completa: examina el grado de cobertura con el que la atención domiciliaria incorpora actuaciones de prevención y promoción de la salud (estilos de vida, alimentación, ejercicio o condiciones sociolaborales) y de salud mental. Permite conocer en qué medida el modelo domiciliario va más allá del seguimiento clínico y aborda las necesidades de la persona de forma integral.

Medidas 57 y 58. Adecuación de recursos humanos y materiales: analiza el criterio con el que se dimensionan y planifican los recursos destinados a la atención domiciliaria, desde la referencia al histórico de personal o a ratios poblacionales brutas hasta el uso de ratios ajustadas por morbilidad, la estratificación poblacional de riesgo y la consideración de la población inmovilizada y frágil. Aporta información sobre el grado en que la planificación de los recursos se ajusta a las necesidades de la población.

Medidas 56 y 59. Herramientas para la mejora de la atención a domicilio. Cobertura gestión de casos y contacto no presencial: estudia, por un lado, la población cubierta por la enfermera gestora de casos en la atención domiciliaria y, por otro, los canales disponibles para que la ciudadanía contacte de forma no presencial con los profesionales.

Medida 55. Ampliar el ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatorias: revisa si el modelo de atención domiciliaria se extiende a residencias de mayores, centros de día, centros sociales, viviendas tuteladas, albergues y otros entornos comunitarios. Refleja el grado en que se aplica una concepción amplia del domicilio como entorno asistencial.

Medida 51. Figura del gestor de casos: valora el grado de formalización del puesto de trabajo de enfermeras u otros profesionales como gestores de casos, desde su definición verbal por los mandos intermedios hasta la existencia de un protocolo institucional común a todas las áreas.

Medidas 41 y 54. Atención domiciliaria integrada sanitaria y social: examina la proporción de población que recibe atención domiciliaria en Atención Primaria y de centros de salud que tienen objetivos de atención domiciliaria y miden indicadores sobre ellos. Permite conocer en qué medida esta atención forma parte de la gestión ordinaria de la Atención Primaria.

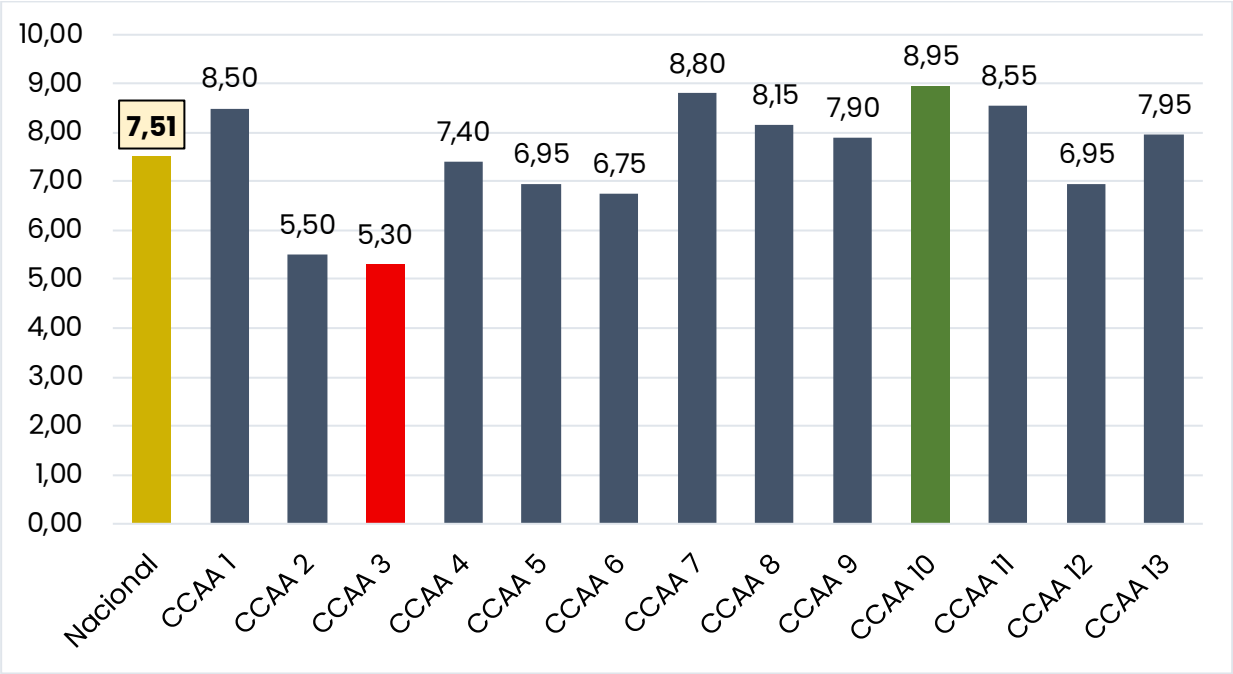
Medida 40. Camas de cuidados medios (media estancia o convalecencia): valora el número de criterios establecidos por el servicio de salud para el uso y la derivación de pacientes a camas de cuidados medios y la dotación de estas camas por cada 100.000 habitantes en centros públicos o concertados. Estos recursos intermedios contribuyen a la recuperación funcional y a facilitar altas hospitalarias seguras.

2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

2.1. Valoración

La valoración nacional se ha elaborado a partir de los datos reportados por las 13 comunidades autónomas (CC. AA.) participantes mediante el cuestionario de autoevaluación del Índice FES. Las puntuaciones del Área 4 proceden exclusivamente de esta autoevaluación y se complementan, para el análisis de utilización y resultados asistenciales, con indicadores públicos procedentes del Sistema de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) y del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL Y SITUACIÓN DE LAS CC. AA. ÁREA 4

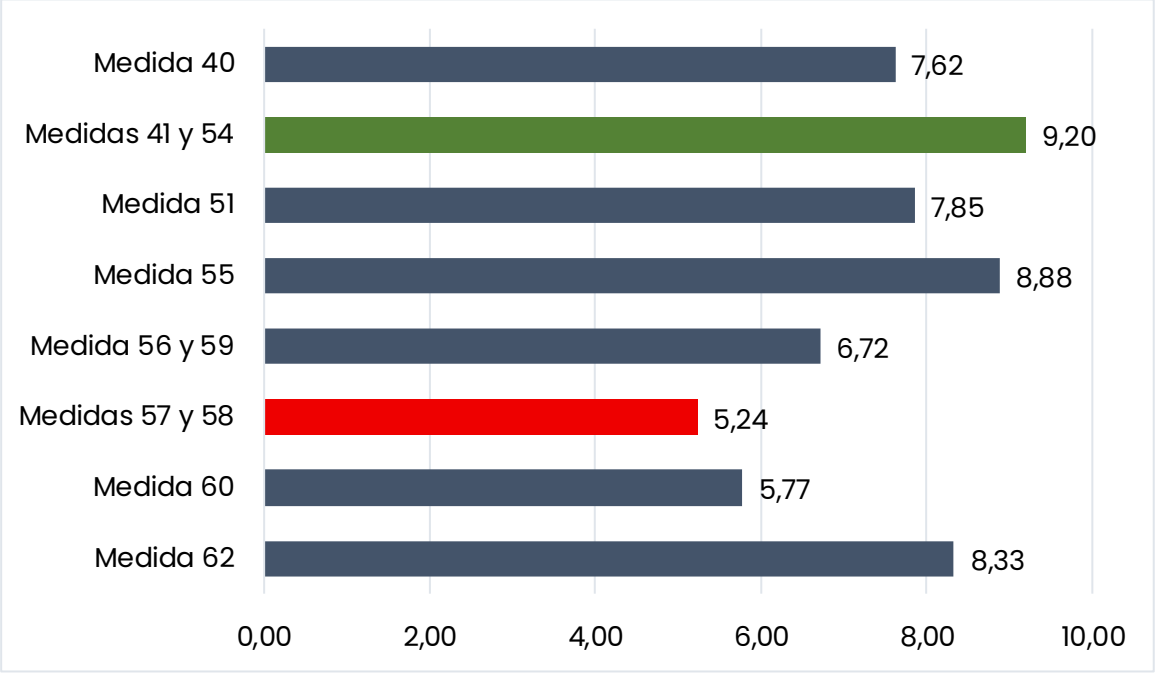


El Área obtiene una media de 7,51 puntos sobre 10, con una mediana de 7,90, un máximo de 8,95 y un mínimo de 5,30. La desviación estándar muestral es de 1,18 puntos. Siete comunidades se sitúan por encima de la media y ninguna obtiene una puntuación inferior a 5. El resultado agregado es favorable, aunque el rango de 3,65 puntos evidencia diferencias relevantes entre comunidades. La comparación se limita a la cohorte voluntaria de 13 comunidades participantes.

Sin establecer una comparación longitudinal estricta, debido a los cambios en la composición de la cohorte y en algunos elementos del cuestionario, los resultados de 2026 mantienen un patrón similar al observado en 2024. Las medidas relacionadas con los dispositivos asistenciales, la hospitalización a domicilio y la integración sanitaria y social presentan un mayor desarrollo que aquellas vinculadas a los recursos, la capacidad operativa y la consolidación de una cartera domiciliaria completa. El principal reto es avanzar desde la disponibilidad de dispositivos y experiencias hacia modelos homogéneos, escalables y evaluables en los distintos territorios.

Estas puntuaciones reflejan fundamentalmente el grado de desarrollo organizativo declarado por las comunidades autónomas y no equivalen a porcentajes de población cubierta ni constituyen, por sí mismas, una medida directa de calidad asistencial o resultados en salud. La información sobre cobertura y capacidad asistencial procede del cuestionario del Índice FES 2026 y debe interpretarse en el contexto organizativo de cada servicio de salud.

GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 4.



La principal fortaleza corresponde a las Medidas 41 y 54 ("Atención domiciliaria integrada sanitaria y social"), con una media de 9,20 puntos y una mediana de 10. Doce comunidades alcanzan al menos 7 puntos. La elevada valoración confirma que la atención domiciliaria desde Atención Primaria y su integración con objetivos e indicadores forman parte de la organización habitual de la mayoría de los servicios de salud. El reto consiste en mantener este nivel de desarrollo y reducir las posibles diferencias internas entre áreas sanitarias.

La Medida 55 ("Ampliar el ámbito de actuación domiciliaria en función de las diferentes modalidades ambulatorias") obtiene 8,88 puntos de media y una mediana de 10. Diez comunidades alcanzan al menos 7 puntos, aunque el mínimo de 3,85 evidencia cierta heterogeneidad. El resultado muestra una progresiva extensión del concepto de domicilio asistencial a residencias, centros de día, viviendas tuteladas y otros entornos comunitarios. El siguiente paso debe ser consolidar esta extensión dentro de una cartera estable, con responsabilidades y condiciones de acceso definidas.

La Medida 62 ("Hospitalización a domicilio y cuidados paliativos en el domicilio") alcanza una media de 8,33 puntos y una mediana de 8,53. Diez comunidades obtienen al menos 7 puntos y ninguna se sitúa por debajo de 5. Estos dispositivos constituyen uno de los componentes más consolidados del área y ofrecen una alternativa de elevada intensidad asistencial en el entorno habitual de la persona. Las principales oportunidades se sitúan en ampliar su cobertura, homogeneizar criterios de acceso y reforzar su conexión con Atención Primaria, Urgencias y otros recursos asistenciales.

La Medida 51 ("Figura del gestor de casos"), obtiene 7,85 puntos de media y una mediana de 8. Diez comunidades alcanzan al menos 7 puntos, aunque el rango entre 0 y 10 refleja diferencias significativas en su implantación. La gestión de casos constituye un elemento relevante para pacientes complejos y para las transiciones entre hospital y domicilio. El reto es consolidar su cobertura, definir sus funciones y vincular su actividad a resultados de continuidad asistencial y experiencia de pacientes y cuidadores.

La Medida 40 ("Camas de cuidados medios (media estancia o convalecencia)"), alcanza 7,62 puntos de media y una mediana de 8,50. Nueve comunidades obtienen al menos 7 puntos, aunque el mínimo de 1 y una desviación estándar de 2,70 muestran una implantación desigual. Estos recursos tienen un papel relevante en la recuperación funcional y en la realización de altas seguras. El reto es avanzar hacia redes de cuidados medios más homogéneas y coordinadas con la atención domiciliaria y otros niveles asistenciales.

Las Medidas 56 y 59 ("Herramientas para la mejora de la atención a domicilio. Cobertura gestión de casos y contacto no presencial"), relacionadas con tecnología y gestión de casos, presentan una valoración intermedia, con 6,72 puntos de media y una mediana de 6,92. Seis comunidades alcanzan al menos 7 puntos y cuatro se sitúan por debajo de 5. El desarrollo es todavía heterogéneo, con diferencias entre soluciones transversales y otras limitadas a determinados servicios. La prioridad es avanzar hacia herramientas interoperables, integradas en rutas asistenciales y vinculadas a responsables y criterios de respuesta definidos.

La Medida 60 ("Atención domiciliaria más completa") obtiene 5,77 puntos de media y una mediana de 6,54. Cinco comunidades alcanzan al menos 7 puntos y cuatro se sitúan por debajo de 5. El resultado evidencia que todavía existe margen para consolidar una atención domiciliaria integral que incorpore, además del seguimiento clínico, prevención, promoción de la salud, salud mental, recuperación funcional y apoyo a las personas cuidadoras.

Las Medidas 57 y 58 ("Adecuación de los recursos humanos y materiales") presentan la valoración media más baja del área, con 5,24 puntos y una mediana de 4,55. La dispersión refleja diferencias relevantes en la planificación de los recursos necesarios para sostener la atención domiciliaria. El reto consiste en adecuar la capacidad profesional, material y logística a las necesidades de la población, la complejidad asistencial y las características territoriales.

En conjunto, los resultados muestran un desarrollo elevado de la estructura básica del modelo domiciliario, especialmente en la integración sanitaria y social, la ampliación del ámbito de atención, la hospitalización a domicilio, los cuidados paliativos y la gestión de casos. En cambio, las principales áreas de mejora se sitúan en la consolidación de una cartera domiciliaria integral, la adecuación de recursos y la extensión homogénea de las herramientas digitales. La siguiente etapa debe orientarse a transformar el desarrollo de dispositivos y experiencias en una capacidad asistencial más homogénea, integrada y evaluable, asegurando una respuesta adecuada con independencia del territorio o del entorno de residencia.

2.2. Recomendaciones

Sobre la base de los resultados obtenidos en el Área 4, se formulan a continuación una serie de recomendaciones concebidas como un marco de transformación de los servicios de salud, más que como una suma de dispositivos o intervenciones aisladas.

Las alternativas a la hospitalización generan mayor valor cuando integran una adecuada selección de pacientes, equipos multidisciplinares, coordinación sanitaria y social, protocolos compartidos, soporte tecnológico, capacidad de respuesta y evaluación de resultados. El objetivo debe ser proporcionar atención en el domicilio cuando este sea un entorno seguro y adecuado, reservando el hospital para aquellas situaciones que requieran mayor intensidad asistencial.

Para ello, cada servicio de salud debería disponer de una estrategia específica de atención domiciliaria y alternativas a la hospitalización, acompañada de una cartera diferenciada por niveles de intensidad que incluya atención domiciliaria ordinaria e intensificada, hospitalización a domicilio, cuidados paliativos, cuidados medios, transición post-alta, atención a pacientes complejos, el tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE/OPAT) y apoyo a centros residenciales.

Los resultados de 2026 permiten establecer prioridades diferenciadas. La integración sanitaria y social, la ampliación del ámbito domiciliario, la hospitalización a domicilio y la gestión de casos presentan niveles elevados de desarrollo; en estos ámbitos, la prioridad debe ser consolidar la cobertura, reducir la variabilidad territorial y evaluar resultados.

En cambio, la adecuación de recursos, la atención domiciliaria integral y el despliegue de herramientas no presenciales requieren un mayor impulso. La estrategia debe apoyarse en las capacidades ya existentes y evitar la creación de nuevos dispositivos cuando persistan déficits de recursos, coordinación o soporte tecnológico.

De forma transversal, resulta necesario avanzar hacia una cartera domiciliaria integral, que incorpore, además del seguimiento clínico y los cuidados habituales, actuaciones de prevención y promoción de la salud, salud mental, salud comunitaria, recuperación funcional, fisioterapia y rehabilitación, conciliación farmacoterapéutica, valoración social y apoyo a las personas cuidadoras. Esta cartera debería extenderse también a residencias, centros de día, viviendas tuteladas y otros entornos comunitarios, con responsabilidades y vías de acceso claramente definidas.

La hospitalización a domicilio y los cuidados paliativos domiciliarios deben mantenerse como uno de los principales ejes del modelo. El elevado grado de desarrollo observado permite centrar la siguiente etapa en ampliar la cobertura, reducir la variabilidad territorial y establecer criterios comunes de acceso, responsabilidad clínica, coordinación con Atención Primaria y Urgencias y evaluación de resultados. El marco operativo de las virtual wards del NHS England constituye una referencia para concretar criterios de elegibilidad, escalado asistencial y gobernanza, así como para definir estándares de cobertura y evaluar los resultados a 30 días. La participación del paciente debe ser voluntaria e informada, y la capacidad y carga de las personas cuidadoras deben valorarse expresamente, evitando trasladar de forma informal responsabilidades asistenciales al entorno familiar.

Los cuidados medios constituyen otra línea prioritaria. Su desarrollo debería orientarse no solo a disponer de recursos con cama, sino a configurar redes integradas que incluyan recuperación funcional, rehabilitación, atención intermedia domiciliaria y respuesta ante situaciones de crisis. La guía NICE NG74 ofrece un marco de referencia para organizar estas intervenciones con el objetivo de prevenir ingresos evitables, facilitar altas seguras y evitar institucionalizaciones prematuras. Cada territorio debería conocer su capacidad efectiva, cobertura, tiempos de acceso, procedencia y destino de los pacientes, ganancia funcional y días en casa, evitando que estos recursos se utilicen exclusivamente como respuesta a la presión sobre las camas de agudos.

La gestión de casos debe consolidarse especialmente en las transiciones asistenciales y en las poblaciones de mayor riesgo mediante herramientas de estratificación poblacional. El reto ya no consiste únicamente en disponer de esta figura, sino en homogeneizar sus funciones y vincular su actividad a resultados. Debe priorizarse su utilización en pacientes con insuficiencia cardiaca, EPOC, fragilidad, pluripatología, alta frecuentación, recuperación postaguda, personas institucionalizadas y situaciones de final de vida. El modelo debería incorporar un plan individualizado, contacto precoz tras el alta, conciliación farmacoterapéutica, coordinación social y criterios de seguimiento y desescalado. Su evaluación debería considerar la continuidad asistencial, la utilización de servicios y la experiencia de los pacientes, sin limitarse a verificar la existencia de esta figura profesional.

La planificación de recursos humanos y materiales debe adaptarse a las necesidades de la población y a la complejidad asistencial. La estratificación poblacional debería incorporar variables como morbilidad, fragilidad, dependencia, dispersión geográfica, volumen de altas, intensidad de cuidados y tiempos de desplazamiento. La planificación debe contemplar, además de los profesionales, equipamiento móvil, logística, medicación, diagnóstico portátil y transporte. La capacidad asistencial debería medirse mediante indicadores operativos, como pacientes atendibles simultáneamente, episodios anuales y tiempos de respuesta. Asimismo, convendría definir las competencias y funciones de los distintos perfiles implicados, incluidos enfermería familiar y comunitaria, fisioterapia, trabajo social sanitario, farmacia de Atención Primaria, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos, vinculando la formación a actividades asistenciales concretas y evaluables.

La tecnología debe integrarse en las rutas asistenciales y no desarrollarse como una prestación independiente. El avance debe priorizar procesos en los que la monitorización permita anticipar descompensaciones y activar una respuesta efectiva, como insuficiencia cardiaca, EPOC, TADE/OPAT, recuperación geriátrica y cuidados paliativos. Experiencias como HerzMobil Tirol, en Austria, y los programas franceses de telesupervisión ofrecen referencias de modelos que combinan monitorización clínica, gestión de alertas, educación del paciente, seguimiento profesional y coordinación entre niveles asistenciales. Antes de implantar una solución tecnológica deben definirse la población destinataria, objetivos clínicos, responsables, umbrales de actuación, cobertura, mecanismos de contingencia y resultados esperados. El desarrollo digital deberá acompañarse de alternativas no digitales para evitar nuevas desigualdades de acceso.

El despliegue de estas recomendaciones debe realizarse de forma progresiva y evaluable. Cada servicio de salud debería disponer de un mapa territorial de capacidades, establecer una línea basal y seleccionar un conjunto reducido de indicadores relacionados con acceso, continuidad asistencial tras el alta, utilización

de servicios, recuperación funcional, días en casa y experiencia de pacientes y cuidadores. Los indicadores poblacionales deben utilizarse como señales para orientar el análisis y la mejora, sin atribuirles por sí mismos una relación causal con los resultados del modelo domiciliario.

En definitiva, los resultados de 2026 muestran que las comunidades participantes disponen de una base sólida para continuar desarrollando la atención domiciliaria y las alternativas a la hospitalización. La siguiente etapa no debería centrarse en multiplicar dispositivos aislados, sino en integrarlos en un modelo asistencial coherente, accesible y territorialmente equitativo, capaz de adaptar la intensidad de la atención a las necesidades de cada persona. El objetivo debe ser que quienes puedan recibir una atención segura y de calidad en su entorno habitual permanezcan en él el mayor tiempo posible, con continuidad asistencial y apoyo sanitario, social y familiar, manteniendo el hospital como recurso cuando la situación clínica lo requiera.

3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL ÁREA

Este año se han incorporado indicadores públicos relevantes para el Área 4, seleccionados con el objetivo de aportar información complementaria a la obtenida mediante el cuestionario del Índice FES 2026. Al proceder de fuentes oficiales, estos indicadores permiten ampliar la lectura de la autoevaluación organizativa con datos sobre utilización y resultados asistenciales, que deben interpretarse atendiendo a su naturaleza, año de referencia y metodología específica.

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DEL ÁREA

INDICADOR	VALOR MEDIO (AÑO)	FUENTE
Tasa de hospitalización por complicaciones agudas en pacientes diabéticos	1,71 (2023)	INCLASNS
Tasa ajustada de hospitalización por Insuficiencia cardíaca congestiva por 10.000 habitantes	8,88 (2023)	INCLASNS
Tasa ajustada de hospitalización por enfermedades cerebrovasculares por 10.000 habitantes	20,13 (2023)	INCLASNS
Tasa ajustada de hospitalización por EPOC por 10.000 habitantes	17,97 (2023)	INCLASNS
Frecuentación registrada en hospitales de día por 1.000 habitantes	93,06 (2023)	INCLASNS
Puestos hospitales de día por 1.000 habitantes	0,50 (2023)	INCLASNS
Estancia media de Reingresos de pacientes al alta por enfermedades crónicas	9,73 (2021)	ICMBD

Tasa de Ambulatorización Quirúrgica	40,68 (2021)	ICMBD
Ambulatorización Quirúrgica de GRD Potencialmente Ambulatorizables	72,89 (2021)	ICMBD

Los indicadores de resultados y utilización permiten complementar la autoevaluación organizativa con una aproximación al comportamiento asistencial observado. Los datos de INCLASNS muestran una variabilidad territorial relevante en las tasas de hospitalización por complicaciones agudas de determinadas enfermedades crónicas.

Entre las comunidades participantes, la tasa por complicaciones agudas de diabetes oscila entre 0,96 y 2,83, frente a una media nacional de 1,71; la de insuficiencia cardiaca, entre 4,60 y 13,63 por 10.000 habitantes, frente a 8,88; la de enfermedad cerebrovascular, entre 18,33 y 25,37, frente a 20,13; y la de EPOC, entre 11,37 y 26,25, frente a 17,97.

Estas diferencias permiten identificar procesos clínicos sobre los que profundizar, aunque su interpretación debe ser complementaria a la puntuación del Área 4. Mientras esta aproxima el grado de desarrollo organizativo de la atención domiciliaria y de las alternativas a la hospitalización, las tasas de hospitalización están condicionadas también por factores como la estructura demográfica, la carga de enfermedad, la accesibilidad, la práctica clínica y otros determinantes del sistema sanitario. Por ello, no debe establecerse una relación causal directa entre ambos tipos de indicadores.

Los datos del ICMBD correspondientes a 2021 muestran, por su parte, un desarrollo favorable de la ambulatorización en una parte mayoritaria de la cohorte. Ocho de las trece comunidades participantes superan la media nacional en la tasa de ambulatorización quirúrgica y otras ocho en la ambulatorización de GRD potencialmente ambulatorizables; siete comunidades superan simultáneamente ambas referencias. Los rangos observados, de 10,67 a 46,73 en el primer indicador y de 32,27 a 79,19 en el segundo, evidencian, no obstante, diferencias relevantes que deben interpretarse considerando la oferta disponible, la cartera de servicios, la práctica clínica y los criterios de codificación.

Otros indicadores aportan información complementaria sobre la utilización de recursos. En 2023, la frecuentación de los hospitales de día presenta un valor nacional de 93,06 por mil habitantes y la dotación de puestos de hospital de día se sitúa en 0,50 por 1000 habitantes. Estos datos permiten aproximarse al desarrollo de modalidades asistenciales ambulatorias, aunque una mayor disponibilidad o frecuentación no implica necesariamente una mayor capacidad de sustitución de la hospitalización convencional. Asimismo, el ICMBD registra en 2021 una estancia media de 9,73 días en los reingresos de pacientes tras el alta por enfermedades

crónicas. Este indicador informa sobre la utilización de recursos asociada a estos episodios, pero no debe interpretarse como una tasa o probabilidad de reingreso.

En conjunto, los indicadores muestran una variabilidad relevante entre comunidades tanto en las tasas de hospitalización como en el grado de ambulatorización, y reflejan un desarrollo significativo, aunque heterogéneo, de las alternativas ambulatorias a la hospitalización convencional. Su contraste con los resultados del Área 4 permite complementar la valoración del desarrollo organizativo y orientar el análisis hacia aquellos procesos y territorios en los que exista mayor margen de mejora. Esta lectura debe utilizarse como apoyo para identificar oportunidades de transformación y no como una atribución directa de resultados a un determinado modelo organizativo.

En este contexto, la atención a las personas con cronicidad, fragilidad y dependencia continúa planteando importantes retos organizativos. Aunque se ha avanzado en la ambulatorización de procedimientos, el siguiente desafío consiste en consolidar modelos capaces de proporcionar cuidados y seguimiento continuado fuera del hospital, cuando las condiciones clínicas y sociales lo permitan. Para ello, resulta necesario reforzar la capacidad resolutiva de Atención Primaria y dimensionar adecuadamente los equipos de enfermería domiciliaria, potenciar la integración de los hospitales de día y la hospitalización a domicilio, y mejorar la coordinación con los servicios sociales y las personas cuidadoras, incorporando la tecnología como herramienta de apoyo a una atención integrada y con continuidad asistencial.

ÁREA 5. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

En la edición 2026 del Índice FES, el Área 5 pasa a denominarse "Coordinación entre Servicios Sociales y Sanitarios", sustituyendo a la anterior denominación, "Atención y Coordinación Social y Sanitaria". Este cambio responde a la voluntad de centrar la evaluación en el elemento que constituye el núcleo de la atención sociosanitaria: la coordinación efectiva entre ambos sistemas.

El concepto jurídico de atención sociosanitaria se recoge en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que la define como el conjunto de cuidados destinados a personas que, por sus características y necesidades, pueden beneficiarse de una actuación simultánea y coordinada de los servicios sanitarios y sociales con el objetivo de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y favorecer su integración social.

Aunque esta definición permaneció durante años con escaso desarrollo práctico, la pandemia de la COVID-19 puso de manifiesto la necesidad de reforzar la coordinación entre ambos sistemas. La utilización frecuente del término "sociosanitario", no siempre acompañada de una delimitación clara de competencias y responsabilidades, evidenció la necesidad de avanzar hacia un modelo de coordinación más definido y homogéneo.

En la actualidad, existe un amplio consenso en considerar que la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales constituye un elemento estratégico para garantizar la sostenibilidad de ambos sistemas. Una adecuada coordinación favorece la continuidad asistencial, mejora la eficiencia en el uso de los recursos y permite ofrecer una atención más integrada y centrada en las necesidades de las personas, especialmente aquellas con enfermedades crónicas, dependencia o discapacidad.

No obstante, el concepto de atención sociosanitaria continúa presentando diferencias de interpretación entre las comunidades autónomas (CC. AA.), circunstancia que puede influir en la aplicación de determinadas medidas y en la interpretación de algunos de los indicadores incluidos en esta Área. Con el fin de reducir esta variabilidad, en esta edición se ha revisado el contenido del cuestionario, reforzando las referencias a la coordinación efectiva entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

Este enfoque se ve reforzado por la modificación del artículo 14 de la Ley 16/2003, introducida por la disposición final primera de la Ley 3/2024, de 30 de octubre, para mejorar la calidad de vida de las personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y

otras enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible. La nueva redacción amplía el ámbito subjetivo de la atención sociosanitaria, incorporando expresamente a las personas cuya enfermedad genera dependencia o discapacidad y desarrollando aspectos relacionados con los cuidados intermedios, la coordinación entre administraciones, la atención a la salud mental y las necesidades específicas de las personas con ELA y otras enfermedades irreversibles de alta complejidad.

Asimismo, el Real Decreto-ley 11/2025 modifica la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, creando el nuevo Grado III+ de dependencia extrema para personas con ELA en fase avanzada y otras enfermedades de alta complejidad y curso irreversible. Esta modificación refuerza la necesidad de desarrollar modelos de coordinación sociosanitaria cada vez más integrados. La ponderación de las medidas incluidas en esta edición son las siguientes:

TABLA 1. PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 5.

ÁREA 5. COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS	**Puntos 10,00**
Medida 18. Acceso a la historia clínica de salud en centros sociales y residencias.	1,00
Medida 23. Capacidad de los centros residenciales ante epidemias o pandemias.	0,90
Medida 39. Atención sanitaria y social coordinada.	1,20
Medidas 43 y 44. Fomentar el trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios.	1,10
Medida 46. Equipos sanitarios en residencias y su capacidad de prescripción electrónica.	1,50
Medida 48. Integración de la historia clínica electrónica y de la historia social.	1,30
Medida 52. Vigilancia epidemiológica en residencias.	2,00
Medida 81. Seguimiento de buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva.	1,00

Medida 18. Acceso a la historia clínica de salud en centros sociales y residencias: evalúa el acceso informatizado de los centros sociales y residenciales a la historia clínica de sus residentes. Se incorpora por primera vez al Área 5.

Medida 23. Capacidad de los centros residenciales ante epidemias o pandemias: analiza la obligatoriedad de la formación de los profesionales en prevención y control de brotes infecciosos.

Medida 39. Atención sanitaria y social coordinada: valora la existencia de protocolos conjuntos y de estructuras organizativas compartidas entre los servicios sanitarios y los servicios sociales para la atención coordinada.

Medidas 43 y 44. Fomentar el trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios: evalúan la existencia de foros institucionales de colaboración entre profesionales de ambos ámbitos.

Medida 46. Equipos sanitarios en residencias y su capacidad de prescripción electrónica: analiza la planificación de los equipos sanitarios que atienden las residencias y la disponibilidad de prescripción electrónica.

Medida 48. Integración de la historia clínica electrónica y de la historia social: examina la integración de ambos sistemas de información y la incorporación de variables sociales en la historia clínica electrónica.

Medida 52. Vigilancia epidemiológica en residencias: evalúa la existencia de planes de vigilancia, procedimientos de actuación, protocolos de bioseguridad y medidas de prevención dirigidas a profesionales y residentes.

Medida 81. Seguimiento de buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva: analiza la implantación de programas de buenas prácticas y la existencia de inspecciones sanitarias específicas en residencias y centros sociales.

Respecto a ediciones anteriores, dejan de formar parte del Área 5 la Medida 40 ("Camas de cuidados medios (media estancia o convalecencia)") y la Medida 51 ("Figura del gestor de casos"), incorporándose nuevas actuaciones orientadas a reforzar la coordinación asistencial, la interoperabilidad de la información y la prevención en el ámbito residencial.

2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

2.1. Valoración

El Área 5, "Coordinación entre Servicios Sociales y Sanitarios", tiene una valoración máxima de 10 puntos, distribuidos entre ocho medidas y catorce preguntas. Las puntuaciones obtenidas por las CC. AA. se han convertido a una escala homogénea sobre 10, lo que facilita la comparación entre medidas, áreas y territorios.

El diseño del cuestionario incorpora escalas de respuesta que permiten reflejar diferentes grados de desarrollo de cada actuación. Este enfoque mejora la precisión de las respuestas y contribuye a obtener una imagen más ajustada de la realidad organizativa y asistencial de cada comunidad autónoma (C.A.).

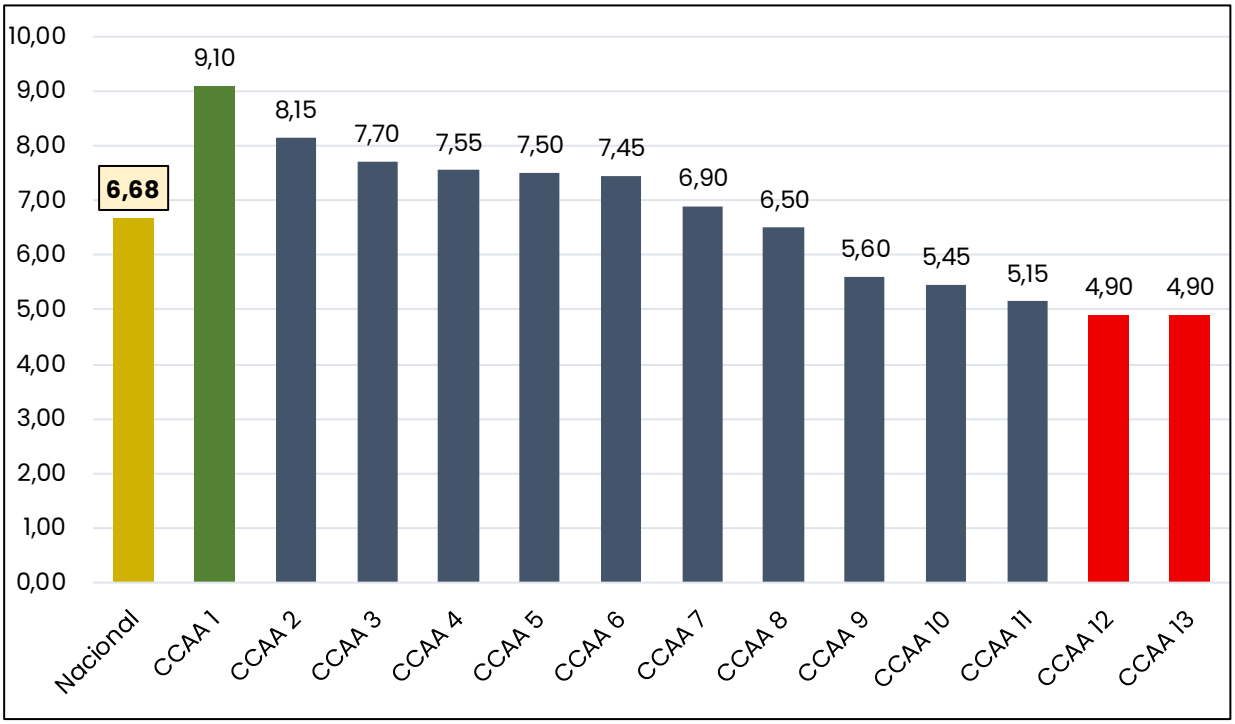
La puntuación media nacional del Área 5 alcanza los 6,68 puntos sobre 10, lo que refleja un nivel de desarrollo intermedio de la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Los resultados muestran, además, una elevada

variabilidad territorial, con comunidades que presentan niveles de implantación muy avanzados y otras en fases más iniciales de desarrollo.

Los datos obtenidos indican que la coordinación sociosanitaria se ha consolidado como una prioridad creciente para las administraciones sanitarias y sociales. Se observa un avance significativo en la implantación de mecanismos de colaboración, especialmente en aquellos ámbitos relacionados con la coordinación profesional, la vigilancia epidemiológica y la existencia de estructuras compartidas de trabajo. Sin embargo, persisten diferencias relevantes entre CC. AA., particularmente en los aspectos vinculados a la interoperabilidad de la información, el acceso compartido a las historias clínica y social y la integración de los equipos profesionales.

En términos de distribución, seis de las trece CC. AA. participantes se sitúan por debajo de la media nacional y siete por encima. Asimismo, dos comunidades obtienen puntuaciones inferiores a 5 puntos, mientras que seis superan los 7 puntos, lo que pone de manifiesto la coexistencia de modelos de coordinación con distintos grados de madurez.

GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL Y SITUACIÓN DE LAS CC. AA. ÁREA 5



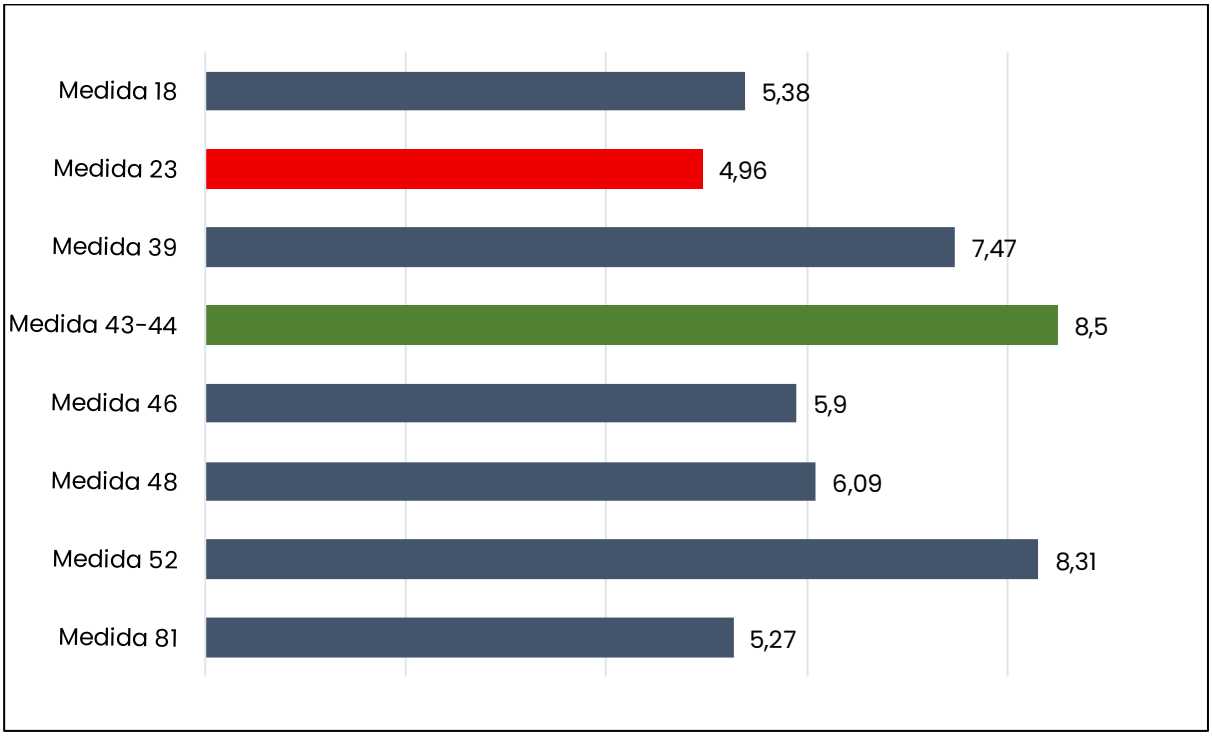
El análisis por medidas muestra que los mejores resultados corresponden a las Medidas 43 y 44 ("Fomentar el trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios"; 8,50 puntos), a la Medida 52 ("Vigilancia epidemiológica en residencias"; 8,31 puntos) y a la Medida 39 ("Atención sanitaria y social coordinada"; 7,47 puntos).

Estas puntuaciones sugieren que las CC. AA. han desarrollado mecanismos de colaboración profesional y procedimientos de coordinación que se han reforzado especialmente tras la experiencia derivada de la pandemia.

Por el contrario, las puntuaciones más bajas se observan en la Medida 23 ("Capacidad de los centros residenciales ante epidemias o pandemias"; 4,96 puntos), así como en determinadas actuaciones relacionadas con la interoperabilidad de la información (Medida 18 "Acceso a la historia clínica de salud en centros sociales y residenciales"; 5,38 puntos) y la organización de los equipos sanitarios en residencias (Medida 46 "Equipos sanitarios en residencias y su capacidad de prescripción electrónica"; 5,90). Estos resultados indican que, pese a los avances registrados, persisten ámbitos de mejora relacionados con la formación, la prevención, el acceso compartido a la información y la capacidad de respuesta ante situaciones de riesgo.

El análisis de la variabilidad entre CC. AA. pone de manifiesto la existencia de modelos organizativos muy diferentes. Algunas medidas presentan resultados homogéneos, mientras que otras muestran una amplia dispersión, lo que refleja distintos grados de implantación de las políticas de coordinación sociosanitaria.

GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL POR MEDIDA DEL ÁREA 5.



La Medida 18, "Acceso a la historia clínica de salud en centros sociales y residencias" (5,38 puntos), presenta una elevada variabilidad, con comunidades que han implantado plenamente este acceso y otras que todavía no disponen de esta funcionalidad.

La Medida 23, "Capacidad de los centros residenciales ante epidemias o pandemias" (4,96 puntos), muestra resultados desiguales, lo que indica diferentes niveles de desarrollo de las actuaciones formativas y preventivas.

La Medida 39, "Atención sanitaria y social coordinada" (7,47 puntos), obtiene resultados relativamente homogéneos, reflejando un avance generalizado en la existencia de protocolos y estructuras compartidas.

Las Medidas 43 y 44, "Fomentar el trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios" (8,50 puntos), presentan las puntuaciones más elevadas, evidenciando la consolidación de espacios de encuentro y colaboración profesional.

La Medida 46, "Equipos sanitarios en residencias y su capacidad de prescripción electrónica" (5,90 puntos), muestra una elevada dispersión, reflejando modelos organizativos diferentes y grados variables de implantación de la prescripción electrónica.

La Medida 48, "Integración de la historia clínica electrónica y de la historia social" (6,09 puntos), presenta un desarrollo intermedio, siendo uno de los ámbitos con mayor potencial de mejora.

La Medida 52, "Vigilancia epidemiológica en residencias" (8,31 puntos), alcanza resultados elevados y relativamente homogéneos, lo que sugiere un fortalecimiento de las capacidades preventivas tras la pandemia.

La Medida 81, "Seguimiento de buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva" (5,27 puntos), presenta resultados más heterogéneos, indicando distintos niveles de desarrollo de las actuaciones de mejora continua y evaluación.

2.2. Recomendaciones

Los resultados obtenidos sugieren que persiste una cierta separación funcional entre los sistemas sanitario y social, derivada, entre otros factores, de la distribución competencial y de la existencia de sistemas de información, estructuras organizativas y procedimientos de trabajo diferenciados. Esta situación dificulta una visión integrada de las necesidades de las personas y limita el desarrollo pleno de la atención sociosanitaria, especialmente en aquellos casos que requieren una respuesta coordinada, continuada y centrada en la persona. Con el fin de avanzar hacia una atención sociosanitaria más integrada, las recomendaciones se articulan en torno a tres ejes: la gobernanza y la coordinación, los sistemas de información compartidos y la prevención y mejora continua en el ámbito residencial.

Gobernanza y coordinación entre sistemas

La mejora de la coordinación sociosanitaria requiere avanzar hacia un modelo de gobernanza compartida que permita superar la fragmentación actual. Para ello, se recomienda reforzar los mecanismos de coordinación institucional y profesional

entre los sistemas sanitario y social, impulsando estructuras estables de planificación conjunta, comisiones mixtas de trabajo y marcos de colaboración formalizados que garanticen la continuidad de las actuaciones en el tiempo. Asimismo, la definición de objetivos comunes y de indicadores compartidos de evaluación puede contribuir a alinear estrategias y a mejorar la coherencia de las intervenciones.

De forma complementaria, es fundamental promover el desarrollo de protocolos de actuación conjunta que regulen los procesos de derivación, seguimiento y atención compartida de las personas en situación de dependencia o con necesidades sociosanitarias complejas. En este sentido, los resultados obtenidos en la Medida 39, "Atención sanitaria y social coordinada" (7,47 puntos), reflejan un desarrollo relativamente favorable de los mecanismos de coordinación evaluados, aunque resulta conveniente continuar avanzando en su consolidación y aplicación entre territorios. Estos protocolos deberían ir acompañados de espacios estables de colaboración entre profesionales, favoreciendo el trabajo interdisciplinar, la comunicación fluida y la toma de decisiones compartida.

La puntuación alcanzada en las Medidas 43 y 44, "Fomentar el trabajo en equipo de profesionales sociales y sanitarios" (8,50 puntos), muestra que existe una base sólida de colaboración profesional sobre la que seguir construyendo modelos más integrados de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Este capital profesional constituye un elemento clave para el desarrollo futuro del sistema, por lo que resulta conveniente consolidarlo mediante el reconocimiento institucional del trabajo interdisciplinar, la estabilidad de los equipos y la promoción de culturas organizativas orientadas a la cooperación.

Sistemas de información compartidos

Los resultados obtenidos en la Medida 48, "Integración de la historia clínica electrónica y de la historia social" (6,09 puntos), y la Medida 18 "Acceso a la historia clínica de salud en centros sociales y residencias" (5,38 puntos) respaldan la necesidad de seguir avanzando en la integración de los sistemas de información y en el acceso compartido a la información clínica y social. Estas puntuaciones, junto con las diferencias observadas entre CC. AA., sugieren la conveniencia de impulsar estrategias de implantación progresiva que favorezcan la interoperabilidad y contribuyan a reducir las desigualdades territoriales.

En este sentido, la interoperabilidad de los sistemas de información debe situarse como una prioridad estructural. La existencia de plataformas compatibles y accesibles para los profesionales de ambos sistemas constituye un elemento clave para garantizar una atención integrada. Asimismo, la estandarización de registros y la unificación de criterios de acceso a la información clínica facilitarían la coordinación efectiva entre niveles asistenciales y ámbitos de intervención.

A estas necesidades se suman las relacionadas con la Medida 46, "Equipos sanitarios en residencias y su capacidad de prescripción electrónica" (5,90 puntos), cuyos resultados muestran diferencias relevantes entre comunidades autónomas en los aspectos evaluados. La adopción de modelos que faciliten el acceso a la historia clínica electrónica y la prescripción electrónica debe considerarse una actuación estratégica, no solo desde el punto de vista tecnológico, sino también organizativo, ya que puede contribuir a mejorar la continuidad asistencial, la seguridad del paciente y la eficiencia en la utilización de los recursos. En este sentido, el desarrollo de soluciones tecnológicas integradas debe ir acompañado de cambios organizativos que garanticen su uso efectivo y homogéneo.

Prevención y mejora continua en el ámbito residencial

El análisis de las medidas relacionadas con la prevención en el ámbito residencial muestra diferencias relevantes entre las actuaciones evaluadas. Mientras que la Medida 52, "Vigilancia epidemiológica en residencias" (8,31 puntos), alcanza una valoración elevada, la Medida 23, "Capacidad de los centros residenciales ante epidemias o pandemias" (4,96 puntos), presenta una puntuación considerablemente inferior. Estos resultados apuntan a la conveniencia de consolidar los mecanismos de vigilancia epidemiológica y reforzar especialmente las actuaciones formativas en prevención y control de brotes infecciosos.

En este último ámbito, se considera prioritario potenciar la formación de los profesionales de los centros residenciales y sociales en prevención y control de riesgos epidemiológicos, con el fin de mejorar la capacidad de respuesta ante posibles situaciones de emergencia sanitaria. Esta formación debería tener un carácter continuado y práctico, incorporando simulacros, actualización de protocolos y capacitación en gestión de crisis, con especial atención a los entornos residenciales, donde la vulnerabilidad de las personas atendidas es mayor.

Las puntuaciones obtenidas en la Medida 81, "Seguimiento de buenas prácticas en centros sociales para una gestión preventiva" (5,27 puntos), sugieren la necesidad de reforzar las actuaciones orientadas a la mejora continua, la evaluación sistemática y la implantación homogénea de programas preventivos. Resulta recomendable avanzar hacia modelos de gestión basados en la evidencia, que incorporen la evaluación periódica de resultados, la identificación de buenas prácticas y su difusión entre territorios y centros.

Síntesis de las principales recomendaciones

En conjunto, las recomendaciones apuntan a la necesidad de evolucionar desde modelos de coordinación parcial hacia sistemas plenamente integrados, en los que la continuidad asistencial, la interoperabilidad de la información y la colaboración profesional constituyan los ejes estructurales de la atención sociosanitaria. Sobre

esta base, las principales recomendaciones derivadas del análisis de las medidas evaluadas son las siguientes:

- Consolidar los mecanismos de gobernanza y coordinación institucional, reforzando las estructuras de colaboración, los protocolos conjuntos y la planificación compartida entre los sistemas sanitario y social.
- Avanzar en la interoperabilidad de los sistemas de información, facilitando el acceso compartido y seguro a la información clínica y social, así como el desarrollo de la prescripción electrónica en el ámbito residencial.
- Mantener y fortalecer la colaboración entre profesionales, aprovechando los resultados favorables alcanzados en el trabajo interdisciplinar y promoviendo su continuidad y consolidación.
- Reforzar la prevención y la mejora continua en los centros residenciales y sociales, especialmente mediante la formación de los profesionales, la consolidación de los mecanismos de vigilancia epidemiológica, el seguimiento de buenas prácticas y la evaluación periódica de las actuaciones preventivas.

3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL ÁREA

Además de las medidas anteriores, que recogen los distintos aspectos objeto de valoración del Área 5, resulta de interés incorporar algunos indicadores de carácter general, obtenidos de fuentes oficiales, que permitan contextualizar los resultados de la evaluación. En este sentido, y dentro del ámbito de la atención sociosanitaria, la dependencia y de lo que, en Europa y, cada vez más en España se denominan Cuidados de Larga Duración, se ha considerado conveniente incluir una serie de variables proporcionadas por organismos públicos que permitan conocer mejor las necesidades de atención, la población potencialmente afectada y los recursos disponibles para darles respuesta.

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DEL ÁREA 5

INDICADOR	VALOR (AÑO)	FUENTE
Población Total	49.128.297 (2025)	INE
Población de 0 a 64 años	38.949.672 (2025)	INE
Población de 65 a 79 años	7.147.622 (2025)	INE
Población de más de 80 años	3.031.003 (2025)	INE
Presupuesto por habitante en servicios sociales	475,92 (2024)	Ministerio Hacienda/INE
Hospitalizaciones potencialmente evitables: PQI 92 Indicador agregado	31,92 (2021)	ICMBD

de patologías crónicas (Tasa por 10k ajustada)		
Persona con derecho a prestación por dependencia	1.853.859 (2026)	IMSERSO SIAAD
Índice de dependencia	53,29 (2024)	INCLASS/INE
Número de Camas hospitalarias de media y larga estancia	14.662 (2024)	CNHOSPITALES
Teleasistencia (índice de cobertura)	11,59 (2024)	IMSERSO
Servicio de ayuda a domicilio (índice de cobertura)	5,79 (2024)	IMSERSO
Centros de día (índice de cobertura)	1,06 (2024)	IMSERSO
Servicios de atención residencial (índice de cobertura centro residencial)	3,95 (2024)	IMSERSO

Los indicadores demográficos recogidos en la tabla 2 muestran el peso de la población mayor en la estructura poblacional del país. En concreto, las personas de 65 años y más representan el 20,72% de la población total, lo que refleja la importancia del envejecimiento demográfico para la planificación de los servicios asistenciales y sociales. En relación con el sistema de atención a la dependencia, las personas con derecho a prestación representan el 3,77% de la población total y el 18,21% de la población mayor de 65 años, lo que permite dimensionar el alcance potencial del sistema de cuidados de larga duración y su impacto en la planificación de recursos.

En el ámbito económico, el presupuesto medio en servicios sociales por habitante se sitúa en 475,92 euros (2024). Este dato constituye un indicador relevante del esfuerzo público en materia de protección social, si bien debe interpretarse de forma complementaria con el gasto sanitario, analizado en otras áreas del informe.

Junto a la dotación económica, resulta necesario considerar la disponibilidad y distribución de los recursos asistenciales. En este sentido, los índices de cobertura de los principales servicios (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y atención residencial) muestran niveles medios de implantación, con diferencias marcadas entre modalidades.

La consideración conjunta de las necesidades de la población y de los recursos disponibles permite identificar algunos de los principales retos de los cuidados de larga duración. España se encuentra ante el desafío de avanzar desde un sistema de protección de la dependencia centrado en el reconocimiento de derechos hacia

un sistema de cuidados que debe generar capacidad asistencial suficiente para hacer efectivos dichos derechos. El envejecimiento demográfico y un índice de dependencia del 53,29 configuran una presión estructural creciente sobre los servicios sociales y sanitarios.

En este proceso, es fundamental garantizar que los avances en el reconocimiento de derechos se traduzcan en una atención adecuada a las necesidades de las personas. Aunque el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) ha experimentado una importante expansión y la lista de espera se ha reducido en los últimos años, persiste una brecha entre el reconocimiento del derecho y la disponibilidad efectiva de atención.

Esta necesidad de reforzar la capacidad de respuesta del sistema debe ponerse también en relación con la configuración de los recursos disponibles. La estructura de servicios muestra una clara orientación hacia la permanencia en el domicilio, con una cobertura de teleasistencia del 11,59% y de ayuda a domicilio del 5,79% de la población de 65 años y más, mientras que los recursos de mayor intensidad presentan coberturas considerablemente menores: 1,06% en centros de día y 3,95% en atención residencial. Esta estructura puede favorecer la permanencia en el entorno habitual, pero evidencia también la necesidad de reforzar los recursos intermedios y la intensidad de los cuidados.

Desde esta perspectiva, el principal riesgo es que las insuficiencias de apoyo comunitario, domiciliario e intermedio se traduzcan en una mayor utilización de recursos sanitarios, especialmente urgencias, hospitalizaciones y estancias hospitalarias potencialmente evitables. La tasa de 31,92 hospitalizaciones potencialmente evitables por 10.000 habitantes constituye, en este sentido, un indicador relevante para monitorizar la efectividad de la coordinación entre atención sanitaria, servicios sociales y cuidados de larga duración.

Considerados conjuntamente, estos indicadores subrayan la necesidad de abordar de forma integrada la planificación de los recursos, la organización de los servicios y la continuidad de la atención. El reto futuro no consiste únicamente en incrementar el gasto, sino en transformar dicho gasto en capacidad efectiva de cuidados, reforzando la atención domiciliaria, los centros de día, los recursos de media y larga estancia, la coordinación entre Atención Primaria y servicios sociales y los sistemas de información compartidos. El objetivo debería ser desplazar el centro de gravedad del sistema desde la respuesta hospitalaria o residencial hacia la prevención, la autonomía y los cuidados integrados en la comunidad. Más que sanitarizar la dependencia o socializar la sanidad, se trata de construir un espacio común de cuidados.

ÁREA 6. TECNOLOGÍAS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

Desde la Fundación Economía y Salud continuamos impulsando iniciativas orientadas a favorecer la evolución y mejora del Sistema Nacional de Salud (SNS). A lo largo de las distintas ediciones del Índice FES, las tecnologías y la transformación digital han ocupado una posición estratégica, consolidándose como uno de los principales facilitadores para avanzar hacia un sistema sanitario más eficiente, sostenible y centrado en el paciente.

Los resultados de esta edición ponen de manifiesto que la digitalización ya no debe medirse únicamente por la implantación de herramientas tecnológicas, sino por la capacidad de convertir los datos en conocimiento útil, integrar la innovación en la práctica asistencial y garantizar una interoperabilidad real entre profesionales, organizaciones y ciudadanos.

En este contexto, esta área mantiene su relevancia como un ámbito específico de análisis al constituir uno de los pilares fundamentales para impulsar la toma de decisiones basada en datos, el desarrollo de la inteligencia artificial, la mejora de la experiencia del paciente y la transformación efectiva de los modelos asistenciales del futuro.

En un entorno marcado por la creciente digitalización y el protagonismo del dato, la salud se consolida como uno de los ámbitos donde la gestión de la información y la incorporación de nuevas tecnologías no solo aportan valor, sino que se convierten en un elemento estructural para la sostenibilidad y mejora del sistema sanitario.

En definitiva, la gestión de la información y las nuevas tecnologías constituyen un pilar clave para la evolución del sistema sanitario, siendo determinantes para mejorar la calidad asistencial, optimizar los recursos disponibles, mantener al paciente en el centro del modelo y poner foco en los profesionales sanitarios que son quienes velan por la salud de los pacientes.

El área se estructura en torno a las siguientes medidas con la siguiente puntuación máxima asignada a cada una:

TABLA 1: PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 6

ÁREA 6. TECNOLOGÍAS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL	PUNTOS
Medida 26. Captura de información clínica automatizada en hospitales	1,00
Medida 27. Ciberseguridad	1,00
Medida 28. Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos	1,50
Medida 31. Gobierno y calidad del dato	1,00
Medida 32. Analítica avanzada para la gestión del Servicio de Salud (IA y/o modelos predictivos)	1,50
Medida 32.1. Modelos analíticos para vigilancia epidemiológica	1,00
Medida 33. Sistemas de información flexibles.	1,00
Medida 35. Historia de salud interoperable e interactiva	2,00

Medida 26. Captura de información clínica automatizada en hospitales: la transformación digital en el ámbito sanitario hace tiempo que no debe entenderse como una tendencia emergente, sino como una realidad consolidada que impacta directamente en la calidad de la atención, la eficiencia operativa y la seguridad del paciente. En este contexto, resulta esencial avanzar hacia modelos que permitan capturar, gestionar y explotar la información de forma automatizada y segura, garantizando en todo momento su calidad y trazabilidad. Aquí se analiza la implantación de esta medida en hospitales.

Esta medida evalúa si se captura la información clínica asistencial en hospitales utilizando tecnologías de registro automáticas (lectores de códigos, IoT, RFID).

Medida 27. Ciberseguridad: la creciente dependencia de los datos, la interoperabilidad y la inteligencia artificial refuerza la importancia de otro concepto clave en nuestros días: la ciberseguridad. Esta no es ya un problema exclusivamente tecnológico. La mayoría de los riesgos relevantes se encuentran en la interacción entre sistemas, procesos y personas, por lo que su gestión debe integrarse de forma natural en la práctica clínica y en la gestión de las organizaciones sanitarias.

Con esta medida se analizan los esfuerzos que hace el sistema de salud en mejorar y asegurar la ciberseguridad de sus sistemas de información y, en particular, esta medida evalúa si existe un plan de ciberseguridad institucional a nivel de los servicios de salud.

Medida 28. Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos: el papel del paciente en el sistema sanitario está evolucionando hacia un modelo más participativo e informado, en el que no solo recibe atención, sino

que también contribuye activamente a la generación de información relevante para el cuidado de su salud. Resulta fundamental potenciar canales bidireccionales de comunicación entre ciudadanos y profesionales sanitarios, así como habilitar mecanismos que faciliten la incorporación de datos generados fuera del entorno asistencial. Esta medida informa del nivel de desarrollo de estos canales de comunicación, incluyendo la telemedicina y la teleasistencia.

En concreto, la Medida 28 evalúa la disponibilidad de canales institucionales no presenciales de comunicación entre profesionales y pacientes —tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria—, así como el fomento de la fluidez del ciudadano en el acceso a los servicios del sistema sanitario (gestión de trámites administrativos, burocracia e informes).

Medida 31. Gobierno y calidad del dato: el dato se ha posicionado como un activo estratégico del sistema sanitario, pero su valor no reside únicamente en su volumen, sino en su calidad, relevancia y capacidad de generar conocimiento accionable. En este sentido, se hace necesario evolucionar desde modelos centrados en la acumulación de información hacia enfoques que prioricen su utilidad real, evitando la sobrecarga analítica y favoreciendo la toma de decisiones basada en evidencia.

En este apartado se analiza en qué medida el servicio de salud vela por la calidad y usabilidad de los datos que recoge. Particularmente, esta medida evalúa si hay un plan de medidas de calidad de los datos en el servicio de salud.

Medida 32. Analítica avanzada para la gestión del Servicio de Salud (IA y/o modelos predictivos): la inteligencia artificial y los modelos analíticos avanzados deben trascender su consideración como elementos asociados a la innovación teórica, para consolidarse como herramientas aplicadas que permitan mejorar la eficiencia del sistema, anticipar necesidades y avanzar hacia un modelo de medicina más preventiva y personalizada. La tecnología no es un problema, tenemos mucha y, en términos generales, ha alcanzado un estado de madurez significativo. El principal reto ya no está en incorporar nuevas herramientas, está en su adopción efectiva por parte de los profesionales y en su integración real en los procesos asistenciales. Este apartado mide con que madurez en intensidad los servicios de salud están incorporando modelos analíticos avanzados incluyendo IA en la gestión de su información.

En concreto, la Medida 32 evalúa la presencia e integración de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) y analítica avanzada en tres ámbitos clave de la gestión sanitaria: (i) gestión de la capacidad asistencial: ajuste y optimización de listas de espera, gestión de colas y cálculo predictivo de plantillas; (ii) medición de resultados en salud: evaluación continuada de la efectividad de las intervenciones; y (iii) soporte a la toma de decisiones clínicas y terapéuticas: integración de algoritmos, vías clínicas, guías y protocolos adaptados.

Medida 32.1. Modelos analíticos para vigilancia epidemiológica: tras el impacto de la pandemia y ante la persistencia de amenazas epidemiológicas, cobra especial relevancia el desarrollo de capacidades analíticas que permitan una vigilancia más ágil y una respuesta más eficaz ante posibles situaciones de riesgo para la salud pública. Esta medida nos informa de sus existencia y funcionamiento.

En concreto, la Medida 32.1 evalúa si existen modelos analíticos automatizados o herramientas de IA orientados específicamente a la vigilancia epidemiológica en el servicio de salud.

Medida 33. Sistemas de información flexibles: en la actualidad es imperativo que los sistemas de información de un Servicio de Salud sean absolutamente flexibles para poder ir adaptándose a las modificaciones asistenciales necesarias para garantizar una asistencia sanitaria de calidad. Los protocolos cambian, los tratamientos cambian, la forma de atender a los pacientes cambia. La organización está absolutamente viva y por tanto esos cambios deben reflejarse de manera ágil y rápida en los sistemas de información, para facilitar las cosas al profesional y que ocupe la mayoría de su tiempo en el paciente y no en lidiar con los sistemas de información. Esta medida informa de como de ágiles son en la adaptación y como de rápido se pueden adoptar los cambios los sistemas de información del servicio de salud.

En concreto, la Medida 32.1 evalúa si existen modelos analíticos automatizados o herramientas de IA orientados específicamente a la vigilancia epidemiológica en el servicio de salud.

Medida 35. Historia de salud interoperable e interactiva: todo lo anterior requiere seguir avanzando hacia un modelo de interoperabilidad real, que garantice la cohesión del sistema sanitario en el conjunto del territorio. La coexistencia de múltiples sistemas y soluciones tecnológicas, en un contexto de organización descentralizada como el español, con una provisión pública y privada de los servicios asistenciales, hace imprescindible reforzar los esfuerzos para asegurar la integración y comunicación efectiva de la información entre todos los niveles y agentes implicados. En esta medida se analiza el nivel de interoperabilidad de los sistemas de información en el servicio de salud.

En concreto, la Medida 35 evalúa la efectividad de la interoperabilidad en cuatro dimensiones asistenciales clave: (i) interoperabilidad autonómica: disponibilidad de los datos de la historia de salud para profesionales sanitarios de otras Comunidades Autónoma; (ii) continuidad asistencial intraterritorial: acceso garantizado a la información clínica desde cualquier centro o nivel de atención dentro del propio servicio de salud; (iii) personalización e interacción: inclusión de información orientada a las necesidades individuales de promoción de la salud y prevención de

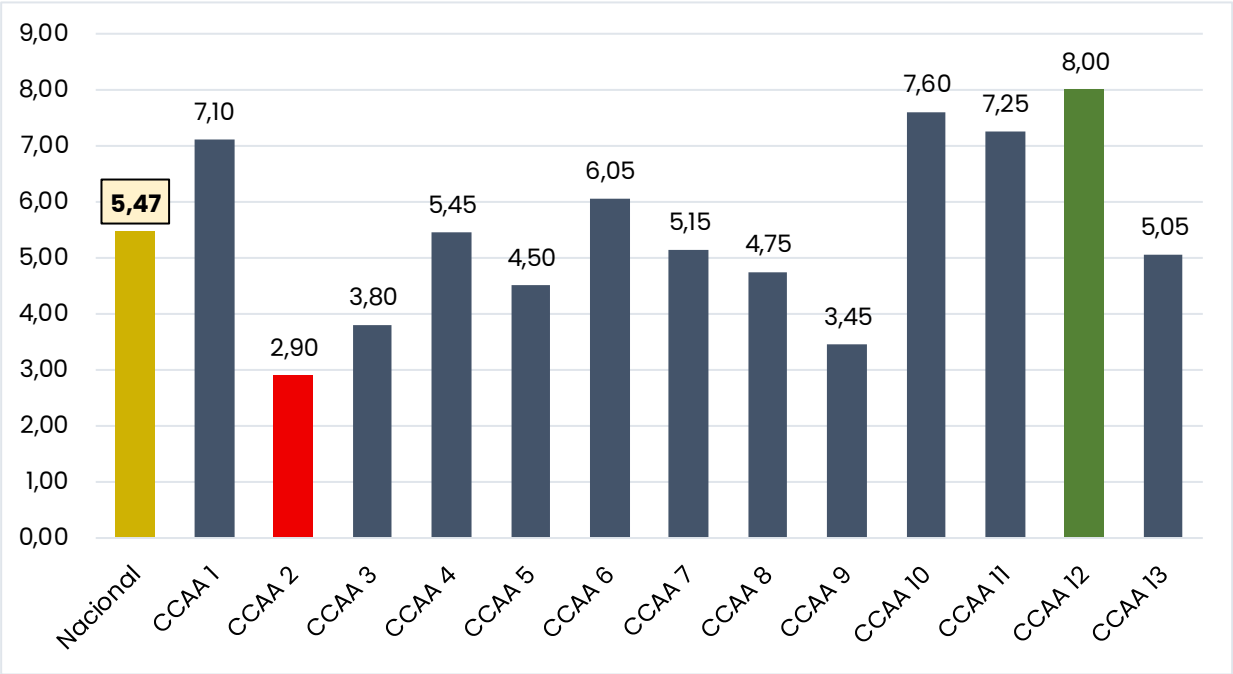
la enfermedad; y (iv) integración sociosanitaria: incorporación de datos sobre actuaciones en otros ámbitos clave, como los servicios sociales.

2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA MEDIA NACIONAL

2.1. Valoración

A nivel nacional, la puntuación media de esta área, respecto a las 13 Comunidades Autónomas (CC. AA.) que participan, ha sido de 5,47 puntos sobre 10, quedando como el área más baja en puntuación de las analizadas, lo que no fue así en anteriores ediciones. Esta área partía de una puntuación en el Índice FES 2024 de 6,23 puntos. En esta edición la puntuación ha bajado al ser un área de desarrollo estratégico y verse lastrada por las bajas puntuaciones de la implantación de analítica avanzada para la gestión del servicio de salud (IA y/o modelos predictivos) con solo 2,51 puntos y los modelos analíticos para vigilancia epidemiológica con solo 2,62 puntos. La distribución de la media por CC. AA. de la siguiente manera:

GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL DEL ÁREA Y SITUACIÓN DE LAS CC. AA. ÁREA 6



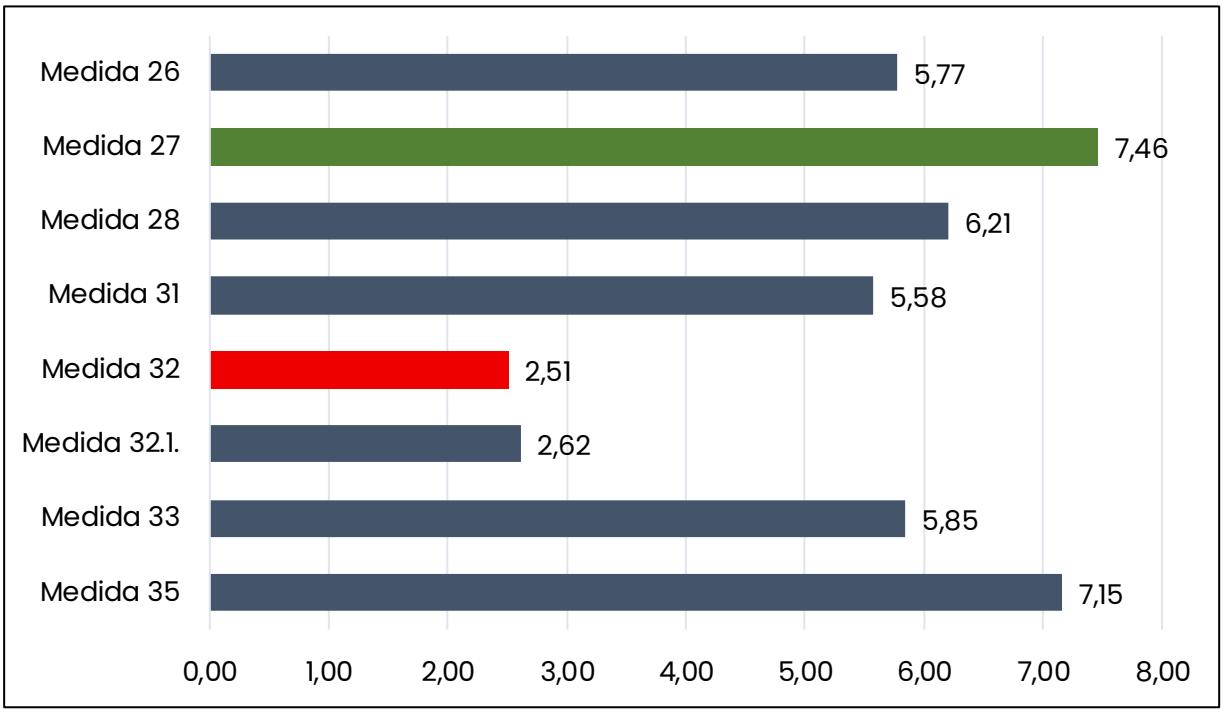
Se observa una gran dispersión en esta área, situándose la Comunidad Autónoma (C. A.) que puntúa más bajo con 2,90 y la más alta con 8,00.

En el balance global, el desarrollo del Área 6 "Tecnologías y transformación digital" recibe el aprobado, logrando ocho CC. AA. puntuaciones por encima del 5,00, mientras que las cinco restantes se sitúan por debajo de este umbral.

La Medida 27, "Ciberseguridad", es la que presenta una menor variabilidad interna y respecto al Índice FES 2024, manteniendo prácticamente el mismo nivel de desarrollo, y además alcanza la puntuación más alta del conjunto de medidas analizadas: un 7,64

Las medidas con menor grado de implantación han sido la Medida 32 "Analítica avanzada para la gestión del Servicio de Salud (IA y/o modelos predictivos)", que se sitúa en 2,51 puntos y además baja significativamente respecto al índice anterior, y la 32.1, "Modelos analíticos para vigilancia epidemiológica", que se sitúa en 2,62 puntos y repiten como medida con menor nivel de desarrollo, descendiendo también en su puntuación. No obstante, se observa un esfuerzo relevante por impulsar la interoperabilidad de la historia clínica reflejado en la Medida 35 "Historia de salud interoperable e interactiva" con una puntuación destacada de 7,15.

GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL DE CADA MEDIDA



En conclusión, el SNS ha logrado consolidar una infraestructura digital razonablemente madura. Sin embargo, el sistema todavía no está capturando todo el valor potencial de sus activos de información al persistir un notable déficit en el despliegue efectivo de la analítica avanzada, inteligencia artificial y modelos predictivos en el ámbito asistencial y de gestión.

2.2. Recomendaciones

A la vista de los resultados obtenidos en el Área 6 "Tecnologías y Transformación Digital", las recomendaciones generales para 2026 se orientan a consolidar el paso de una digitalización basada en la disponibilidad de herramientas hacia un modelo

centrado en el uso efectivo del dato, la integración real de los sistemas y la generación de valor asistencial.

Aunque el SNS presenta una base digital sólida y madura, especialmente en ámbitos como la historia clínica interoperable, la receta electrónica y la ciberseguridad, los resultados evidencian que la madurez tecnológica no siempre se traduce en una utilización homogénea, avanzada y plenamente integrada en los procesos asistenciales.

En primer lugar, resulta prioritario reforzar el gobierno y la calidad del dato como base estructural para el desarrollo del resto de capacidades digitales.

Las diferencias observadas entre CC. AA. ponen de manifiesto que disponer de información no es suficiente si no existen marcos comunes de calidad, trazabilidad, interoperabilidad, responsabilidades y reutilización del dato.

Esta recomendación mantiene plena vigencia respecto a ejercicios anteriores, en los que ya se señalaba que el buen gobierno del dato constituía una condición necesaria para avanzar en analítica avanzada y modelos predictivos.

En la presente edición debe reforzarse todavía más, ya que el principal reto no está únicamente en capturar datos, sino en asegurar que sean fiables, estructurados y útiles para apoyar la toma de decisiones clínicas, organizativas y poblacionales.

En segundo lugar, se recomienda acelerar el desarrollo de capacidades de analítica avanzada e inteligencia artificial aplicadas a la gestión sanitaria.

La Medida 32 "Analítica avanzada para la gestión del Servicio de Salud: IA y/o modelos predictivos" y la Medida 32.1 "Modelos analíticos para vigilancia epidemiológica" son las que presentan un menor grado de implantación, lo que confirma que la explotación avanzada de la información continúa siendo una de las principales asignaturas pendientes del área.

Las CC. AA. deberían orientar sus esfuerzos hacia casos de uso concretos y escalables, tales como la gestión de listas de espera, la planificación de recursos, la predicción de demanda asistencial, la medición de resultados en salud, el apoyo a la decisión clínica y la vigilancia epidemiológica avanzada.

El objetivo no debería ser incorporar IA de forma aislada, sino integrarla en procesos reales de gestión y atención sanitaria, con impacto medible y apoyada en datos de calidad.

En tercer lugar, es necesario avanzar en la consolidación de modelos analíticos para vigilancia epidemiológica.

La pandemia evidenció la necesidad de disponer de sistemas ágiles, automatizados y conectados que permitan anticipar riesgos, detectar patrones y responder con mayor rapidez ante situaciones de salud pública. Sin embargo, los resultados del

Índice FES muestran que la Medida 32.1 "Modelos analíticos para vigilancia epidemiológica" resultados muestran que esta medida sigue entre las menos desarrolladas del área.

Por ello, se recomienda reforzar la conexión entre historia clínica, salud pública, Atención Primaria, Atención Hospitalaria y sistemas de información poblacional. El objetivo es evolucionar desde esquemas declarativos tradicionales hacia modelos de vigilancia más proactivos, interoperables y basados en información actualizada.

Resulta llamativo que, en un contexto de creciente interés institucional por la IA, los resultados del Índice FES continúen mostrando un nivel limitado de implantación de capacidades analíticas avanzadas y modelos predictivos en los servicios regionales de salud.

En cuarto lugar, debe impulsarse la adopción efectiva de los servicios digitales, la telemedicina y los canales bidireccionales con la ciudadanía.

Los indicadores del estudio muestran que, aunque existen herramientas digitales disponibles, persisten diferencias relevantes entre CC. AA. en su utilización real por parte de profesionales y pacientes.

En este sentido, tal y como evalúa la Medida 28 "Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos, no basta con desplegar aplicaciones, portales o canales no presenciales. Es necesario integrarlos en los circuitos asistenciales habituales, fomentar su uso por parte de los profesionales, facilitar la experiencia del ciudadano y asegurar que la información generada a través de estos canales se incorpora de forma útil al proceso asistencial.

En quinto lugar, se recomienda seguir evolucionando los sistemas de información hacia arquitecturas más flexibles, interoperables y adaptables.

La Medida 33 "Sistemas de información flexibles" refleja una ligera mejora respecto a la edición anterior. Sin embargo. las exigencias operativas actuales demandan acelerar este proceso para responder con agilidad a los constantes cambios organizativos, normativos y tecnológicos.

En este contexto, las CC. AA. deben evitar que los sistemas actuales se conviertan en una barrera para la innovación. La transformación digital sanitaria requiere plataformas capaces de integrarse con nuevas soluciones, incorporar datos de múltiples fuentes, facilitar la interoperabilidad entre niveles asistenciales y responder de forma ágil a nuevas necesidades clínicas, organizativas y poblacionales.

Por último, se recomienda mantener la ciberseguridad como prioridad transversal.

Aunque la Medida 27 "Ciberseguridad" es una de las medidas más consolidadas y con mejor comportamiento dentro del área, su evolución debe ser continua,

especialmente en un contexto de mayor interoperabilidad, uso intensivo del dato, despliegue de IA, telemedicina y apertura de nuevos canales digitales.

La recomendación para 2026 no es solo mantener planes y protocolos de seguridad, sino reforzar la cultura de ciberseguridad entre profesionales, asegurar la protección de los datos en nuevos entornos digitales y garantizar que la innovación tecnológica se despliega siempre bajo criterios sólidos de seguridad, confidencialidad y protección de la información sanitaria.

Resumen ejecutivo sobre recomendaciones:

- Gobierno y calidad del dato: Garantizar fiabilidad y homogeneidad entre CC. AA. como pilar estructural.
- Analítica avanzada e IA: Pasar de proyectos piloto a casos de uso integrados en la gestión operativa (Medidas 32 "Analítica avanzada para la gestión del Servicio de Salud: IA y/o modelos predictivos" y 32.1"Modelos analíticos para vigilancia epidemiológica").
- Vigilancia epidemiológica: Conectar salud pública e historia clínica para una respuesta proactiva.
- Adopción de canales digitales: Integrar la telemedicina y la comunicación bidireccional (Medida 28"Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos") en los circuitos asistenciales diarios.
- Arquitecturas flexibles: Modernizar los sistemas de información (Medida 33 "Sistemas de información flexibles") para no frenar la innovación.
- Ciberseguridad transversal: Evolucionar la protección del dato (Medida 27 "Ciberseguridad") al ritmo del nuevo ecosistema digital.

3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL ÁREA 6

Los indicadores públicos deben interpretarse como información complementaria al Índice FES, habiendo sido obtenidos de fuentes públicas independientes a la encuesta directa remitida por la Fundación Economía y Salud a las CC. AA. Estos datos ofrecen una perspectiva adicional de interés para contrastar, contextualizar y enriquecer el análisis de los resultados de esta Área.

En este apartado en concreto, los indicadores proceden de las evaluaciones elaboradas por la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) a partir de encuestas a los servicios regionales de salud, expresándose sus resultados en porcentaje de implantación.

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DEL ÁREA 6

INDICADOR	VALOR MEDIO (2025)	VALOR MÁXIMO CC. AA.	VALOR MÍNIMO CC. AA.
Historia Clínica Interoperable	88,12%	96%	78%
Receta Electrónica Interoperable	95,59%	98%	92%
Servicios Digitales al Ciudadano	76,29%	92%	60%
Telemedicina	70,71%	86%	55%
Uso Real Digital	75,00%	90%	62%

Elaboración propia tomando como fuente el "Índice SEIS de la Sociedad Española de Informática de la Salud" (2025).

En términos generales, los indicadores del Área 6 "Tecnología y Transformación digital" muestran un nivel de desarrollo alto entre las distintas dimensiones analizadas, con una dispersión moderada.

La Receta Electrónica destaca como el sistema digital más consolidado en nuestro país, alcanzando una media nacional del 95,6% de extensión poblacional. Esta cifra refleja una implantación prácticamente universal en el SNS, aunque todavía persisten diferencias regionales en el nivel de explotación e integración avanzada de los datos.

También presenta un nivel avanzado la Historia Clínica Interoperable, indicador que mide el porcentaje de la población que cuenta con sus datos clínicos integrados en los nodos centrales para permitir la consulta médica compartida. Registra una media nacional del 88,1%, lo que evidencia una alta capacidad para compartir información clínica entre niveles asistenciales y CC. AA. A pesar del alto grado de integración la capacidad para emitir y recibir información clínica de manera bidireccional no es completamente homogénea en el territorio, oscilando entre el 78% en la C. A. menos desarrollada y el 96% en la más avanzada.

Este indicador se relaciona con la medida 35 "Historia de salud interoperable e interactiva" del Índice FES, la cual evalúa la interoperabilidad no sólo dentro del propio servicio de salud, sino también su articulación con los servicios sociales. Esta medida alcanzo una puntuación de 7,50 en el Índice FES 2024 y ha alcanzado 7,15 puntos en la edición actual, consolidándose así como una fortaleza estructural del SNS.

En un nivel intermedio de implantación se sitúan los Servicios Digitales al Ciudadano y el Uso Real Digital, con medias nacionales del 76,3% y 75,0%, respectivamente.

El indicador Servicios Digitales al Ciudadanos es un indicador compuesto que evalúa la disponibilidad funcional puesta a disposición del usuario por parte del servicio de salud, incluyendo la existencia en el servicio de salud de una app institucional y medios para pedir cita *online* así como y herramientas para la descarga directa de informes clínicos.

El indicador de Uso Real digital refleja la adopción real de la tecnología por parte de los pacientes. Mide tres comportamientos concretos: la frecuencia con la que se utilizan las *apps* de salud, el volumen de consultas telemáticas realizadas y las veces que los ciudadanos entran a consultar su historia clínica.

Cabe precisar que estos indicadores no guardan una correlación directa punto por punto con las medidas cuantitativas del Índice FES, por lo que deben interpretarse como información contextual y complementaria de alto valor para calibrar la brecha entre la oferta de servicios digitales disponibles y su nivel de adopción real por parte de la ciudadanía.

Finalmente, la Telemedicina, un indicador sintético que evalúa del nivel de desarrollo e implantación de las consultas telemáticas tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, así como su cobertura poblacional- presenta la media más baja de este bloque de indicadores, situándose en un 70,7%.

Esta cifra evidencia que, a pesar del crecimiento experimentado tras la pandemia por COVID-19, el grado de integración de la telemedicina en la práctica asistencial ordinaria continúa siendo heterogénea entre territorios y todavía mantiene margen de consolidación.

Este indicador de la SEIS guarda relación con la Medida 28 "*Canales de comunicación bidireccionales entre sanitarios y ciudadanos*" del Índice FES. Aunque ambas métricas no evalúan exactamente el mismo parámetro, la Medida 28 mide la infraestructura de comunicación no presencial que hace técnicamente posible la teleconsulta. Esta medida alcanzó una media nacional de7,95 puntos en la edición del Índice FES 2024 descendiendo hasta los 6,21 en la edición de este año 2026. Resulta especialmente llamativo este descenso el cual concuerda con la tendencia observada tras el pico de adopción alcanzado durante la emergencia sanitaria. Tras la etapa de auge postpandemia, se ha producido una cierta relajación institucional y una disminución en la intensidad de uso de estos canales, volviendo a esquemas asistenciales predominantemente presenciales.

En conjunto, estos indicadores públicos analizados reflejan un ecosistema de digitalización sanitaria avanzado en sus sistemas estructurales, como la receta electrónica y la historia clínica. Sin embargo, el diagnóstico global pone de manifiesto la necesidad trasladar esta capacidad tecnológica hacia un uso real de las herramientas digitales, superando la brecha de adopción y consolidando la extensión de la telemedicina en los circuitos asistenciales ordinarios.

ÁREA 7: CAPITAL HUMANO

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

Los sistemas sanitarios afrontan en 2026 importantes retos para garantizar su sostenibilidad y capacidad de respuesta ante el envejecimiento de la población, el incremento de la cronicidad y la complejidad asistencial, la transformación digital, la escasez de profesionales y unas expectativas crecientes por parte de los pacientes y la ciudadanía. En este contexto, la disponibilidad, cualificación y el bienestar de los profesionales constituyen elementos esenciales para mantener la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención.

La evaluación del desempeño de los sistemas sanitarios se ha apoyado tradicionalmente en el modelo Triple Aim, centrado en mejorar los resultados en salud de la población, la experiencia de los pacientes y la eficiencia del sistema. A estos objetivos se ha incorporado posteriormente una cuarta dimensión, el Quadruple Aim, que reconoce el bienestar, la satisfacción y el compromiso de los profesionales como condiciones necesarias para avanzar de forma sostenible en los restantes objetivos.

La gestión del capital humano tiene, por tanto, un carácter transversal y estratégico. No se trata únicamente de disponer de un número suficiente de profesionales, sino de adecuar sus competencias, distribución y organización a las necesidades asistenciales presentes y futuras. Las jubilaciones previstas, las dificultades para atraer y fidelizar determinados perfiles, las desigualdades territoriales y la aparición de nuevas competencias asociadas a la transformación digital hacen necesario avanzar hacia modelos de planificación de recursos humanos más prospectivos.

La transformación digital también está modificando la organización del trabajo. La automatización, los sistemas de apoyo a la decisión y las herramientas basadas en inteligencia artificial pueden contribuir a reducir determinadas cargas y mejorar los procesos, pero requieren nuevas competencias y una adecuada adaptación organizativa. Al mismo tiempo, deben considerarse riesgos asociados a la carga cognitiva, la hiperconectividad y la adaptación continua a nuevos entornos de trabajo.

Junto a la planificación y gestión de los profesionales, adquieren especial relevancia la salud laboral y los riesgos psicosociales. La presión asistencial, la exposición al sufrimiento, los conflictos con pacientes y familiares, la violencia en el entorno laboral, las jornadas prolongadas y las dificultades de desconexión pueden afectar al bienestar de los profesionales y al funcionamiento de las organizaciones. Estos factores requieren una prevención que incorpore tanto los riesgos laborales tradicionales como los asociados a las nuevas formas de organización del trabajo.

En este ámbito cobran también importancia el envejecimiento de las plantillas, la perspectiva de género, la adaptación de los puestos a las diferentes etapas de la vida profesional, la conciliación, la desconexión digital y el desarrollo de modelos organizativos más flexibles y participativos. La humanización del trabajo debe entenderse como parte de esta estrategia: cuidar a los profesionales, favorecer su autonomía y desarrollo, reconocer su contribución y facilitar su participación son elementos que contribuyen a construir organizaciones más saludables y sostenibles.

Por ello, el Área 7 "Capital humano" evalúa la capacidad de los servicios de salud para planificar y gestionar adecuadamente sus recursos humanos, promover entornos laborales seguros y saludables, desarrollar el talento y las competencias profesionales, favorecer el bienestar y la conciliación, prevenir los riesgos laborales y psicosociales, impulsar liderazgos participativos y reforzar la implicación de los profesionales en los objetivos de las organizaciones.

En el Índice FES 2026, esta aproximación se concreta en diez medidas que permiten analizar diferentes dimensiones relacionadas con la salud laboral, la gestión del capital humano y la humanización del trabajo, tal y como se reconoce en la tabla 1.

TABLA 1. PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 7

ÁREA 7. CAPITAL HUMANO	PUNTOS
Medida 13. Ratios y Movilidad profesional	1,00
Medida 67. Evaluación profesional	0,80
Medida 77. Bienestar emocional de los profesionales	1,00
Medida 78. Conciliación familiar del profesional sanitario	0,70
Medida 79. Prevención Riesgos Laborales	1,00
Medidas 83 y 85. Incentivos alineados con la estrategia y los resultados	1,50
Medida 84. Liderazgo participativo y comprometido	1,50
Medida 86. Clima laboral positivo	0,50
Medida 87. Incentivación no económica	1,00
Medida 88. Meritocracia y evaluación periódica de competencias	1,00

A continuación, se describe brevemente el contenido de cada medida:

Medida 13. Ratios y Movilidad profesional: analiza la planificación de las necesidades de profesionales en función de las cargas de trabajo y la actividad prevista, así como la existencia de mecanismos para adaptar su distribución a las necesidades asistenciales y organizativas.

Medida 67. Evaluación profesional: valora la existencia de sistemas de evaluación del desempeño por parte de los responsables y mandos intermedios, orientados a identificar necesidades de desarrollo y favorecer la mejora continua.

Medida 77. Bienestar emocional de los profesionales: analiza la existencia de actuaciones de apoyo y acompañamiento dirigidas a promover el bienestar emocional de los profesionales y prevenir situaciones de malestar relacionadas con el desempeño de su actividad.

Medida 78. Conciliación familiar del profesional sanitario: evalúa la existencia de iniciativas y planes que faciliten la compatibilidad entre las responsabilidades profesionales, personales y familiares, contribuyendo al bienestar, la igualdad y la fidelización de los profesionales.

Medida 79. Prevención de Riesgos Laborales: analiza la realización planificada de evaluaciones de riesgos, la implantación de las medidas preventivas correspondientes y la formación preventiva obligatoria y adaptada a los distintos puestos de trabajo.

Medida 84. Liderazgo participativo y comprometido: valora aspectos relacionados con la autonomía profesional, la comunicación interna y el desarrollo de modelos participativos de coordinación y gestión. El liderazgo constituye un elemento transversal para favorecer la motivación, la innovación y el compromiso profesional.

Medida 86. Clima laboral positivo: analiza la existencia de mecanismos periódicos para conocer el clima laboral y utilizar sus resultados en la mejora de las condiciones de trabajo, especialmente en relación con los factores psicosociales y la experiencia profesional.

Medida 87. Incentivación no económica: valora la existencia de mecanismos institucionales para reconocer la contribución y el desempeño de profesionales, equipos y servicios, como instrumento de motivación y compromiso.

Medida 88. Meritocracia y evaluación periódica de competencias: analiza la existencia de sistemas de evaluación periódica de competencias y de actuaciones dirigidas a generar, atraer y fidelizar talento, especialmente ante la escasez de determinados perfiles profesionales.

Medidas 83 y 85. Incentivos alineados con la estrategia y los resultados: valoran la existencia de sistemas de incentivos vinculados a los objetivos estratégicos y a los resultados de las organizaciones, así como su relevancia dentro de la política retributiva.

En conjunto, estas medidas permiten valorar diferentes dimensiones de la gestión de los profesionales, desde la planificación y evaluación hasta el bienestar, la prevención, el liderazgo, el reconocimiento y el desarrollo competencial. Su análisis integrado permite aproximarse a la capacidad de las organizaciones sanitarias

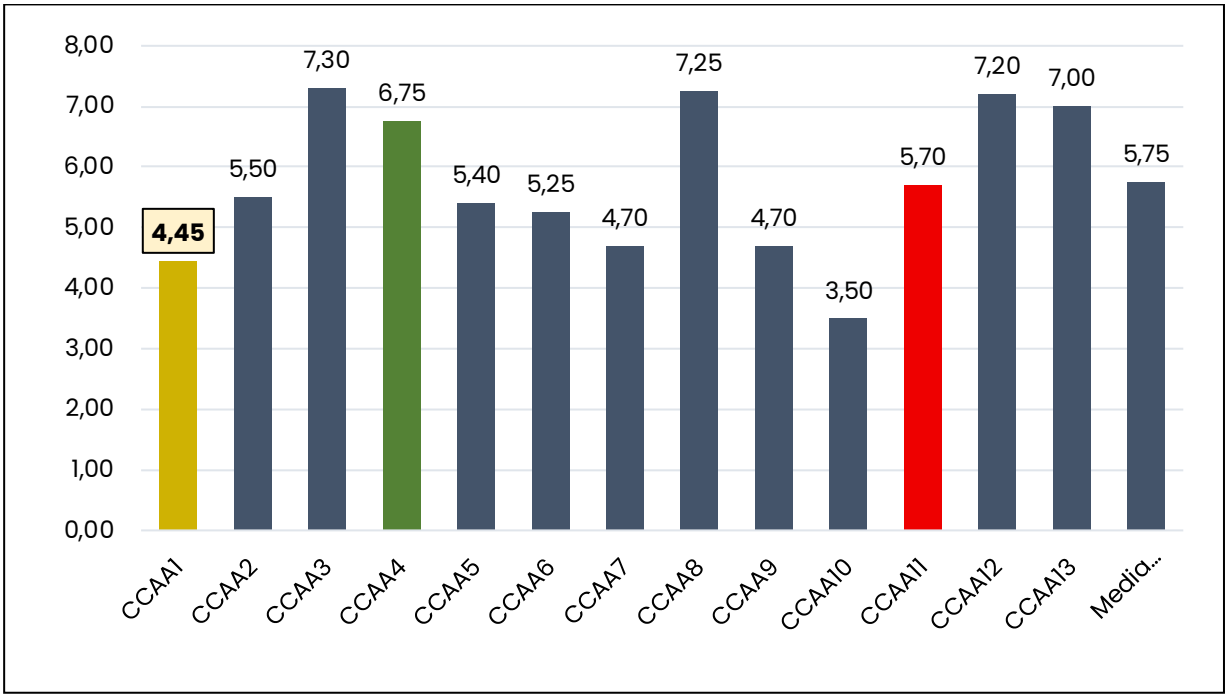
para disponer de profesionales suficientes y adecuadamente preparados, favorecer entornos de trabajo saludables y alinear el desarrollo profesional con las necesidades y objetivos del sistema sanitario.

2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

2.1. Valoración

Los resultados obtenidos en el Índice FES 2026, tal y como se evidencia en el gráfico 1, sugieren un grado de desarrollo intermedio del Área 7 "Capital humano", acompañado de una considerable heterogeneidad entre las trece comunidades autónomas (CC. AA.) participantes. La media nacional de las CC. AA. participantes alcanza 5,75 puntos sobre 10, con valores que oscilan entre 3,50 y 7,30 puntos, lo que supone una amplitud de 3,80 puntos. Esta dispersión pone de manifiesto la existencia de diferentes niveles de implantación de las políticas de salud laboral, capital humano y humanización dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL DEL ÁREA 7 Y PUNTUACIONES CC. AA.

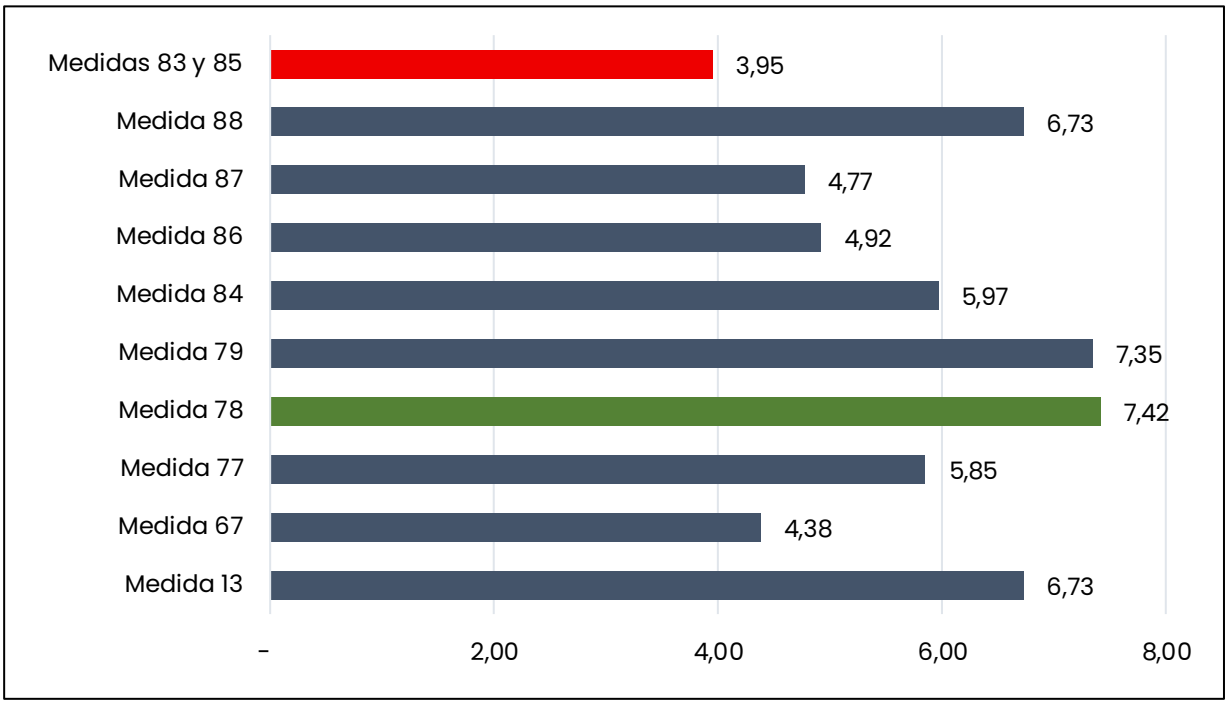


El análisis de la distribución de las puntuaciones muestra una mediana de 5,50 puntos y una desviación estándar de 1,25. Cinco CC. AA. se sitúan por encima de la media del Área y ocho por debajo; de todas ellas, cuatro obtienen una puntuación inferior a 5,00 puntos, mientras que otras cuatro alcanzan o superan los 7,00 puntos.

La mediana, ligeramente inferior a la media, junto con el hecho de que ocho de las trece CC. AA. se sitúen por debajo de esta última, sugiere que las puntuaciones más elevadas contribuyen a incrementar el promedio del Área. Esta distribución refleja la coexistencia de distintos niveles de implantación de las políticas de gestión de

personas en los servicios de salud y ofrece oportunidades para identificar y compartir buenas prácticas entre ellos.

GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL POR MEDIDA DEL ÁREA 7.



El análisis por medidas muestra una variabilidad relevante en el grado de desarrollo de las distintas dimensiones del Área 7 "Capital humano". Las puntuaciones más elevadas corresponden a la Medida 78 ("Conciliación familiar del profesional sanitario"), con 7,42 puntos, y a la Medida 79 ("Prevención de Riesgos Laborales"), con 7,35 puntos. Ambas superan la puntuación global del Área y presentan un mayor grado de desarrollo declarado por las comunidades participantes. Este resultado puede estar relacionado con el mayor nivel de regulación e institucionalización de estas materias, especialmente en prevención de riesgos laborales y conciliación.

La Medida 13 ("Ratios y Movilidad profesional") y la Medida 88 ("Meritocracia y evaluación periódica de competencias") obtienen, ambas, 6,73 puntos. Estos resultados reflejan un desarrollo relativamente favorable de los instrumentos relacionados con la planificación y adaptación de los recursos humanos, la evaluación de competencias y la gestión del talento.

La Medida 84 ("Liderazgo participativo y comprometido"), con 5,97 puntos, y la Medida 77 ("Bienestar emocional de los profesionales"), con 5,85 puntos, se sitúan próximas a la media global del Área. Los resultados muestran margen para avanzar en la extensión de actuaciones relacionadas con la participación, la comunicación interna, la autonomía profesional y el apoyo al bienestar emocional.

Las puntuaciones más bajas corresponden a cuatro dimensiones: Medida 86 ("Clima laboral positivo"; 4,92 puntos), Medida 87 ("Incentivación no económica"; 4,77 puntos), Medida 67 ("Evaluación profesional"; 4,38 puntos) y Medidas 83 y 85 ("Incentivos alineados con la estrategia y los resultados"; 3,95 puntos), todas ellas por debajo de 5 puntos. Estos resultados identifican los principales ámbitos de mejora del Área, especialmente en aquellos instrumentos orientados a la evaluación sistemática del desempeño, el reconocimiento profesional, la gestión del clima laboral y la vinculación de los incentivos con los objetivos y resultados de las organizaciones.

En conjunto, los resultados muestran un mayor desarrollo de las actuaciones vinculadas a la prevención, la conciliación y determinados instrumentos de planificación de recursos humanos, mientras que presentan menor puntuación aquellas dimensiones relacionadas con modelos más estructurados de gestión y desarrollo profesional. Esta diferencia señala la conveniencia de avanzar hacia un enfoque más integrado de las políticas de capital humano, en el que la evaluación, el desarrollo competencial, el reconocimiento, el liderazgo, el bienestar y los incentivos formen parte de una estrategia común.

Asimismo, las relaciones entre las distintas medidas aconsejan una interpretación conjunta. Bienestar emocional, conciliación, prevención, liderazgo y clima laboral configuran dimensiones relacionadas con las condiciones y la experiencia profesional, mientras que evaluación profesional, evaluación de competencias, gestión del talento, reconocimiento e incentivos forman parte de un mismo ámbito de desarrollo y gestión del desempeño. La diferente evolución de estas dimensiones evidencia oportunidades para mejorar su integración dentro de las políticas de gestión de personas de los servicios de salud.

La comparación con el Informe FES 2024 apunta a una evolución global favorable. En aquella edición, cuando esta dimensión se denominaba Área 9 "Capital humano e incentivación profesional", la media nacional fue de 4,79 puntos, frente a los 5,75 puntos obtenidos en 2026. En 2024, además, esta área fue la que presentó el menor grado de desarrollo.

En conjunto, los resultados apuntan a un proceso todavía incompleto de transición desde una gestión predominantemente administrativa de los recursos humanos hacia un modelo más estratégico de gestión del capital humano. Mientras que la conciliación, prevención, planificación y las competencias presentan un mayor desarrollo, la evaluación del desempeño, el clima laboral, el reconocimiento y la vinculación de los incentivos con la estrategia mantienen un amplio margen de mejora.

2.2. Recomendaciones

Los resultados del Área 7 "Capital Humano" permiten identificar ámbitos en los que consolidar las actuaciones existentes y otros en los que resulta necesario reforzar las políticas de gestión de personas. Como orientación general, los servicios de salud deberían disponer de una estrategia integral de gestión de personas, alineada con la planificación asistencial y los objetivos estratégicos de la organización, que integre planificación de plantillas, captación y fidelización del talento, desarrollo profesional, prevención, bienestar, conciliación, liderazgo, clima laboral, reconocimiento e incentivación.

Sobre esta base, se proponen las siguientes recomendaciones, dirigidas a consolidar los avances identificados y reforzar los ámbitos que presenta un menor grado de desarrollo:

Consolidar las políticas de conciliación y prevención. La evolución favorable de la Medida 78 ("Conciliación familiar del profesional sanitario"; 7,42 puntos) debe acompañarse de medidas que faciliten la flexibilidad organizativa, la planificación anticipada de turnos, la estabilidad y la adaptación a las diferentes etapas de la vida profesional. Sobre la base del resultado obtenido en la Medida 79 ("Prevención de Riesgos Laborales"; 7,35 puntos), se recomienda ampliar progresivamente el enfoque preventivo para incorporar de forma sistemática los riesgos psicosociales, la salud mental, la fatiga, la sobrecarga asistencial, la violencia y los riesgos asociados a la transformación digital.

Avanzar hacia una planificación estratégica de los recursos humanos. En relación con la Medida 13 ("Ratios y Movilidad profesional"; 6,73 puntos), se recomienda desarrollar modelos prospectivos basados en datos que incorporen jubilaciones, cargas y complejidad asistencial, distribución territorial, disponibilidad de profesionales y evolución prevista de la demanda. La movilidad debería configurarse como un instrumento planificado y transparente para adecuar los recursos a las necesidades asistenciales.

Integrar evaluación, competencias y desarrollo profesional. La Medida 88 ("Meritocracia y evaluación periódica de competencias"; 6,73 puntos) debe conectarse con la formación, la carrera y la promoción profesional. Asimismo, resulta necesario reforzar la Medida 67 ("Evaluación profesional"; 4,38 puntos) mediante sistemas periódicos y homogéneos de evaluación del desempeño, con criterios conocidos, retroalimentación estructurada y vinculación con oportunidades concretas de desarrollo. La evaluación debería orientarse fundamentalmente a la mejora y no limitarse a un procedimiento administrativo.

Reforzar el bienestar emocional desde una perspectiva organizativa. Las actuaciones de la Medida 77 ("Bienestar emocional de los profesionales"; 5,85 puntos) deberían integrarse en políticas más amplias de bienestar y salud laboral.

Además del apoyo individual, resulta necesario actuar sobre factores organizativos relacionados con las cargas de trabajo, los turnos, el liderazgo, la autonomía, los conflictos y la violencia en el entorno laboral.

Desarrollar un liderazgo más participativo. Para avanzar en la Medida 84 ("Liderazgo participativo y comprometido"; 5,97 puntos), se recomienda reforzar la autonomía profesional, la comunicación interna y la participación de los equipos en la toma de decisiones. Los mandos intermedios deberían contar con formación específica en liderazgo, gestión de equipos, comunicación, resolución de conflictos, gestión del cambio y prevención de riesgos psicosociales.

Convertir el clima laboral en una herramienta de gestión. La Medida 86 ("Clima laboral positivo"; 4,92 puntos) constituye uno de los principales ámbitos de mejora. Se recomienda establecer sistemas periódicos y homogéneos de evaluación del clima y la experiencia profesional, garantizando la confidencialidad y representatividad de los resultados y vinculándolos a planes de mejora concretos, evaluables y sujetos a seguimiento.

Institucionalizar el reconocimiento profesional. En relación con la Medida 87 ("Incentivación no económica"; 4,77 puntos), resulta recomendable desarrollar programas institucionales de reconocimiento a profesionales, equipos y servicios que contemplen, entre otros aspectos, la calidad, la seguridad, la innovación, la docencia, la investigación, la humanización y la mejora organizativa. El reconocimiento debería integrarse en la cultura de las organizaciones y no depender exclusivamente de iniciativas aisladas.

Revisar los sistemas de incentivos y su vinculación con los objetivos. Las Medidas 83 y 85 ("Incentivos alineados con la estrategia y los resultados"; 3,95 puntos) requieren especial atención. Se recomienda avanzar hacia sistemas basados en objetivos claros, medibles y sobre los que los profesionales y equipos tengan capacidad real de actuación, incorporando dimensiones como calidad, seguridad, accesibilidad, continuidad, eficiencia, innovación y resultados en salud. Cuando proceda, deberían combinarse objetivos individuales, de equipo y organizativos, evitando diseños que puedan generar comportamientos no deseados.

Mejorar la integración de las políticas de gestión de personas. Las distintas medidas deberían formar parte de un modelo común. La evaluación profesional debe relacionarse con competencias, formación, reconocimiento y desarrollo; la planificación de plantillas con captación, fidelización y movilidad; y las políticas de bienestar con prevención, conciliación, liderazgo y clima laboral. Esta integración permitiría pasar de actuaciones independientes a una política de gestión de personas orientada a resultados.

En conjunto, las prioridades del Área 7 ("Capital humano") pueden concretarse en tres líneas de actuación: consolidar las políticas de prevención y conciliación;

reforzar las dimensiones con menor grado de desarrollo, especialmente evaluación, clima laboral, reconocimiento e incentivos; y avanzar hacia sistemas integrados de gestión de personas, con indicadores homogéneos que permitan evaluar resultados y compartir buenas prácticas entre los servicios de salud.

3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL ÁREA

La incorporación en la presente edición del Índice FES 2026 de indicadores públicos permite complementar la información procedente del cuestionario con datos objetivos de resultados, dotación y estructura. Su análisis muestra, al igual que las puntuaciones de las medidas, una notable heterogeneidad territorial, por lo que las medias nacionales deben interpretarse como valores de referencia y no como estándares óptimos de desempeño.

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DEL ÁREA

INDICADOR	VALOR MEDIO (AÑO)	FUENTE
Duración media de las bajas de accidentes de trabajo con baja en jornada	35,20 (2023)	Ministerio de Trabajo
Duración media de los procesos cerrados	135,53 (2024)	CEPROSS
Enfermería de atención primaria por habitante (Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas)	0,76 (2024)	INCLASNS
Índice de frecuencia de accidentes de trabajo con baja (accidentes x 1.000.000 horas trabajadas)	17,70 (2023)	Ministerio de Trabajo
Índice de frecuencia de accidentes de trabajo mortales (accidentes x 100.000.000 horas trabajadas)	1,96 (2023)	Ministerio de Trabajo
Índice de gravedad (días de baja x 1.000 horas trabajadas)	0,62 (2023)	Ministerio de Trabajo
Índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja (accidentes x 100.000 trabajadores)	2.812,40 (2023)	Ministerio de Trabajo
Índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja por infarto, derrames y causas naturales (Código 90)	74,24 (2023)	Ministerio de Trabajo

Índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja por sobreesfuerzos, trauma psíquico, radiaciones, ruido (Código 71)	10.240,88 (2023)	Ministerio de Trabajo
Índice de incidencia de accidentes de trabajo por contacto con agente material cortante, punzante, duro	3.507,59 (2023)	Ministerio de Trabajo
Índice normalizado de incidencia de enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos GRUPO 3	6,39 (2024)	CEPROSS
Índice normalizado de incidencia de enfermedades profesionales causadas por agentes cancerígenos GRUPO 6	0,45 (2024)	CEPROSS
Índice normalizado de incidencia de enfermedades profesionales causadas por agentes físicos GRUPO 2	83,42 (2024)	CEPROSS
Índice normalizado de incidencia de enfermedades profesionales causadas por agentes químicos GRUPO 1	2,86 (2024)	CEPROSS
Índice normalizado de incidencia de enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias GRUPO 4	3,99 (2024)	CEPROSS
Índice normalizado de incidencia de enfermedades profesionales en la piel GRUPO 5	5,12 (2024)	CEPROSS
Médicos de atención primaria por habitante (Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas)	0,79 (2024)	INCLASNS
Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab.	3,87 (2023)	INCLASNS
Personal médico en atención especializada por 1000 hab.	2,15 (2023)	INCLASNS
Porcentaje de gasto sanitario público en remuneración del personal destinado a formación de residentes	3,98 (2022)	INCLASNS
Porcentaje del gasto en remuneración de personal	45,82 (2022)	INCLASNS

Nota: se utiliza el último dato público consolidado disponible para cada fuente en la edición 2026.

Los indicadores seleccionados aportan información complementaria sobre cuatro dimensiones relacionadas con el Área 7 "Capital Humano": siniestralidad laboral y enfermedades profesionales, dotación de profesionales y esfuerzo económico destinado a recursos humanos. Su interpretación debe realizarse conjuntamente con las medidas del Índice, teniendo en cuenta que no existe necesariamente una correspondencia directa entre el grado de implantación de una política y los resultados observados.

Los indicadores de siniestralidad laboral —duración de las bajas, frecuencia, gravedad, incidencia y accidentes mortales— permiten aproximarse a la situación

de la salud laboral y complementan la información aportada por la Medida 79 "Prevención de Riesgos Laborales" (7,35 puntos). Su valoración refleja un grado de desarrollo relativamente favorable de las actuaciones preventivas. El contraste entre ambos tipos de información pone de manifiesto la conveniencia de complementar la evaluación de la existencia y formalización de las políticas preventivas con indicadores que permitan aproximarse a su aplicación y resultados.

Los indicadores relacionados con las enfermedades profesionales aportan información adicional sobre la salud laboral. Su interpretación requiere considerar factores como las características de la actividad, la estructura de las plantillas, la exposición a determinados riesgos y los mecanismos de declaración y reconocimiento. Por ello, estos indicadores deben analizarse conjuntamente con las políticas de prevención y con las características de los profesionales y de las actividades desarrolladas.

En relación con la Medida 13 "Ratios y Movilidad profesional" (6,73 puntos), los indicadores de dotación aportan información sobre la disponibilidad de profesionales en atención primaria y atención especializada. Estos datos refuerzan la necesidad de complementar los instrumentos de planificación y movilidad con información sobre su adecuación a las necesidades asistenciales y sobre la distribución efectiva de los profesionales.

La planificación de recursos humanos debería incorporar progresivamente, además de las ratios poblacionales, variables relacionadas con la estructura demográfica, la complejidad asistencial, la dispersión territorial, la cartera de servicios, la actividad, las necesidades de atención y las cargas reales de trabajo. Este enfoque permitiría aproximar mejor la disponibilidad de profesionales a las necesidades de cada territorio.

Los indicadores económicos muestran la relevancia del capital humano dentro del gasto sanitario. El 45,82 % del gasto sanitario público corresponde a la remuneración del personal, mientras que la remuneración del personal en formación de residentes representa el 3,98 %. Este último dato pone de manifiesto la importancia de reforzar la formación especializada como instrumento de planificación de los recursos humanos, orientado a garantizar el relevo generacional y la cualificación futura de los profesionales.

La interpretación de estos porcentajes debe realizarse conjuntamente con otros factores, como la estructura asistencial, la dotación de profesionales, la actividad desarrollada, los costes, las necesidades de la población y la capacidad de captación y fidelización. Por sí solos, estos indicadores no permiten establecer conclusiones sobre la eficiencia de los servicios de salud.

En conjunto, los indicadores públicos complementan la información obtenida mediante el cuestionario en aspectos relacionados con la salud laboral, la dotación

de profesionales y los recursos destinados al personal. Mientras las medidas aproximan el grado de desarrollo de determinadas políticas y procesos organizativos, los indicadores públicos aportan información adicional sobre la situación de los recursos humanos y sobre determinados resultados relacionados con el Área.

ÁREA 8. SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA EN LA GESTIÓN

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

El Área 8 ("Sostenibilidad y eficiencia en la gestión") analiza la situación de las distintas comunidades autónomas (CC. AA.) en relación con la sostenibilidad financiera y la eficiencia en la gestión económica de sus sistemas sanitarios. La sostenibilidad financiera se entiende como la capacidad de hacer frente a los gastos presentes y futuros con los ingresos disponibles y previstos, mientras que la eficiencia en la gestión económica hace referencia a la capacidad de optimizar el uso de los recursos disponibles para maximizar la producción, el valor y los resultados en salud, al menor coste posible.

Aunque ambas dimensiones han tenido siempre una importancia primordial en la gestión sanitaria, su relevancia se ha incrementado en los últimos años. La etapa posterior a la pandemia de la COVID-19, unida a las sucesivas crisis energéticas y a un contexto internacional caracterizado por una elevada incertidumbre, ha puesto de manifiesto la necesidad de avanzar hacia sistemas sanitarios más eficientes, sostenibles y resilientes.

Desde una perspectiva económico-financiera, este nuevo contexto se caracteriza por un desajuste creciente entre la demanda de asistencia sanitaria y la capacidad de respuesta de la oferta asistencial. La demanda de servicios sanitarios continúa aumentando, entre otros factores, como consecuencia del envejecimiento de la población, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y la consideración de la asistencia sanitaria como un bien esencial y preferente por parte de la ciudadanía. Al mismo tiempo, la pandemia puso de manifiesto las vulnerabilidades de las cadenas de suministro y las dificultades existentes para garantizar, en determinadas circunstancias, el acceso a productos esenciales, como equipos de protección individual o determinados medios diagnósticos.

En la actualidad, estas dificultades se ven condicionadas adicionalmente por la inestabilidad del entorno internacional, que está afectando al comercio, a las cadenas globales de suministro y a los mercados energéticos. La elevada variabilidad de los precios y los riesgos asociados a la continuidad del suministro pueden incrementar los costes de funcionamiento de las organizaciones sanitarias y generar situaciones de tensión o desabastecimiento de determinados bienes y servicios.

En materia de financiación, tras un periodo de mayor flexibilidad en los objetivos de déficit y endeudamiento, motivado por la necesidad de impulsar la recuperación económica tras la pandemia y hacer frente a los efectos de la guerra de Ucrania, se

ha producido una progresiva recuperación de los objetivos de consolidación fiscal. En este contexto, los objetivos de déficit y deuda pública pasan de los niveles establecidos para 2022, del 4,8 % y el 111,6 % del PIB, respectivamente, a los previstos para 2026, del 2,6 % de déficit y el 98,5 % de deuda pública[1].

Este escenario hace especialmente necesario avanzar en nuevas formas de gestión que permitan racionalizar el uso de los recursos disponibles sin menoscabar la calidad de la asistencia sanitaria. La mejora de la eficiencia, la evaluación de resultados, la adecuada planificación de las inversiones y la capacidad para captar y aprovechar fondos procedentes de fuentes externas constituyen elementos esenciales para reforzar la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios.

Junto a la dimensión estrictamente económico-financiera, adquieren también una especial relevancia la gestión energética y la gestión de los residuos sanitarios. Las organizaciones sanitarias se encuentran entre las estructuras que presentan un elevado consumo energético y generan importantes volúmenes de residuos de distinta naturaleza. En un contexto en el que la reducción del consumo energético, la eficiencia en el uso de los recursos y la protección del medio ambiente constituyen prioridades sociales, resulta necesario avanzar hacia modelos asistenciales que reduzcan progresivamente el impacto ambiental de la actividad sanitaria.

Asimismo, la inestabilidad geopolítica y las tensiones recurrentes en los mercados energéticos ponen de manifiesto la necesidad de reforzar la seguridad y resiliencia energética de las organizaciones sanitarias. La diversificación de las fuentes de energía, el impulso de las energías renovables y la mejora de la eficiencia energética pueden contribuir a reducir la dependencia de los mercados externos y, al mismo tiempo, a contener los costes asociados al consumo energético.

En este contexto, se considera necesario que las autoridades sanitarias impulsen un conjunto de medidas dirigidas a mejorar la sostenibilidad financiera y la eficiencia en la gestión económica de los servicios de salud. Estas medidas han sido objeto de seguimiento por parte de la Fundación Economía y Salud durante los últimos años. El objetivo fundamental de este informe es analizar su evolución, identificar los principales avances y áreas de mejora en las CC. AA. y proponer líneas de actuación que contribuyan a su desarrollo futuro.

El Área 8 "Sostenibilidad y eficiencia en la gestión" se compone de ocho medidas, cuya ponderación se recoge en la Tabla 1.

[1] Ministerio de Hacienda (2023) y Banco de España, *Proyecciones macroeconómicas de la economía española. Tercer trimestre de 2026, 9 de octubre de 2026*.

TABLA 1. PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 8

ÁREA 8. SOSTENIBILIDAD Y EFICIENCIA EN LA GESTIÓN	Puntos 10,00
Medida 80. Desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios	0,50
Medida 89. Estrategia de Compras Centralizadas	1,90
Medida 90. Capacidad de Gestión de Financiación Externa: Fondos MRR, Ministerio, Farmaindustria, etc.	1,00
Medida 93. Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja	2,00
Medidas 95 y 97. Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental	2,10
Medida 96. Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria	1.00
Medida 98. Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos	1,00
Medida 99. Inversión de alto impacto	0,50

A continuación, se describe brevemente el contenido de las medidas:

Medida 80. Desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios: evalúa la capacidad de las CC. AA. para reducir la dependencia de mercados externos y garantizar el suministro de productos sanitarios ante situaciones de escasez. Se valora la disponibilidad de proveedores internos estables, aunque pertenezcan a otra comunidad autónoma.

Medida 89. Estrategia de Compras Centralizadas: analiza el grado de centralización de las políticas de compras en los servicios centrales, con el objetivo de mejorar la eficiencia mediante economías de escala y la simplificación de los procedimientos. Se valora la existencia de centrales y protocolos de compras y el uso de estándares de calidad, acuerdos marco y sistemas dinámicos de adquisición.

Medida 90. Capacidad de Gestión de Financiación Externa: Fondos MRR, Ministerio, Farmaindustria, etc: evalúa la capacidad de las CC. AA. para captar, gestionar, justificar y evaluar financiación externa mediante estructuras específicas y centralizadas.

Medida 93. Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja: valora la incorporación de mecanismos de compra innovadora orientados tanto a la adquisición de bienes y servicios innovadores como al impulso de la innovación empresarial y la competitividad. También se considera el grado de digitalización de la contratación.

Medidas 95 y 97. Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental: evalúan el grado de implantación de actuaciones y planes globales destinados a mejorar la eficiencia energética de las instituciones sanitarias, tanto desde una perspectiva técnica como económica.

Medida 96. Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria: analiza las actuaciones dirigidas a reducir el impacto ambiental de la actividad sanitaria, especialmente mediante la gestión y reducción de los residuos generados y el desarrollo de iniciativas de economía circular.

Medida 98. Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos: evalúa las actuaciones dirigidas a promover el uso racional y eficiente de los medicamentos, considerando la incorporación de fórmulas de contratación vinculadas a resultados o valor, la existencia de comisiones de farmacia y el uso de medicamentos biosimilares.

Medida 99. Inversión de alto impacto: valora la capacidad de las CC. AA. para planificar y evaluar inversiones de elevado impacto económico, considerando específicamente la existencia de unidades o estructuras especializadas en su evaluación.

Si se realiza un análisis por el peso que las distintas medidas del Área 8 ("Sostenibilidad y eficiencia en la gestión") tienen en el Índice (ver Tabla 1), se observa que aquella con mayor ponderación es la Medida 95 y 97 ("Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental") con 2,1 puntos (un 21% del total), recalcando el impacto que en la actualidad tienen y han tenido las reiteradas crisis energéticas en el incremento de costes dentro de nuestro sistema sanitario.

La Medida 93 ("Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja") es la segunda con más peso, con 2 puntos (un 20% del total). En un nivel inmediatamente inferior se encuentra la Medida 89 ("Estrategia de Compras Centralizadas"), con un peso de 1,90 (el 19%).

Las Medidas 90 ("Capacidad de gestión de financiación externa"), 96 ("Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria") y 98 ("Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos") tienen un peso de 1 un punto cada una (10% del total).

Por último, las medidas con menor peso, aunque no por ello menos importantes, son las Medidas 99 y 80 ("Inversión de alto impacto" y "Desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios"), con 0,5 puntos cada una (5% del total).

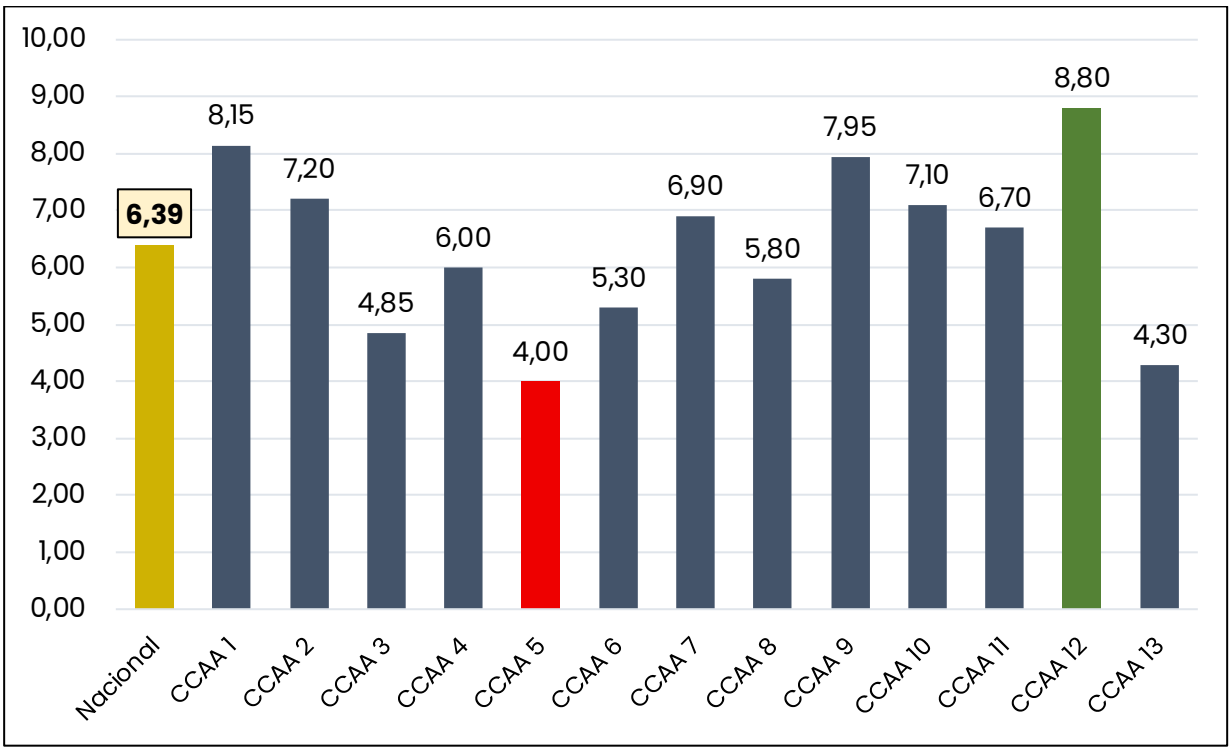
2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

2.1. Valoración

En este apartado se analizan los resultados del Área 8 ("Sostenibilidad y eficiencia en la gestión") desde dos perspectivas complementarias: por un lado, la puntuación global obtenida por las CC. AA. participantes en relación con la media nacional. Por otro lado, el grado de implantación de cada una de las ocho medidas que integran el Área.

Los resultados obtenidos por las CC. AA. participantes, así como la media nacional en el índice global del Área, se presentan en el Gráfico 1.

GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL DEL ÁREA Y SITUACIÓN DE LAS CC. AA. ÁREA 8



Como se puede apreciar en el Gráfico 1, la puntuación media obtenida en esta Área ha sido de un 6,39 sobre 10. Cabe resaltar que este indicador ha mejorado en un 8,86% respecto a la puntuación media nacional obtenida en el índice FES anterior (2024), que fue de 5,87.

Respecto a los resultados obtenidos por las CC. AA. participantes en el estudio, se identifican tres grupos diferentes en la distribución de las puntuaciones, si bien se aprecia una mayor homogenización en las mismas respecto al índice FES 2024.

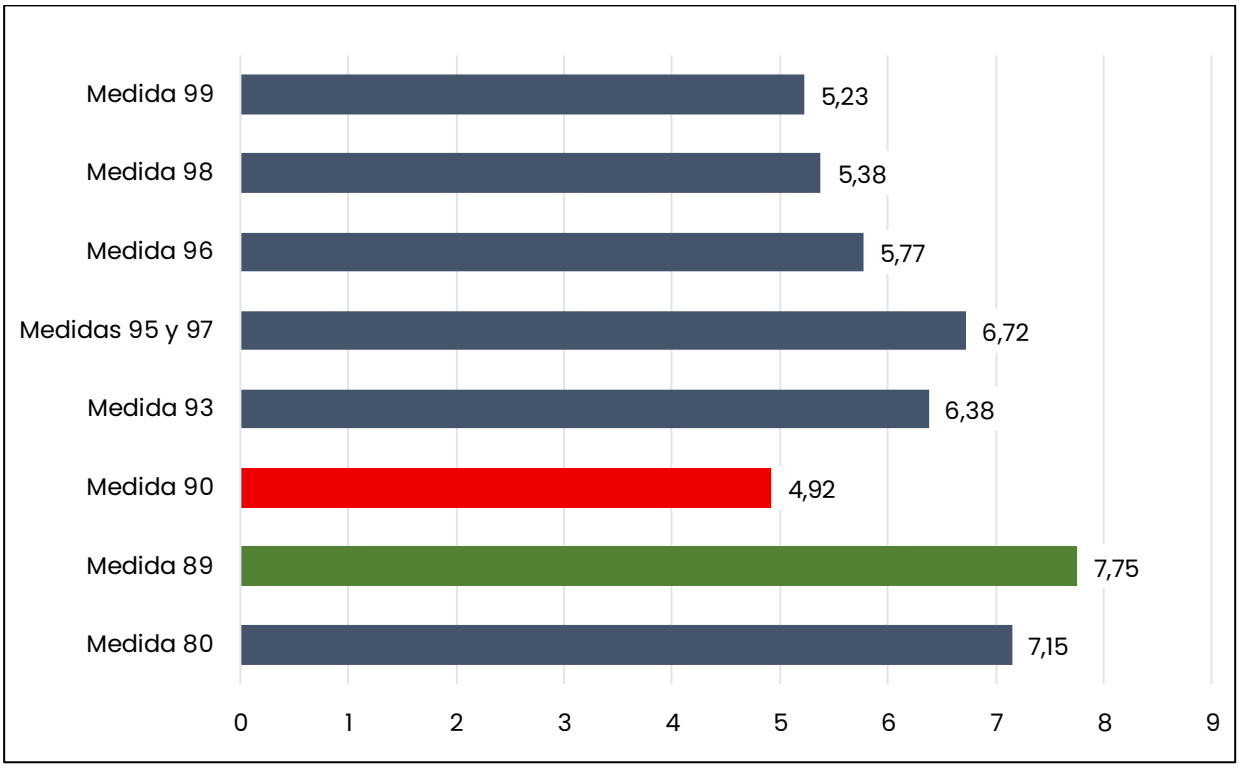
En el primer grupo se encuentran las cinco comunidades con puntuaciones por encima de los siete puntos: la que obtiene la puntuación más alta (8,8 puntos) y

otras cuatro con puntuaciones entre 8,15 y 7,10. A continuación, siguen otras cinco comunidades cuya puntuación se encuentra por encima del cinco, y cuyas puntuaciones se hayan entre 6,90 y 5,30 puntos.

Finalmente, en el último grupo se encuentran tres comunidades que no llegan al aprobado, siendo la valoración mínima de 4,00 puntos. De este análisis se desprende que la mejora en la puntuación del indicador nacional se debe fundamentalmente al incremento de las puntuaciones en casi todas las comunidades, habiendo empeorado únicamente dos respecto a 2024.

Para explicar el incremento del índice global, se analizará la puntuación a nivel nacional de cada medida y su evolución respecto al índice de 2024. A continuación, se presenta un gráfico con las medias de cada medida (Gráfico 2).

GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL POR MEDIDA DEL ÁREA 8.



En un primer análisis cabe reseñar que, de las ocho medidas, solo una está por debajo del 5,00, con 4,92 puntos. Esto indica que, al igual que en el caso de las puntuaciones globales de las CC. AA., se observa una distribución más homogénea que en los resultados de 2024.

El análisis individual de las medidas permite destacar los siguientes resultados:

En primer lugar, la Medida 80 ("Desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios") ha pasado de una puntuación de 5,00 en 2024 a una de 7,15 en la presente edición, lo que indica un incremento porcentual del 43%.

Dicho incremento parece indicar un aumento en la preocupación por la posible carencia de bienes y productos, dada la situación casi crónica de incertidumbre a nivel internacional. Cabe señalar que, salvo tres comunidades, todas las demás obtienen puntuaciones muy elevadas.

La Medida 89 ("Estrategia de Compras Centralizadas") ha obtenido un valor medio nacional de 7,75, experimentando un incremento del 7,2% sobre la puntuación del Índice FES 2024 (7,23). Esta medida es la que mayor puntuación obtiene en la media nacional, lo que indica que la centralización de la contratación en los distintos servicios de salud es una medida ampliamente desarrollada, encontrándonos solo una comunidad que no llega al cinco en la implantación de esta.

La Medida 90 ("Capacidad de Gestión de Financiación Externa") ha obtenido una puntuación de 4,92, siendo la medida con menor puntuación. Esto ha supuesto un descenso del 22,0% respecto al índice FES de 2024, donde obtuvo un 6,31. En esta medida hay que comentar que este descenso viene provocado por la incorporación de nuevas comunidades al estudio, habiendo mejorado en aquellas que ya estaban en el de 2024.

La Medida 93 ("Mecanismos de compra innovadora ante compra compleja") ha obtenido una puntuación de 6,38 puntos, un 25,6% más que en el anterior Índice de 2024 (5,08 puntos). Este incremento sugiere una mayor utilización de los mecanismos complejos de compra, siendo además otra de las medidas que mayor consenso obtiene entre las distintas CC. AA., tanto que solo una comunidad obtiene una puntuación menor que cinco.

La Medida 95 y 97 ("Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental") ha obtenido una nota de 6,72, con un incremento del 30% respecto a la nota del Índice de 2024, que fue de 5,17. Hay que comentar que esta medida parece lograr el consenso de casi todas las CC. AA., ya que todas menos dos obtienen resultados claramente positivos.

La Medida 96 ("Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria") ha obtenido una puntuación de 5,77, lo que supone una disminución del 12,6% respecto al índice FES de 2024, cuando obtuvo un 6,60.

La Medida 98 ("Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos") ha obtenido una puntuación de 5,38, experimentando una disminución con respecto al índice FES de 2024 de un 16,6%, cuando obtuvo un 6,46. La causa de este descenso parece estar relacionada con el abandono de la compra innovadora de medicamentos por parte de algunas CC. AA. que, hasta el momento, venían utilizando este procedimiento.

Por último, la Medida 99 ("Inversión de alto impacto") ha obtenido una puntuación de 5,23, lo que supone un fuerte incremento del 34,1% respecto a la puntuación de 2024 (3,90 puntos). Hay que congraciarse con la evolución de esta medida, ya que consiste en la previa evaluación económica de inversiones que pueden ser

realizadas en ejercicios venideros, con las dificultades que esto implica en aquellas organizaciones sanitarias sujetas a la contabilidad pública.

2.2. Recomendaciones

Los resultados del Área 8 ("Sostenibilidad y eficiencia en la gestión") ponen de manifiesto que la preocupación de los servicios de salud por la estabilidad y la sostenibilidad financiera, así como por la eficiencia en la gestión económica, se consolidan como un aspecto relevante dentro de la gestión sanitaria.

Conviene señalar que las recomendaciones que se proponen no inciden sobre posibles restricciones presupuestarias para la disminución del gasto, ni en una austeridad basada en recortes de prestaciones. Lo que se propone es gestionar de una forma más acorde con los tiempos actuales, favoreciendo la utilización de las nuevas tecnologías y haciendo frente a los retos geoestratégicos que afrontan las organizaciones sanitarias.

Recomendaciones para medidas con bajo desempeño

La medida menos desarrollada es la Medida 90 ("Capacidad de Gestión de Financiación Externa"; 4,92), que incide en la capacidad de asegurar la financiación de proyectos específicos que, de otra forma, podrían mermar los presupuestos anuales, para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema a medio y largo plazo. En este sentido, podría valorarse la conveniencia de disponer de estructuras específicas para la gestión de estos fondos.

Lo mismo cabe señalar respecto a medidas algo más maduras, pero todavía con poco desarrollo, en las que es preciso continuar incidiendo y consolidando acciones.

La creación de una unidad de evaluación de inversiones de alto impacto, en el marco de la Medida 99 ("Inversión de alto impacto"; 5,23);

La mejora del proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos, objeto de la Medida 98 ("Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos"; 5,38). En el ámbito de la adquisición de medicamentos, cabría considerar una mayor exploración de las fórmulas de compra basadas en el valor o en los resultados; y

La gestión de residuos y otros efectos externos de la provisión de servicios sanitarios, recogida en la Medida 96 ("Gestión de residuos y otras externalidades. Economía circular en la producción sanitaria"; 5,77).

Recomendaciones para medidas con alto desempeño

Sobre el resto de medidas, aunque parecen bastante consolidadas [(la Medida 89 ("Estrategia de compras centralizadas"), con 7,75 puntos; la Medida 80 ("Desarrollo del sector industrial para la fabricación de equipos y productos sanitarios"), con 7,15 puntos; las Medidas 95 y 97 ("Planes de eficiencia energética y gestión medioambiental"), con 6,72 puntos; y la Medida 93 ("Mecanismos de compra

innovadora ante compra compleja")], con 6,38 puntos no hay que cejar en el esfuerzo y seguir innovando en su aplicación, puesto que el margen de mejora siempre es muy amplio.

3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL ÁREA

En este apartado se analizan diversos indicadores públicos sobre gasto sanitario, tanto a nivel nacional como posteriormente para cada comunidad autónoma (C.A.) participante en el Índice FES.

A continuación, se presentan los indicadores seleccionados para el Área 8 ("Sostenibilidad y eficiencia en la gestión"), elaborados a partir de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) del Ministerio de Sanidad, el Resumen Ejecutivo de los Presupuestos Generales de las CC. AA. del Ministerio de Hacienda y las bases de datos de Eurostat.

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DEL ÁREA

INDICADOR	VALOR MEDIO (AÑO)	FUENTE
Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas, por habitante protegido en euros	1.947,53 (2023)	INCLASNS
Gasto sanitario total por habitante en euros	3.015,98 (2024)	EUROSTAT
Porcentaje del gasto sanitario en relación al PIB	9,25 (2024)	EUROSTAT
Porcentaje del presupuesto regional destinado a sanidad	31,31 (2025)	MINISTERIO DE HACIENDA
Porcentaje del gasto sanitario público en atención primaria	13,9 (2023)	INCLASNS
Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada	62,1 (2023)	INCLASNS
Porcentaje del gasto dedicado a conciertos	8,5 (2023)	INCLASNS
Porcentaje del gasto en farmacia	14,7 (2023)	INCLASNS

Los indicadores muestran que el gasto sanitario total por habitante en España se sitúa en 3.015,98 euros, por debajo de los 4.074,88 euros de referencia de la Unión Europea (Eurostat). El gasto sanitario representa el 9,25 % del PIB, frente al 10,16% de la Unión Europea (Eurostat), mientras que la sanidad supone el 31,31 % de los presupuestos regionales, lo que confirma su importante peso dentro del gasto de las CC. AA.

En cuanto a la distribución del gasto sanitario público, destaca el mayor peso de la atención especializada (62,1 %) frente a la atención primaria (13,9 %). La farmacia representa el 14,7 % del gasto, mientras que el gasto destinado a conciertos supone el 8,5 %. En conjunto, los indicadores reflejan una estructura de gasto en la que la atención especializada concentra la mayor parte de los recursos, seguida de farmacia y atención primaria.

La lectura integrada de la Tabla 2 y de los resultados del Área 8 ("Sostenibilidad y eficiencia en la gestión") permite relacionar el peso de determinadas partidas de gasto con el grado de implantación de las medidas que actúan sobre ellas. La farmacia supone el 14,7 % del gasto sanitario público, y sobre esta partida actúan dos medidas. La Medida 98 ("Proceso de desarrollo y adquisición de medicamentos") valora el pago de medicamentos en función de su valor o de sus resultados. La Medida 99 ("Inversión de alto impacto") valora la evaluación previa de las inversiones de alto coste, entre ellas los medicamentos más caros. Ambas se sitúan por debajo de la media del área (6,39), con 5,38 y 5,23 puntos, respectivamente. De esto se desprende que los instrumentos que permiten relacionar lo que se gasta en medicamentos con el valor que aportan tienen todavía una implantación parcial, pese a la importancia de esta partida en el gasto.

Por su parte, la sanidad representa el 31,31 % de los presupuestos regionales. La Medida 90 ("Capacidad de gestión de financiación externa") valora si los servicios de salud disponen de una estructura específica para gestionar fondos procedentes de fuentes distintas del presupuesto autonómico, como los fondos europeos del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, los del Ministerio o los de la industria farmacéutica. Obtiene la puntuación más baja del área (4,92 puntos). Esto indica que la capacidad organizativa para gestionar recursos complementarios al presupuesto es la menos desarrollada, en un contexto en el que el gasto sanitario ya ocupa cerca de un tercio de los presupuestos autonómicos. En cambio, la Medida 89 ("Estrategia de compras centralizadas") alcanza la puntuación más alta (7,75 puntos). Esta medida afecta al conjunto de las adquisiciones, lo que muestra que la organización del proceso de compra es el instrumento más consolidado del área.

En síntesis, los servicios de salud declaran un mayor desarrollo en la organización de la compra que en la valoración de lo que se adquiere y en la gestión de la financiación externa, aun cuando estos dos últimos ámbitos se refieren a partidas con un peso destacado en el gasto y en los presupuestos regionales. En cualquier caso, dado que el cuestionario recoge el grado de implantación declarado y los indicadores describen el gasto agregado de 2023, 2024 y 2025, esta lectura debe entenderse como una aproximación descriptiva y no como una relación causal.

ÁREA 9. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD: CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

La Seguridad del Paciente se ha consolidado como una de las dimensiones esenciales de la calidad asistencial y como un elemento irrenunciable para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios modernos. Lo que hace apenas unas décadas podía considerarse un ámbito emergente, constituye hoy una prioridad estratégica compartida por instituciones sanitarias, profesionales y pacientes. Sin embargo, la creciente complejidad de la atención sanitaria, el envejecimiento de la población, la cronicidad, la multimorbilidad y el incremento constante de intervenciones, procedimientos y tecnologías continúan generando nuevos riesgos que obligan a mantener un compromiso permanente con la mejora de la seguridad.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reforzado durante los últimos años el mensaje de que la Seguridad del Paciente no debe entenderse únicamente como un objetivo de mejora, sino como un principio fundamental de la atención sanitaria y un derecho de las personas. Los daños asociados a una atención insegura continúan representando una importante causa de morbimortalidad y discapacidad en todo el mundo, con un elevado impacto social y económico, siendo además una parte sustancial de ellos potencialmente evitables. Esta realidad obliga a mantener la Seguridad del Paciente en el centro de las políticas sanitarias y a considerarla como una responsabilidad compartida por todos los agentes implicados.

En esta línea, en España se ha publicado recientemente la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2025-2035, un documento que propone un marco de referencia para la próxima década y sitúa la Seguridad del Paciente como una dimensión transversal de la calidad asistencial. La Estrategia plantea una visión integradora, orientada a reducir los daños asociados a la atención sanitaria mediante acciones coordinadas, sostenibles y basadas en la evidencia, promoviendo el desarrollo de organizaciones capaces de aprender, mejorar y adaptarse de manera continua.

La experiencia acumulada apunta a que las organizaciones sanitarias más seguras son aquellas capaces de aprender de manera sistemática de sus propios errores. Para ello, resulta imprescindible disponer de sistemas de notificación accesibles, así como de mecanismos estructurados para el análisis de incidentes y eventos adversos. El verdadero valor de estos sistemas no reside únicamente en identificar problemas, sino en comprender sus causas, transformar el conocimiento generado en acciones de mejora y prevenir su repetición. La consolidación de una cultura de aprendizaje exige abandonar enfoques centrados en la culpabilización individual y

avanzar hacia modelos que analicen los factores organizativos, humanos y sistémicos que contribuyen a la aparición de riesgos.

También ha aumentado la sensibilidad hacia el impacto que los eventos adversos pueden generar sobre los propios profesionales sanitarios. La progresiva implantación de programas de apoyo a segundas víctimas refleja una mayor madurez de los sistemas sanitarios y un mejor entendimiento de las consecuencias emocionales, profesionales e incluso legales que pueden derivarse de determinados incidentes. Favorecer entornos de trabajo seguros y ofrecer apoyo a los profesionales implicados constituye una condición indispensable para promover una cultura de transparencia, confianza y aprendizaje.

La formación sigue siendo otro de los pilares fundamentales para avanzar en esta materia. La Seguridad del Paciente requiere competencias específicas que deben mantenerse y actualizarse a lo largo de toda la trayectoria profesional. Por ello, resulta imprescindible que las organizaciones sanitarias desarrollen programas formativos transversales dirigidos a todos los colectivos profesionales, facilitando la adquisición de conocimientos y habilidades relacionados con la gestión de riesgos, el análisis de incidentes, los factores humanos, el trabajo en equipo y la aplicación de prácticas clínicas seguras.

Estas prácticas seguras continúan siendo una prioridad. Entre ellas destacan las estrategias dirigidas a prevenir las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS), uno de los problemas de seguridad más relevantes por su frecuencia e impacto clínico. La vigilancia epidemiológica, los programas institucionales de prevención y control de infecciones y las iniciativas colaborativas desarrolladas durante los últimos años han demostrado que es posible reducir significativamente estos riesgos cuando existe una implicación activa de las organizaciones y de los profesionales. En este ámbito, los diferentes programas Zero impulsados en España constituyen un ejemplo ampliamente reconocido de éxito basado en la aplicación sistemática de medidas preventivas sustentadas en la mejor evidencia científica.

De igual forma, la seguridad del medicamento y de los productos sanitarios representa una de las áreas prioritarias de actuación. La creciente complejidad de los tratamientos, la polimedicación asociada al envejecimiento poblacional y la incorporación constante de nuevas terapias obligan a reforzar los sistemas de vigilancia, gestión y comunicación de alertas de seguridad, así como a promover estrategias específicas para el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo. La prevención de errores de medicación sigue siendo una de las intervenciones con mayor potencial para reducir daños evitables y mejorar los resultados clínicos.

La mejora de la seguridad también exige garantizar que las decisiones clínicas se apoyen en el mejor conocimiento científico disponible. La accesibilidad a la

evidencia desde los propios entornos asistenciales, la evaluación de la adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia y la monitorización de resultados mediante indicadores específicos constituyen herramientas esenciales para favorecer una atención más efectiva y segura.

Finalmente, la Seguridad del Paciente debe entenderse como un proceso dinámico y en permanente evolución. Mantener los logros alcanzados y afrontar los nuevos desafíos requerirá reforzar el compromiso institucional, consolidar sistemas de gestión cada vez más maduros y fomentar una cultura organizativa basada en la evidencia, la transparencia y la mejora continua. La construcción de esta cultura de seguridad representa uno de los grandes retos de los sistemas sanitarios contemporáneos. Solo mediante una acción coordinada entre administraciones, organizaciones sanitarias, profesionales, sociedades científicas y pacientes será posible avanzar hacia modelos asistenciales más seguros, fiables y eficientes, capaces de minimizar los daños evitables y garantizar una atención sanitaria de la máxima calidad para todos los pacientes.

En el Índice FES 2026, el Área 9 se compone de nueve medidas que abarcan los principales ámbitos de la calidad y Seguridad del Paciente. Su ponderación se recoge en la Tabla 1.

TABLA 1. PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 9.

ÁREA 9. EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD: CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	**Puntos 10,00**
Medida 63. Evaluación variabilidad práctica sanitaria	0,50
Medida 65. Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica	1,50
Medida 72. Impulso de la Estrategia para la Seguridad del Paciente	1,50
Medida 72.A. Formación y competencia del profesional en Seguridad del Paciente	0,50
Medida 73. Buenas prácticas en Seguridad del Paciente	1,00
Medida 73.A. Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)	1,00
Medida 73.B. Seguridad del Medicamento y del Producto Sanitario	1,50
Medida 74. Gestión de eventos adversos	1,50
Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente	1,00

Medida 63. Evaluación de la variabilidad de la práctica sanitaria: mide si se evalúa periódicamente la variabilidad de la práctica clínica en el servicio de salud

mediante indicadores específicos. El grado de desarrollo se determina en función del número de indicadores utilizados y de su seguimiento sistemático.

Medida 65. Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica: estudia si se facilita a los profesionales el acceso a la evidencia científica disponible desde la historia clínica electrónica, con un nivel de integración progresivo. Asimismo, se monitoriza la adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia mediante indicadores incorporados a los cuadros de mando. Se valora tanto la accesibilidad a la evidencia como su aplicación efectiva en la práctica clínica.

Medida 72. Impulso de la Estrategia para la Seguridad del Paciente: comprueba si el servicio de salud dispone de una estrategia institucional de Seguridad del Paciente que se concrete en un plan de actuación y en objetivos específicos incorporados a los acuerdos de gestión. Se valora su grado de implantación, seguimiento y evaluación, así como el número de objetivos alineados con la estrategia nacional de Seguridad del Paciente.

Medida 72.A. Formación y competencia del profesional en Seguridad del Paciente: indica si se desarrollan programas transversales de formación continuada en Seguridad del Paciente dirigidos a los distintos grupos profesionales. El grado de desarrollo se determina en función de la periodicidad y estructuración de la formación, así como de su alcance y cobertura entre los profesionales del servicio de salud.

Medida 73. Buenas prácticas en Seguridad del Paciente: analiza si se evalúa la implantación de buenas prácticas de Seguridad del Paciente en el conjunto del servicio de salud. La medida permite valorar el grado de incorporación de nuevas prácticas orientadas a prevenir riesgos y mejorar la seguridad de la atención, atendiendo al número de prácticas implantadas y evaluadas.

Medida 73.A. Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS): indica si se dispone de un programa institucional estructurado para la vigilancia, prevención y control de las IRAS. Asimismo, se valora el compromiso institucional con la implantación y actualización de los programas Zero en las Unidades de Cuidados Intensivos. El nivel de desarrollo se relaciona con la actualización y seguimiento de estos programas.

Medida 73.B. Seguridad del Medicamento y del Producto Sanitario: informa si existe una estructura institucional para la gestión, difusión y notificación de alertas de seguridad relacionadas con medicamentos y productos sanitarios, en coordinación con la AEMPS. Además, se desarrollan programas específicos para la adecuación y el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo. Se valora el grado de consolidación institucional y actualización de estas actuaciones.

Medida 74. Gestión de eventos adversos: analiza si se dispone de mecanismos institucionales para la notificación y análisis de eventos adversos, incluyendo

metodologías como el análisis de causa raíz. Asimismo, si existen protocolos destinados a prevenir estos eventos y programas de apoyo a los profesionales implicados como segundas víctimas. La medida valora el alcance del análisis, la disponibilidad de protocolos y el grado de implantación de estos programas.

Medida 82. Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente: informa si el servicio de salud dispone de mecanismos de acreditación de la calidad, tanto mediante acreditaciones externas como mediante sistemas propios. Se valora el grado de desarrollo de estas acreditaciones y su implantación efectiva, atendiendo a su número, alcance y nivel de utilización.

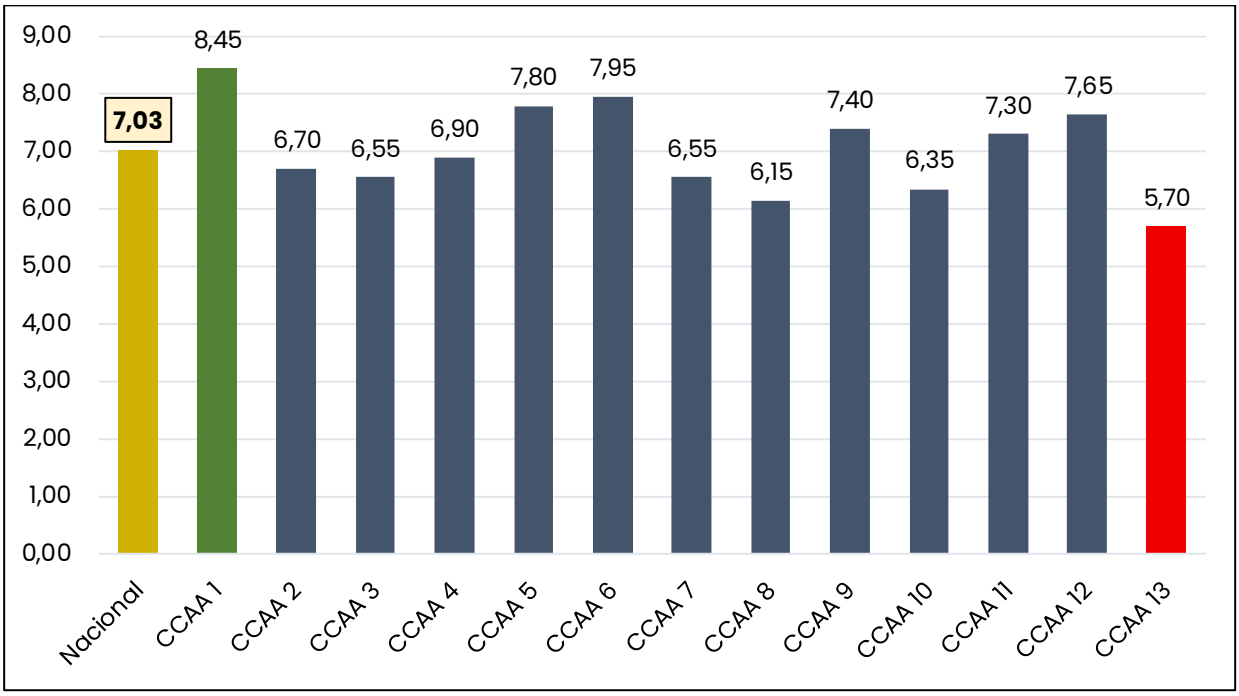
Aunque todas las medidas seleccionadas son relevantes para evaluar la calidad y Seguridad del Paciente, algunas presentan una especial capacidad para reflejar el grado de madurez organizativa. Entre ellas destacan las medidas 65, 72, 73.B y 74, que representan, cada una, un 15% de la puntuación final y, en conjunto, concentran el 60% del peso relativo de esta área. En un nivel intermedio se sitúan las medidas 73, 73.A y 82, con un peso relativo del 10% cada una. Por último, las medidas 63 y 72.A presentan el menor peso relativo, con un 5% cada una, en parte debido a que están integradas por un único indicador.

2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

2.1. Valoración

Para esta Área 9, "Evaluación del impacto en salud: calidad y Seguridad del Paciente", la puntuación media nacional obtenida fue de 7,03 sobre 10. Los resultados muestran variabilidad entre los distintos servicios de salud, con valores que oscilan entre 5,70 y 8,45 puntos, lo que refleja diferentes grados de desarrollo e implantación de las estrategias, estructuras y prácticas relacionadas con la seguridad asistencial (Gráfico 1).

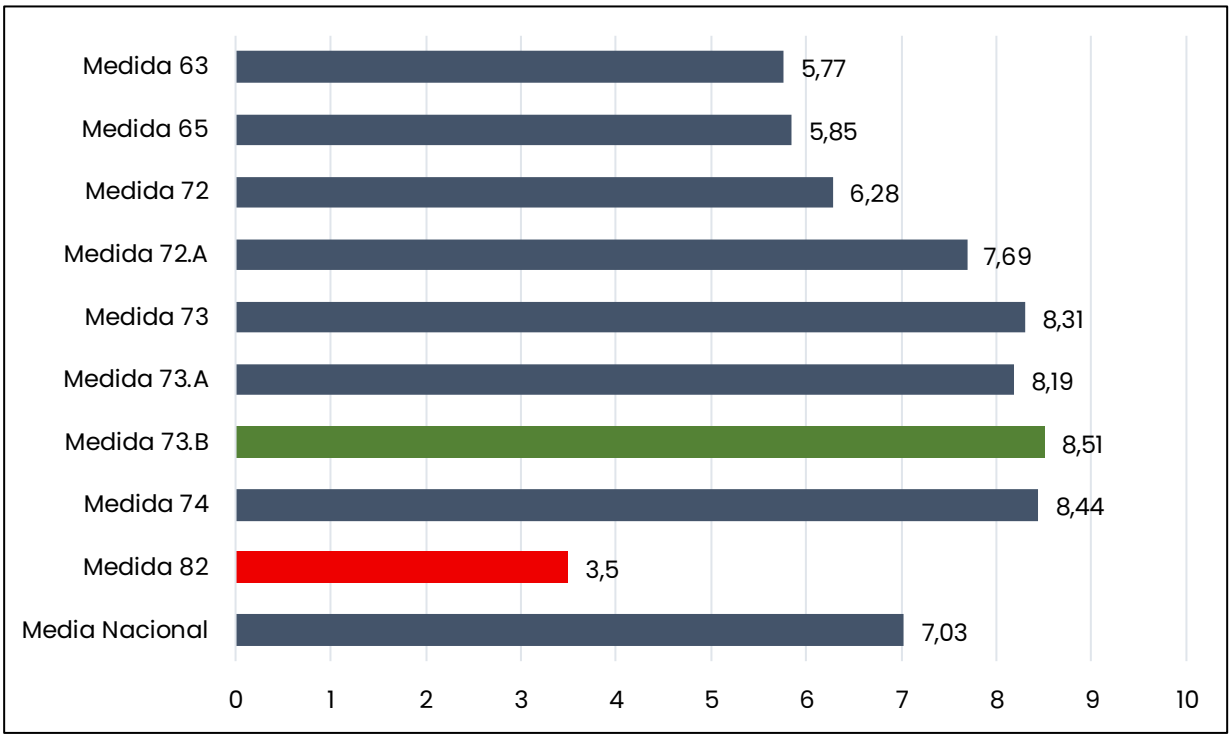
GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL DEL ÁREA Y SITUACIÓN DE LAS CC. AA. ÁREA 9.



En términos generales, puede afirmarse que las comunidades autónomas (CC. AA.) presentan un nivel de madurez moderadamente avanzado en esta materia, si bien aún persisten oportunidades de mejora en ámbitos de interés.

Las puntuaciones medias de las medidas se reflejan en el Gráfico 2:

GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL DE CADA MEDIDA



El análisis conjunto de los resultados obtenidos en las diferentes medidas permite observar un grado de desarrollo heterogéneo en los distintos ámbitos relacionados con la calidad y Seguridad del Paciente. Las puntuaciones más elevadas se concentran en aquellas áreas en las que existe un mayor nivel de consolidación de las actuaciones institucionales, mientras que otras presentan un grado de cumplimiento más moderado y, por tanto, un mayor margen de mejora.

De las nueve medidas evaluadas, cuatro presentan una puntuación global superior al 8 sobre 10, pudiéndose considerar un grado de desarrollo elevado. La medida que obtiene la valoración más alta es la 73.B, "Seguridad del Medicamento y del Producto Sanitario", con una puntuación de 8,51 sobre 10. Dentro de este ámbito, los programas dirigidos a garantizar un uso adecuado de los medicamentos de alto riesgo se encuentran actualizados en la práctica totalidad de las CC. AA. participantes.

Muy próxima se sitúa la Medida 74, "Gestión de eventos adversos", que alcanza un 8,44 sobre 10. La puntuación obtenida muestra un grado de cumplimiento elevado, sustentado especialmente por la capacidad de análisis de los eventos notificados, que ha sido valorada muy positivamente. También se apoya en la existencia de un amplio conjunto de actuaciones dirigidas a la prevención de eventos adversos y a la implementación de programas de segundas víctimas.

La Medida 73, "Buenas prácticas en Seguridad del Paciente", se sitúa igualmente en un nivel alto de desarrollo, con una puntuación de 8,31 sobre 10. Se ha reportado una amplia implantación de prácticas orientadas a reforzar la Seguridad del Paciente y una buena capacidad para evaluar su incorporación en los servicios de salud.

Por su parte, la Medida 73.A, "Prevención de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)", alcanza una puntuación de 8,19 sobre 10. La valoración obtenida refleja un cumplimiento especialmente sólido de las iniciativas relacionadas con los programas Zero, que presentan un elevado nivel de implantación en todas las comunidades autónomas participantes.

Con un grado de desarrollo moderado, la Medida 72.A, "Formación y competencia del profesional en Seguridad del Paciente", presenta una puntuación de 7,69 sobre 10. Los resultados apuntan a la existencia de actuaciones formativas estructuradas y con una cobertura significativa de los profesionales, favoreciendo la incorporación de los conocimientos y competencias relacionados con la Seguridad del Paciente en los diferentes colectivos del sistema sanitario.

Por su parte, la Medida 72, "Impulso de la Estrategia para la Seguridad del Paciente", obtiene un 6,28 sobre 10, mostrando diferencias en el grado de implementación de los distintos componentes valorados. En este sentido, la incorporación de objetivos alineados con la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente en los acuerdos de

gestión presenta un grado de avance superior al observado en la implantación y consolidación de los planes institucionales.

La Medida 65, "Disponibilidad de los resultados de la evaluación científica", alcanza un 5,85 sobre 10. Representa una evolución progresiva en la incorporación de la evidencia científica al entorno asistencial, aunque persiste margen para profundizar en la accesibilidad de los profesionales a las fuentes de evidencia.

Una puntuación similar presenta la Medida 63, "Evaluación de la variabilidad de la práctica sanitaria", con un 5,77 sobre 10. Este resultado sitúa la medida en un nivel de desarrollo intermedio y pone de manifiesto la necesidad de continuar extendiendo los mecanismos de medición sistemática de la variabilidad de la práctica clínica.

Finalmente, la Medida 82, "Acreditaciones de calidad relacionadas con la Seguridad del Paciente", obtiene una puntuación de 3,5 sobre 10, siendo la que presenta el menor grado de cumplimiento. La valoración evidencia un grado de consecución todavía limitado de los mecanismos de acreditación específicamente vinculados a la Seguridad del Paciente, especialmente en lo relativo a la implantación de sistemas propios.

2.2. Recomendaciones

A partir de la información obtenida y del análisis de las respuestas proporcionadas, es posible identificar una serie de orientaciones y líneas de actuación generales que pueden resultar de utilidad para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En este contexto, sería conveniente que los servicios de salud reforzasen progresivamente los sistemas de acreditación, tanto internos como externos, específicamente orientados a la calidad y a la Seguridad del Paciente. Estos mecanismos pueden desempeñar un papel relevante en la mejora continua de la calidad asistencial, ya que permiten valorar de forma objetiva el grado de cumplimiento de determinados estándares e identificar áreas en las que sea necesario actuar para reducir riesgos y mejorar la seguridad de la atención. Al mismo tiempo, favorecen la incorporación y consolidación de una cultura de seguridad en el conjunto de la organización, aportan visibilidad al compromiso institucional con la Seguridad del Paciente y refuerzan la confianza de pacientes, familiares y profesionales en la calidad de la atención prestada.

Asimismo, resulta recomendable impulsar programas orientados al estudio, identificación y reducción de la variabilidad de la práctica clínica. Puede conseguirse mediante la ampliación de los indicadores disponibles, buscando una medición sistemática capaz de detectar las diferencias existentes en la práctica asistencial. Se trata de una línea de actuación de carácter transversal que puede contribuir a mejorar la adecuación de la atención sanitaria y a reducir tanto la

sobreutilización como la infrautilización de procedimientos e intervenciones clínicas. Sus beneficios son, por tanto, múltiples: por un lado, permite disminuir los riesgos asociados a prácticas injustificadas y, por otro, favorece una utilización más eficiente de los recursos sanitarios. En última instancia, facilita la desinversión en procedimientos de bajo valor y la reorientación de los recursos hacia aquellas intervenciones que aportan un mayor valor para el paciente y para el sistema sanitario.

Si bien los resultados muestran un grado elevado de implantación de buenas prácticas en Seguridad del Paciente, todavía existe margen de mejora en el acceso y, especialmente, en la incorporación efectiva de la evidencia científica a la práctica asistencial. En este sentido, la monitorización de la adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia presenta un grado de desarrollo superior al de la propia accesibilidad a las fuentes, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir avanzando de forma coordinada en ambos ámbitos. Para ello, resulta conveniente facilitar un acceso cada vez más integrado a fuentes de conocimiento actualizadas y favorecer su incorporación a los entornos habituales de trabajo, de manera que puedan contribuir de forma efectiva a la toma de decisiones clínicas.

Pero, para lograr que la evidencia científica más reciente se traduzca de forma efectiva en decisiones clínicas, no basta con garantizar el acceso de los profesionales a fuentes de información de calidad. También es necesario proporcionarles los conocimientos y herramientas que faciliten su interpretación y aplicación en el entorno asistencial. En este sentido, es recomendable reforzar la formación en Seguridad del Paciente desde las etapas universitarias y mantenerla a lo largo de la trayectoria profesional, incorporándola a la formación sanitaria especializada y a los programas de formación continuada, con contenidos adaptados a los distintos colectivos y contextos asistenciales. Asimismo, deben impulsarse mecanismos que permitan identificar las necesidades formativas y valorar periódicamente las competencias adquiridas en este ámbito, de modo que las actuaciones puedan orientarse hacia las áreas con mayor margen de mejora. Para ello, pueden resultar especialmente útiles metodologías prácticas y herramientas de simulación que permitan entrenar situaciones asistenciales en entornos controlados.

Para implementar todas estas mejoras de manera efectiva, es importante apoyarse en una planificación estratégica basada en un diagnóstico previo de las necesidades y áreas de mejora de cada organización. En este sentido, resulta recomendable que cada servicio de salud disponga de un plan institucional propio, alineado con la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente y adaptado a su contexto específico. Los resultados muestran un mayor desarrollo de los objetivos de Seguridad del Paciente incorporados a los acuerdos de gestión que de los propios planes institucionales, por lo que sería conveniente seguir avanzando en su

consolidación y despliegue efectivo. Para ello, estos planes deberían definir prioridades, objetivos y una hoja de ruta para su seguimiento y evaluación, respaldados por un liderazgo activo de los equipos directivos que permita situar la Seguridad del Paciente como una prioridad transversal de la organización.

Por otra parte, los resultados favorables obtenidos en determinadas medidas no excluyen la existencia de aspectos concretos que, aun dentro de estos ámbitos, pueden seguir reforzándose mediante actuaciones específicas. Un ejemplo se encuentra en los programas de vigilancia, prevención y control de las IRAS, cuya existencia está ampliamente extendida entre las CC. AA. participantes, aunque se observan diferencias en su grado de actualización. Dado su impacto sobre la morbimortalidad y el elevado coste humano, social y económico asociado, resulta especialmente relevante mantener estos programas actualizados, teniendo en cuenta que una parte significativa de las IRAS puede prevenirse mediante medidas adecuadas.

Pero también resulta necesario reconocer el elevado nivel de cumplimiento alcanzado en los ámbitos de la seguridad del medicamento y del producto sanitario (Medida 73.B), la gestión de eventos adversos (Medida 74), las Buenas prácticas en Seguridad del Paciente (Medida 73) y la implementación de los programas Zero en las Unidades de Cuidados Intensivos (Medida 73.A). En estos ámbitos, los resultados obtenidos permiten constatar la existencia de actuaciones ampliamente implantadas y, por tanto, resulta especialmente importante mantener su continuidad y evitar que los avances alcanzados puedan verse comprometidos.

En términos generales, los resultados aconsejan que los servicios de salud no centren sus esfuerzos exclusivamente en las medidas con puntuaciones más bajas, sino que adopten una perspectiva equilibrada: consolidar aquellas actuaciones que ya presentan un alto grado de implantación, identificar dentro de ellas los componentes que todavía ofrecen margen de acción y concentrar esfuerzos adicionales en los ámbitos que muestran un menor nivel de cumplimiento. De esta forma, el objetivo debe ser avanzar hacia un desarrollo más homogéneo de las distintas dimensiones de la Seguridad del Paciente, manteniendo los estándares alcanzados y favoreciendo una mejora progresiva y sostenida en el conjunto del SNS.

En síntesis, las recomendaciones para el Área 9 se concretan en las siguientes líneas de actuación:

- Reforzar los sistemas de acreditación, tanto externos como propios, orientados a la calidad y la seguridad del paciente.
- Ampliar los indicadores disponibles para medir de forma sistemática la variabilidad de la práctica clínica.

- Facilitar un acceso más integrado a la evidencia científica desde los entornos de trabajo habituales.
- Reforzar la formación en seguridad del paciente a lo largo de toda la trayectoria profesional.
- Consolidar planes institucionales propios, alineados con la Estrategia Nacional y con una hoja de ruta para su seguimiento y evaluación.
- Mantener actualizados los programas de vigilancia, prevención y control de las IRAS.
- Asegurar la continuidad de las actuaciones con mayor grado de implantación en la seguridad del medicamento, la gestión de eventos adversos, las buenas prácticas y los programas Zero.

3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL ÁREA

A continuación, se presentan indicadores públicos de especial relevancia para el Área, seleccionados con el objetivo de complementar la información obtenida a través del cuestionario y aportar una visión más amplia de los resultados. Proceden de fuentes oficiales y de carácter público:

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DEL ÁREA 9.

INDICADOR	VALOR MEDIO (AÑO)	FUENTE
Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público (escala 1 - 10)	6,28 (2024)	INCLASNS
Mortalidad intrahospitalaria global por cada 100 altas hospitalarias	4,95 (2023)	INCLASNS
Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas por infarto (SNS)	5,87 (2023)	INCLASNS
Mortalidad intrahospitalaria tras fractura de cadera por cada 100 altas por dicho diagnóstico (SNS)	4,85 (2023)	INCLASNS
Porcentaje de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado en el SNS	1,05 (2023)	INCLASNS
Prevalencia total de pacientes con IRAS en hospitales de agudos	8,20 (2022)	INCLASNS
Tasa de amputaciones en pacientes con diabetes (%)	0,09 (2023)	INCLASNS
Tasa de notificación de sospechas de reacciones adversas graves a medicamentos (por millón de habitantes)	247,70 (2024)	INCLASNS
Tasa de parto por cesárea (%)	23,34 (2023)	INCLASNS

Tasa de sepsis postquirúrgica en cirugía abdominal en el Sistema Nacional de Salud (%)	2,22 (2023)	INCLASNS
Utilización de AINEs en personas con enfermedad cardiovascular (%)	25,97 (2023)	INCLASNS
Utilización de hipolipemiantes en personas de 75 y más años sin enfermedad cardiovascular (%)	39,17 (2023)	INCLASNS

En términos generales, los resultados muestran la existencia de ámbitos con indicadores favorables, como la baja frecuencia de amputaciones en pacientes con diabetes o de trauma obstétrico en partos vaginales no instrumentados. Asimismo, destaca la capacidad de notificación de sospechas de reacciones adversas graves a medicamentos. No obstante, persisten resultados que requieren una atención específica, como la prevalencia de las IRAS, la tasa de cesáreas o la utilización de determinados medicamentos en poblaciones en las que puede existir riesgo de inadecuación. Por otra parte, los indicadores de mortalidad intrahospitalaria permiten aportar una perspectiva complementaria sobre los resultados asistenciales. Finalmente, el grado de satisfacción ciudadana, situado en 6,28 sobre 10, refleja una valoración global moderada del funcionamiento del sistema sanitario público.

Los indicadores disponibles muestran un nivel global de seguridad asistencial razonablemente consolidado en el SNS, con resultados clínicos favorables en ámbitos de elevada relevancia. La mortalidad intrahospitalaria global se sitúa en 4,95 defunciones por cada 100 altas, mientras que la mortalidad intrahospitalaria postinfarto es del 5,87% y la asociada a fractura de cadera del 4,85%. Asimismo, la tasa de amputaciones en personas con diabetes, de 0,09%, constituye un indicador indirecto de la capacidad del sistema para prevenir complicaciones graves mediante un adecuado control de la enfermedad crónica. Estos resultados deben interpretarse, no obstante, teniendo en cuenta la complejidad y el perfil de riesgo de los pacientes atendidos, por lo que su evolución temporal y la comparación ajustada entre territorios son más informativas que el valor aislado.

En relación con la seguridad de los procesos asistenciales, la prevalencia de pacientes con infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en hospitales de agudos alcanza el 8,20% (2022), mientras que la tasa de sepsis postquirúrgica en cirugía abdominal es del 2,22% (2023). El trauma obstétrico en partos vaginales no instrumentados se sitúa en el 1,05% y la tasa de cesáreas en el 23,34%, indicadores que permiten monitorizar diferentes dimensiones de la práctica clínica segura y de la adecuación de la atención. En conjunto, estos datos ponen de manifiesto que, junto a los buenos resultados obtenidos en determinados resultados clínicos, persiste un margen relevante para reforzar la prevención de infecciones, las prácticas quirúrgicas seguras y la reducción de eventos adversos evitables.

La seguridad relacionada con los medicamentos constituye igualmente un área relevante. La tasa de notificación de sospechas de reacciones adversas graves alcanza 247,70 por millón de habitantes (2024), indicador que debe interpretarse fundamentalmente como una medida de capacidad de detección y notificación, y no directamente como una medida de incidencia de efectos adversos. Por otra parte, la utilización de AINE en personas con enfermedad cardiovascular (25,97%) y de hipolipemiantes en personas de 75 o más años sin enfermedad cardiovascular (39,17%) señala la importancia de seguir avanzando en la adecuación y revisión periódica de la farmacoterapia, especialmente en población mayor y con multimorbilidad.

Los indicadores disponibles dibujan un SNS con resultados clínicos y de seguridad asistencial globalmente consolidados, pero con oportunidades de mejora en la prevención de infecciones y eventos adversos, la seguridad farmacológica y, especialmente, en la extensión de la cultura de seguridad hacia la continuidad asistencial, la Atención Primaria, el domicilio y la coordinación sociosanitaria.

ÁREA 10. GOBERNANZA

1. DESCRIPCIÓN E IMPORTANCIA DEL ÁREA

En los sistemas sanitarios contemporáneos, la gobernanza se ha constituido en un elemento clave, ya que determina cómo se fijan prioridades, se asignan responsabilidades, se profesionaliza la dirección, se dota de autonomía a los centros y se rinden cuentas sobre resultados y recursos. Por su carácter transversal, una gobernanza sólida amplifica el impacto del resto de áreas del Índice FES y favorece decisiones más coherentes, evaluables y sostenibles. Por otro lado, la gobernanza contribuye paralelamente al desarrollo de otro factor esencial: la confianza en la consistencia y previsibilidad de las decisiones, fundamental tanto para los profesionales como para la ciudadanía

En un Sistema Nacional de Salud (SNS) descentralizado, esta dimensión adquiere una importancia especial. La capacidad de cada servicio autonómico de salud para traducir las prioridades políticas en objetivos operativos, asignar recursos, coordinar centros y evaluar su ejecución condiciona tanto la calidad de la asistencia como la equidad, la eficiencia y la confianza de la ciudadanía. El Área 10 ("Gobernanza") no valora únicamente la existencia formal de normas o estructuras, sino su grado efectivo de implantación, accesibilidad y utilización.

Gobernanza, información y rendición de cuentas

La digitalización del sistema sanitario y la creciente disponibilidad de información clínica, económica y organizativa permiten conocer con mayor rapidez la evolución de los resultados. Sin embargo, disponer de datos no equivale por sí solo a gobernar mejor: es necesario seleccionar indicadores relevantes, mantener series comparables, publicarlas de forma comprensible y utilizarlas para revisar decisiones, corregir desviaciones y orientar la mejora continua. Por ello, el observatorio de resultados y el portal de transparencia constituyen instrumentos centrales de esta Área.

La rendición de cuentas debe entenderse como un proceso activo. No se limita a ofrecer información, sino que exige hacer visibles los objetivos, los recursos empleados, los resultados alcanzados y las decisiones adoptadas a partir de la evaluación. Del mismo modo, la autonomía de los centros solo genera valor cuando se acompaña de capacidades reales de gestión, responsabilidades definidas y mecanismos de comparación y control. Esta combinación de autonomía y evaluación conecta la gobernanza institucional con la gestión clínica y con el desempeño cotidiano de los servicios.

Por último, la manera en la que se seleccionan, mantienen, promocionan y profesionalizan las personas que dirigen los centros representa un buen indicador del nivel de madurez del sistema sanitario regional en términos de gobernanza.

De Buen Gobierno y Transparencia a Gobernanza

El Área 11 del Índice FES 2024, "Buen Gobierno y Transparencia", pasa a ser el Área 10 en la edición de 2026 y adopta la denominación de "Gobernanza". El cambio amplía el foco: de la transparencia como resultado final al ciclo completo de dirección, planificación, gestión, medición y rendición de cuentas. Se mantienen las medidas 11, 100, 102, 103, 105 y 106, se incorporan las medidas 70 y 97B, procedentes de otras Áreas, y la preparación ante epidemias y pandemias queda integrada en el nivel máximo del Plan estratégico (Medida 105). El Área pasa así de siete a ocho medidas.

La nueva configuración refuerza además dos dimensiones que amplían la lectura tradicional del buen gobierno. La Medida 70 vincula la evaluación económica del tabaquismo, la obesidad y otros factores de riesgo con la planificación preventiva y presupuestaria. La Medida 97B incorpora la adecuación de los centros sanitarios a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) mediante condiciones concretas del entorno, como el acceso a fuentes públicas de agua y la disponibilidad de bebidas y alimentos saludables. De este modo, el Área integra dirección, sostenibilidad, prevención y capacidad de respuesta dentro de un mismo marco de gobernanza.

TABLA 1. PUNTUACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL ÁREA 10

ÁREA 10. GOBERNANZA	Puntos 10,00
Medida 11. Gestión clínica	1,00
Medida 70. Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo	1,00
Medida 97B. Adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	1,50
Medida 100. Directivos sanitarios acreditados en función de méritos	1,50
Medida 102. Autonomía de gestión centros sanitarios	1,50
Medida 103. Observatorio de resultados en el servicio de salud	1,50
Medida 105. Plan estratégico del servicio de salud	1,00
Medida 106. Portal de transparencia	1,00

Medida 11. Gestión clínica: mide si el servicio de salud dispone de un modelo de gestión clínica homogeneizado. El grado de desarrollo se determina en función del porcentaje de centros incluidos en dicho modelo, desde la existencia de experiencias puntuales o piloto hasta su extensión a más del 75 % de los centros.

Medida 70. Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo: analiza si la comunidad autónoma (C.A.) dispone de un análisis del impacto económico del tabaquismo, la obesidad y otros factores de riesgo. El grado de desarrollo se determina en función de la frecuencia de actualización de este análisis, desde su realización puntual en el pasado hasta su seguimiento semestral en tiempo real.

Medida 97B. Adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): valora la adecuación de los centros sanitarios a los ODS a través de dos aspectos del entorno: la disponibilidad de fuentes públicas de agua para beber y la existencia de máquinas expendedoras con bebidas y alimentos saludables, sin azúcar añadido. En ambos casos, el grado de desarrollo se determina en función del porcentaje de centros que disponen de ellos.

Medida 100. Directivos sanitarios acreditados en función de méritos: comprueba si los directivos son nombrados y evaluados periódicamente en función de sus méritos y capacidad, mediante un baremo que pondera la formación, la experiencia y los resultados previos en puestos similares. Asimismo, valora si los nombramientos dependen de una comisión técnica y profesional independiente del poder político, en cuyo nivel más avanzado participan todos los colectivos, incluidos profesionales y usuarios.

Medida 102. Autonomía de gestión de los centros sanitarios: indica si los centros sanitarios disponen de autonomía de gestión, materializada en un presupuesto propio y capacidad de compra y contratación. El grado de desarrollo se determina en función del porcentaje de centros que cuentan con esta autonomía, hasta superar el 60 %.

Medida 103. Observatorio de resultados en el servicio de salud: analiza si existe un observatorio de resultados en salud con acceso público, valorando su grado de desarrollo, la posibilidad de consultar series temporales y su nivel de consulta por la población. Asimismo, valora si los resultados en salud se miden de forma continuada y se publican, en función del número de indicadores, que en su nivel más avanzado incluye indicadores normalizados de calidad de vida y de experiencia y resultados percibidos por los pacientes (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs y Patient-Reported Experience Measures, PREMs).

Medida 105. Plan estratégico del servicio de salud: comprueba si el servicio de salud dispone de un plan estratégico o un plan de salud actualizado. Se valora su accesibilidad pública, su grado de exhaustividad y, en el nivel más avanzado, su carácter participativo.

Medida 106. Portal de transparencia: informa si el servicio de salud dispone de un portal de transparencia. Se valora si es propio o se integra en el del gobierno regional, su facilidad de acceso y su grado de exhaustividad, que en el nivel más

avanzado incluye los datos de gasto por partidas principales y los contratos suscritos con los proveedores.

La puntuación máxima del Área es 10. Como se recoge en la Tabla 1, la Medida 97B ("Adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible"), Medida 100 ("Directivos sanitarios acreditados en función de méritos"), Medida 102 ("Autonomía de gestión de los centros sanitarios") y Medida 103 ("Observatorio de resultados en el servicio de salud") aportan hasta 1,5 puntos cada una, el 60 % del Área. La Medida 11 ("Gestión clínica"), Medida 70 ("Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo"), Medida 105 ("Plan estratégico del servicio de salud") y Medida 106 ("Portal de transparencia") aportan hasta 1 punto cada una, el 40 % del total del Área.

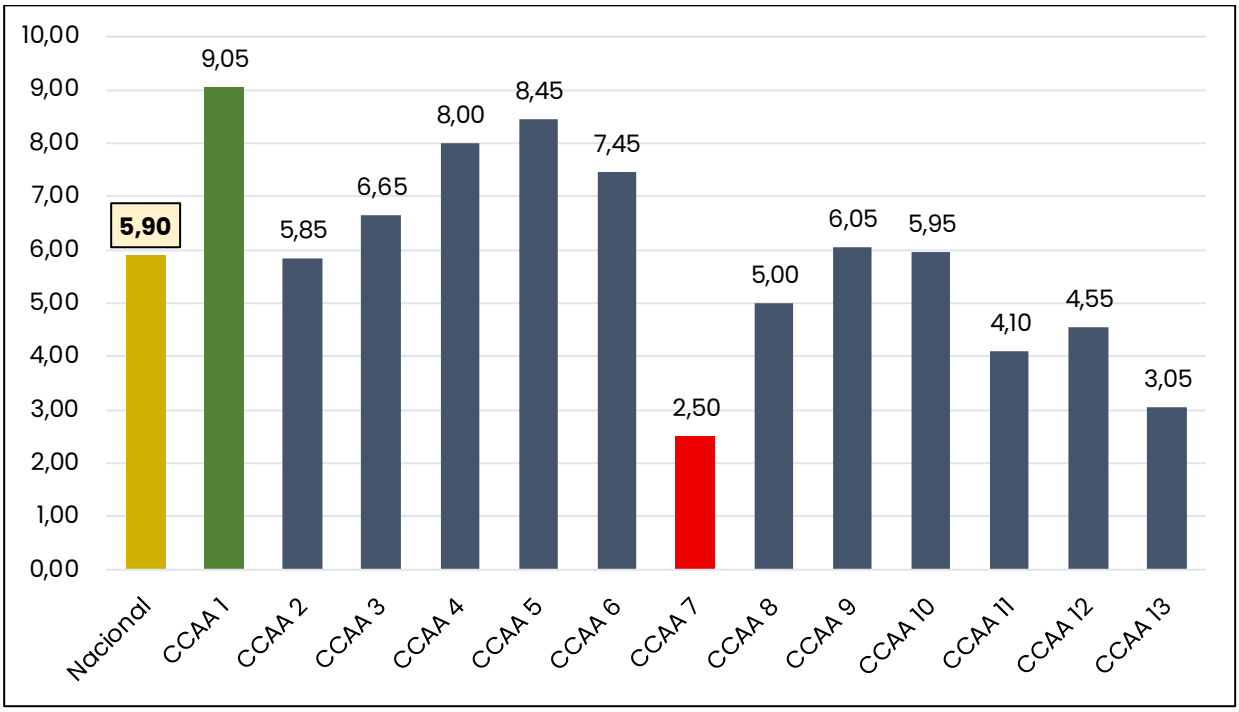
La diferente ponderación responde a la relevancia estructural atribuida a cada componente. Se concede un mayor peso conjunto a la sostenibilidad de los centros, la profesionalización e independencia de la dirección, la autonomía efectiva de gestión y la medición pública de resultados. Estas cuatro medidas concentran el 60 % de la puntuación porque reflejan capacidades estables para decidir, ejecutar y rendir cuentas. Gestión clínica, evaluación económica de riesgos, planificación estratégica y transparencia aportan el 40 % restante y completan la valoración del ciclo de gobernanza. La puntuación del Área debe interpretarse, por tanto, como un resultado ponderado y no como una simple media aritmética de las ocho medidas.

2. SITUACIÓN DEL ÁREA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

2.1. Valoración

La gobernanza presenta un desarrollo intermedio y desigual en el conjunto de las trece CC. AA. evaluadas. La media nacional del Área 10 ("Gobernanza") alcanza 5,90 puntos sobre 10. Los resultados muestran una mayor consolidación de la planificación estratégica y la transparencia, junto con carencias relevantes en la profesionalización de la dirección sanitaria y en la evaluación económica de los factores de riesgo.

GRÁFICO 1. MEDIA NACIONAL DEL Y SITUACIÓN DE LAS CC. AA. ÁREA 10.

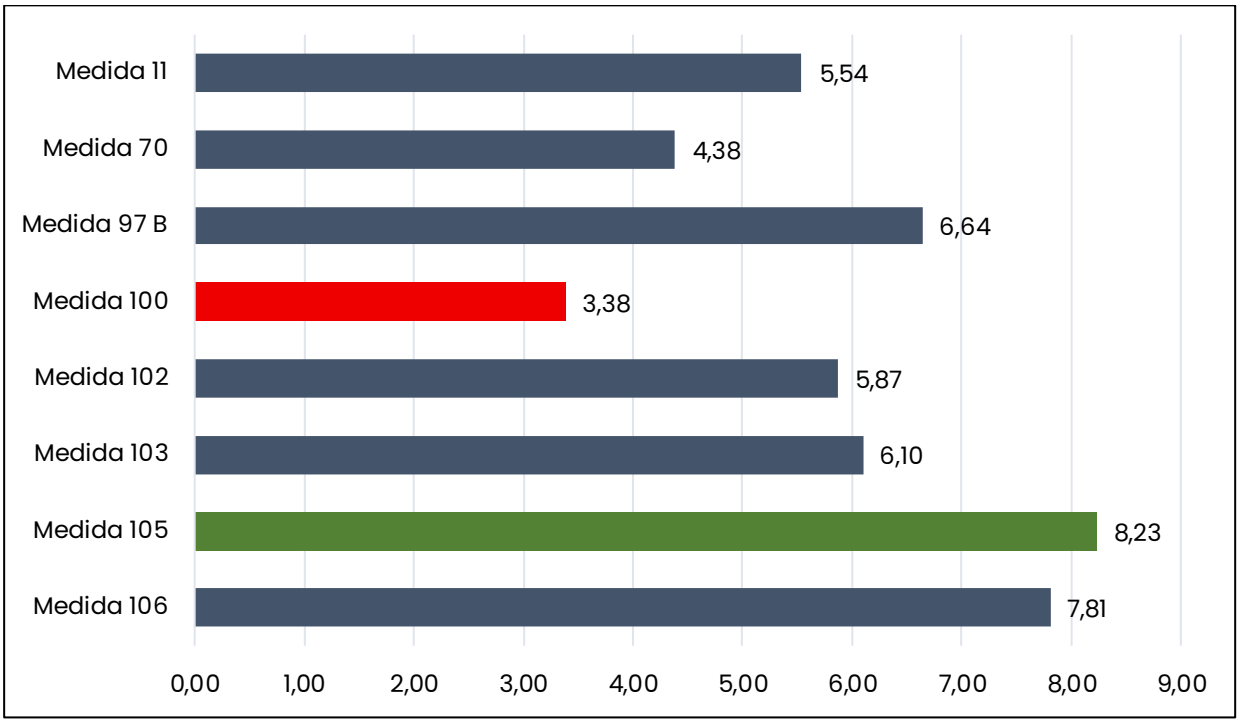


La mediana se sitúa en 5,95 puntos, muy próxima a la media, pero el recorrido entre la puntuación máxima, 9,05, y la mínima, 2,50, asciende a 6,55 puntos. Siete comunidades superan la media nacional y seis quedan por debajo. Tres alcanzan 8 o más puntos y cuatro no llegan a 5, lo que evidencia diferencias amplias en el grado de desarrollo de las capacidades de gobernanza.

Merecen un reconocimiento las tres comunidades que encabezan los resultados, con 9,05, 8,45 y 8,00 puntos respectivamente. Sus experiencias ofrecen una base para identificar prácticas transferibles, cuyo aprovechamiento debe apoyarse en el análisis de las medidas concretas en las que destacan.

La puntuación global debe leerse junto con el perfil de cada medida: resultados totales próximos pueden responder a fortalezas y carencias distintas. La media nacional sintetiza las comunidades participantes y no implica una implantación uniforme en todos sus centros. El total del Área conserva la ponderación del índice; las medidas se presentan a continuación normalizadas sobre 10 para facilitar su comparación.

GRÁFICO 2. MEDIA NACIONAL POR MEDIDA DEL ÁREA 10.



Medida 11. Gestión clínica — 5,54 puntos. El resultado intermedio encubre una marcada polarización: cinco comunidades alcanzan 10 puntos, mientras que seis obtienen puntuaciones iguales o inferiores a 2,50. El reto es extender modelos homogéneos con responsabilidades, capacidad de decisión y evaluación de resultados.

Medida 70. Evaluación del impacto económico de los factores de riesgo — 4,38 puntos. Es la segunda medida con menor puntuación. Cuatro comunidades no obtienen puntos y dos alcanzan únicamente 2,50. La actualización sistemática de estas evaluaciones y su conexión con la prevención y el presupuesto constituyen una carencia relevante.

Medida 97B. Adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) — 6,64 puntos. La disponibilidad de agua pública y la oferta saludable en máquinas expendedoras muestran un avance moderado, con resultados entre 1,67 y 10 puntos. Debe examinarse la cobertura de ambos indicadores por separado para orientar las actuaciones en los centros.

Medida 100. Directivos acreditados en función de méritos — 3,38 puntos. Constituye la principal debilidad nacional. Cinco comunidades no obtienen puntuación y otras dos quedan en 1,67. El resultado señala una institucionalización insuficiente de la selección y evaluación por méritos y de las comisiones técnicas independientes.

Medida 102. Autonomía de gestión centros sanitarios — 5,87 puntos. La media

refleja situaciones muy diferentes: seis comunidades alcanzan 10 puntos y cuatro obtienen cero. La extensión de presupuesto propio y capacidad de compra y contratación requiere acompañarse de capacidades de gestión y rendición de cuentas.

Medida 103. Observatorio de resultados en el servicio de salud — 6,10 puntos. El desarrollo es intermedio y heterogéneo: cuatro comunidades se sitúan en 2,33 o menos. La valoración conjunta del acceso público al observatorio y de la medición continuada exige reforzar tanto la disponibilidad como la utilidad de los resultados publicados.

Medida 105. Plan estratégico del servicio de salud — 8,23 puntos. Es la medida mejor valorada: nueve comunidades alcanzan 10 puntos y dos obtienen 8,50. Persisten dos resultados nulos que requieren atención prioritaria. En los niveles altos, el reto es sostener la ejecución, evaluación y actualización del plan.

Medida 106. Portal de transparencia — 7,81 puntos. Todas las comunidades alcanzan al menos 6,50 puntos. En concreto, siete comunidades obtienen 6,50 puntos, dos alcanzan 8,00 y cuatro consiguen la puntuación máxima de 10,00 puntos. Existe una base extendida de transparencia, con margen para completar la información sanitaria, económica y contractual y mejorar su accesibilidad y reutilización.2.2. Recomendaciones

El análisis de los resultados del Área 10 "Gobernanza" permite identificar grados diversos de desarrollo entre las medidas evaluadas y las CC. AA. participantes. Las prioridades nacionales deben combinar la corrección de las carencias más extendidas con actuaciones dirigidas a las comunidades que presentan déficits específicos. La profesionalización directiva y la evaluación económica de riesgos requieren un impulso preferente. En las medidas de desempeño intermedio, la mejora debe centrarse en los indicadores y centros con menor implantación.

A partir de este enfoque, las recomendaciones se organizan en cuatro ámbitos: la mejora de las medidas con mayores necesidades de desarrollo, la ampliación de las actuaciones con una implantación desigual, la consolidación de los resultados más favorables y el establecimiento de mecanismos de implantación, seguimiento y evaluación.

Ámbitos prioritarios de mejora

Las medidas relacionadas con la profesionalización de la gestión, la evaluación económica de los factores de riesgo y la autonomía organizativa presentan ámbitos de mejora que requieren actuaciones específicas. En este contexto, se proponen las siguientes recomendaciones:

- Profesionalizar la selección y evaluación de directivos (Medida 100 "Directivos sanitarios acreditados en función de méritos"). Se recomienda establecer

perfiles competenciales y publicar baremos de formación, experiencia y resultados antes de cada convocatoria. Asimismo, conviene generalizar los procedimientos abiertos y competitivos, con proyecto de gestión, entrevistas estructuradas y decisiones motivadas. Estos procesos deberían complementarse con acuerdos de desempeño con objetivos y evaluación periódica, vinculando la continuidad a resultados. El seguimiento debe mostrar el porcentaje de puestos cubiertos mediante estos procedimientos y la extensión de la capacitación y acreditación directiva.

- Garantizar la independencia técnica de los nombramientos (Medida 100 "Directivos sanitarios acreditados en función de méritos"). La evaluación de los candidatos debería corresponder a comisiones profesionales con mayoría técnica, mandatos definidos y reglas de conflicto de interés. También sería aconsejable incorporar progresivamente profesionales, usuarios y expertos externos, aplicar matrices de valoración comunes y publicar composición, criterios y resoluciones motivadas. La implantación de estos procedimientos podría iniciarse en los puestos vacantes y extenderse progresivamente, conforme a un calendario para cubrir el conjunto del nivel directivo no político.
- Actualizar la evaluación económica de los factores de riesgo (Medida 70 "Evaluación del impacto económico en sanidad de factores de riesgo"). Se propone designar una unidad responsable que conecte la salud pública y planificación económica. Esta unidad debería promover la realización o actualización de estudios de tabaquismo, obesidad y otros riesgos prioritarios con metodología reproducible, fuentes y supuestos explícitos. Las revisiones deberían realizarse, al menos, quinquenalmente, avanzando hacia actualizaciones anuales y, en los niveles más desarrollados, semestralmente. Sus resultados deberían incorporarse al plan de salud, a la priorización preventiva y a las decisiones presupuestarias, publicando las series y las limitaciones.
- Extender modelos homogéneos de gestión clínica (Medida 11 "Gestión clínica"). Se considera oportuno establecer un marco corporativo común y evaluar las experiencias existentes para identificar las transferibles. La implantación de estos modelos debería apoyarse en acuerdos formalizados con equipos multidisciplinares, recursos, competencias e indicadores clínicos, de calidad y eficiencia. Asimismo, sería recomendable la implantación con formación y una senda verificable de cobertura que supere el 20 %, alcance el 50 % y avance por encima del 75 % de los centros. El seguimiento de estas actuaciones debería incluir la publicación anual de su cobertura y resultados.
- Dotar de autonomía efectiva a los centros (Medida 102 "Autonomía de gestión Centros Sanitarios"). Sería aconsejable definir el alcance de las competencias presupuestarias, de compra y contratación y reforzar las capacidades

económicas, jurídicas y de análisis de datos antes de delegarlas. La extensión del modelo podría realizarse desde centros piloto evaluados, mediante acuerdos con objetivos, límites de gasto, control interno y auditoría. También sería necesario coordinar las decisiones locales con las compras centralizadas que aporten valor y comparar costes, calidad y resultados para orientar su expansión.

Recomendaciones para ampliar y homogeneizar la implantación

Junto a los ámbitos anteriores, hay determinadas medidas que requieren actuaciones orientadas a ampliar su cobertura y reducir sus diferencias de implantación entre CC. AA. y centros. En particular, se recomienda avanzar en los siguientes aspectos:

- Completar el observatorio y la publicación continuada (Medida 103 "Observatorio de resultados en el Servicio de Salud"). Se recomienda crear o reforzar un acceso público reconocible, con unidad responsable, fichas metodológicas, series temporales, buscador y descarga de datos. Para garantizar la continuidad de la información, sería conveniente aprobar una cartera estable y un calendario de actualización que permitan superar la publicación esporádica. Además, deberían ampliarse progresivamente los indicadores e incorporar medidas de experiencia y resultados comunicados por los pacientes y de calidad de vida. Cuando corresponda, la información debería someterse a procedimientos de validación y ajuste por riesgo, vinculando los hallazgos a contratos de gestión y planes de mejora.
- Ampliar los entornos saludables en los centros (Medida 97B "Adecuación a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles"). Sería de interés inventariar por separado la cobertura de fuentes de agua y de máquinas expendedoras saludables. A partir de esta información, sería adecuado definir estándares de accesibilidad, mantenimiento y calidad del agua, junto con criterios nutricionales corporativos para la oferta sin azúcar añadido. Estos requisitos deberían incorporarse a los contratos, auditar su cumplimiento y fijar metas anuales de extensión, priorizando centros e indicadores con menor cobertura.

Consolidación de los avances alcanzados

Las medidas que presentan resultados más favorables configuran una base sólida sobre la que seguir avanzando en el desarrollo de la gobernanza sanitaria. En estos ámbitos, las recomendaciones se orientan principalmente a consolidar las actuaciones existentes, mejorar su efectividad y reforzar los mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas.

- Consolidar la planificación estratégica (Medida 105 "Plan estratégico del servicio de salud"). En las comunidades con mayor desarrollo, se recomienda vincular el plan al presupuesto, los contratos de gestión y los planes de centro,

con responsables e indicadores verificables. Al mismo tiempo, conviene publicar su cumplimiento, revisarlo al menos anualmente y mantener actualizada la preparación frente a epidemias y pandemias mediante ejercicios periódicos. El intercambio de modelos de seguimiento que funcionen puede contribuir a extender estas prácticas. Para las comunidades sin plan actualizado, la prioridad es aprobar y publicar un documento operativo con diagnóstico, objetivos, recursos, calendario y respuesta ante crisis.

- Profundizar en la transparencia sanitaria (Medida 106 "Portal de transparencia"). Sería beneficioso consolidar un acceso sanitario único y reconocible y completar la información sobre presupuestos, ejecución del gasto y contratación. La publicación de adjudicatarios, importes, duración y modificaciones contractuales debería acompañarse de herramientas de búsqueda, series históricas y formatos reutilizables. También sería adecuado establecer responsables y plazos de actualización, evaluar accesibilidad y uso y coordinar el portal con el observatorio para relacionar los recursos empleados con los resultados obtenidos.

Implantación, seguimiento y evaluación de las recomendaciones

Para favorecer la aplicación de las actuaciones propuestas, sería conveniente establecer mecanismos de planificación y seguimiento para evaluar su grado de desarrollo y los avances alcanzados.

Cada servicio de salud debe traducir estas recomendaciones en un plan de mejora a tres años, con una línea de base validada, responsables ejecutivos y técnicos, recursos y objetivos a 12, 24 y 36 meses. La prioridad será avanzar en los indicadores situados en Nada o Poco, con seguimiento trimestral y publicación anual del progreso y de las medidas correctoras.

El aprendizaje entre comunidades debe facilitar el intercambio de modelos, pliegos, metodologías y herramientas de alto desempeño. La evaluación periódica de las evidencias y del impacto permitirá distinguir la mejora efectiva de los cambios meramente documentales: la actuación debe estar implantada, evaluada y sometida a rendición pública de cuentas.

3. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DEL ÁREA

Esta edición incorpora indicadores públicos relevantes para el Área 10 "Gobernanza", seleccionados por su interés y por la información adicional que aportan a los resultados del cuestionario. Se presentan los valores nacionales, el año y las fuentes de cada indicador, con una perspectiva complementaria sobre participación ciudadana, funcionamiento del sistema, recursos y gasto sanitario.

TABLA 2. INDICADORES PÚBLICOS SELECCIONADOS DEL ÁREA 10.

INDICADOR	VALOR MEDIO (AÑO)	FUENTE
Participación en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento en Atención Primaria (% personas usuarias)	80,11 (2024)	INCLASNS
Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público (escala 1- 10)	6,28 (2024)	INCLASNS
Valoración positiva de la coordinación entre los distintos profesionales del sistema sanitario público (% de personas)	46,57 (2024)	INCLASNS
Porcentaje del gasto dedicado a conciertos	8,60 (2023)	INCLASNS
Centros de salud y consultorios por 100.000 habitantes	27 (2023)	Ministerio de Sanidad
Oficinas de Farmacia por 1.000 habitantes	0,494 (2024)	Ministerio de Sanidad
Camas en funcionamiento por 1.000 habitantes	2,39 (2023)	Ministerio de Salud/INE
Porcentaje del gasto sanitario público sobre el PIB	6,10 (2023)	Ministerio de Salud EGSP
Porcentaje de variación del gasto sanitario interanual	8,10 (2022-2023)	Ministerio de Salud EGSP

Dada la limitada disponibilidad de indicadores específicamente orientados a medir la gobernanza sanitaria, se han incorporado algunos indicadores de contexto y resultado que permiten complementar la información obtenida mediante la encuesta específica realizada a las CC. AA.

Estos permiten complementar la información obtenida aportando una perspectiva centrada en la experiencia de los ciudadanos, la coordinación del sistema y el marco de financiación y recursos en el que se desarrolla la gestión sanitaria. Aunque

no todos los indicadores tienen carácter estrictamente organizativo o de gobernanza, en conjunto ofrecen elementos relevantes para valorar la capacidad del sistema para orientar su funcionamiento hacia una atención integrada, participativa y sostenible.

En relación con la participación de los ciudadanos en las decisiones sobre su problema de salud y tratamiento en Atención Primaria, el 80,11% registrado en 2024 constituye un indicador relevante de orientación hacia una atención más participativa y centrada en la persona. La participación en las decisiones clínicas compartidas puede considerarse un componente de buena gobernanza, al desplazar el modelo desde una relación predominantemente paternalista hacia otra basada en la información, la corresponsabilidad y la autonomía de las personas. No obstante, el indicador también pone de manifiesto que existe margen para seguir consolidando modelos de decisión compartida, especialmente mediante herramientas de participación y evaluación de la experiencia del paciente.

La satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público, situada en 6,28 puntos sobre 10 en 2024, aporta una aproximación global a la percepción social del sistema. Se trata de un indicador que debe interpretarse conjuntamente con otros resultados, puesto que la satisfacción está condicionada por múltiples factores —accesibilidad, tiempos de espera, continuidad, trato, resultados percibidos o expectativas— y no constituye por sí misma una medida directa de calidad de la gobernanza. Su incorporación resulta, sin embargo, útil para valorar hasta qué punto las decisiones organizativas y de gestión terminan traduciéndose en una percepción positiva por parte de la ciudadanía.

Un elemento especialmente significativo es la valoración positiva de la coordinación entre los distintos profesionales del sistema sanitario público, que alcanza el 46,57%. Este resultado apunta a una de las áreas con mayor recorrido de mejora para la gobernanza del sistema. La coordinación efectiva entre profesionales y niveles asistenciales constituye una condición necesaria para garantizar continuidad asistencial, evitar duplicidades y facilitar una atención integrada, especialmente ante el incremento de la cronicidad, la pluripatología y las necesidades sociosanitarias. Desde esta perspectiva, la gobernanza no debería limitarse a las estructuras formales de dirección, sino incorporar mecanismos efectivos de coordinación transversal, intercambio de información, objetivos compartidos y evaluación conjunta de resultados.

En el ámbito de la financiación y relación entre los sectores público y privado el gasto dedicado a conciertos representa el 8,60% del gasto sanitario público en 2023. Este dato refleja la existencia de una participación relevante de proveedores concertados en la provisión sanitaria, cuya adecuada gobernanza requiere mecanismos transparentes de planificación, contratación, seguimiento y

evaluación de resultados. Más que valorar aisladamente el volumen de concertación, resulta especialmente importante garantizar que las distintas fórmulas de provisión se integren en una estrategia sanitaria común, con criterios homogéneos de calidad, transparencia, eficiencia y rendición de cuentas.

Por otra parte, el gasto sanitario público representa el 6,10% del PIB, con un incremento interanual del gasto del 8,10% entre 2022 y 2023. Estos datos evidencian el esfuerzo financiero realizado por el sistema sanitario, aunque el volumen de recursos, por sí mismo, no permite valorar la calidad de la gobernanza. El reto consiste en asegurar que el incremento de recursos se traduzca en capacidad efectiva para mejorar resultados en salud, accesibilidad, coordinación, experiencia del paciente y sostenibilidad, mediante sistemas de planificación, evaluación y rendición de cuentas.

Los indicadores de dotación de recursos —centros de salud, oficinas de farmacia y camas hospitalarias— deben interpretarse fundamentalmente como indicadores de estructura y capacidad del sistema, más que como indicadores directos de gobernanza. No obstante, son relevantes porque condicionan las posibilidades de desarrollar las políticas sanitarias y de responder a las necesidades de la población. La gobernanza debe, por tanto, incorporar una adecuada planificación de recursos, buscando un equilibrio entre capacidad instalada, necesidades poblacionales, accesibilidad y evolución de la demanda asistencial.

En conjunto, estos indicadores refuerzan la idea de que la gobernanza sanitaria debe superar una concepción centrada exclusivamente en las estructuras directivas y avanzar hacia un modelo orientado a resultados, participación, coordinación e integración del sistema. La información obtenida mediante la encuesta sobre modelos de gestión, transparencia, observatorios de resultados y sistemas de nombramiento y provisión de directivos permite analizar los mecanismos formales de gobernanza, mientras que los indicadores de INCLASNS aportan una aproximación complementaria a algunas de sus manifestaciones en términos de experiencia ciudadana, participación y coordinación.

El principal reto parece situarse, por tanto, en conectar las estructuras y mecanismos formales de gobernanza con resultados observables para ciudadanos y profesionales, particularmente en ámbitos como la coordinación asistencial, la participación efectiva en las decisiones y la orientación de los recursos hacia las necesidades de salud de la población. La disponibilidad de información pública, la evaluación sistemática de resultados y la profesionalización de la gestión constituyen elementos facilitadores para avanzar en esta dirección.

4. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

El Índice FES es un instrumento de gestión concebido para ofrecer un diagnóstico comparado de fortalezas desarrolladas por los distintos servicios de salud participantes y la identificación de oportunidades de mejora asociadas. Resulta fundamental aprovechar la riqueza de estos datos e identificar aquellas iniciativas que han contribuido de forma efectiva a mejorar el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Trasladar políticas, planes y proyectos exitosos a otros sistemas para optimizar sus prestaciones sanitarias constituye una fortaleza estratégica de primer orden. Por ello, desde el Índice FES se promueve la identificación y puesta en valor de las mejores prácticas de los servicios de salud, recopilándolas y difundiéndolas a lo largo del ejercicio posterior a la elaboración del estudio a través de diferentes encuentros y jornadas autonómicas.

La Fundación Economía y Salud reconoce y agradece el esfuerzo realizado por las comunidades autónomas (CC. AA.) que han contribuido a la elaboración de este análisis mediante la cumplimentación del autocuestionario. Tras un exhaustivo diagnóstico de los formularios recibidos por las CC. AA. participantes, y teniendo en cuenta que en esta edición las diferentes medidas planteadas presentan ítems muy detallados, específicos y cuantificados según una escala de Likert, el equipo técnico e investigador del proyecto, integrado por expertos de la Fundación Economía y Salud y miembros del grupo de evaluación, emite conclusiones y propone recomendaciones estratégicas que articulan este informe.

Si bien los análisis pormenorizados y las recomendaciones más específicas se desarrollan de forma monográfica en cada una de las 10 áreas del Índice FES, en esta sección se presentan las conclusiones y recomendaciones generales, fundamentadas en la perspectiva global de las medias nacionales de las áreas y de las medidas. Además, cada comunidad autónoma (C. A.) participante recibe un informe confidencial personalizado que incluye sus puntuaciones desglosadas por áreas y medidas, la lectura de los indicadores y un conjunto de recomendaciones específicas adaptadas a su realidad particular.

2. EVIDENCIAS EMPÍRICAS: RESULTADOS GENERALES DEL ÍNDICE FES 2026

La puntuación total media obtenida por las CC. AA. participantes en esta tercera edición del Índice FES alcanza los 6,56 puntos. Este resultado permite concluir que el SNS presenta un buen funcionamiento global y que, en general, los servicios regionales de salud muestran fortalezas en sus ámbitos asistencial principales, los cuales constituyen el núcleo operativo y la razón de ser de su actividad. Los resultados reflejan una clara orientación hacia la mejora continua, materializada en la implantación progresiva de nuevas estrategias e iniciativas dirigidas a fortalecer

el sistema sanitario y mejorar su capacidad de respuesta.

Sin perjuicio de lo anterior, la calificación obtenida evidencia también la existencia de áreas y medidas específicas en las que es preciso continuar trabajando de manera decidida para mejorar su nivel de desarrollo.

2.1. Áreas de mayor desarrollo

Atendiendo a su nivel de madurez, las áreas que han alcanzado un mayor grado de desarrollo en esta edición del Índice FES son, de mayor a menor desarrollo:

ÁREA	PUNTUACIÓN
Área 4 "Alternativas a la Hospitalización y Atención Domiciliaria	7,51
Área 2 "Atención Primaria y Comunitaria"	7,19
Área 1 "Prevención, Protección, Promoción de la Salud y Empoderamiento del Paciente"	7,18
Área 9 "Evaluación del Impacto en Salud: Calidad y Seguridad del paciente"	7,03

En esta edición, al igual que en la anterior, las dos áreas con mejor puntuación han sido "Alternativas a la Hospitalización y Atención Domiciliaria" y "Atención Primaria y Comunitaria". Ambas se consolidan como dimensiones afianzadas en el SNS, alcanzando valoraciones elevadas de forma constante. Este resultado demuestra que, más allá de las tensiones e insuficiencias estructurales que afectan al primer nivel asistencial -y que se abordan de manera específica en su apartado correspondiente- España cuenta con una red de Atención Primaria sólida y solvente. Asimismo, el sistema ha logrado consolidar prestaciones asistenciales en el entorno del paciente con un notable nivel de desarrollo, tales como la atención a domicilio, la hospitalización a domicilio y los cuidados paliativos domiciliarios.

En el ámbito de la Atención Primaria, destaca especialmente el alto grado de implantación de las actuaciones comunitarias, la estratificación de pacientes y los mecanismos de continuidad asistencial, así como el creciente desarrollo de la enfermería de gestión de casos como figura clave en el abordaje de la cronicidad y la complejidad.

Por su parte, se mantiene también entre las áreas con mayor puntuación el área "Prevención, Protección, Promoción de la Salud y Empoderamiento del Paciente". Esta dimensión, que ya partía de puntuaciones favorables en ediciones anteriores, experimenta en esta edición un avance adicional impulsado por los elevados resultados alcanzados en la implantación de los Planes de Humanización, el despliegue de las escuelas de pacientes, la articulación de canales de interacción entre la sociedad y el entorno, y el desarrollo de portales de pacientes en los distintos

servicios regionales de salud.

Asimismo, se incorpora en esta edición al grupo de áreas con mayor nivel de desarrollo el Área 9 "Evaluación del impacto en salud: calidad y seguridad del paciente". Este importante avance viene impulsado por las elevadas puntuaciones registradas en medidas clave como la seguridad en uso del medicamento, los sistemas de notificación y gestión de efectos adversos, las estrategias para la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y el desarrollo de buenas prácticas en materia de calidad y seguridad del paciente en los centros asistencias.

2.2. Áreas con desarrollo intermedio

En una franja de desarrollo intermedio se encuadran aquellas dimensiones que presentan un desempeño equilibrado dentro del sistema, aunque con un margen de avance prioritario para consolidar su impacto. De mayor a menor puntuación, este grupo queda configurado de la siguiente manera:

ÁREA	PUNTUACIÓN
Área 5 "Coordinación entre servicios sociales y sanitarios"	6,68
Área 3 "Atención sanitaria y gestión asistencial"	6,52
Área 8 "Sostenibilidad y eficiencia en la gestión"	6,39

En el grupo de áreas con un nivel de desarrollo intermedio, se incorpora de manera positiva el Área 5 "la Coordinación entre Servicios Sociales y Sanitarios". Este avance viene impulsado por los sólidos resultados registrados en las medidas de vigilancia epidemiológica en centros residenciales y el desarrollo de iniciativas efectivas para la articulación y coordinación entre los profesionales de ambos sectores.

Por su parte, el Área de "Atención sanitaria y gestión asistencial" se sitúa en este grupo tras ceder posiciones respecto a ediciones anteriores. A pesar de esta reubicación, el Área mantiene medidas fuertemente consolidadas con puntuaciones elevadas, tales como la ordenación de los servicios de referencia y el funcionamiento del trabajo en red, la difusión de buenas prácticas y los procesos de conciliación farmacéutica. No obstante, el análisis pone de manifiesto que el sistema continúa necesitando mejorar en la toma de decisiones compartidas con los pacientes, la implantación de estrategias "no hacer" y la consolidación de un modelo de atención sanitaria basada en valor.

Finalmente, el Área 8 escala posiciones dentro de esa franja intermedia, impulsada principalmente por la consolidación de los procedimientos de compras centralizadas y la contratación eficiente en los servicios de salud.

2.3. Áreas de menor desarrollo

Por último, el bloque que registra un menor grado de desarrollo señala los principales retos de soporte y gobernanza estructural que afronta el SNS. Ordenadas de mayor a menor puntuación, estas dimensiones son:

ÁREA	PUNTUACIÓN
Área 10 "Gobernanza"	5,90
Área 7 "Capital Humano"	5,75
Área 6 "Tecnologías y transformación digital"	5,47

En el Área de Gobernanza, el diagnóstico evidencia como principales asignaturas pendientes la escasa profesionalización de la función directiva —reflejada en la baja puntuación atribuida a la selección de directivos basada explícitamente en méritos y capacidad—, así como una insuficiente evaluación e implantación real de los esquemas de gestión clínica. En el plano positivo, destacan los sólidos resultados alcanzados en la definición e implantación de planes estratégicos y el desarrollo de portales de transparencia en la administración sanitaria.

El Capital Humano —dimensión estratégica y pilar fundamental del sistema— ha figurado históricamente en las últimas posiciones de las sucesivas ediciones del Índice FES. Esta baja valoración responde a debilidades de carácter estructural y crónico, tales como la rigidez burocrática inherente a su régimen jurídico y la acusada dificultad para articular sistemas de incentivos potentes que motiven a los profesionales y alineen el desempeño individual con los objetivos institucionales.

En esta edición, no obstante, el Área de Capital Humano no se sitúa en el último lugar del ranking, posición que pasa a ocupar el Área de Tecnologías y Transformación Digital. Aunque esta última cuenta con fortalezas consolidadas —como los elevados estándares alcanzados en materia de ciberseguridad—, se ha visto penalizada en la presente edición debido al nivel de exigencia e intensidad introducido en el autocuestionario para evaluar su grado de madurez real, en consonancia con la premisa de que la transformación digital debe constituir uno de los motores prioritarios de desarrollo e innovación para el SNS.

3. ANÁLISIS EXPLORATORIO: UNA LECTURA MULTIDIMENSIONAL DE LOS RESULTADOS

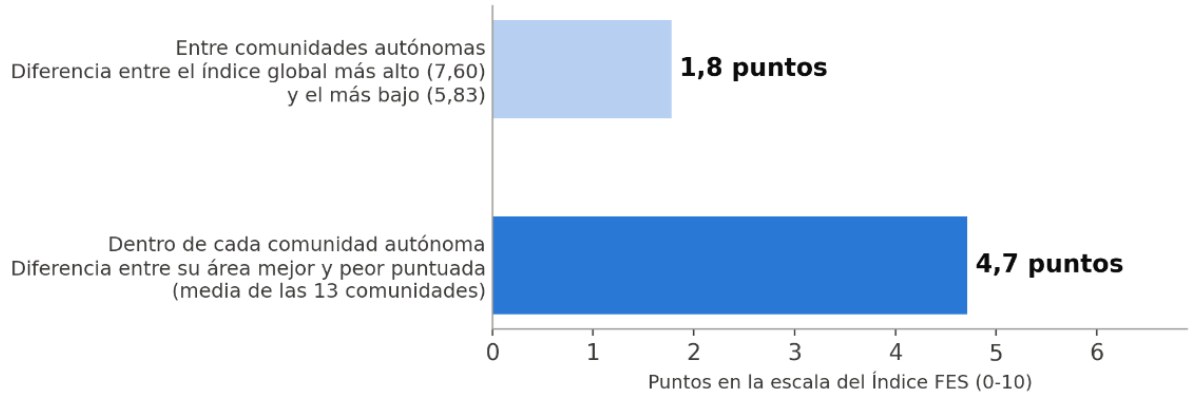
Este apartado profundiza en los resultados del Índice FES 2026 a través de un análisis cuantitativo que complementa la valoración global e identifica patrones y divergencias entre los servicios de salud participantes. Con este propósito, se abordan cuatro cuestiones encadenadas: qué revela realmente la puntuación global, qué caracteriza el perfil de desarrollo de cada servicio de salud, qué retos

comparten las CC. AA. y cómo orientar las actuaciones de mejora.

3.1. Más allá de la puntuación global

En primer lugar, se han examinado dos tipos de diferencias. Por un lado, las que existen entre CC. AA., medidas por la distancia entre la puntuación global más alta y la más baja de las trece participantes. Por el otro, las diferencias registradas dentro de cada servicio de salud, medidas por la distancia entre su área mejor y peor puntuada.

Gráfico 1. Diferencia en el índice global entre comunidades y diferencia entre áreas dentro de cada comunidad



Los índices globales de las trece CC. AA., en una escala de 0 a 10, se sitúan entre 5,83 y 7,60 puntos, con una diferencia de solo 1,8 puntos entre el más alto y el más bajo. En cambio, dentro de cada comunidad, la distancia entre su mejor y su peor área es, de media, de 4,7 puntos. Prácticamente, todos los servicios de salud combinan, por tanto, áreas muy desarrolladas con otras que presentan margen de mejora.

Para conocer el origen de esas diferencias se ha descompuesto estadísticamente la variabilidad de las puntuaciones. Este análisis distingue, principalmente, dos tipos de diferencias entre servicios de salud.

- Diferencias de nivel general. Reflejan las diferencias en el grado de desarrollo global de los servicios de salud, es decir, la tendencia de unos a obtener puntuaciones generalmente superiores o inferiores a las de otros.
- Diferencias de perfil. Reflejan las diferencias en el grado de desarrollo de las distintas áreas, de modo que un servicio de salud puede destacar frente a otro en determinados ámbitos y presentar puntuaciones inferiores en otros.

Un ejemplo hipotético permite ilustrarlo. Si el servicio de salud A obtuviera 8 puntos en todas las áreas y el servicio B alcanzara un 7 también en todas ellas, la diferencia entre ambos sería solo de nivel, porque A estaría un punto por delante de forma global. En cambio, si A obtuviera 9 puntos en Atención Primaria y 5 en Gobernanza, mientras que B registrara 5 y 9, respectivamente, ambos alcanzarían la misma

puntuación media, pero presentarían fortalezas y necesidades de mejora diferentes. En este caso, la diferencia sería de perfil, lo que exigiría establecer prioridades de actuación distintas para cada servicio de salud.

El análisis muestra que el 71% de la variabilidad analizada entre servicios de salud se explica por sus perfiles de desarrollo, mientras que las diferencias de nivel general tienen un peso mucho menor. Esto significa que los servicios no se distinguen tanto por su grado de desarrollo global como por las áreas en las que han avanzado más o menos. Cada servicio presenta, por tanto, una combinación particular de áreas más y menos desarrolladas que configura su propio perfil.

De lo anterior se colige que las diferencias entre servicios de salud no se deben a que unos tengan más capacidad que otros en general, sino a que cada CC. AA. ha priorizado áreas distintas. Los avances de un área no se trasladan por sí solos a las demás: una Atención Primaria muy desarrollada no implica una transformación digital avanzada ni una buena gestión de profesionales. Cada área rezagada requiere, por tanto, actuaciones específicas, y no cabe esperar que mejore por el efecto arrastre de las más desarrolladas. Si las diferencias están en el perfil y no en el nivel, la pregunta que aflora a continuación es si esos perfiles siguen algún patrón común.

3.2. Tipologías regionales: tres rutas compartidas de desarrollo en el SNS

Si cada servicio de salud tiene un perfil propio, definido por las áreas que ha desarrollado más o menos en relación con su media, cabe preguntarse si cada comunidad sigue un camino singular o si existen patrones compartidos entre comunidades. Dicho de otro modo, ¿pueden identificarse grupos de comunidades que han priorizado las mismas áreas?

Para responder a esta pregunta se ha aplicado un análisis de conglomerados, una técnica estadística que agrupa a los casos más parecidos entre sí y separa a los más distintos. En concreto, se ha utilizado el método de Ward, que forma grupos minimizando las diferencias entre sus integrantes.

El análisis identifica tres perfiles de desarrollo. Para comprobar la solidez de esta clasificación se han realizado dos verificaciones. La primera es una prueba estadística, que permite descartar que las semejanzas observadas dentro de los grupos se deban simplemente al azar. La segunda consiste en repetir el análisis con otros métodos de agrupación, que dan lugar a los mismos tres perfiles. Ambas comprobaciones respaldan la consistencia del resultado.

- Perfil 1. Integración asistencial y atención en el domicilio (seis CC. AA.). Agrupa a los servicios de salud que han orientado su desarrollo a llevar la atención fuera del hospital y a coordinarla con los servicios sociales. Se aproxima a los modelos de atención integrada y centrada en las personas que promueve la

Organización Mundial de la Salud (OMS). Su punto más débil es la gobernanza.

- Perfil 2. Gobernanza y calidad (tres CC. AA.). Reúne a los servicios de salud que han puesto el acento en los instrumentos institucionales: planificación estratégica, transparencia, rendición de cuentas y sistemas de calidad y seguridad. Su desarrollo es menor en la gestión asistencial y en la eficiencia en la gestión.
- Perfil 3. Atención Primaria y núcleo asistencial (cuatro CC. AA.). Integra a los servicios de salud que han concentrado sus esfuerzos en el primer nivel de atención, la prevención y la gestión de los procesos clínicos. Se aproxima a los sistemas organizados en torno a una Atención Primaria fuerte. Su principal margen de mejora está en la transformación digital y en la gestión de los profesionales.

Los tres perfiles presentan fortalezas y debilidades complementarios: las áreas en las que unos servicios de salud muestran un mayor desarrollo son, precisamente, aquellas en las que otros presentan mayores oportunidades de mejora. Por ejemplo, la gobernanza es el punto fuerte del segundo perfil y el punto débil del primero.

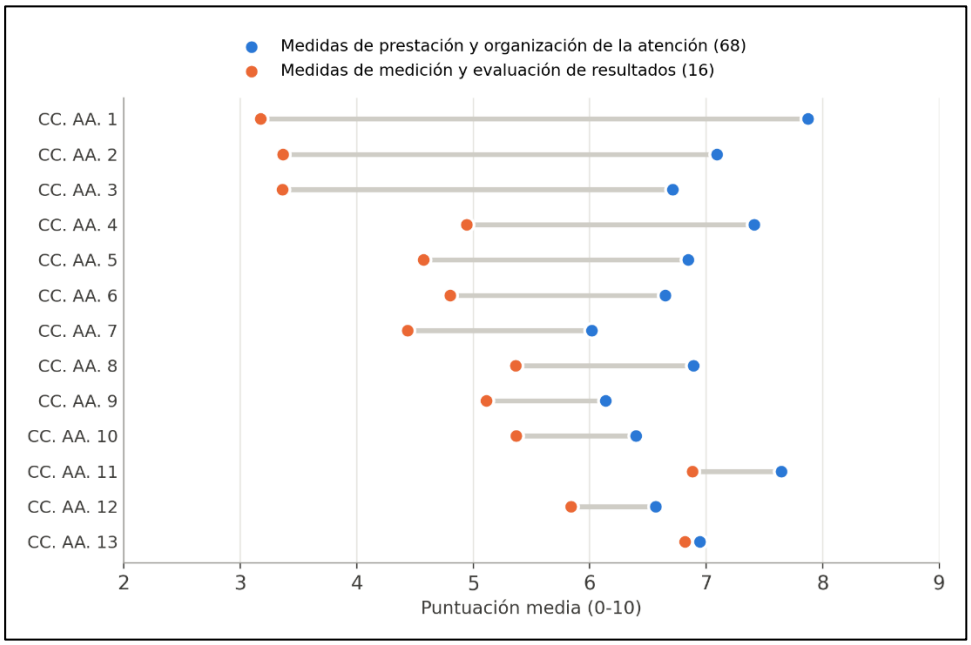
A partir de estos perfiles se infiere que el SNS dispone, dentro del propio sistema, de experiencias de referencia para cada una de sus áreas. Además, el mejor referente no tiene por qué ser la comunidad con mayor puntuación global, sino la que más ha desarrollado esa área concreta. Así, un servicio del primer perfil que quiera reforzar su gobernanza aprenderá más de los servicios del segundo perfil que de cualquier otro.

3.3. Una debilidad compartida: la brecha entre prestación y la capacidad de evaluación

Una gestión eficaz no se limita a la prestación de atención sanitaria. Exige también conocer los resultados obtenidos, compararlos y utilizarlos para tomar decisiones, y para esto hacen falta instrumentos de medición y evaluación específicos. El Índice FES 2026 permite comprobar si los servicios de salud han desarrollado esta capacidad en el mismo grado que la prestación asistencial.

Con este propósito, las medidas del Índice FES se han dividido en dos grupos. El primero reúne aquellas que valoran si el servicio mide, evalúa o vincula sus decisiones a resultados. El segundo agrupa las restantes, referidas a la prestación y organización de la atención. En cada C. A. se ha comparado la puntuación media de ambos grupos, tal como se puede apreciar en el Gráfico 2. Además, se ha analizado la significación estadística de las diferencias mediante las pruebas U de Mann-Whitney y de signos, así como la relación mediante la correlación de Pearson.

Gráfico 2. Puntuación media de cada comunidad en medidas de prestación y en medidas de medición y evaluación, ordenadas por la magnitud de la brecha.



Los resultados, recogidos en el Gráfico 2, permiten extraer dos conclusiones:

- La primera es que los servicios de salud presentan un mayor desarrollo en la prestación asistencial que en su medición y evaluación. Las medidas de prestación alcanzan una media de 6,86 puntos sobre 10, frente a los 4,93 de las de medición y evaluación, una diferencia de casi dos puntos.
- La segunda es que un mayor desarrollo asistencial no implica necesariamente una mayor capacidad de medición y evaluación. La correlación de Pearson entre ambas dimensiones es prácticamente nula, lo que indica que las comunidades con mejores resultados en prestación asistencial no son necesariamente las que obtienen mejores puntuaciones en medición y evaluación.

El análisis de las medidas individuales apunta en la misma dirección. Las medidas más consolidadas del Índice FES se refieren a la atención, como la atención domiciliaria integrada, la continuidad asistencial o la seguridad del medicamento. En cambio, siete de las nueve medidas menos desarrolladas son instrumentos de evaluación: la analítica avanzada y la inteligencia artificial, la evaluación profesional, la selección de directivos por méritos, los incentivos, las acreditaciones y la evaluación económica.

La brecha entre la prestación asistencial y la capacidad de evaluación es un rasgo estructural del SNS, presente en todos los servicios de salud. Sin instrumentos de medición o valoración, el sistema conoce su actividad, pero apenas puede valorar sus resultados, comparar la eficacia de sus intervenciones o abandonar lo que no aporta valor. Se trata, por tanto, de uno de los principales obstáculos para avanzar

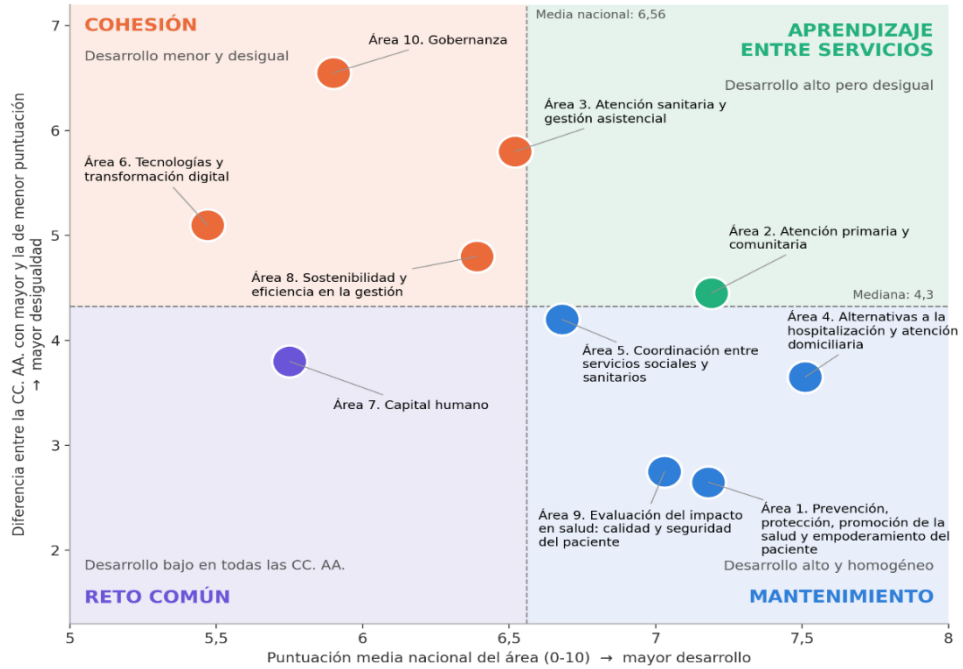
hacia una gestión orientada a resultados.

3.4. Matriz de prioridades estratégicas: marco de actuación por áreas

No todas las áreas del Índice FES se encuentran en la misma situación ni requieren, por tanto, el mismo tipo de actuación. Para orientar la respuesta en cada caso, cada área se ha valorado según dos criterios. El primero es su grado de desarrollo, que se mide con la puntuación media obtenida por las trece CC. AA. en el área correspondiente. El segundo es su grado de desigualdad, que se mide con la distancia entre la comunidad que más puntúa en el área y la que menos. En el Área de gobernanza, por ejemplo, la media es de 5,90 puntos, pero entre la puntuación más alta (9,05) y la más baja (2,50) hay 6,55 puntos de distancia.

Para separar las áreas más desarrolladas de las menos desarrolladas se ha tomado como referencia la media del índice FES (6,56 puntos). Para diferenciar las más desiguales de las más homogéneas se ha utilizado la mediana de las distancias de las diez áreas (4,30 puntos), es decir, el valor que deja cinco áreas por encima y cinco por debajo. Al cruzar ambos criterios, cada área queda situada en un escenario con una prioridad de actuación distinta (Gráfico 3).

Gráfico 3. Mapa de prioridades.



- Escenario de "Mantenimiento" (Áreas 1, 4, 5 y 9). Reúne las áreas en las que el sistema ha alcanzado un desarrollo elevado y similar en todas las comunidades. Son la prevención y la promoción de la salud, la atención en el domicilio y las alternativas al ingreso hospitalario, la coordinación entre servicios sanitarios y sociales, y la calidad y seguridad del paciente. Sus medias se sitúan entre 6,68 y 7,51 puntos, con diferencias reducidas entre comunidades. La prioridad es mantener los avances alcanzados y evitar retrocesos.

- Escenario de "Aprendizaje entre servicios" (Área 2). Corresponde a la Atención Primaria y comunitaria. Su nivel medio es elevado (7,19), pero la distancia entre la comunidad más avanzada (9,05) y la menos desarrollada (4,6) alcanza 4,5 puntos. Las comunidades con mejores resultados muestran que un desarrollo alto es posible, por lo que la prioridad es transferir sus modelos a las que se sitúan por detrás.
- Escenario de "Cohesión" (Áreas 3, 6, 8 y 10). Agrupa las áreas con un desarrollo inferior a la media del Índice FES y con las mayores diferencias entre comunidades. Son la organización y gestión de la atención sanitaria, la transformación digital, la eficiencia y sostenibilidad en la gestión, y la gobernanza de los servicios de salud. En ellas, la distancia entre comunidades oscila entre 4,8 y 6,6 puntos. La prioridad es reducir esta brecha mediante marcos comunes y una cooperación interterritorial.
- Escenario de "Reto común" (Área 7). Corresponde a la gestión de los profesionales: su evaluación, incentivos, bienestar y liderazgo. El desarrollo es bajo en todas las comunidades (media de 5,75), y ninguna supera los 7,3 puntos. Al no existir un modelo de referencia, la prioridad es construir soluciones nuevas y compartidas a escala del sistema.

3.5. Síntesis e implicaciones para la gobernanza

- Las puntuaciones globales esconden situaciones distintas por área. Las trece CC. AA. obtienen puntuaciones globales relativamente próximas, pero dentro de cada una conviven áreas con un alto grado de desarrollo y otras con avances limitados. Además, que una comunidad destaque en un área no implica hacerlo en las demás. Esto significa que mejorar la puntuación global exige actuar sobre cada área rezagada de forma específica, ya que las mejoras en un área no se trasladan por sí solas al resto.
- Lo que un servicio de salud aún no ha desarrollado, otro puede haberlo consolidado. Las CC. AA. presentan fortalezas complementarias. Mientras unas sobresalen en Atención Primaria, otras lo hacen en atención domiciliaria o en gobernanza y calidad. Esta diversidad ofrece oportunidades de aprendizaje mutuo, ya que las fortalezas de unas comunidades pueden contribuir a superar las debilidades de otras. Así, las experiencias y buenas prácticas desarrolladas en distintos servicios de salud pueden servir de referencia para impulsar mejoras en el conjunto del sistema.
- El sistema está más preparado para prestar atención que para medir y evaluar sus resultados. En las trece CC. AA., las medidas que permiten evaluar la atención prestada (sistemas de información, indicadores, evaluación de resultados en salud) obtienen puntuaciones más bajas que las medidas orientadas directamente a la prestación asistencial. Esta diferencia, presente en todos los

servicios de salud participantes, señala uno de los principales retos compartidos del sistema: reforzar su capacidad para medir y evaluar los resultados de la atención que presta.

- Cada área requiere actuaciones adaptadas. En materia de prevención, alternativas a la hospitalización, coordinación sociosanitaria y calidad y seguridad del paciente, el desarrollo es alto y similar en todas las comunidades, por lo que el objetivo es mantenerlo. En Atención Primaria, el desarrollo es alto pero desigual, y conviene extender a todas las comunidades las prácticas de las más avanzadas. En gobernanza, transformación digital, sostenibilidad y atención sanitaria es necesario reducir las diferencias mediante la cooperación interterritorial y marcos comunes de actuación. En capital humano, ninguna comunidad ha alcanzado todavía un nivel elevado de implementación, de modo que las soluciones tendrán que construirse de forma conjunta.

4. CONCLUSIONES INTEGRADORAS Y TRANSVERSALES

Una vez analizada la estructura cuantitativa del Índice, FES los perfiles regionales y el mapa de prioridades por áreas (Sección 3), este apartado integra los hallazgos en seis grandes vectores de transformación cualitativa. Si el análisis exploratorio respondía a la pregunta de dónde estamos y cómo nos distribuimos, estas conclusiones transversales responden a hacia dónde debe evolucionar la cultura organizativa y estratégica del SNS:

4.1. La consolidación del cambio de paradigma asistencial: hacia un modelo ambulatorio, domiciliario y comunitario

Una de las conclusiones más sólidas del informe es la consolidación del cambio de paradigma asistencial: el sistema sanitario avanza con firmeza desde un modelo tradicionalmente hospitalocéntrico hacia un esquema más ambulatorio, domiciliario y comunitario. El alto grado de madurez observado en la atención domiciliaria integrada, la ampliación de alternativas ambulatorias, la hospitalización a domicilio y los cuidados paliativos no responde a logros aislados, sino a una transformación coherente y coordinada del entorno donde se presta la asistencia.

Esta evolución adquiere un valor estratégico crucial al vincularse con la consolidación de la continuidad asistencial y la integración efectiva entre los profesionales sanitarios y del ámbito social. No obstante, el análisis revela una clara asimetría: el sistema progresa a mayor velocidad en la concepción y despliegue de nuevos modelos de atención que en la articulación de las infraestructuras de soporte —tecnológicas, de gobernanza y de gestión del capital humano— necesarias para consolidarlos como una alternativa estructural permanente.

Transformación clave 1: Evolucionar del crecimiento cuantitativo de la atención

domiciliaria hacia su consolidación cualitativa, dotándola de los sistemas de información, profesionales, financiación, evaluación y coordinación necesarios para que pueda convertirse en una verdadera alternativa estructural a la hospitalización.

4.2. De la digitalización a la inteligencia sanitaria: el reto de transformar los datos en conocimiento

La desconexión entre el desarrollo asistencial y sus capacidades de soporte se evidencia con especial nitidez en el ámbito de la transformación digital. Aunque el sistema ha consolidado la implantación de la historia de salud interoperable, las herramientas de analítica avanzada orientadas a la gestión asistencial y los modelos analíticos aplicados a la vigilancia epidemiológica registran niveles de desarrollo notablemente rezagados.

La lectura conjunta de estos resultados señala un desequilibrio claro: España ha avanzado en la digitalización e intercambio de información clínica, pero presenta un recorrido incipiente en la conversión de esos datos en inteligencia operativa. El principal desafío de la transformación digital no reside ya en acumular e intercambiar registros, sino en explotar esa información para anticiparse a las necesidades de salud, estratificar riesgos poblacionales y orientar la toma de decisiones estratégicas.

Transformación clave 2: trascender la mera disponibilidad e intercambio de datos para orientar la transformación digital hacia la estratificación de riesgos, la anticipación de necesidades, la evaluación de resultados y la optimización de recursos.

4.3. De la actividad a los resultados: la necesidad de reforzar la evaluación y la atención basada en valor

Existe una desconexión estructural en el sistema entre el despliegue asistencial, el análisis de sus resultados y la toma de decisiones basada en la evidencia (hacer, conocer y transformar). El elevado nivel alcanzado en protocolos de calidad y seguridad asistencial —como la gestión de eventos adversos o la seguridad del medicamento— contrasta con el escaso desarrollo de los mecanismos de acreditación, la evaluación económica y la gestión basada en el valor.

Esta asimetría se evidencia también en la gestión clínica: aunque se observa una clara orientación hacia la resolución y la continuidad de los procesos, el uso sistemático de los resultados de salud para orientar la práctica médica o desinvertir en intervenciones de bajo valor sigue siendo incipiente. Como reflejan los reducidos niveles de implantación de las estrategias de «No Hacer» o de la atención basada en el valor, el sistema ha consolidado una fuerte cultura centrada en el volumen de actividad y la seguridad clínica, pero necesita dar el salto hacia una gestión guiada por los resultados en salud.

Transformación clave 3: evolucionar desde una cultura organizativa basada en el volumen de actividad hacia una cultura en la que lo que se hace esté cada vez más condicionado por lo que aporta resultados en salud y valor para el paciente.

4.4. Gobernanza y capital humano: reforzar los mecanismos que hacen efectiva la transformación

La relación entre gobernanza y capital humano pone de manifiesto una asimetría crítica en el sistema: la distancia existente entre la formulación de la estrategia y los mecanismos operativos para hacerla efectiva. Mientras que los instrumentos de planificación estratégica, transparencia o meritocracia inicial presentan un desarrollo notable, las herramientas diseñadas para dinamizar el cambio organizativo —como la acreditación de directivos por méritos, la evaluación del desempeño profesional o la alineación de incentivos con los objetivos institucionales— muestran niveles de implantación inferiores.

Disponer de planes estratégicos y portales de transparencia es indispensable, pero la transformación real requiere articular una cadena de valor coherente entre estrategia, liderazgo directivo, autonomía de gestión, evaluación continua e incentivos alineados. La principal oportunidad de mejora del sistema no reside, por tanto, en la elaboración de nuevas estrategias, sino en el fortalecimiento de los mecanismos que permiten traducir esas directrices en decisiones, comportamientos y resultados dentro de los centros sanitarios.

Un fenómeno análogo se observa en la gestión de los profesionales. Frente a la solidez alcanzada en medidas normativas o de protección —como la conciliación, la prevención de riesgos y la definición de competencias—, el sistema registra un menor despliegue en factores clave como el clima laboral, el bienestar emocional, el liderazgo participativo o los incentivos. Esta lectura conjunta exige que el capital humano deje de considerarse una mera dotación de recursos para configurarse como la verdadera infraestructura estratégica del sistema sanitario.

Transformación clave 4: posicionar al capital humano como una infraestructura estratégica del sistema promoviendo organizaciones capaces de atraerlos, desarrollarlos, reconocerlos y comprometerlos con los objetivos de transformación.

4.5. De la humanización a la participación del paciente

El elevado nivel de madurez alcanzado en la humanización de la asistencia constituye uno de los mayores activos del sistema sanitario. En combinación con el despliegue del ámbito comunitario, la atención domiciliaria y la continuidad asistencial, este avance ratifica una orientación clara y progresiva hacia un modelo centrado en la persona.

Sin embargo, esta sensibilidad hacia la experiencia del usuario requiere dar un salto cualitativo hacia la corresponsabilidad real. El reto actual reside en evolucionar

desde el diseño de entornos y servicios humanizados hacia un modelo participativo, donde las preferencias y los resultados percibidos por los propios pacientes (PROMs y PREMs) se incorporen de forma sistemática en los procesos clínicos y en la gestión sanitaria.

Transformación clave 5: transitar desde el diseño asistencial de servicios humanizados hacia la integración sistemática de la voz, preferencias y resultados percibidos por las personas (PROMs/PREMs) en la toma de decisiones clínicas y de gestión.

4.6. Hacia una prevención predictiva y poblacional

El contraste entre la solidez de los programas de salud pública y la debilidad de las estructuras de monitorización señala otra de las grandes áreas de mejora del sistema. Mientras que la prevención general y las actuaciones comunitarias presentan un alto grado de implantación, la vigilancia epidemiológica en Atención Primaria y el despliegue de modelos analíticos avanzados muestran niveles de desarrollo acusadamente inferiores.

Esta asimetría revela que el sistema mantiene un enfoque predominantemente reactivo y fragmentado de la salud comunitaria. La prevención sigue estructurándose en torno a programas tradicionales, en lugar de apoyarse en la capacidad analítica del primer nivel asistencial para anticipar riesgos y gestionar la salud poblacional en tiempo real.

Transformación clave 6: evolucionar desde una prevención estructurada en programas independientes hacia una estrategia predictiva y poblacional, capaz de identificar riesgos de forma anticipada y concentrar recursos donde generen mayor impacto.

En conjunto, los resultados del Índice FES sugieren que la siguiente etapa de evolución del sistema sanitario español no debería centrarse en añadir nuevas prestaciones o iniciativas, sino en conectar mejor las capacidades que ya existen: Atención Primaria, atención domiciliaria, servicios sociales, tecnología, profesionales, calidad y gobernanza que no deberían evolucionar como ámbitos relativamente independientes. Su verdadero potencial aparece cuando se integran alrededor de objetivos comunes de salud y resultados.

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y PRIORIDADES DE TRANSFORMACIÓN

Para facilitar su aplicación directiva y sintetizar el paso del diagnóstico a la acción, las siete recomendaciones estratégicas del Índice FES 2026 se resumen en el siguiente marco de actuación:

TABLA 1. MATRIZ EJECUTIVA DE RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS

LÍNEA DE TRANSFORMACIÓN	PRIORIDAD ESTRATÉGICA	FOCO DE ACTUACIÓN
1. De la digitalización a la inteligencia sanitaria	Desplazar la prioridad desde la disponibilidad e interoperabilidad de datos hacia su utilización analítica.	Vincular la IA y la analítica avanzada a problemas asistenciales concretos: predicción, estratificación, gestión poblacional, evaluación de resultados y apoyo a la decisión clínica.
2. Consolidación estructural del modelo domiciliario	Convertir las alternativas ambulatorias y domiciliarias en componentes ordinarios de la oferta asistencial.	Dotar estas alternativas de recursos suficientes: profesionales, financiación adaptada, sistemas de información, gestión de casos y coordinación sociosanitaria.
3. Integración sociosanitaria efectiva	Superar la coordinación formal para alcanzar una responsabilidad y gestión compartida real.	Eliminar barreras de información, acceso a historias clínicas y prescripción; midiendo el éxito por la reducción de duplicidades e ingresos hospitalarios evitables.

LÍNEA DE TRANSFORMACIÓN	PRIORIDAD ESTRATÉGICA	FOCO DE ACTUACIÓN
4. Gobernanza y Capital Humano. Cadena estrategia–liderazgo–evaluación–incentivos	Alinear la formulación de planes estratégicos con mecanismos reales que dirijan las decisiones. Selección de directivos por méritos y competencias, autonomía responsable, y evaluación de resultados e incentivos alineados.	Posicionar al capital humano como una infraestructura estratégica del sistema promoviendo organizaciones capaces de atraerlos, desarrollarlos, reconocerlos y comprometerlos con los objetivos de transformación.
5. De la actividad a la cultura de resultados y valor	Evolucionar desde la cultura del volumen de actividad y la seguridad hacia la gestión orientada al valor.	Extender como instrumentos ordinarios de gestión los resultados en salud, PROMs/PREMs, evaluación tecnológica, variabilidad clínica, prácticas de «No Hacer» y desinversión.
6. De la humanización a la participación del usuario/paciente.	Transitar desde el diseño asistencial de servicios humanizados hacia la integración sistemática de las preferencias del paciente.	Incorporación efectiva de la voz, preferencias y resultados percibidos por las personas en la organización asistencial. Poner realmente al usuario en el centro.

LÍNEA DE TRANSFORMACIÓN	PRIORIDAD ESTRATÉGICA	FOCO DE ACTUACIÓN
7. Hacia una prevención predictiva y poblacional	Evolucionar desde una prevención estructurada en programas independientes hacia una estrategia predictiva y poblacional.	Identificar riesgos de forma anticipada y concentrar recursos donde generen mayor impacto.

6. CONCLUSIÓN FINAL

La idea que mejor sintetiza los resultados del Índice FES 2026 es la siguiente:

España parte de un sistema sólido de iniciativas o capacidades; su principal reto es conseguir que las capacidades existentes se conecten y se refuercen mutuamente:

- La fortaleza en atención domiciliaria necesita tecnología interoperable y analítica.
- La transformación digital necesita profesionales preparados y nuevos modelos organizativos.
- La humanización necesita participación efectiva del paciente.
- La prevención necesita inteligencia poblacional.
- La coordinación sociosanitaria necesita información compartida.
- Las estrategias necesitan liderazgo, evaluación e incentivos alineados.

Por ello, la próxima etapa de mejora del sistema sanitario español debería caracterizarse menos por la creación de nuevas estructuras y más por potenciar las existentes. El salto cualitativo estaría en pasar a un sistema capaz de aprender de sus datos, anticiparse a las necesidades, coordinar recursos sanitarios y sociales, reconocer a sus profesionales y orientar de forma sistemática sus decisiones hacia resultados en salud, calidad y valor para la ciudadanía.

Esta perspectiva permite además interpretar el Índice FES no como una clasificación de comunidades o áreas, sino como un instrumento para identificar la siguiente frontera de transformación del SNS: consolidar las fortalezas asistenciales ya alcanzadas y, simultáneamente, desarrollar las capacidades digitales, profesionales, evaluativas y de gobernanza que permitan hacerlas sostenibles y escalables.



E & S

ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN