

# El deterioro de la atención primaria: factores que explican la presión asistencial y propuestas para reducirla

EsadeEcPol Brief #39 Mayo 2023

## AUTORES

**Lucía Cobrerros,**  
EsadeEcPol

**Carlos Sunyer,**  
UC3M

Los autores agradecen a Verónica Casado, Beatriz González López-Valcárcel, Francisco Igea, Manel Peiró Posadas y Ricardo Pérez por sus comentarios y recomendaciones.

Cobrerros, L.; Sunyer, C. (2023). El deterioro de la atención primaria: factores que explican la presión asistencial y propuestas para reducirla. EsadeEcPol Policy Brief, No.39, Esade. <http://doi.org/10.56269/20230523/LCB>

Línea de investigación:

Salud

## RESUMEN EJECUTIVO

España es un país ejemplar a nivel internacional en numerosos indicadores de salud. Sin embargo, en el ámbito de la Atención Primaria (AP) en medicina general, pilar y puerta de entrada al sistema, numerosos indicadores apuntan a una situación de progresivo deterioro, aunque con importante variación entre CC.AA:

- Según el Barómetro Sanitario que lleva a cabo el CIS, la valoración de los servicios de AP por parte de la ciudadanía ha caído de 7,38 a 6,19 sobre 10 en la última década.
- El tiempo de espera medio entre la petición y la atención de cita con el médico de familia ha pasado de 4,14 días en 2017 a 8,8 días en 2022.
- La presión de los servicios de urgencias se ha disparado en los últimos años como consecuencia de este deterioro: el 29% de los ciudadanos declararon en 2023 que faltaron a una consulta con su médico de cabecera y fueron a urgencias debido al tiempo de espera hasta recibir una cita.
- Más de un 70% de profesionales afirman que la asignación del presupuesto de AP no es suficiente para ofrecer un servicio de calidad.
- A pesar de los cambios demográficos y las crecientes demandas, según las Estadísticas del Gasto Sanitario Público (EGSP), el porcentaje del gasto en AP sobre el gasto público sanitario ha permanecido prácticamente constante desde que existen registros, mientras que, en Atención Especializada, ha aumentado de forma sostenida.

En este *policy brief*, con datos únicos de la Fundación CIVIO, analizamos factores que explican la elevada presión asistencial en AP en España, medida como la media de pacientes atendidos al día por médico de familia. Para ello, llevamos a cabo un análisis de *cluster* que nos permite encontrar similitudes socioeconómicas y demográficas entre zonas con distintos niveles de presión, así como análisis econométricos que nos permiten cuantificar la magnitud de algunas de estas relaciones. Encontramos que:

- En 2018, año más reciente para el que está disponible información de casi todas las CC.AA, las CC.AA con mayor presión son Murcia, Melilla y la Comunidad de Madrid, y Cataluña, Aragón y Castilla y León, las CC.AA. con menor presión.
- Existe una variación considerable entre la presión de las Áreas de Salud dentro de cada CC.AA, destacando especialmente Aragón según nuestras medidas estadísticas más precisas.

- Las Áreas de Salud con menor renta, tasas de paro más elevadas, más población y menos médicos por cápita, tienen una presión asistencial mayor.
- Concretamente, por cada 1% más de renta en un Área de Salud determinada, los médicos de AP atienden, de media, a un 0.20% menos de pacientes al día. Asociamos esta relación, principalmente, con dos potenciales causas: (i) las personas con mayor renta tienen, en general, mejor salud (por ejemplo, menor consumo de tabaco, alcohol y menor obesidad, así como mejores resultados en salud autopercibida y enfermedades crónicas); (ii) un mayor uso de seguros de salud privado, ya que, a nivel provincial, un incremento de un 1% en el PIB per cápita se asocia, en media, con un incremento del 0,5% del porcentaje de población con cobertura de seguro de salud privada.

Analizamos en detalle la situación de la AP en la Comunidad de Madrid y encontramos que:

- Los centros más presionados tienen peores indicadores sanitarios: cada 1% más de presión asistencial en los centros de salud se asocia con entre un 0,11% y un 0,16% menos de pacientes con buen control de diabetes e hipertensión.
- El nivel de presión entre centros presenta una importante variación.
- Los factores que influyen en la presión son similares a los del resto de España.

Con el fin de aliviar la presión actual y reducir la heterogeneidad entre Áreas y centros de salud, así como abordar los retos a los que se enfrenta nuestro sistema de AP en el corto y medio plazo, planteamos seis propuestas:

1. Proporcionar incentivos económicos y de carrera, tal y cómo se hace en otros países a los profesionales para que trabajen en puestos de difícil cobertura y desempeño, considerando, entre los criterios, la presión asistencial de los centros de AP.
2. Reducir la temporalidad en las contrataciones en AP con el fin de garantizar la continuidad en la relación entre paciente y médico de forma que no sólo mejoren las condiciones laborales, sino que también se reduzca la frecuentación excesiva y mejoren los resultados sanitarios.
3. Redistribuir la demanda dentro de las Área de Salud —particularmente de nuevos pacientes— teniendo en cuenta criterios como la presión y no sólo la distancia al domicilio, especialmente cuando existe una única Área, y en Áreas con menor dispersión de población.
4. Redistribuir la carga entre profesionales de forma que, por ejemplo, las incapacidades temporales sean realizadas por los facultativos que lleven a cabo el reconocimiento médico, así como reducir la carga burocrática del personal sanitario mediante la contratación de administrativos sanitarios de AP.
5. Apostar por una digitalización completa, de forma que la historia clínica de los pacientes sea compartida no sólo entre Atención Primaria y Hospitalaria, sino también entre CC.AA. La digitalización debe a su vez facilitar sistemas de información ágiles y actualizados que permitan extraer indicadores de desempeño, acompañada siempre de una mayor transparencia en la publicación de los indicadores a nivel agregado.
6. Garantizar una formación suficiente y transversal en Medicina Familia y Comunitaria en todas las universidades españolas de medicina (con asignaturas y rotaciones obligatorias), con el fin de alentar a los estudiantes en esta dirección.

# 1. Introducción

España es un país ejemplar a nivel internacional en numerosos indicadores de salud. Con un gasto público *per cápita* inferior a la media de la OCDE, tenemos una de las esperanzas de vida más altas del mundo (83,1 años) y una tasa de mortalidad por causas prevenibles verdaderamente baja, con 90 muertes prevenibles por cada 100 mil habitantes (comparado con 126 de la OCDE)<sup>1</sup>. La salud de nuestros niños y niñas es envidiable y tenemos, con valores superiores al 80%, una de las tasas de detección temprana del cáncer de mama (uno de los más prevalentes) más altas del mundo. Las causas de esta situación privilegiada en cuanto a resultados sanitarios son, sin duda, multifactoriales. Sin embargo, una parte no despreciable del mérito corresponde a un Sistema Nacional de Salud (SNS), reconocido como uno de los más eficientes del mundo<sup>2</sup>.

A pesar de los éxitos mencionados, las noticias más recientes no resultan tan alentadoras. Por ejemplo, hay funciones específicas de nuestro SNS que, desde hace décadas, están en una situación de progresivo deterioro. Tal es el caso de la Atención Primaria de Salud (AP). En este sentido, “primaria” no significa reducida o elemental, sino primordial, ya que, tal y como promueven los mejores sistemas de salud y los organismos internacionales, la AP constituye la puerta de entrada al sistema de salud y debe permanecer como eje central del sistema público sanitario: el objetivo es garantizar la equidad en el acceso y la promoción de la salud mediante una atención integral de calidad que va desde la prevención hasta el tratamiento y los cuidados. Como muestra la investigación<sup>3</sup>, un modelo sanitario basado en AP que garantice la accesibilidad, la continuidad y la coordinación de los cuidados es dominante en el sentido de coste-efectividad y equidad. Para que la AP tenga el carácter resolutivo que la caracteriza y pueda garantizar la universalidad efectiva, es preciso que esté dotada de los recursos necesarios y que estos sean gestionados de forma eficiente.

Sin embargo, en España nos enfrentamos a una AP con un presupuesto sobre el gasto sanitario público total que lleva estancado desde que existen registros específicos (de 15,1% en 2002 a 14% en la actualidad, mientras que, en Atención Especializada, ha aumentado en 9 puntos porcentuales)<sup>4</sup>. Este anquilosamiento del gasto, en un país cuya estructura demográfica cada vez requiere de un uso más intensivo de la AP, implica un empeoramiento de los servicios prestados al producirse un desajuste entre la menguante oferta y la creciente demanda. Además, a esta situación de mayor carga de trabajo de los profesionales de la AP se le suma unas condiciones laborales en deterioro y una falta de reconocimiento tanto público como institucional que no se ajusta a la relevancia real que tiene la AP en el sector sanitario.

El objetivo de este *policy brief* es abordar el problema de la presión asistencial de la medicina de familia en Atención Primaria, analizando sus determinantes, así como las desigualdades existentes.

1 Health at a Glance (2021). OECD Statistics.

2 Bloomberg Global Health Index (2019) and Bloomberg Health Care Efficiency (2018) <https://www.bloomberg.com/toaster/v1/charts/79fb96617b604712b356d11b070dd449>

3 Starfield et al., (2005).

4 Estadísticas de Gasto Sanitario Público (EGSP).

Utilizamos datos de presión asistencial para 2018 y 2022 a nivel de Área de Salud<sup>5</sup> para el conjunto de España y, gracias a una disponibilidad mayor riqueza y disponibilidad de datos, profundizamos con una mayor granularidad —a nivel centro de salud— para el caso de Madrid. Por último, con base en los resultados obtenidos y a una lectura profunda de la evidencia internacional y nacional respecto al fenómeno de la atención primaria, planteamos 6 propuestas para relanzar y fortalecer el funcionamiento de la AP tanto por el lado de la oferta como de la demanda.

---

5 Circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional.

## 2. Situación de la Atención Primaria en España: Planificación, gestión, financiación y resultados

### Planificación y gestión del Sistema Nacional de Salud

En 1986 se aprobó en España la Ley General de Sanidad<sup>6</sup>, que regula las acciones que permiten hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud. Según la legislación vigente, es el Estado el que debe garantizar, vía presupuestos generales, que toda persona tenga derecho a la salud independientemente de su situación socioeconómica, siendo la **universalidad**, la **equidad** y la **cohesión** los pilares básicos de nuestro sistema sanitario público. Sin embargo, aun siendo el Estado el garante de preservar el SNS, en 2002 las competencias en materia sanitaria fueron descentralizadas y gestionadas desde entonces por las Comunidades Autónomas (CC.AA).

En el sistema actual, dentro de cada Comunidad Autónoma, **la estructura fundamental** de gestión son las **Áreas de Salud (AS)**. En el conjunto del país hay 170 AS<sup>7</sup> y estas son responsables de la gestión de cada centro de salud, de sus programas sanitarios y de sus prestaciones. Además de una limitación poblacional, según la cual las Áreas no deben gestionar poblaciones superiores a los 250.000 habitantes, hay otros criterios (por ejemplo, socioeconómicos y epidemiológicos) que contribuyen a determinar su extensión definitiva<sup>8</sup>. Si bien las CC.AA tienen la competencia para redefinir los límites de las Áreas, en la práctica estos han permanecido bastante inmóviles desde que se realizó la división territorial inicial.

A su vez, las Áreas de Salud se encuentran fragmentadas en divisiones menores que conforman las **Zonas Básicas de Salud (ZBS)**<sup>9</sup>. A modo de ejemplo, Andalucía tiene 14 Áreas de Salud y 216 Zonas Básicas de Salud, Cataluña está formada por 7 Áreas de Salud y 373 Zonas Básicas de Salud y en Madrid existe una única Área de Salud (conocida como "Área Única") y 285 Zonas Básicas de Salud. De forma parecida a las Áreas, las ZBS han de cumplir una serie de criterios básicos de delimitación y deben dar cobertura sanitaria a poblaciones de entre 5.000 y 25.000 habitantes. Los criterios de definición de Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud no parecen estar respondiendo a las necesidades actuales de la población española en relación con la AP, una afirmación compartida por el 60% de los profesionales de la AP. Aunque destacan la accesibilidad, proximidad y equidad como puntos fuertes del sistema, los profesionales también demandaron una mejora de los mapas

6 Ley 14/1986 de 25 de abril.

7 Sistema de Información de Atención Primaria.

8 Aparte del límite poblacional, los criterios que delimitan la extensión de las Áreas son los siguientes: (1) Geográficos; (2) Socioeconómicos; (3) Demográficos; (4) Laborales; (5) Epidemiológicos; (6) Culturales; (7) Climatológicos; (8) De dotación de vías y medias de comunicación e (9) Instalaciones sanitarias del Área.

9 Que, desde el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, suponen "la demarcación poblacional y geográfica fundamental, delimitada a una determinada población, accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente."

sanitarios de acuerdo con las delimitaciones geográficas, una distribución más adecuada de los profesionales, mayor peso a determinantes sociales y un mayor dinamismo en los criterios.

## Financiación, gestión de recursos humanos y resultados sanitarios

El **gasto sanitario público** como porcentaje del PIB en 2021 fue del 7,3%<sup>11</sup>, un punto porcentual por debajo de la media europea, a pesar de que se ha producido una convergencia en este indicador desde el 4.8% en 2002<sup>12</sup>. Por otro lado, existe una fuerte heterogeneidad entre CC.AA en lo que se refiere al gasto por habitante, siendo Andalucía y Madrid las regiones con un menor gasto sanitario público (1,486€ y 1,536€ en 2021, respectivamente) y Asturias y País Vasco las regiones con un gasto más elevado (1,965€ y 2,073€). Pese a un gasto sobre el PIB inferior al de la media de la UE, la sanidad española sigue siendo considerada un referente en países tanto dentro como fuera de la UE. Uno de sus puntos fuertes es el acceso, ya que sólo un 0.2% de la población reporta tener necesidades médicas no cubiertas por barreras económicas, geográficas o tiempos de espera, mientras que la media de la UE es de 1.7%<sup>13</sup>. Además, España continúa entre los países con mayor esperanza de vida y tiene tasas de mortalidad tanto evitable como tratable muy inferiores a la media de la UE<sup>14</sup>.

Sin embargo, en lo que concierne al porcentaje del gasto sanitario público que es destinado a Atención Primaria, estamos en una peor situación. Sin embargo, en lo que concierne al porcentaje del gasto sanitario público que es destinado a Atención Primaria, estamos en una peor situación. En España, el porcentaje medio a nivel nacional del gasto en Atención Primaria sobre el gasto sanitario público es del 14,2% versus un 64% en Atención Especializada (EGSP, 2021). Además, existen diferencias sustanciales entre comunidades, que oscilan del 11% en Madrid al 17% en Andalucía. Según las Estadísticas del Gasto Sanitario Público (EGSP), desde 2002, año en el que culminó la descentralización sanitaria, el gasto en AP, así como la contribución al gasto sanitario público, han permanecido prácticamente constantes, mientras que el gasto en servicios hospitalarios y especializados ha aumentado de forma sostenida, si bien es cierto que de 2017 a 2021 el incremento del gasto en AP ha sido mayor. Cabe pensar que esta tendencia tenga más que ver con motivaciones políticas que con atender a las prioridades de salud de la población.

En cuanto a los resultados sanitarios, una forma indirecta de medir la capacidad resolutive de la AP es mediante la tasa de personas que necesitan hospitalización (Lamata, 2017), indicador en el que España ocupa una segunda posición en la UE (OCDE, 2020). Además, la OMS considera a España como modelo de accesibilidad, coordinación y continuidad del cuidado en AP por sus buenos resultados (Kringos et al., 2015). Sin embargo, según datos del Barómetro Sanitario que lleva a cabo el CIS, la valoración de los servicios de AP por parte de la ciudadanía ha decrecido

10 Hacemos uso de un informe publicado este año por el Ministerio de Sanidad ("Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española, febrero de 2023) en el que se pregunta a grupos técnicos especialistas en AP, sociedades profesionales y asociaciones de pacientes, así como a profesionales con competencias de gestión en AP, por sus apreciaciones al respecto de la planificación existente.

11 Cifras más recientes de las Estadísticas de Gasto Sanitario Público (EGSO). Última cifra del MSCBS se sitúa en el 8%.

12 OCDE (2023). Health expenditure and financing <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

13 [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion\\_en.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_en.pdf)

14 European Observatory on Health Systems and Policies (2020).

notoriamente en los últimos años, con una satisfacción media que ha pasado de 7,38 a 6,19 en la última década, y un tiempo de espera entre la petición y la atención de cita con el médico de familia, que si bien ya venía creciendo antes de la pandemia (de 4,14 días en 2017 a 5,8 en 2022), se ha disparado tras ésta (8,8 días en 2022). Con este indicador también se da una importante heterogeneidad entre comunidades: mientras que en Andalucía el 65,5% de las personas declaran haber esperado 7 días o más para recibir consulta, en Asturias sólo el 27,3% esperan una semana para ser atendidos. Como resulta lógico, además de las consecuencias directas sobre la salud de la ciudadanía, las largas esperas tienen secuelas directas en la presión de los servicios de urgencias, que se ha disparado en los últimos años: en 2023, el 29% de los ciudadanos declararon que no acudieron a una consulta con su médico de cabecera porque asistieron a los servicios de urgencias debido al tiempo de espera (Barómetro, 2023).

Los especialistas consideran que en las últimas décadas ha tenido lugar una reducción excesiva del presupuesto de la AP, con el consecuente deterioro de la misma. Más de un 70% de profesionales afirman que la asignación del presupuesto de AP no es suficiente para ofrecer un servicio de calidad y existe un amplio consenso en que la inversión en recursos humanos debería ser la prioridad presupuestaria en el corto plazo. Sin embargo, como destaca López-Valcárcel & Simó (2022), si bien es cierto que dicho menoscabo de la AP se debe en gran parte a causas externas como la **falta de recursos, innovación, las relaciones y las condiciones laborales**, no deben ignorarse problemas atribuibles a causas endógenas.

Una de esas causas puede ser la **falta de atracción profesional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), que se hace palpable en los datos de los médicos jóvenes en la elección MIR**: En 2022, sólo 82 de los 3000 primeros candidatos eligieron esta especialidad, quedándose además el 8,5% de las plazas sin cubrir. Los resultados apuntan a la **precarización de esta especialidad como principal móvil de la escasez de médicos de familia**. De hecho, el 75% de los profesionales considera que existen obstáculos a la hora de contratar, captar y retener profesionales en AP, señalando como motivos principales condiciones laborales poco atractivas y modelos de contratación rígidos y poco eficientes.



# 3. Los determinantes de la presión asistencial en España

## Datos utilizados para el análisis

Definimos la **presión asistencial como la media de pacientes atendidos al día por cada profesional sanitario de AP**. Aunque esta métrica no captura la duración de cada visita, sí funciona como una aproximación razonable de la presión a la que está sometido el sistema<sup>15</sup>. La **fundación CIVIO (2022)**<sup>16</sup>, ha venido liderando un esfuerzo para lograr una mayor transparencia de estos datos, gracias a los cuales —y al hecho de que nos proporcionó la geolocalización de todos los puntos del buscador para unir los datos con otros indicadores—, hemos podido efectuar los análisis del presente informe. Los datos abarcan el periodo 2018-2022, si bien **los datos de 2022 no poseen información de todo el año**<sup>17</sup> ni para todas las CC.AA, por lo que las comparaciones entre años por regiones pueden resultar inadecuadas y por ahora decidimos excluirlas del informe. Como lagunas adicionales importantes en la base de datos de CIVIO, destacan Galicia, Asturias y Cantabria que, no facilitaron sus datos para ningún año del periodo de estudio. Además, Castilla y León<sup>18</sup> y Cataluña no proporcionaron sus datos para 2022 a CIVIO, por lo que nuestra muestra de estudio se restringe a 129 Áreas Básicas de Salud en dicho año. Dado que 2018 es el año más completo en cuanto a información geográfica, será el que utilizemos para describir la situación en España, hasta poder obtener los datos más actualizados y homogéneos para completar el análisis y realizar comparaciones entre CC.AA. Para llevar a cabo los análisis estadísticos, usaremos diferentes años como análisis de robustez haciendo las consideraciones relevantes. Dado que la Comunidad de Madrid proporcionó los datos de presión a nivel de centro de salud y el análisis para el conjunto de España es por Áreas de Salud, agregamos los datos de Madrid, ponderando la presión de cada centro por su población<sup>19</sup>.

El resto de los indicadores demográficos y socioeconómicos utilizados (población, estructura etaria, renta, nivel educativo, situación laboral y tamaño del hogar) los obtenemos a nivel de sección censal del INE. En concreto, de los Indicadores para Secciones Censales, las Estadísticas del Padrón Continuo y del Atlas de Distribución de Renta de los Hogares. Para agregarlos a nivel de Área, están ponderados por población. Otra variable de interés de la que hacemos uso en el análisis es el número de profesionales de Medicina de familia por AS, así como la ratio de pacientes por profesional (médicos y administrativos). Este dato lo obtenemos del Sistema de Información de

15 Es importante tener en cuenta que, según explica la fuente original (CIVIO, 2022), el cálculo de la presión asistencial se realiza teniendo en cuenta el total de profesionales en plantilla y el número total de días laborales, de forma que se ignoran posibles ausencias de los profesionales y los periodos vacacionales. Por ende, la presión asistencial real podría ser mayor de la reflejada en los datos.

16 Buscador | Consulta la presión asistencial en la atención primaria de tu área de salud. CIVIO (2022). <https://civio.es/medicamentalia/buscador-presion-asistencial-atencion-primaria/>

17 Los datos fueron solicitados a las CC.AA por parte de CIVIO en agosto de 2022.

18 En una fuente de datos separada, Castilla y León ha publicado en el "Observatorio del sistema de salud de Castilla y León" datos de población atendida, actividad realizada y profesionales en AP detallados a nivel de centro de salud, incluyendo las cifras de presión en 2022. Estos datos merecen una consideración diferenciada que será contemplada en futuros análisis.

19 En Madrid, dado que existe un Área Única de salud, agregamos los datos a nivel de Dirección Asistencial (7 direcciones asistenciales).



Atención Primaria (SIAP). Por último, y dado que la cobertura de seguro de salud privado puede ser un factor relevante para la presión asistencial, obtenemos este dato a nivel de provincia de Unespa (2019). Los datos macroeconómicos con los que relacionamos la cobertura de seguro de salud privado – PIB, población y edad media– proceden de la base de datos de la Comisión Europea, ARDECO.

## Relación entre presión asistencial y factores de oferta y demanda

CIVIO (2022) proporciona información de presión asistencial para medicina, pediatría y enfermería. En aras de simplificar el análisis, a lo largo del documento nos centraremos en la **presión asistencial de los médicos/as de familia en Atención Primaria**. Las razones de esta elección son principalmente dos: en primer lugar, la presión en medicina de familia es más acusada en todos los años; en segundo lugar, y como se expone en el transcurso del informe, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria atraviesa un momento que merece ser estudiado en detalle y de forma aislada.

### ¿Cómo se agrupan las Áreas de Salud en España?

Para identificar cuáles son las características de las Áreas de Salud que comparten niveles similares de presión y en qué se diferencian las Áreas con niveles mayores y menores de presión, como primer análisis exploratorio, realizamos un **análisis de conglomerados (o clusters)**<sup>20</sup>, una técnica estadística que busca agrupar variables tratando de lograr la máxima homogeneidad dentro de cada grupo y la máxima diferencia entre grupos. Una clara ventaja de utilizar este tipo de análisis es que nos permite incluir un mayor número de variables que el análisis de regresión para identificar las características que se asocian con los niveles de presión. Tras estimar el número óptimo de clusters utilizando varios métodos, **agrupamos a las Áreas de Salud en dos grupos**, lo cual nos permite identificar dos zonas en las que las AS comparten características demográficas, socioeconómicas y sanitarias de AP y que, además, son muy diferentes entre ellas. Aunque el foco del análisis es la situación de la AP en 2022, para la construcción de los *cluster* usamos datos de 2018, dado que es el año para el que se dispone de información más completa a nivel geográfico, lo que favorece su representación en un mapa. No obstante, cabe destacar que, para 2022, la división de las AS en conglomerados es idéntica para las CC.AA que proporcionan información y las diferencias en las medias no presentan diferencias relevantes.

Geográficamente, los *clusters* aparecen representados en la Figura 1. Sin duda alguna, llama la atención su distribución, puesto que, a grandes rasgos, **divide al país en dos: una mitad norte más descongestionada y una mitad sur con mayor presión asistencial en medicina en Atención Primaria**. El mapa va acompañado de una tabla en la que se presentan los valores medios de las variables que caracterizan a cada grupo. La Figura 2 muestra las medias estandarizadas de dichas variables, es decir, de las características de las AS que conforman cada *cluster*, permitiendo fácilmente la comparación entre ambos. El grupo representado en rojo, que denominamos “grupo

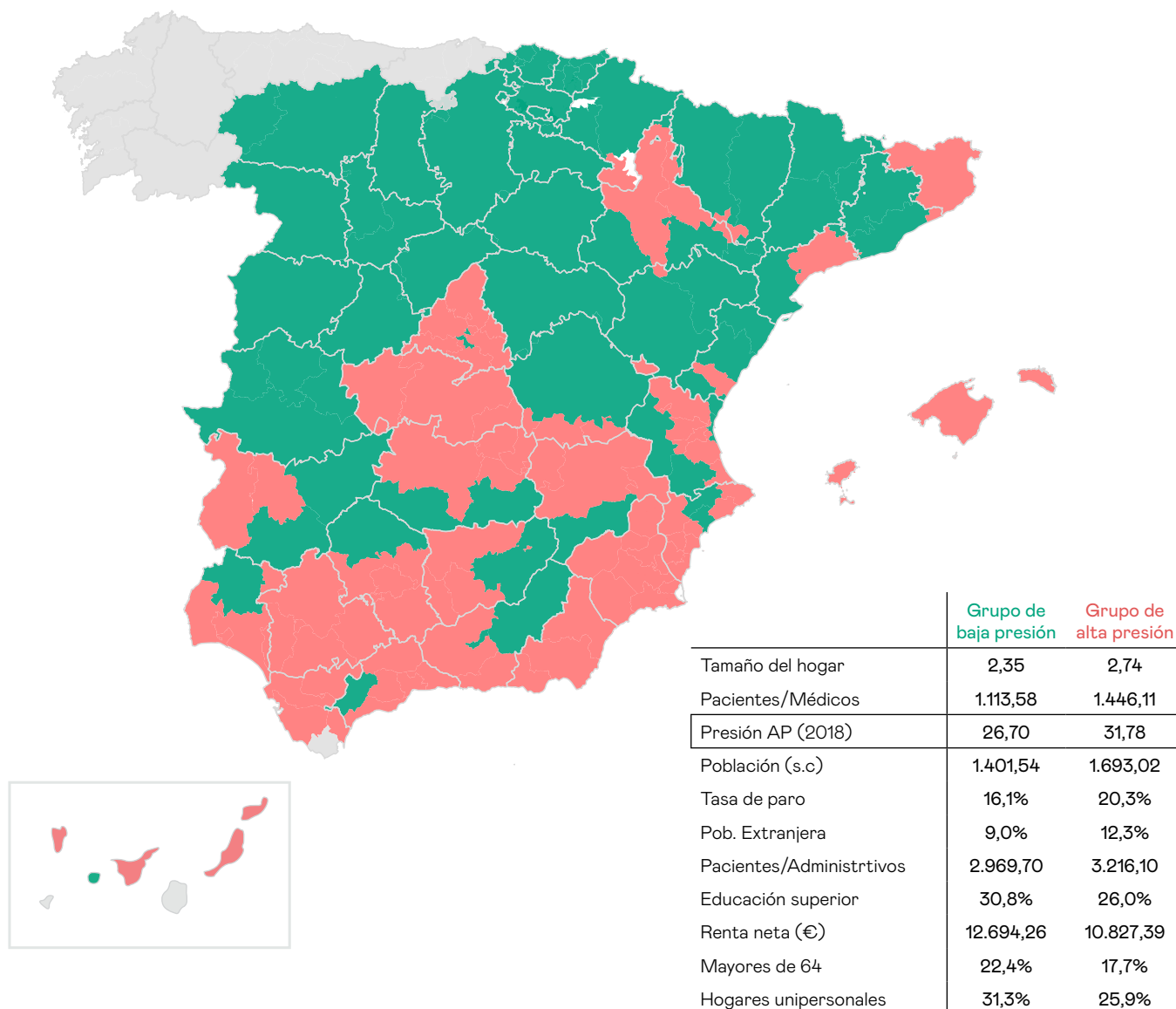
20 Concretamente, utilizamos el método no jerárquico de k-medias, principalmente por motivos de escalabilidad y eficiencia, y por su fácil interpretación.

de alta presión” se caracteriza por áreas con condiciones socioeconómicas más desfavorecidas en términos de renta, nivel educativo y situación laboral. Además, las AS están formadas por secciones censales más pobladas, tienen una estructura de población menos envejecida y sus hogares son de mayor tamaño, con un porcentaje ligeramente mayor de población extranjera y cuyos centros de salud tienen más pacientes tanto por médico como por personal de administrativo.

Para ver los valores concretos, en la tabla se observa que las Áreas de Salud del “grupo de alta presión” atienden, en media, 31,8 pacientes/día, mientras que, en el grupo de “baja presión” atienden, de media, a 26,7 pacientes/día.

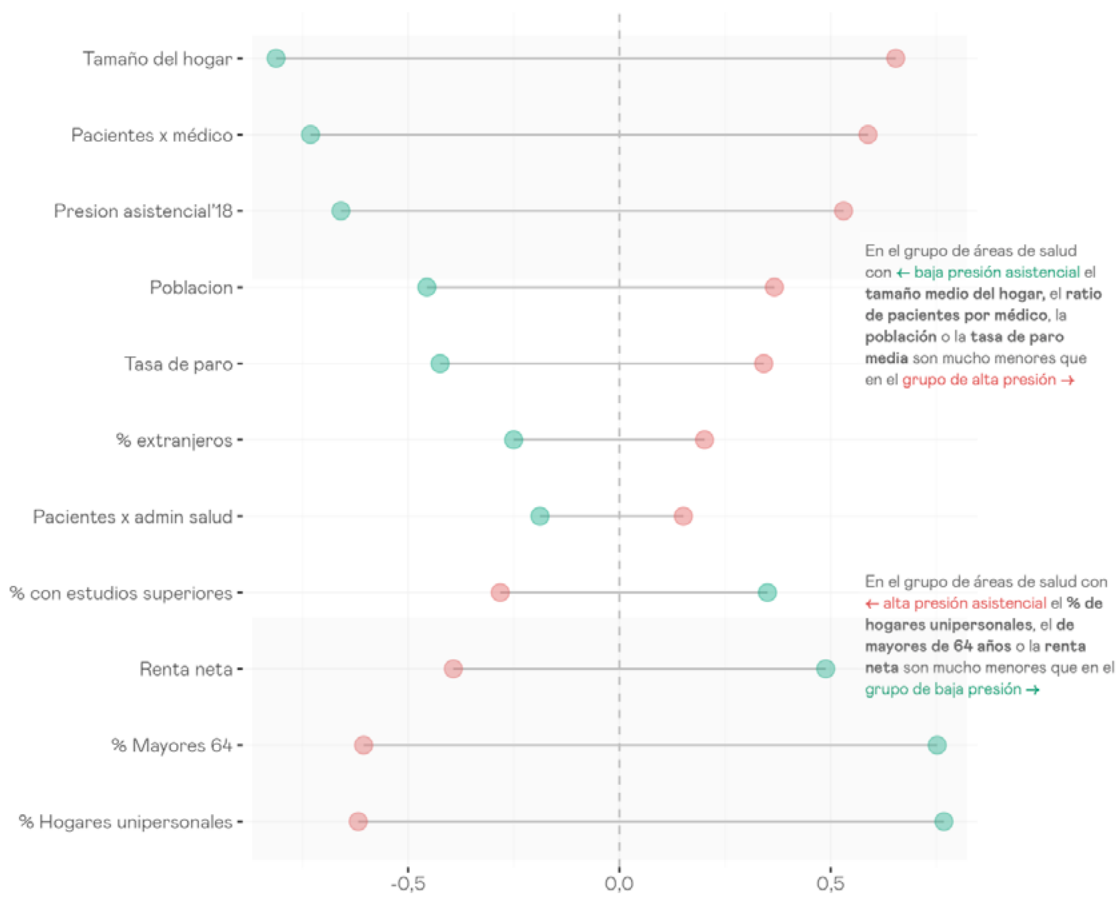
Figura 1. Grupos (clusters) de áreas sanitarias en función de la presión asistencial en Atención Primaria, ratio de pacientes por profesional y características sociodemográficas.

Grupo de baja y alta presión



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, CIVIO y MSCBS | EsadeEcPol

Figura 2. Diferencias sociodemográficas, económicas y de Atención Primaria entre el grupo **baja** y **alta** presión en España 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, CIVIO y MSCBS | EsadeEcPol

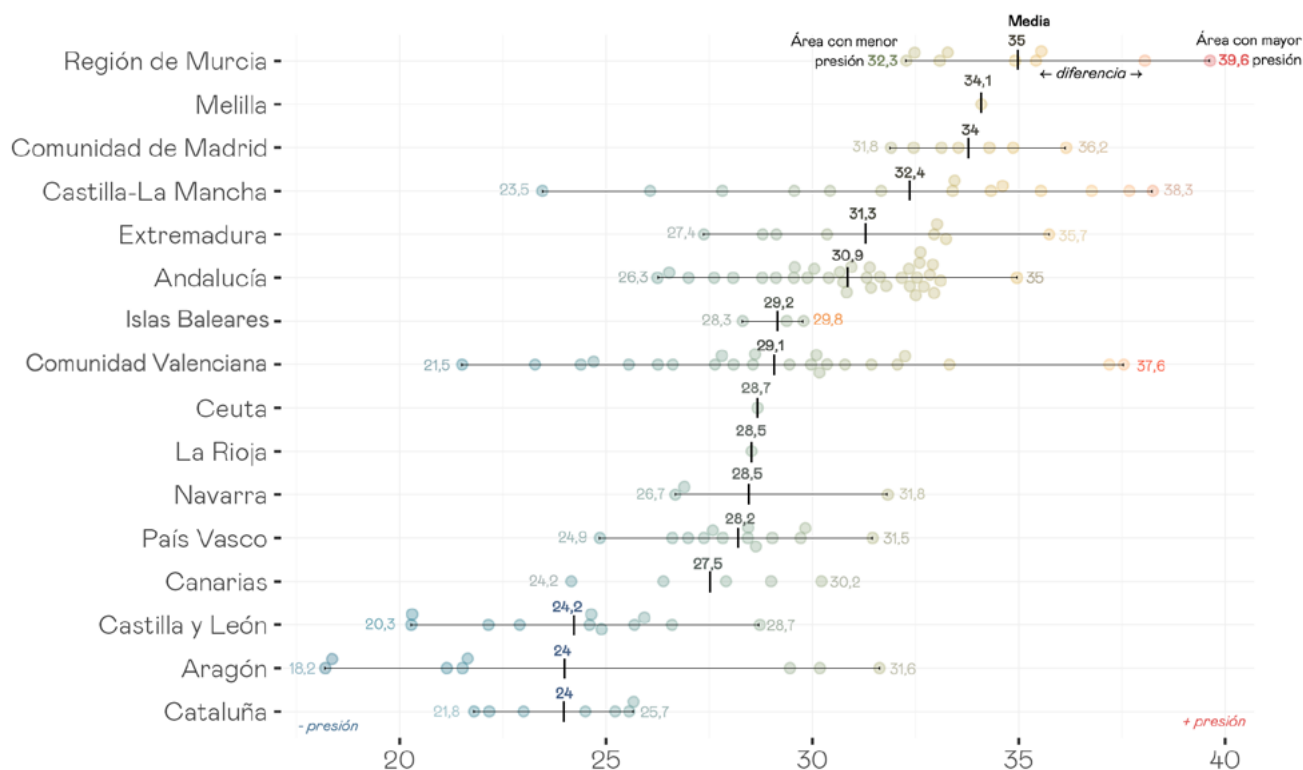
### Variación en la presión en Atención Primaria entre Áreas por Comunidad Autónoma

Merece la pena detenerse a analizar, en la Figura 3, la variación de la presión entre Áreas de Salud de la misma Comunidad Autónoma para el año 2018<sup>21</sup>. De nuevo, utilizamos este año por ser el que tiene mayor disponibilidad de datos a nivel de CC.AA y por permitir comparaciones más adecuadas entre regiones, a la espera de datos más completos post-pandemia. Las CC.AA están ordenadas de mayor a menor nivel de presión media, donde cada círculo representa un Área (Dirección Asistencial en el caso de Madrid), pudiendo observar también el rango, con las Áreas con el mínimo y máximo nivel de presión en cada CC.AA.

Observamos que, mientras la Región de Murcia, Melilla y la Comunidad de Madrid son las que presentaban una mayor presión media, Cataluña, Aragón y Castilla y León atendían, en media, a menos pacientes por médico. En cuanto a la variación entre Áreas de Salud, en valores absolutos, la Comunidad Valenciana es la que presenta una diferencia mayor. Sin embargo, utilizando medidas más precisas como el rango intercuartílico o la desviación estándar, Aragón es la región que, con diferencia, presenta mayores niveles de heterogeneidad.

21 Con los datos de 2019 (para los que no se dispone de información de Cataluña) los niveles de variación y presión media son muy similares.

Figura 3. Presión soportada por los médicos de Atención Primaria: media de cada CCAA y diferencia entre las Áreas de Salud con menor y mayor presión (2018)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CIVIO | EsadeEcPol

\*No se disponen de datos para las CCAA ausentes. Para la Comunidad de Madrid, los puntos representan distritos asistenciales. En Ceuta, Melilla y la Rioja solo existe un Área Sanitaria.

### ¿Qué afecta a la variación de la presión asistencial en las Áreas de Salud?

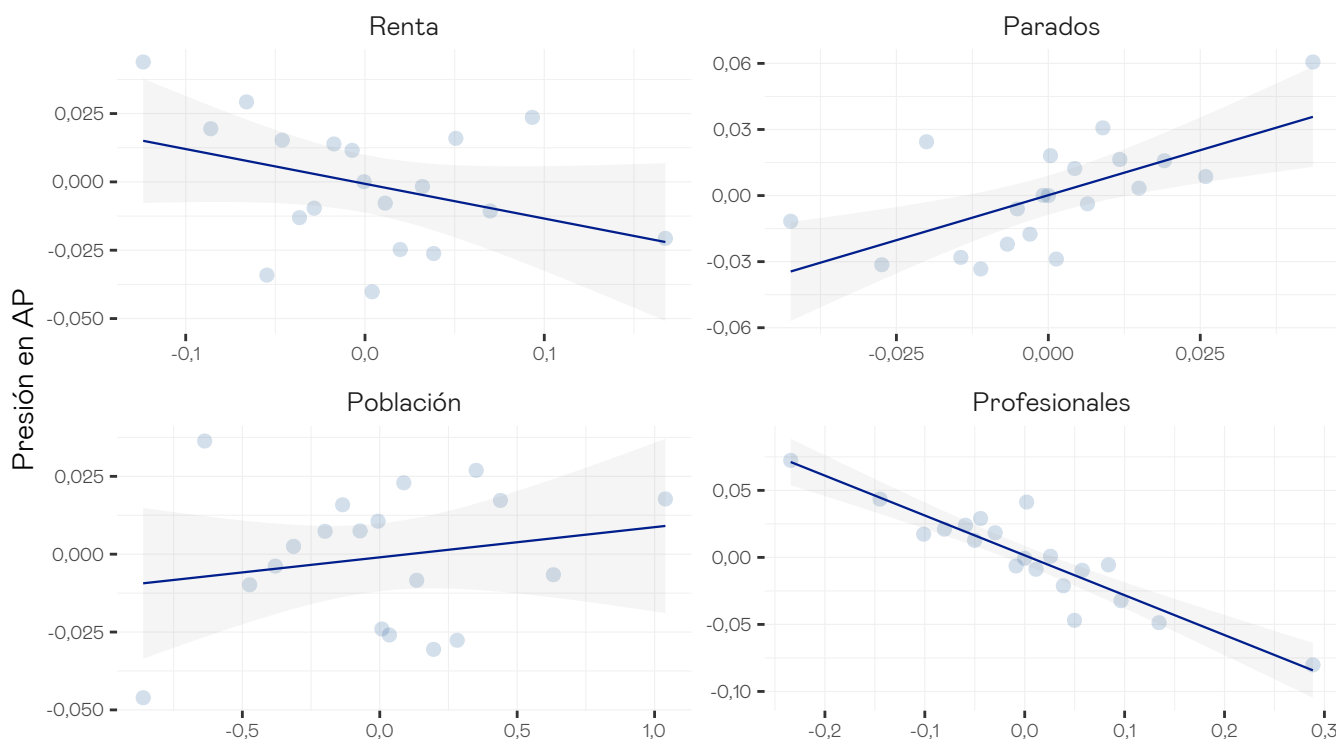
A continuación, y mediante modelos de regresión lineal, mostramos la asociación entre los factores demográficos y socioeconómicos y la presión en AP en 2022, dado que los resultados de las regresiones son, en media, muy similares a los de 2018. Estas regresiones nos permiten confirmar las asociaciones que contemplábamos en el análisis de *cluster* y entender cuánta variación de la presión entre Áreas podemos explicar con la información de la que disponemos, además de darnos una magnitud aproximada de la relevancia de estos factores. Incluyendo como variables explicativas a nivel de AS la población, el porcentaje de población mayor de 65 años, la renta neta del hogar, el porcentaje de población parada y el número de médicos per cápita, así como características inobservables comunes a las CC.AA y que podrían afectar a la presión, como pueden ser factores culturales, el clima, la orografía etc., conseguimos explicar más del 70% de la variación de la presión asistencial entre Áreas.

En la figura 4 se muestran los resultados del análisis, reflejando únicamente aquellas variables donde obtenemos significatividad estadística. **Las Áreas de Salud con menor renta y mayor tasa de paro tienen centros que, en media, presentan un nivel de presión en AP mayor. Concretamente, por cada incremento de un 1% en la renta, los médicos de AP atienden, de media, a un 0.20% menos de pacientes al día.** La población sigue estando asociada positivamente a la presión, aunque esta

relación no es demasiado fuerte. En el caso de la población mayor de 64 años, el coeficiente no es significativo, por lo que, en media, no parece que las Áreas con población más envejecida se asocien con centros con presión más elevada. Consideramos que este efecto puede deberse a que las Áreas despobladas tienen, en general, niveles más bajos de presión y son las que tienen un mayor porcentaje de población mayor de 64 años<sup>22</sup>. Otra posible explicación para entender la dirección de esta relación se deriva de la propia definición del indicador de presión. Puesto que éste no considera la duración de las consultas, podría estar ocurriendo que, si las personas de mayor edad realizan consultas más prolongadas, el indicador de presión sea menor en zonas con población de mayor edad.

Para el caso del número de profesionales de Medicina de Familia por habitante, **las Áreas con más profesionales tienen menor presión**, siendo el tamaño de su coeficiente importante<sup>23</sup>. Como análisis de robustez y con el fin de comprobar cuán estables son estos determinantes a lo largo del tiempo, también realizamos regresiones para la presión en 2018. Como se observa en la Tabla 1 del Apéndice, el tamaño y dirección de las estimaciones es robusta al año de análisis. Es importante remarcar que ninguno de estos resultados debe ser interpretado en clave causal.

Figura 4. Relación entre la presión soportada por los médicos de Atención Primaria y factores que la explican



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, CIVIO y MSCBS | EsadeEcPol

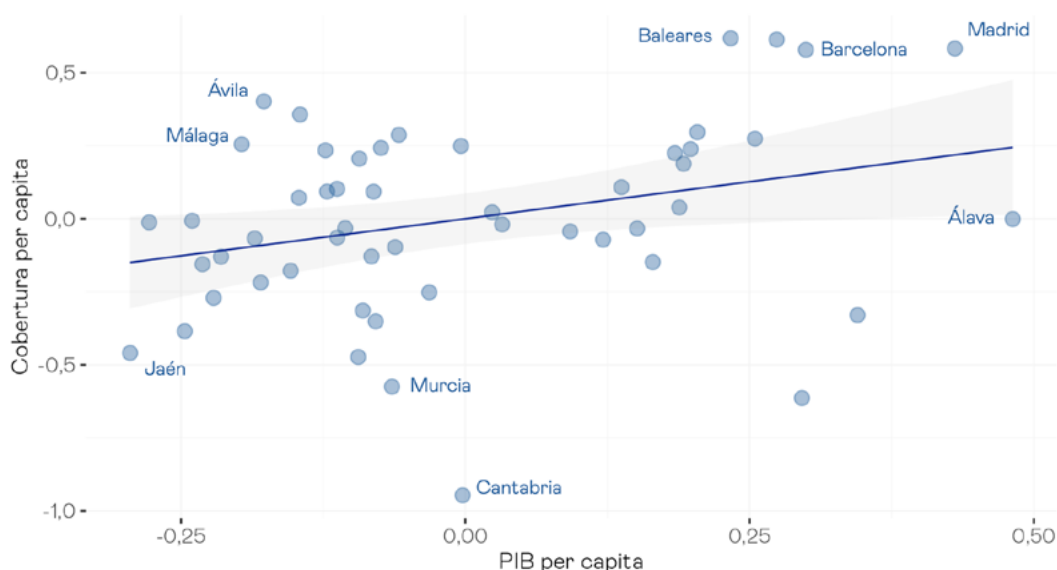
22 De hecho, la relación se torna positiva —aunque de igual modo no significativa— cuando la estructura de población se interacciona con la población de las Áreas.

23 Como análisis de robustez y con el fin de comprobar cuán estables son estos determinantes a lo largo del tiempo, también realizamos regresiones para la presión en 2018. Como se observa en la Tabla X del Apéndice, el tamaño y dirección de las estimaciones es considerablemente robusta al año de análisis.

La relación negativa entre renta y presión puede deberse, principalmente, a dos motivos. En primer lugar, la evidencia avala una fuerte relación entre renta<sup>24</sup>, determinantes de salud y resultados de salud. Para el caso de España, con datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017) y la Encuesta Europea de Salud en España (2020) observamos que dos de los factores de riesgo más relevantes ganan prevalencia entre las rentas bajas: el 17% de personas en hogares con ingresos netos inferiores a 1100€ tiene obesidad vs. el 11% en hogares de más de 3800€, y el porcentaje de fumadores diarios es casi 10 pp. mayor en los hogares de menor renta. En paralelo van los indicadores de salud: el 12% de la población en hogares de menor renta considera tener una salud percibida mala o muy mala versus el 1,7% en hogares de mayor renta; el 32,5% considera tener limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana vs. el 11,5% en hogares de mayor renta, y un 72% en hogares de menor renta considera tener problemas crónicos de salud frente a un 56% de los hogares de mayor renta.

En segundo lugar, la relación entre renta y presión puede deberse a que, en las Áreas en las que habitan hogares con mayor renta, estos hacen uso de seguros de salud privados, de forma que se alivia la presión en los centros de estas zonas. En aras de testar esta hipótesis de que al menos una parte de esa descongestión relativa se debe a un mayor uso de este servicio, usamos datos obtenidos a través de Unespa (2019), que proporcionan información de cobertura a nivel provincial<sup>25</sup>. Llama la atención el alto grado de heterogeneidad en la cobertura entre provincias. Mientras que solo un 6% de la población en Cantabria tiene seguro de salud privado, esta cifra asciende al 37.7% para el caso de Baleares. En la Figura 5 se muestra cómo la relación riqueza-cobertura, en efecto, es positiva y significativa al 5%, una vez se controla por la edad media. Los resultados de la regresión indican que cada punto porcentual de incremento de PIB per cápita va asociado, de media, de un incremento de medio punto porcentual de porcentaje de población con cobertura de seguro de salud privado.

Figura 5. Relación entre el PIB per cápita y el % con cobertura de seguro sanitario privado en cada provincia española.



Fuente: Elaboración propia a partir de Unespa (2019) | EsadeEcPol

24 Ver, por ejemplo, Allanson et al., (2010); Braveman et al., (2014); Kuehnle (2014); Ver el informe “Crisis económica y salud en España” (MSCBS,2018) apartado 3 para ahondar en profundidad en el caso de España.

25 <https://www.unespa.es/main-files/uploads/2020/06/1.4.-El-seguro-de-salud-FINAL.pdf>

## 4. Madrid como caso de estudio

En esta sección enfocamos el análisis para el caso de la Comunidad de Madrid (CAM). El caso de Madrid es relevante porque proporcionó a CIVIO datos con un nivel de desagregación mayor, lo cual nos permite profundizar en las causas de la presión asistencial de manera más microscópica. En concreto, la CAM proporcionó **datos de presión asistencial en 2022 para cada uno de sus 262 centros de salud**, por lo que el análisis se realizará para este año con esta granularidad. Por otro lado, a través del Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud, somos capaces de acceder a indicadores adicionales de AP a nivel de centro con los que enriquecer el análisis realizado hasta ahora, especialmente en lo que se refiere a resultados sanitarios<sup>26</sup>.

Una potencial limitación para este análisis, a la par que un valor añadido como caso interesante de estudio, es la **existencia de una única Área de Salud**. La ley de Área Única Sanitaria de la Comunidad de Madrid, vigente desde 2010, establece que los ciudadanos de la comunidad tienen el derecho a elegir el centro de salud donde desean ser atendidos, sin estar vinculados necesariamente al centro ubicado en su Zona Básica de Salud. Esta característica institucional podría poner en cuestión el uso de datos sociodemográficos a nivel de sección censal que hemos utilizado hasta ahora ya que, si los ciudadanos eligen libremente el centro sanitario al que acudir, no tienen por qué hacerlo en el centro de su ZBS.

Sin embargo, cuando comparamos los datos de población por grupos de edad publicados por el Observatorio con los calculados a partir de los datos censales del INE, obtenemos correlaciones superiores a 0.9 y los resultados obtenidos permanecen invariables. Esta prueba, aparte de validar el uso de los datos censales como aproximación sugiere que, en la práctica, son pocos los ciudadanos que se movilizan para acudir a centros de salud diferentes al ubicado en la Zona Básica de Salud donde se encuentra su vivienda.

Por último, antes de comenzar la exposición de resultados, es importante advertir que, debido a que la unidad de observación de esta sección (centros de salud) es diferente a la analizada en la sección anterior (Áreas de Salud), **los resultados no son comparables a los del apartado previo con resultados de los determinantes de la presión en España**.

### ¿Cómo se pueden agrupar los centros de salud en la Comunidad de Madrid?

En primer lugar, presentamos en la Figura 6 un mapa con la presión en medicina en AP en la CAM en 2022 por Zonas Básicas de Salud, utilizando los datos de los centros de salud. Lo primero que llama la atención es la heterogeneidad existente en la presión entre los centros de salud<sup>27</sup>. Así, mientras que hay centros con una presión relativamente baja, como el centro de salud de Bui-

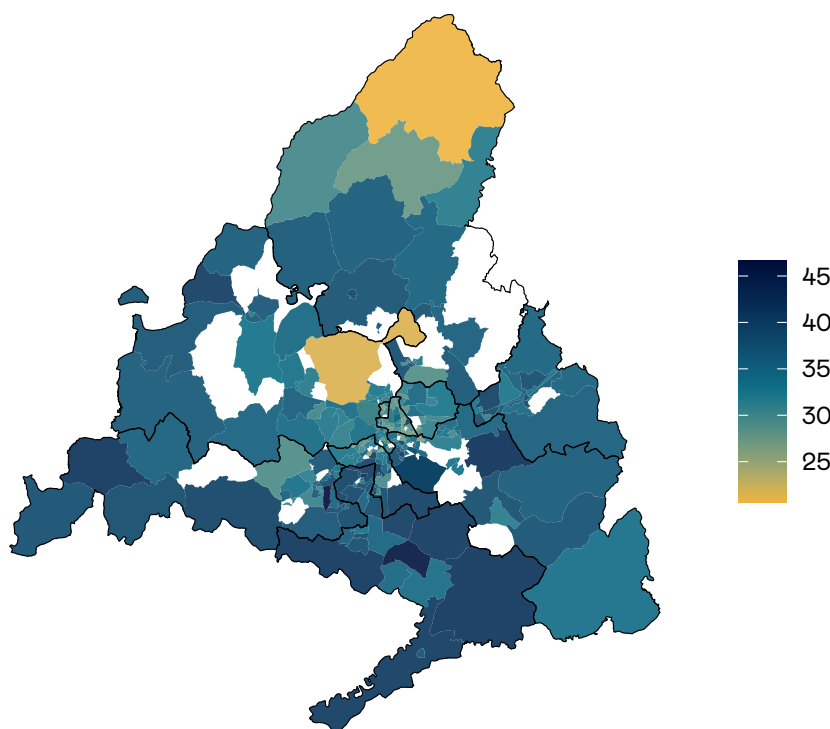
26 <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>

27 Nótese que, dado que cada ZBS de salud tiene un centro de AP asociado, en el gráfico aparecen representadas las ZBS, ya que es la unidad para la que podemos posteriormente analizar los determinantes.



trago de Lozoya, con una media de 20,69 pacientes/día, otros, véase el centro de salud parque Loranca (Fuenlabrada), alcanzaron una media de 46,62 pacientes/día. Resulta a su vez llamativo que los centros situados en la Dirección Asistencial Centro<sup>28</sup>, que se corresponde con la ciudad de Madrid (Latina, Carabanchel, Usera, Villaverde, Chamberí, Barrio Salamanca, Chamartín y Ciudad Lineal) no presentan niveles muy elevados de presión, comparados con otras zonas. De hecho, en media, son los que presentan un nivel de presión menor y una menor variación entre centros de salud, pese a ser los que lidian con una mayor densidad de población. Cabe pensar, de nuevo, que esto pueda estar relacionado con el alivio que pueden suponer los seguros privados a los hogares con mayor nivel de renta en esta zona. Otro patrón llamativo en el mapa es una cierta contiguidad entre centros con presiones similares<sup>29</sup>.

Figura 6. **Presión en medicina en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid (2022)**  
Por centro de Atención Primaria (o Zona Básica de Salud)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CIVIO (2022)

A continuación, y de forma similar al análisis realizado anteriormente para el conjunto de España, como primer análisis exploratorio agrupamos los centros de salud en *clusters*, siguiendo el mismo método que en el caso anterior. Esto nos permite, de nuevo, ver grupos de centros o ZBS con características similares pero con la máxima diferencia entre sí. Al igual que en el caso previo, el número óptimo de *clusters* resultante es dos. Geográficamente, dichos *clusters* aparecen representados en la Figura 7. En este caso, **el grupo con los centros más aliviados en términos de**

28 La gestión de los centros de salud y consultorios en Madrid se organiza en torno a siete direcciones asistenciales, que coordinan los centros de salud de su ámbito territorial (Dirección asistencial Sur, Sureste, Centro, Oeste, Noroeste, Este, Norte).

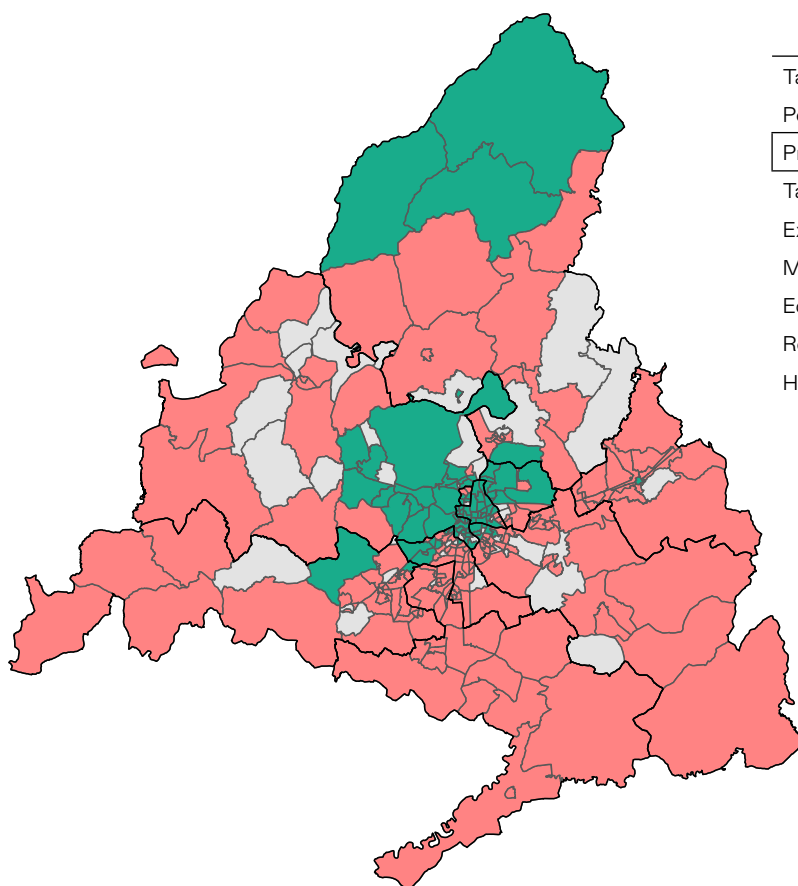
29 De hecho, existe un grado de autocorrelación espacial moderado, pero altamente significativo, con una I de Moran = 0.26 (p-valor < 0.01).

presión asistencial, al que denominamos “grupo de baja presión”, ocupa el norte y el centro de la región, incluyéndose en este la ciudad de Madrid. El otro *cluster*, formado por las regiones en rojo en el mapa, lo denominamos “grupo de alta presión”.

El mapa va acompañado de una tabla que presenta las medias en valor absoluto de las medias de cada una de las características para una mejor interpretación, mientras que la Figura 8 muestra las variables promedio (estandarizadas) para 2022 de las características de las ZBS que conforman cada grupo, permitiendo fácilmente la comparación entre ambos. El “grupo de alta presión” está compuesto por centros con una presión media superior (35,2) a la de los centros del “grupo de baja presión” (30,9). Por lo demás, y en perfecta sintonía con las características de los clusters realizados anteriormente para toda España, este **grupo de alta presión está formado por ZBS con condiciones socioeconómicas más desfavorecidas en términos de renta, nivel educativo y situación laboral, donde las diferencias son especialmente relevantes respecto al grupo de baja presión**. Además, los centros ubicados en este grupo, atienden a una población menos envejecida, con hogares de mayor tamaño y con un porcentaje ligeramente superior de población extranjera.

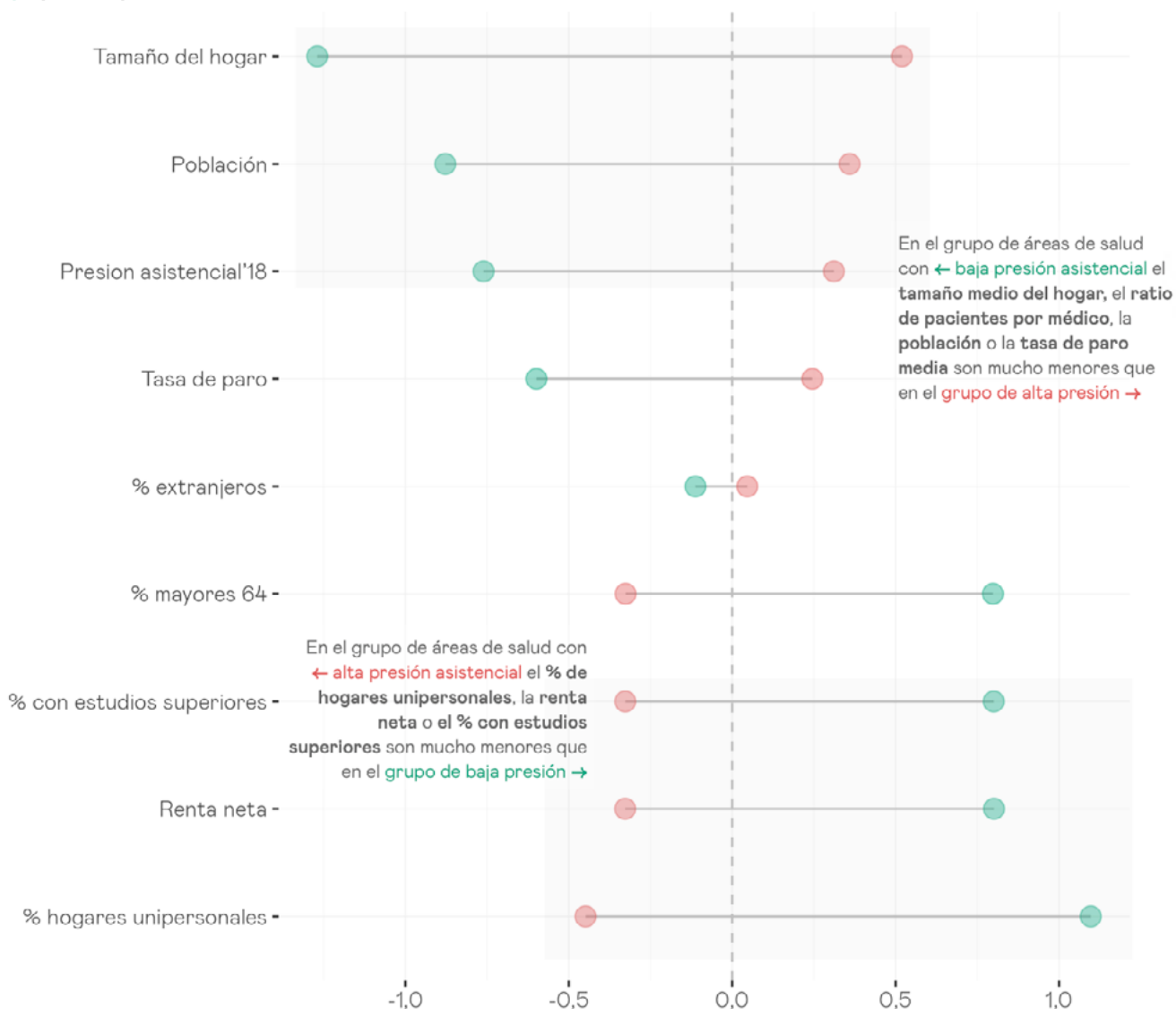
Figura 7. Grupos de centros de Atención Primaria en función de la presión asistencial en medicina y características sociodemográficas y económicas.

Grupo de **baja** y **alta** presión



	Grupo de baja presión	Grupo de alta presión
Tamaño del hogar	2,3	2,9
Población (s.c)	1.316,7	1.834,2
Presión AP (2022)	30,9	35,2
Tasa de paro (%)	11,0%	14,2%
Extranjeros (%)	13,6%	14,6%
Mayores de 64 (%)	23,4%	16,9%
Educ. Superior (%)	50,9%	33,5%
Renta neta (€)	18.727,3	13.334,2
Hogares unipersonales	34%	22%

Figura 8. Diferencias sociodemográficas, económicas y de Atención Primaria entre el grupo de **baja** y **alta** presión en la Comunidad de Madrid 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, CIVIO y MSCBS | EsadeEcPol

### ¿Qué afecta a la variación de la presión asistencial en medicina en Atención Primaria entre los centros de salud de la CAM?

La dirección de los resultados previos mediante análisis de *clusters* se confirma una vez se analizan las asociaciones entre los factores considerados relevantes y la presión asistencial mediante regresiones lineales para el año 2022. Entre los factores explicativos incluimos, a nivel de centro de salud, la población, el porcentaje de población mayor de 64 años, la renta neta del hogar y el porcentaje de población parada, así como características inobservables y de las Direcciones Asistenciales, que pueden estar relacionadas con la presión, como pueden ser mecanismos de gestión. Cabe mencionar que la razón de que en las regresiones se incluyan menos variables que en los *clusters* es su elevada correlación. Sin embargo, los resultados, ya se incluya renta o porcentaje de población con educación superior, son similares. Además, resulta relevante que el porcentaje de población extranjera no es en ningún caso significativo.

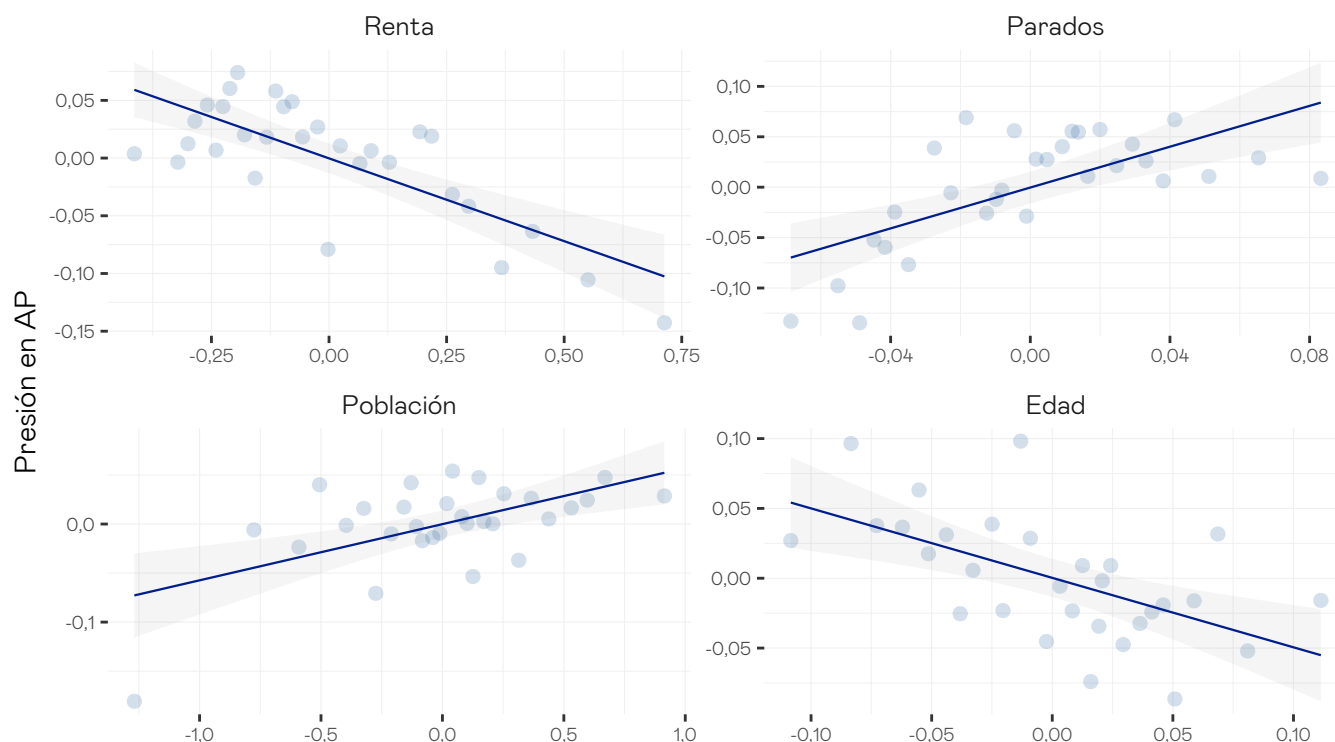
Las regresiones lineales, en este caso, explican un 37% de la variación de la presión entre centros, una cifra sensiblemente inferior a la alcanzada en el análisis realizado para toda España, principalmente dado que no disponemos de información de oferta (profesionales por centro de salud), como disponíamos en España a nivel de Área. En la Figura 9 mostramos los resultados de las regresiones para los coeficientes estadísticamente significativos. En línea similar a la de los resultados para España, las **ZBS con menor renta, mayor tasa de paro y más población están asociadas con un nivel de presión de medicina en AP mayor**. Por ejemplo, y dependiendo de la especificación que se escoja, **un 1% de incremento en la renta está asociado con un descenso de entre 0.06-0.12% en la presión asistencial**. De nuevo, esto puede deberse a que las personas de mayor renta tienen menos problemas de salud y además más cobertura de seguros privados. Recordemos que estos resultados no deben compararse, en ningún caso, con los obtenidos para el caso de España ni deben interpretarse en clave causal.

A diferencia de lo que ocurre en el resto de España, el porcentaje de población con más de 65 años está negativamente correlacionado con la presión y, en este caso dicha relación sí es estadísticamente significativa y robusta<sup>30</sup>. Al igual que ocurre en el caso de España, cuando interactuamos esta variable con la población, esta relación se torna positiva, aunque no significativa, de forma que las ZBS con población más envejecida que tienen mayor población en términos absolutos, podrían estar asociadas a niveles mayores de presión. Además, como ocurría en el caso de España, hay que tener en cuenta que el indicador de presión no considera el tiempo de consulta. Si las personas de más de 64 años tienen consultas más largas, esta relación puede tener el signo contrario al esperado. En cualquier caso, pese a que no se puede establecer una relación causal entre la presión y este grupo de edad, estos resultados sugieren que, para el caso de Madrid, hay otros factores más determinantes para la presión asistencial, y la estructura de edad de forma aislada no es un condicionante único de la presión de los centros de AP en la CAM. Resulta lógico pensar que, si las personas de mayor edad están en zonas más despobladas, y que en general están sometidas a menor presión, en media, la edad no debería ser el principal condicionante<sup>31</sup>.

30 Esta correlación es robusta a numerosas especificaciones con diferentes grupos de edad, incluso cuando se elimina la heterogeneidad no observada mediante modelos de panel. Dichas regresiones se realizan a partir de los datos de presión y grupos de edad entre 2018 y 2019, disponibles en el Observatorio.

31 Es importante destacar que, con el número relativamente pequeño de observaciones con el que contamos, y el grado de correlación y potencial endogeneidad, los "t-estadísticos" y el tamaño de los coeficientes estimados deben de ser interpretados con cautela. Una mejor guía para interpretar las regresiones es fijarse en la dirección de las relaciones. Para más detalles sobre las regresiones, consúltese la Tabla 2 del Apéndice.

Figura 9. Relación entre la presión soportada por los médicos de Atención Primaria en los centros de la Comunidad de Madrid y factores que la explican



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, CIVIO y MSCBS | EsadeEcPol

## Relación entre la presión asistencial y los resultados clínicos y de satisfacción

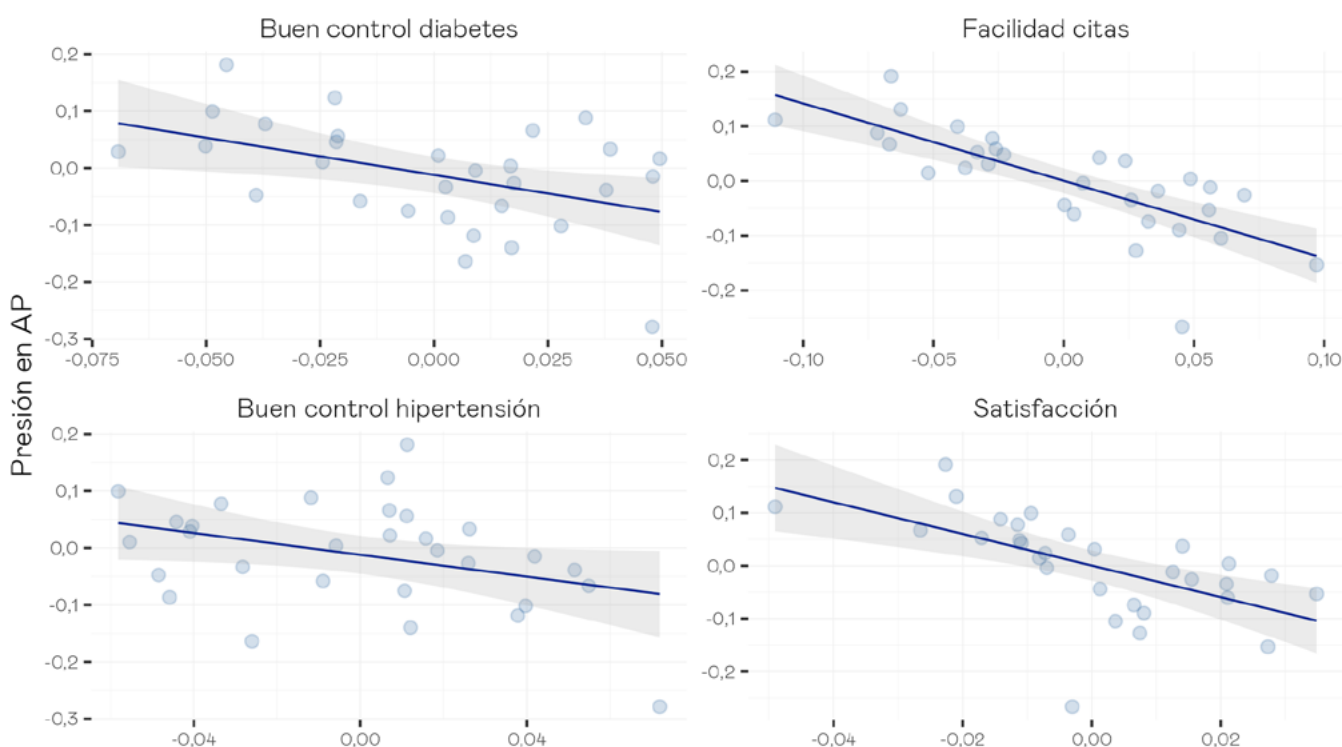
Para finalizar, examinamos si existe alguna asociación relevante entre presión asistencial en medicina en AP e indicadores de efectividad clínica y atención al paciente. En el primer grupo de variables englobamos el porcentaje de pacientes hipertensos y diabéticos con buen control, dos indicadores de la efectividad clínica de los centros. En el segundo grupo de indicadores, se incluyen el índice de satisfacción global con la atención recibida y el índice de satisfacción con la facilidad para conseguir una cita, ambos extraídos del Observatorio<sup>32</sup>, al igual que los indicadores previos.

En aras de analizar estas relaciones, se llevan a cabo regresiones lineales aisladas para cada indicador incluyendo como variable a explicar la presión en medicina en los centros de AP y como factores que la explican los indicadores anteriormente mencionados. En este caso, se utiliza la información de la presión para 2018, ya que los últimos datos disponibles del Observatorio son para 2020, año de pandemia cuyo análisis puede resultar sesgado. Los dos indicadores de satisfacción correlacionan fuerte y negativamente con la presión, de tal modo que, **cuanto mayor es presión asistencial, menor es la satisfacción con el servicio prestado en los centros de Atención Primaria** (Figura 10). Por su parte, **el porcentaje de pacientes diabéticos e hipertensos con buen control**

32 Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud – Atención Primaria. <http://observatoriorresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaLista.aspx>

disminuye con la presión, incluso cuando se controla por efectos fijos y porcentaje de población con más de 65 años. Aunque como con todos los resultados del informe, la relación no puede interpretarse en clave causal, **cada 1% más de presión en los centros está asociado, en media, con entre un 0.11% y un 0.16% menos de de pacientes con buen control de diabetes e hipertensión**, dependiendo de la especificación econométrica utilizada (Ver Tabla 3. del Apéndice)<sup>33</sup>.

Figura 10. Relación entre indicadores sanitarios y de satisfacción con la Atención Primaria y la presión en AP en medicina de familia en 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio del Servicio Madrileño de Salud y CIVIO (2022)

33 Los resultados son robustos a la inclusión de retardos, ya que cabría pensar que los buenos o malos resultados podrían observarse con cierto retraso

## 5. Propuestas para aliviar la presión asistencial

### Políticas de oferta de atención primaria

Los resultados previos muestran una correlación que, aunque pueda resultar evidente, tiene consecuencias trascendentales desde el punto de vista de política pública. Las Áreas de Salud con más médicos per cápita en Atención Primaria tienen menor presión asistencial. Por ende, el mensaje es inequívoco: una Atención Primaria de calidad que pretenda preservar no sólo la accesibilidad, sino la equidad y la universalidad efectiva, requiere de una dotación suficiente y una gestión adecuada de los recursos humanos.

Como se presenta al inicio del documento, una de las principales debilidades de nuestro sistema sanitario es **la falta de atracción profesional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria**, que se ve reflejada en los **profesionales más jóvenes en la elección MIR**. No en vano, las plazas de medicina de familia son las últimas cubiertas —si bien es cierto que también ofertan más plazas que el resto de especialidades dadas las necesidades del sistema—. Si a esto le añadimos el envejecimiento de la plantilla —el 60,2% de los médicos que trabajan en atención primaria tiene más de 50 años (Barber & López-Valcárcel, 2022)— que supondrá un gran número de jubilaciones en los próximos años<sup>34</sup>, resulta apremiante **crear un modelo atractivo de AP para los profesionales, especialmente de MFC, en el que además se contemplen políticas de retención que incentiven el ejercicio de la profesión en zonas de difícil cobertura y con mayor presión asistencial**.

**Dado que la MFC es una disciplina académica y la AP un ámbito educativo sanitario primordial, deben tener una presencia nuclear en la universidad y, para ello, proponemos la creación de departamentos de MFC en todas las facultades españolas.** Como muestran Chung et al. (2016) para el caso de Suiza, en un contexto similar, que los planes de estudio incluyan materias de Atención Primaria y Medicina General afecta en su percepción sobre las disciplinas, ya que es importante que, desde las primeras etapas formativas, exista una clara señal de que se apuesta por la AP como eje del sistema de salud (López-Torres, 2018). Con varias universidades españolas en las que la MFC no es una asignatura obligatoria, una mayor presencia y transversalidad de esta especialidad resulta apremiante para situar a la Medicina de Familia y Comunitaria en AP en el eje del sistema. En este sentido, proponemos un sistema de rotación obligatoria de especialistas en los centros de salud, que no sólo incrementaría el prestigio de la profesión, sino que además podría ser de utilidad para descongestionar la AP.

En paralelo a estas medidas, resulta necesaria una mejora de las condiciones laborales acorde al resto de especialidades. Para ello, debe mejorarse la **inversión en remuneración de médicos de familia en AP y ofertar contratos estables con buenas condiciones, esto es, de larga du-**

<sup>34</sup> De hecho, Barber & López-Valcárcel (2022) estiman que MFC (entre otras como Medicina del Trabajo, Inmunología, Psiquiatría... presentarán, según las proyecciones, un déficit superior al 10% en 2028.



**ración y con programas de formación.** Del mismo modo, los profesionales demandan una mayor flexibilización horaria, conciliación y planes de formación. Dinamarca puede ser un espejo en el que mirarnos: con indicadores similares a España, la profesión goza de un mayor prestigio, siendo las principales diferencias: (a) que los médicos de familia de AP tienen ingresos mayores que los de atención hospitalaria; (b) que existe un sistema de remuneración mixto, con un tercio determinado por la cantidad de pacientes de su cupo<sup>35</sup> y dos tercios procedentes de los servicios prestados. Además, los profesionales daneses renegocian las condiciones de su contrato cada dos años (Pedersen et al., 2012). Otra experiencia similar e interesante respecto a modelos mixtos de financiación e incentivos es la de los centros de AP suecos (Vengberg et al., 2021).

Un paso más allá en esta dirección consiste en **enlazar incentivos económicos a los resultados clínicos**. Países como EEUU, Canadá, Alemania, Israel o Australia, hacen uso de este tipo de mecanismos<sup>36</sup>. Reino Unido ofrece un interesante caso de estudio, ya que fue eliminando de forma paulatina el número de indicadores de calidad por los que se proporcionaban incentivos económicos, que llegaron a suponer el 25% de los ingresos de los médicos de familia en AP. Minchin et al. (2018) observan que la supresión de dichos incentivos se asoció con un descenso inmediato de la calidad prestada y del rendimiento en las medidas de calidad. Sin embargo, para que esta medida sea factible, es necesaria una mayor digitalización para que la información sea ágil y accesible, de forma que puedan crearse indicadores de resultados de salud para las patologías más prevalentes en AP.

En esta línea, la **digitalización del SNS debe ser una prioridad de política pública**. Resulta apremiante que la historia clínica sea compartida no sólo entre Atención Primaria y Hospitalaria o socio-sanitaria, sino también entre Comunidades Autónomas. Esto es garantía de mejoras en la gestión y ahorros de tiempo de los profesionales, así como puede resolver problemas de consultas innecesarias derivadas de la falta de transparencia en los historiales, disminuyendo la presión. Esta digitalización debe ir acompañada de una mejora de los equipos digitales así como de la formación necesaria a los profesionales.

Vista la heterogeneidad existente en la presión asistencial tanto en AS como en ZBS, así como la existencia de factores socioeconómicos y demográficos relacionados con la demanda que afectan a dicha presión, quizás la política que puede reunir un mayor consenso es **la introducción de un sistema de incentivos que aliente a los médicos de MFC de AP a trabajar en puestos de difícil cobertura**<sup>37</sup>. En línea con este planteamiento, en España, el “Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023”<sup>38</sup> estableció, en marzo de 2023, un **consenso de los criterios mínimos**

35 Pago capitativo: pago por el que el médico recibe una cantidad fija por cada paciente en su lista independientemente de la cantidad de servicios que preste a cada uno de ellos.

36 Khan et al. (2020), en una revisión sistemática de la literatura, señalan las principales fortalezas y debilidades de estos sistemas.

37 La experiencia en EE.UU sobre incentivos para médicos realizando la residencia en zonas de difícil cobertura, resulta ilustrativa (Fedyanova, 2018). En línea con incentivos para nuevos residentes, en 2022, en Cataluña, se dieron incentivos monetarios de entre 5,000 y 9,000 euros a los nuevos residentes que eligieran la especialidad de MFC, dado el elevado número de plazas sin cubrir. Si bien es cierto que la política aún no ha sido propiamente evaluada de forma causal, el % de plazas no cubiertas disminuyó en un 7,5% entre 2021 y 2022 (López-Valcárcel & Barber, 2023).

38 Acción 2.5. del Plan de Acción de Atención Primaria 2022- 2023, aprobado por el Consejo Interterritorial el 15 de diciembre de 2021. Los criterios, aprobados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud el 21 de marzo de 2023, pueden consultarse en el siguiente enlace: [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/puestosDificilCobertura/docs/Acuerdo\\_Puestos\\_Dificil\\_Cobertura\\_AP.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/puestosDificilCobertura/docs/Acuerdo_Puestos_Dificil_Cobertura_AP.pdf)

**para la identificación de estos puestos, así como la aplicación de incentivos para la atracción y retención de los profesionales sanitarios en los mismos**, lo cual supone un gran avance respecto a la situación hasta el momento. Entre los criterios destacan la frecuentación por el usuario, la presión asistencial, la densidad de la población y el envejecimiento, entre otros. En cuanto a los incentivos, se plantean complementos retributivos específicos, mayor puntuación en los baremos en bolsa y en concursos, mejora en la carrera profesional y flexibilización de la jornada laboral<sup>39</sup>. En esta dirección, sería deseable disponer del análisis que ha llevado a la selección de dichos criterios como, por ejemplo, la decisión de la magnitud de presión asistencial que, según los datos disponibles, afectaría a menos del 20% de los centros madrileños. Una **mayor transparencia y granularidad de la información para poder analizar la adecuación y viabilidad de los criterios resultaría especialmente idónea para la identificación de aquellos puestos en los que es más necesaria la puesta en marcha de un plan especial de incentivos**.

Otra crítica al sistema actual es la **falta de longitudinalidad en Atención Primaria, es decir, la carencia de una relación estable y sostenida en el tiempo entre médico y paciente**. Como afirman Añel-Rodríguez & Astier-Peña (2022), ésta facilita la atención preventiva y el reconocimiento precoz de los problemas de salud, evitando los sobrediagnósticos, la medicalización, la sobreexposición a pruebas, las derivaciones excesivas a especialistas y las hospitalizaciones innecesarias (Barker et al., 2017). De hecho, según la evidencia reciente para otros países, la longitudinalidad tiene un impacto directo en la mortalidad (Barker et al., 2020, Sandvik et al., 2022). La excesiva temporalidad en el sector sanitario público (actualmente un 40,8% de los médicos tienen contratos temporales<sup>40</sup>) y la **intensa rotación laboral en APS que, además, resulta más acusada en centros con condiciones más precarias, quiebran dicha longitudinalidad, favoreciendo la hiperfrecuentación e incidiendo, por ende, en una mayor presión**. Romper esta espiral resulta de vital importancia para garantizar una AP eficiente y proteger la salud de los ciudadanos, especialmente en zonas con elevada presión o de difícil cobertura. Por ende, resulta necesario que entre los incentivos anteriormente mencionados **se promueva la retención de profesionales, ofertando contratos más estables y facilitando plazas en propiedad en estos centros de presión elevada**.

**Por último, resulta necesario redistribuir la carga entre profesionales**. Una queja generalizada sobre la **asignación de roles en los centros de Atención Primaria** es la del tiempo que emplean los médicos de familia a realizar trámites burocráticos, bajas laborales o trabajo administrativo. En este sentido, un plan de redistribución de la demanda de carga burocrática resulta imprescindible para aliviar la presión asistencial. Para ello sería necesaria una **reorganización de los roles no sólo dentro de los centros de salud, sino en la totalidad del sistema**, así como la **contratación de administrativos sanitarios debidamente formados en AP que realicen labores de apoyo** en labores de gestión y burocráticas. En el caso de las bajas laborales, como marca la normativa vigente, no deberían ser únicamente los médicos de AP los que asumiesen la emisión de las incapacidades temporales, sino que debería ser asumido por el facultativo que realice el reconocimiento médico.

39 Para un mayor detalle de los componentes de un sistema de recompensa adecuado, consultar "Tabla 3" del informe de Barber & López-Valcárcel, 2022.

40 Encuesta de Población Activa (T4, 2022). Datos extraídos del "Observatorio trimestral del mercado de trabajo" elaborado por Fedea y BBVA Research (febrero de 2023).

Adicionalmente, en casos de presión excesiva se podría contemplar la “autobaja” bajo declaración responsable del paciente para casos leves, como sucedió en Cataluña para aliviar la AP durante la pandemia. De nuevo, la digitalización y los métodos telemáticos supondrían un gran avance en este sentido, ya que los pacientes con la formación suficiente podrían disponer de informes clínicos y justificantes accesibles de forma *online*, aliviando de nuevo la presión en los centros.

## Políticas de demanda de atención primaria

La otra pata de la ecuación para reducir la presión asistencial en la AP reside en el lado de la demanda que la ciudadanía ejerce sobre la AP. Como ya hemos visto mediante los resultados previos, el nivel de población, su estructura demográfica, las características económicas, laborales, y el nivel educativo, tienen efectos sobre la presión en AP, por lo que abordar las propuestas desde la perspectiva de la demanda resulta necesario. En este sentido, un primer punto importante es el **“sobreuso”, conocido como hiperfrecuentación de la AP por parte de la ciudadanía**. Este sobreuso puede darse por al menos dos canales. Uno es el del riesgo moral que se produce cuando los ciudadanos abusan del uso de los servicios de AP porque el coste no lo asumen directamente; el otro, el desconocimiento genuino de la ciudadanía del nivel de gravedad de su sintomatología.

El segundo punto importante que identificamos en el lado de la demanda es la posibilidad de redistribuir la carga de AP. Esto se puede hacer, o bien dotando a otras especialidades de la capacidad para ejercer algunas de las tareas que en la actualidad están encomendadas a los profesionales de la AP, o bien dando a los ciudadanos la posibilidad de elegir centro donde ser atendidos, así como la información necesaria para ejercer dicha elección.

### La problemática de la hiperfrecuentación

En lo que concierne a la hiperfrecuentación y, dentro de esta, al riesgo moral, no es casualidad que la literatura teórica sobre este concepto se iniciase, precisamente, poniendo como ejemplo los servicios médicos (Arrow, 1963). Los seguros en general, y el seguro de salud en particular, son ejemplos paradigmáticos de contratos altamente vulnerables al riesgo moral (Barros et al., 2008; Einav y Finkelstein, 2018). Aunque es un tema muy sensible al tratarse de un bien público, como en este caso, la solución a este problema pasa porque los individuos internalicen en su comportamiento las externalidades negativas generadas por un uso innecesario de la AP. En este sentido, la introducción de un precio simbólico de uso fue recientemente evaluada para el caso de la pediatría en Japón (Iizuka y Shigeoka, 2022). En dicho estudio, los autores documentan un descenso considerable en la demanda cuando el precio se incrementa ligeramente por encima de cero<sup>41</sup>. Entre los efectos destacados de esta política, los autores destacan que la mayor reducción de la demanda se dio entre los niños más sanos, mientras que apenas tuvo efecto entre los niños verdaderamente enfermos. Esto supuso un incremento en la eficiencia del sistema al canalizar los recursos hacia quienes más los necesitaban. Sin embargo, un diseño óptimo de este sistema debería de tener tam-

<sup>41</sup> La existencia de no linealidades en la elasticidad de la demanda es un hecho ampliamente documentado en la literatura, con grandes implicaciones y presente en multitud de contextos. Para un estudio reciente relacionado, véase Strulov-Shlain (2021).

bién en cuenta que un precio de cero también puede tener efectos positivos al incentivar el uso de servicios preventivos, cuyo valor añadido al evitar costes futuros, es muy alto. Por tanto, su implementación debería ser selectiva y centrarse en los servicios de poco valor añadido. Sobra decir que el caso de Japón no tiene por qué ser extrapolable y que otros añadidos institucionales, como, por ejemplo, la posibilidad de reembolso cuando la visita es justificada, o el uso de desincentivos no económicos, son opciones que también sería oportuno abordar.

La otra posibilidad que se ha considerado en el debate público para evitar la hiperfrecuentación de la AP es la de incrementar el grado de información que poseen los individuos sobre los costes que supone cada visita. Este mecanismo, popularmente conocido como “factura sombra”, parte de la premisa de que un mayor grado de conocimiento de los costes del sistema incrementa el grado de concienciación de los pacientes y reduce su uso inapropiado. Desafortunadamente, y aunque en España ya hay experiencias en la implementación de este mecanismo (por ejemplo, en Andalucía), no existe una evaluación sistemática de su efectividad. Sin embargo, al menos para otros contextos, como el de la jubilación, la evidencia es mixta en cuanto a si un mayor grado de información cambia o no el comportamiento de los individuos (Mastruoboni, 2011; Liebman and Luttmmer, 2015). Sea como fuere, antes de tomar ninguna decisión sería necesario evaluar empíricamente este tipo de aproximaciones, por ejemplo, con proyectos piloto.

En último lugar, resulta imprescindible **abogar por la acción comunitaria**, entendida como “*el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad*”. Dado que la acción comunitaria potencia las capacidades de acción individual y colectiva en procesos de mejora de la salud (MSCBS, 2021), puede ser de gran utilidad para lidiar con el problema de la hiperfrecuentación.

## Redistribución de la demanda de atención primaria entre centros de salud

En la mayor parte de las CCAA, hasta donde hemos podido averiguar, el criterio principal para asignar centro de salud parece ser la distancia al domicilio. Incluso en el caso de Madrid, en el que existe una única área, hay una asignación inicial de centros para nuevos empadronamientos que parece responder al criterio de distancia<sup>42</sup>. Dado que, como hemos observado en el caso de estudio de la CAM —por proporcionar información a nivel de centro—, existe heterogeneidad en la presión entre centros (incluso cuando se trata centros cercanos), parece necesario **incorporar la presión asistencial actualizada —así como los cupos de cada médico/a— al criterio de asignación inicial de centro y médico de familia y, en los casos en los que existe libertad de elección de centro, informar adecuadamente al ciudadano del centro más próximo con menor presión**. Esto podría reducir la heterogeneidad entre centros, promoviendo la eficiencia en el uso de los recursos públicos, aliviando carga a los profesionales y centros más saturados y mejorando así la salud de la ciudadanía.

42 En el caso de Madrid, el centro de salud que te corresponde según tu domicilio puede consultarse en: <https://centrossanitarios.sanidadmadrid.org/centrosdireccion/miscentropordireccion.aspx>

En el caso de la Comunidad de Madrid, que presenta un estudio de caso relevante por la política de Área Única sanitaria, **no está claro que la libertad teórica de elección se esté llevando a la práctica en la elección de centros de AP**. Como prueba, encontramos con los datos del Observatorio y del INE una relación fuerte entre la estructura de edad de la población que acude a un centro de una ZBS y la población censada dentro de la misma ZBS. Esto, sumado a la heterogeneidad en la presión entre centros, sugiere que los ciudadanos en zonas presionadas no se están moviendo a otras donde hay menor saturación y que por, tanto la libertad de elección no es completamente efectiva. Pese a que existe un portal de elección de centro<sup>43</sup> que debería servir de ejemplo a otras regiones en términos de transparencia en los indicadores, como es bien sabido, no toda la ciudadanía tiene el mismo acceso a la información ni la misma capacidad de desplazamiento, y esto está fuertemente relacionado con factores socioeconómicos. Por tanto, resulta fundamental que la información esté al alcance de todos los ciudadanos para que la libertad no socave la igualdad de oportunidades.

---

<sup>43</sup> <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/libre-eleccion-sanitaria>

# Referencias

- Allanson, P., Gerdtham, U. G., & Petrie, D. (2010). Longitudinal analysis of income-related health inequality. *Journal of Health Economics*, 29(1), 78-86.
- Añel Rodríguez, R. M., & Astier Peña, P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 75-76.
- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53 (5), 485–973.
- Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH., (2020). Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract*.
- Barber, P., & López-Valcárcel, B.G. (2022). *Informe Oferta – Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035*. Recuperado de: [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionSanitarias/profesion/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio\\_Oferta\\_Necesidad\\_Especialistas\\_Medicos\\_2021\\_2035V3.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionSanitarias/profesion/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf)
- Barker I, Steventon A, Deeny SR., (2017) Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*.
- Barros, P. P., Machado, M. P., & Sanz-de-Galdeano, A. (2008). Moral hazard and the demand for health services: a matching estimator approach. *Journal of health economics*, 27(4), 1006-1025.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*, 129(1\_suppl2), 19-31.
- Chung, C., Maisonneuve, H., Pfarrwaller, E., Audétat, M. C., Birchmeier, A., Herzig, L., ... & Haller, D. M. (2016). Impact of the primary care curriculum and its teaching formats on medical students' perception of primary care: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 17(1), 1-7.
- Einav, L., & Finkelstein, A. (2018). Moral hazard in health insurance: what we know and how we know it. *Journal of the European Economic Association*, 16(4), 957-982.
- Fedyanova, Y. (2018). Incentivizing young doctors to practise in underserved areas.
- Khan, N., Rudoler, D., McDiarmid, M., & Peckham, S. (2020). A pay for performance scheme in primary care: Meta-synthesis of qualitative studies on the provider experiences of the quality and outcomes framework in the UK. *BMC family practice*, 21, 1-20. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12875-020-01208-8>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., Saltman, R. B., & World Health Organization. (2015). Building primary care in a changing Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/154350>
- Kuehnle, D. (2014). The causal effect of family income on child health in the UK. *Journal of health economics*, 36, 137-150.
- Lamata Cotanda, F. (2017). Atención Primaria en España: logros y desafíos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(3), 164-167. Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2017000300164](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000300164)
- Liebman, J. B., & Luttmer, E. F. (2015). Would people behave differently if they better understood social security? Evidence from a field experiment. *American Economic Journal: Economic Policy*, 7(1), 275-299.

- lizuka, T., & Shigeoka, H. (2022). Is Zero a Special Price? Evidence from Child Health Care. *American Economic Journal: Applied Economics*, 14(4), 381-410.
- Lopez-Valcarcel, B. G. (2020). Family medicine in the crossroad. Risks and challenges. *Atencion Primaria*, 52(2), 65. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025961/>
- López-Valcárcel, B. & Barber, P. (2022). Crisis de la medicina de familia: ¿Están funcionando los incentivos económicos en el MIR? NOTICIA BLOG NEG. <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/crisis-de-la-medicina-de-familia-estan-funcionando-los-incentivos-economicos-en-el-mir>
- López-Valcárcel, B. & Simó, J. (2022, 30 de noviembre). Situación de la atención primaria española. [Video]. <https://encuentroysolidaridad.net/situacion-de-la-atencion-primaria-espanola/>
- Mastrobuoni, G. (2011). The role of information for retirement behavior: Evidence based on the stepwise introduction of the Social Security Statement. *Journal of Public Economics*, 95(7-8), 913-925.
- Minchin, M., Roland, M., Richardson, J., Rowark, S., & Guthrie, B. (2018). Quality of care in the United Kingdom after removal of financial incentives. *New England Journal of Medicine*, 379(10), 948-957.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Crisis económica y salud en España. Recuperado de: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS\\_ECONOMICA\\_Y\\_SALUD.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf)
- Ministerio de Sanidad (2021). Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid. Recuperado de: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia\\_Accion\\_Comunitaria\\_Ganar\\_Salud.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf)
- Pedersen, K. M., Andersen, J. S., & Søndergaard, J. (2012). General practice and primary health care in Denmark. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(Suppl 1), S34-S38. Recuperado de: [https://www.jabfm.org/content/25/Suppl\\_1/S34.short](https://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S34.short)
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72(715), e84-e90.
- Strulov-Shlain, A. (2021). More than a Penny's Worth: Left-Digit Bias and Firm Pricing. Chicago Booth Research Paper, (19-22).
- Vengberg, S., Fredriksson, M., Burström, B., Burström, K., & Winblad, U. (2021). Money matters—primary care providers' perceptions of payment incentives. *Journal of Health Organization and Management*, 35(4), 458-474.





# Apéndice

Tabla 1. Determinantes de la presión en medicina en AP en España

VARIABLES	(1)	(2)	(3)	(4)
	2018	2022	2018	2022
Población	0,019 (0,026)	0,051* (0,025)	0,014 (0,009)	0,020* (0,011)
Población > 65	-0,498 (0,654)	-0,404 (0,709)	-0,375 (0,390)	-0,373 (0,379)
Renta	-0,112 (0,115)	-0,192 (0,146)	-0,175** (0,058)	-0,203** (0,082)
Parados	0,461 (0,462)	0,403 (0,342)	0,619* (0,293)	0,553** (0,186)
Profesionales	-0,263 (0,150)	-0,257 (0,146)	-0,322* (0,159)	-0,333* (0,179)
Observaciones	128	128	128	128
R2	0,347	0,362	0,657	0,720
Efectos Fijos de CC.AA	NO	NO	SI	SI

Para todas las regresiones, la variable dependiente es el logaritmo de la presión. Entre las variables explicativas, tanto la población como la renta media por hogar están expresadas en logaritmos. Cuando se incluyen en la especificación, los efectos fijos están a nivel de Área de Salud Básica. Los errores estándar están clusterizados por Áreas. Para incrementar la comparabilidad entre regresiones, restringimos el número de Áreas de Salud de 2018 para que iguale al de 2022, si bien es cierto que los resultados son robustos a la inclusión de las mismas CC.AA.

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

Tabla 2. Determinantes de la presión en medicina en AP en la Comunidad de Madrid

VARIABLES	(1) 2018	(2) 2022	(3) 2022	(4) 2018	(5) 2022	(6) 2022
Población	0,062*** (0,017)	0,040** (0,019)	0,042** (0,018)	0,065*** (0,015)	0,035** (0,017)	0,039** (0,018)
Población > 65	-0,496*** (0,102)	-0,926*** (0,126)	-0,901*** (0,127)	-0,384*** (0,097)	-0,849*** (0,125)	-0,828*** (0,126)
Renta	-0,143*** (0,018)	-0,124*** (0,022)		-0,120*** (0,021)	-0,066*** (0,024)	
Parados/activos			1,031*** (0,193)			0,673*** (0,195)
Observaciones	260	260	260	260	260	260
R2	0,253	0,241	0,259	0,334	0,360	0,374
Efectos Fijos de Área	NO	NO	NO	SI	SI	SI

Para todas las regresiones, la variable dependiente es el logaritmo de la presión. Entre las variables independientes, tanto la población como la renta media por hogar están expresadas en logaritmos. Cuando se incluyen en la especificación, los efectos fijos están a nivel de Dirección Asistencial. Los errores estándar están entre paréntesis y son robustos a la heteroscedasticidad.

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

Tabla 3. Indicadores de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid

VARIABLES	(1) Diabetes	(2) Hipertensión	(3) Diabetes	(4) Hipertensión	(5) Satisfacción	(6) Facilidad
Presión	-0,162*** (0,043)	-0,156** (0,062)	-0,123*** (0,044)	-0,109* (0,064)	-0,114*** (0,028)	-0,403*** (0,056)
Población > 65			0,292*** (0,103)	0,360*** (0,131)		
Observaciones	520	520	520	520	520	520
R2	0,048	0,047	0,064	0,063	0,068	0,231
Efectos Fijos de Área	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Para todas las regresiones, tanto la variable dependiente como la presión están expresadas en logaritmos. Los efectos fijos están a nivel de Dirección Asistencial. Los errores estándar están entre paréntesis y son robustos a la heteroscedasticidad.

\*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$