

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Innovación, responsabilidad social y transferencia del conocimiento

José Manuel Pérez Fernández .
Juan Manuel Zazo Menargues.
Javier Blanquer Gregori.

josemperez13@carm.es



Presentación del grupo de trabajo

- Presentación.
- Objetivos de hoy.
- Qué hacemos aquí ? Viernes 8.00AM
- Podemos mejorar la AP?
- Liderazgo, compromiso , entusiasmo...
- Qué hacer y qué NO hacer
- Gestión del ***tiempo y priorizar.***
- Próximo Congreso de Gestión : Murcia 27 febrero 2026



1. Innovación

- Se refiere a la creación o mejora de productos, servicios, procesos o modelos organizativos que aporten valor. En el contexto sanitario, por ejemplo:
- **Innovación tecnológica:** uso de ecografía avanzada, telemedicina, IA para diagnóstico.
- **Innovación organizativa:** nuevos modelos de atención centrados en el paciente.
- **Innovación social:** proyectos que mejoran la equidad y accesibilidad.



2. Responsabilidad Social

- Implica que las organizaciones (hospitales, universidades, empresas) actúen de manera ética y sostenible, considerando el impacto en:
- **Pacientes y comunidad:** garantizar calidad y seguridad.
- **Medio ambiente:** reducir huella ecológica en procesos sanitarios.
- **Profesionales:** formación continua y bienestar laboral.



3. Transferencia del Conocimiento

- Es el puente entre la investigación y la práctica real:
- **Desde la universidad al sistema sanitario:** formación en gestión, cursos de ecografía, proyectos colaborativos.
- **Desde la industria a la práctica clínica:** convenios para aplicar tecnología y medicamentos innovadores.
- **Difusión:** publicaciones, formación, patentes, spin-offs



Cómo se conectan

- La **innovación** genera nuevos conocimientos y soluciones.
- La **responsabilidad social** asegura que estas soluciones se implementen de forma ética y sostenible.
- La **transferencia del conocimiento** permite que la innovación llegue a la sociedad y mejore la calidad de vida.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Iª Jornadas de Buenas Prácticas en Gestión de los Equipos de Atención Primaria

- Líneas maestras
 - Gestión Organizativa
 - Gestión de la demanda
 - Gestión Clínica / Asistencial
 - Residentes
 - Aperitivo de los viernes
 - Rotación Cartera de servicios
 - Ecografía
 - Cirugía menor
 - Frecuentación (tiempo de consulta)
 - Gestión Sociosanitaria / comunitaria
 - Proyecto enlace
 - DAFO sobre comunitaria

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Jornadas de Buenas Prácticas en Gestión de los Equipos de Atención Primaria

- 128 INSCRITOS
- 22 PONENTES



XIV

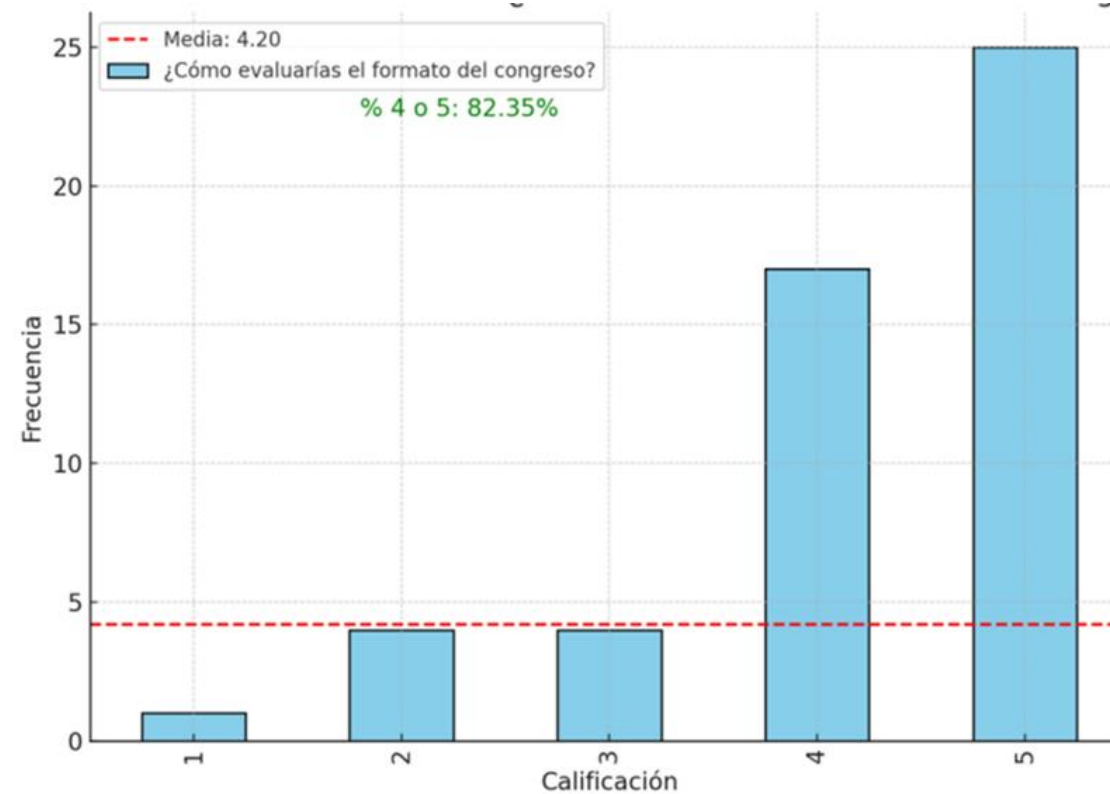
CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿Cómo evaluarías el formato del congreso?



XIV

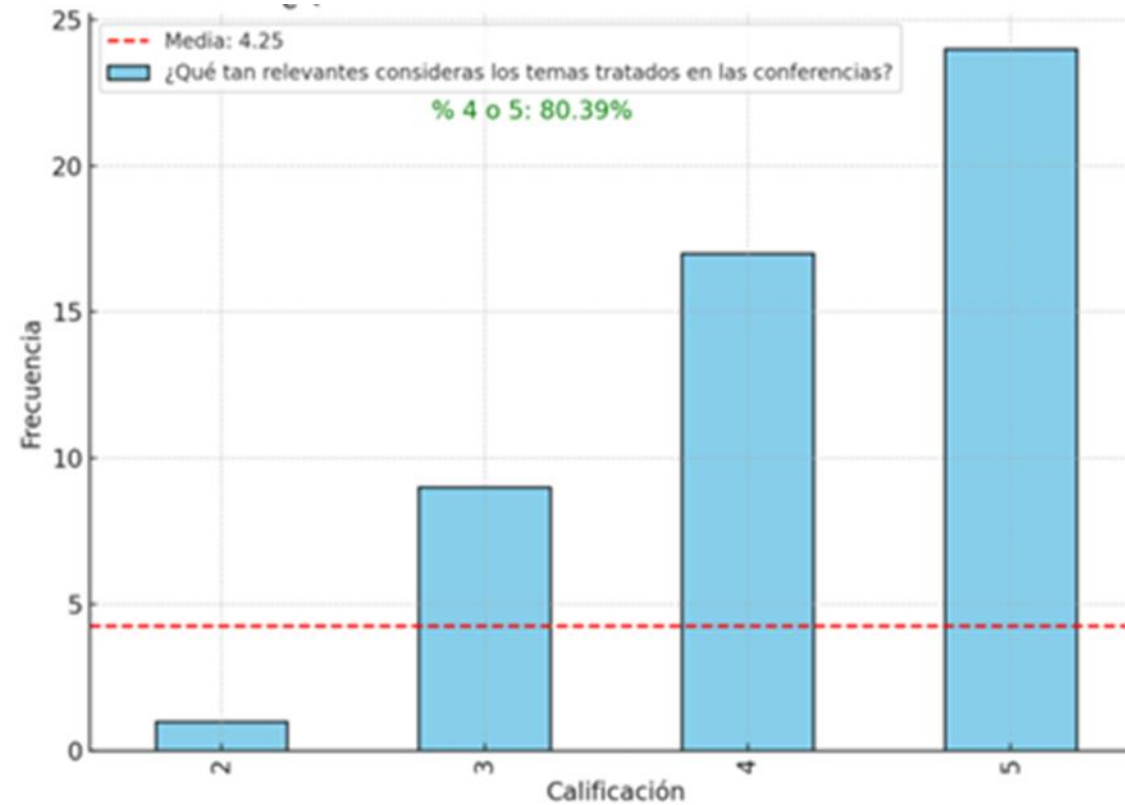
CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Relevancia de los temas



XIV

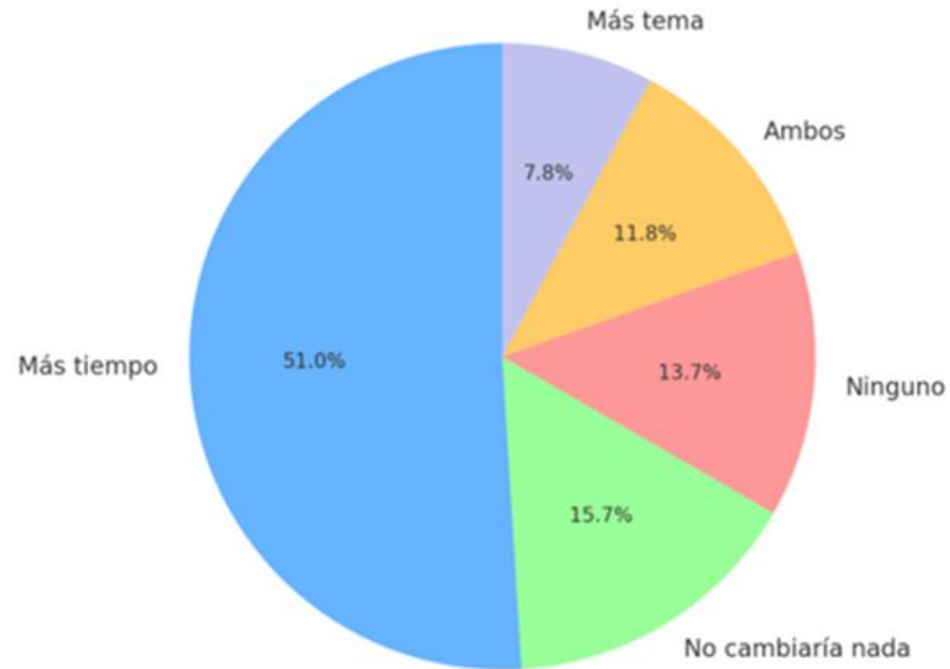
CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Más tiempo o más temas





¿Gestión del tiempo ?

- *Nadie puede decirnos como organizar nuestro tiempo de consulta.*
- *Solo plantearemos propuestas para organizar lo organizable.*
- *Empecemos por diferenciar entre:
Gestión del tiempo frente a Gestión de prioridades.*

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



No hay nada tan inútil
como hacer con gran eficiencia
algo que NO debería haberse hecho
en absoluto.

Peter Druker(1909-2005)
Filósofo de la administración



Cómo priorizar Según utilidad en salud y complejidad



Barragán N. Borrel F. Gestión del tiempo en la consulta. EN Casajuana J. (EDS): Gestión de lo cotidiano. Barcelona 2016; SemFyC Ediciones: 101-120

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



“modificar el modelo para
generar valor”

Modelo Profesional

*El actual modelo se orienta al reparto de
servicios a solicitantes*

El incremento de la Demanda es
Oferta dependiente,
no Morbilidad dependiente.

«Leones por corderos» por Ángel Ruiz Tellez. 2019 <https://rafabravo.blog/2019/02/02/leones-por-corderos>



Estrategias para ganar tiempo

- El personal administrativo CS **ES** SANITARIO con objetivos asistenciales. El primer paso, es convencernos.
- “Historia asilvajada”(Dx excesivos....suprimir,etc).
- Organizar rutinas, trabajar en equipo.
- Hacer las cosa correctas y a un coste menor es gestión clínica eficiente.





Ganar tiempo...

1. Evitar consultas de baja efectividad. Exploración ineficaz. Escasa o sin evidencia

- Recomendaciones de No Hacer.
- Debemos evitar que el paciente solicite cita para nada.
- Debemos clarificar los circuitos administrativos con el paciente y equipo
- Debemos explicar al paciente y familiares el uso y expectativas de las consultas a través de las nuevas tecnologías, telefónicas y presenciales

2. Prevención de interrupciones (REENTRADAS):

funcionamiento del equipo: El paciente acude/es remitido para algo resoluble en otro ámbito. ^[SEP] Reentradas innecesarias (demora en otro nivel, aportar informes, pedir controles periódicos)

1. Clarificar los circuitos, tareas y procedimientos
2. Afianzar las alternativas a la consulta “tradicional”
3. Gestionar las incidencias, revisarlas y poner solución...
4. Ser proactivos, anticiparse



Ganar tiempo

3. Revisa TUS hábitos e inercias:

1. Lentitud en las transiciones de la entrevista clínica.
2. Plantea un check-list de tareas de correcta atención, y verifica su realización.
3. Usa las capacidades para cada nivel y tipo de complejidad. Crea hábitos de interrogación
4. **La INERCIA de NO delegar... Revisa tu relación con el equipo**

4. Pon solución a la INEFICACIA en el tiempo:

1. Mensajes, llamadas e interrupciones innecesarias: Protocolo de interrupciones (circuitos). Silenciar/guardar móvil y correo.
2. Actividades multitarea: Permanecer enfocado
3. Proclastinación:..... **Regla de los 2 minutos**
4. Redacción repetitiva de los registros en la historia clínica: Atajos, textos predefinidos, define favoritos, asociación prescripción. **Ordena tu historia asilvestrada.**
5. Reuniones ineficaces. Objetivos claros, puntualidad, distribuir tareas y tiempo



Ganar tiempo...

5. Falta de planificación.
6. Muchas tareas sin valor añadido,
7. Imprevistos no considerados.
8. La burocracia no es un ladrón del tiempo

Barragán N. Borrel F. Gestión del tiempo en la consulta. EN Casajuana J. (EDS): Gestión de lo cotidiano. Barcelona 2016; SemFyC Ediciones: 101-120.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



LA GESTION será cosa de elefantes...





Para una reforma real de la Atención Primaria conviene desenmascarar a los elefantes. Sergio Minué-Lorenzo

1. **la invisibilidad** de la AP en la Universidad, así como para los futuros profesionales sanitarios.
2. Un **modelo** funcional de relación laboral **que desprecia la longitudinalidad**.
3. El mantenimiento de **los mismos perfiles profesionales** en AP que hace cuarenta años





1. Primer Informe del Observatorio de la Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España (AMFE) en la universidad española, 2023. VERONICA CASADO, ET AL.

Tabla 1 Recomendaciones de la AMFE

1. **Asignatura obligatoria de MFyC con al menos 6 créditos ECTS** en todas las facultades de medicina públicas y privadas.
2. **Prácticas tuteladas de MFyC** en todos los centros con al menos **12 créditos ECTS** en sexto curso.
3. **Prácticas tuteladas de MFyC independientes** o incluidas en los rotatorios de asignaturas preclínicas y clínicas desde los primeros años de medicina con al menos **3 créditos anuales por año**.
4. La Medicina Familiar y Comunitaria debe estar presente en la impartición de una parte de los temas de **asignaturas preclínicas y clínicas**, así como en la impartición de la afección general, la propedéutica médica, la afección médico-quirúrgica, la anamnesis, la exploración física, la comunicación, la relación médico/paciente, la ética, los cuidados paliativos. . .
5. Unificación de la **nomenclatura** empleando para la asignatura y prácticas tuteladas el nombre de la propia especialidad: **Medicina Familiar y Comunitaria**.
6. **Unidad Docente Universitaria de MFyC** en todas las facultades de medicina.
7. El **departamento** en el que se incluya la MFyC deberá incorporar el nombre de **Medicina de Familia**.
8. Todos los centros de salud dónde se realicen las prácticas tuteladas pasaran a denominarse **Centros de Salud Universitarios**.
9. Todos los profesores que participen en las prácticas si son colaboradores deben contar al menos con **reconocimiento curricular**.
10. Reconocer, apoyar y extender las **metodologías formativas y evaluativas novedosas**.
11. En la **ECOE de fin de prácticas tuteladas**, la MFyC debe tener un papel nuclear y debe contar con créditos ECTS propios; al menos **6 créditos ECTS**.
12. Apoyo al desarrollo del profesorado vinculado clínico por parte de la **ANECA** con reconocimiento de la parte asistencial y de la metodología docente empleada.

AMFE: Academia de Medicina Familiar y Comunitaria de España; ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; ECOE: evaluación clínica objetiva y estructurada; ECTS: European Credit Transfer System; MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria.



2. Retos y estrategias para recuperar y dinamizar la atención primaria. Metodología DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)-CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar) en un departamento de salud. Mercedes Guilabert ^{FT ΔI}

Atención integrada buscando fórmulas colaborativas entre niveles asistenciales, redefinición de roles, soluciones digitales, **capacitación del personal** y mejoras en equipamientos y procesos de soporte, junto a medidas para afrontar el envejecimiento de la población y las necesidades de centros sociosanitarios constituyen los retos sobre los que actuar



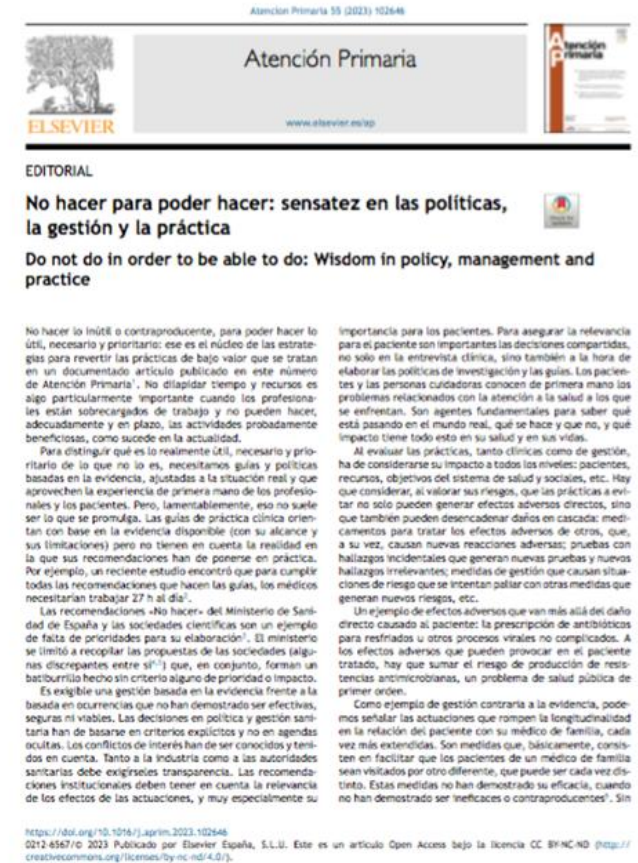


2.No hacer para poder hacer: sensatez en las políticas, la gestión y la práctica. Jesús Palacio.

Cascada de gestión: carga de trabajo que sobrepasa la capacidad de soporte de la plantilla de los centros de salud. Se produce una **sobrecarga de los médicos** de familia que induce maladaptaciones que rompen la longitudinalidad: consultas de rebotamiento, delegación de visitas domiciliarias a demanda.

La **rotura de la longitudinalidad** rompe sus mencionados beneficios y conlleva menor capacidad resolutoria, mayor número de eventos adversos, más visitas a urgencias y hospitalizaciones.

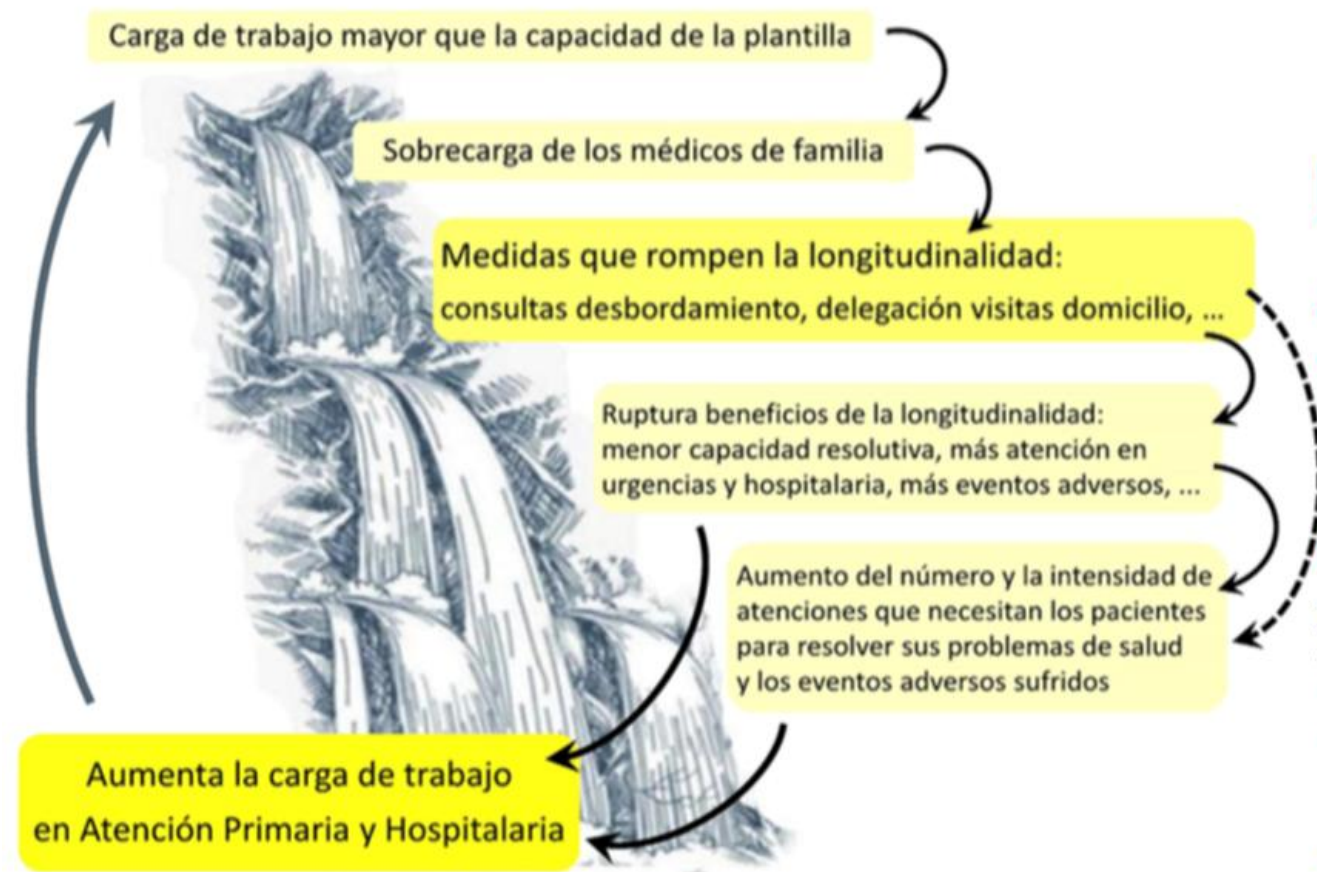
El aumento del número y la intensidad de las atenciones que precisan los pacientes hace aún mayor la sobrecarga de los médicos de familia y la extiende a otros niveles asistenciales, con lo que se alimenta aún más la cascada





2.No hacer para poder hacer: sensatez en las políticas, la gestión y la práctica. Jesús Palacio.

Cascada de gestión:
efectos adversos en cascada producidos por medidas que rompen la longitudinalidad en atención primaria.





2. ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. Rosa M. Añel Rodríguez.

Hay que seguir una estrategia de abajo a arriba en la selección y **priorización de las PBV a retirar de la práctica clínica habitual**, con el consenso y la aceptación de los profesionales involucrados en su desimplementación.

También conviene diseñar materiales específicamente dirigidos a los pacientes y la ciudadanía.

Las directrices deben ser claras y precisas, y el contexto facilitador.

Se requiere un cambio de cultura de «cuanto más mejor» a «si no es necesario, mejor no hacerlo».



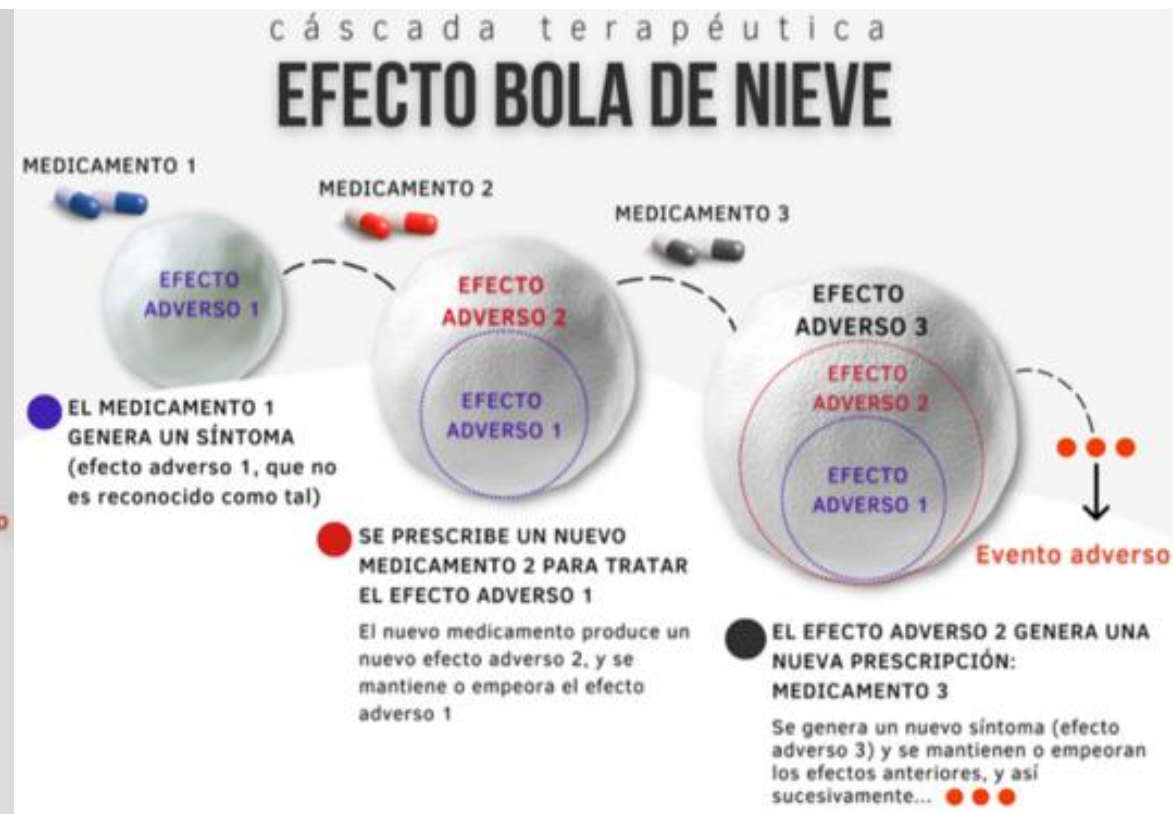
* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: rosamaria.anelrodriguez@osakidetza.eus (R.M. Añel Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102630>
0012-4567/© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



2. ¿Por qué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”?

Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. Rosa M. Añel Rodríguez.





2.Evaluación de la interconsulta virtual por los profesionales de atención primaria: dimensiones de la calidad y oportunidades de mejora. Almudena Marco.

La **interconsulta virtual** puede favorecer la comunicación y coordinación asistencial y potenciar la capacidad de resolución de atención primaria.

Su éxito radica en formación y tiempo para su uso, **consensuar protocolos y homogeneizar** la distribución de recursos.





2. Gestión de incidencias interniveles. La experiencia de un distrito de atención primaria. A. Ortega Carpio.

COMO SE ESPERABA:

Los principales motivos de ININ clínica detectada en AP fueron la **no prescripción** del tratamiento farmacológico indicado en consultas externas o al alta de hospitalización (27,3%), la solicitud de **rederivación** a otro especialista hospitalario desde AP (27,9%), o la solicitud de rederivar, esta vez presencialmente, a pacientes que ya habían sido derivados por teleconsulta virtual (17,8%)





3. Impacto de la formación y aspectos legales en la aplicación de la gestión enfermera de la demanda por parte de las enfermeras de atención primaria de Cataluña. María Angeles Vara-Ortiz.

Se constata la necesidad de formación general en la **Gestión Enfermera Demanda** GED y en los aspectos legales que dan cobertura al programa especialmente en las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia en atención primaria. La GED al ser un concepto emergente debería clarificarse para evitar confusiones en la práctica.





3. Resolución enfermera de los procesos leves autolimitados en atención primaria: estudio descriptivo. Judit Román-Baquero.

Enfermería resuelve casi la mitad de los **Procesos Leves Autolimitados** que valora, aumentando este porcentaje cuando se trata de los procesos: diarrea, náuseas y/o vómitos y dolor de garganta.

- Existe una **baja prevalencia de reconsulta** por un motivo relacionado con el Proceso Leve Autolimitado de origen en las siguientes 72 horas
- No existe relación entre el modo de resolución del Proceso Leve Autolimitado y la reconsulta.





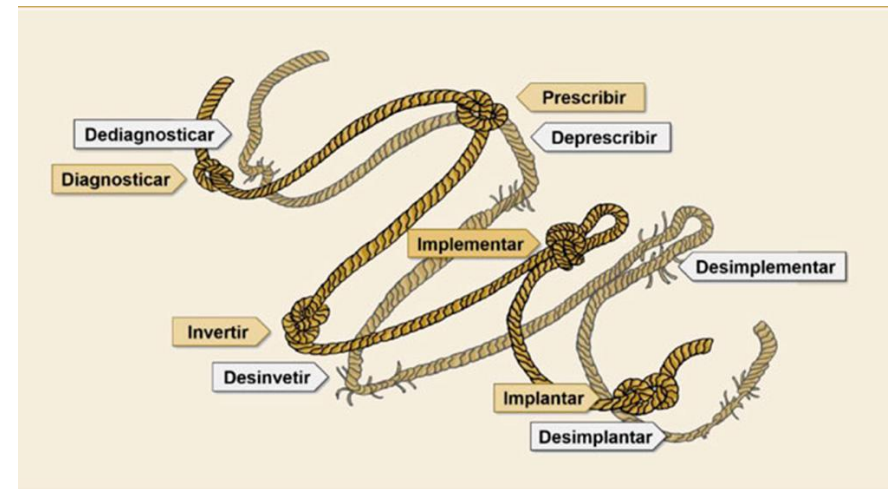
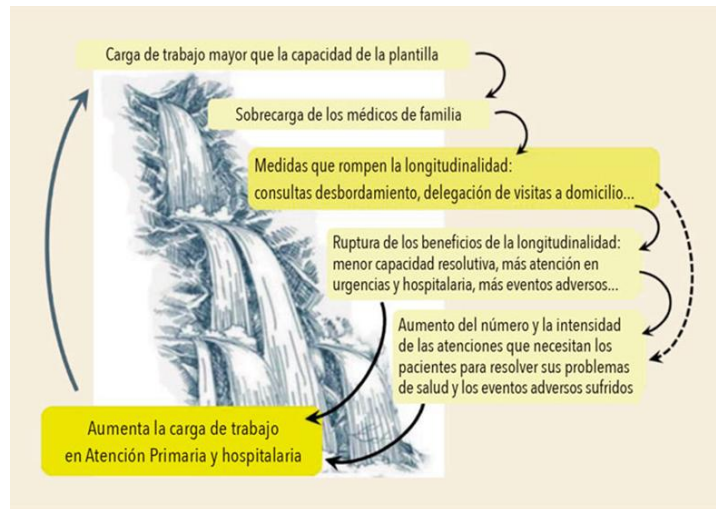
Evidencias en Gestión

1. **Longitudinalidad**: Desde la publicación de los trabajos de Starfield y Kringos, la evidencia disponible sobre los beneficios de la longitudinalidad ha seguido aumentando. La longitudinalidad es tan eficaz que incluso aumenta la esperanza de vida, efecto que muy pocos tratamientos o actividades sanitarias consiguen.

Jesús Palacio Lapuente. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF 2019;15(8):452-459



Evidencias en Gestión



2.Prácticas de Bajo Valor Cascadas de ineficacia Necesidad de promover estrategias que han demostrado ser útiles para disminuir las Prácticas de Bajo Valor (PBV), desde la adecuación de la práctica clínica a las recomendaciones “no hacer”, pasando por la prevención cuaternaria y el abordaje de los riesgos asociados al intervencionismo.

- Palacio Lapuent J. No hacer para poder hacer: sensatez en las políticas, la gestión y la práctica. Atención Primaria 55 (2023)
- Rosa M^a Añel Rodríguez. ¿Porqué resulta cada vez más complicado “hacer lo que hay que hacer” y “dejar de hacer lo que no hay que hacer”? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. Atención Primaria 55 (2023)
- Rosa M.^a Añel Rodríguez Pruebas de laboratorio y seguridad del paciente en Atención Primaria. AMF 2024;20(10):636-644



Evidencias en Gestión

- 3. Competencia : El tamaño del cupo en la Atención Primaria tiene un impacto notable en la equidad y la sostenibilidad. Tener cupos más pequeños no conlleva una mejora en la calidad ni en la efectividad de la atención.
- Cupos más reducidos conlleva a la inequidad, ineficiencia y iatrogenia por una dedicación a la banalidad y la nadería que se demuestran más caras, paradójicamente, que la complejidad.

Dr Ruiz Tellez. <https://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-ruiz-tener-cupos-mas-pequenos-no-conlleva-una-mejora-en-la-calidad-ni-en-la-efectividad>



Evidencias en Gestión

- **4. Demora asistencial :** La accesibilidad y disponibilidad son características esenciales de los sistemas de atención primaria eficientes. Actualmente, el acceso oportuno a su profesional sanitario médico/enfermero de familia es una preocupación.
- La demora en la atención primaria se asocia con peores resultados de salud y un mayor uso de los servicios de urgencias
- **Las intervenciones más efectivas identificadas fueron:**
 1. Acceso avanzado:
 2. Seguimiento telefónico y consulta por correo electrónico:
 3. Entorno colaborativo: enfermería/Administrativos
 4. Clasificación de pacientes según prioridad: Atención demanda y cronicidad.
- Dominique Ansell. Ansell et al. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic Review
- BMC Health Services Research (2017) Manuel Ferran Mercadé. Marina Alapont Serrano Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día. AMF 2018;14(7):420-426
- Manuel Ferran Marina Alapont . Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día. AMF 2018;14(7):420-426



Evidencias en Gestión

- **Trabajar en la estandarización y mejora de los procesos:**
- **Desarrollar una cultura de trabajo en equipo y mejora continua:**
- Desplegando un modelo de gestión que potencia el **trabajo colaborativo e interdisciplinar**.
- Potenciando la **autonomía de los equipos y la toma de decisiones** en 1ª línea (médicos, enfermeros y personal soporte).
- **Capacitando a los equipos** en las herramientas de resolución de problemas. Lean emplea el mismo método científico para diagnosticar y tratar problemas organizativos que los médicos usan para diagnosticar y tratar patologías.
- **Empoderando a los equipos** a impulsar pequeñas mejoras, de bajo o nulo coste, bajo riesgo y fácil implantación, que tengan impacto en los indicadores clave (Seguridad, Calidad, Costes y Plazos).



Propuestas a los asistentes

- ¿Los profesionales sanitarios del EAP deben tener perfil?
- ¿Es adecuado el nombre de coordinador?
- ¿El cargo de coordinador debe ser finito?
- ¿Puede ser coordinador cualquier miembro del equipo?
- ¿Debe tener el centro de salud un proyecto?
- ¿Debe el centro de salud presupuesto propio?
- ¿Quién debe realizar las actividades comunitarias?
- ¿Se deben incentivar a los profesionales?
- ¿Se puede teletrabajar en primaria?
- ¿Faltan médicos o sobra oferta sanitaria?

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



The end

Gracias!!!