



# 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

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









## la 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)
  - Gestíón Sociosanitaria / comunitaria
    - Proyecto enlace
    - DAFO sobre comunitaria









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

- 128 INSCRITOS
- 22 PONENTES







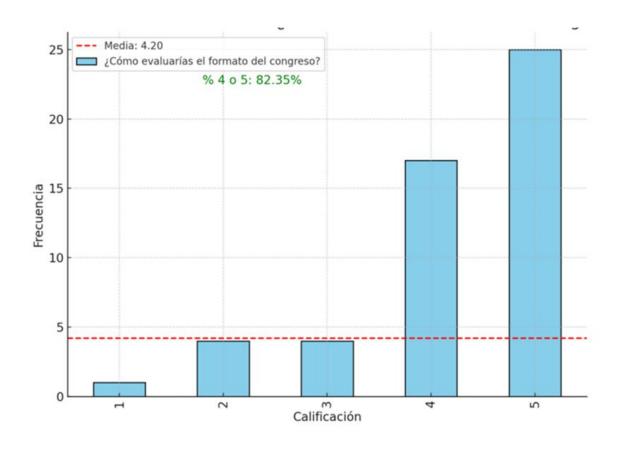




## ¿Cómo evaluarías el formato del congreso?

SOMOS AGUA, Muro y fuego: Somos medicina de camilla y







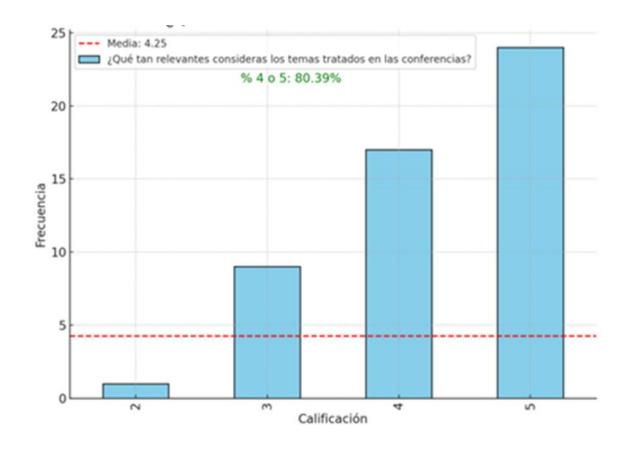


### Relevancia de los temas

SOMOS AGUA, MURO Y FUEGO: SOMOS MEDICIN

SOMOS MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA











## Más tiempo o más temas

SOMOS AGUA, Muro y fuego:

SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA









## ¿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.





SOMOS AGUA, Muro y fuego: Somos medicina De familia y











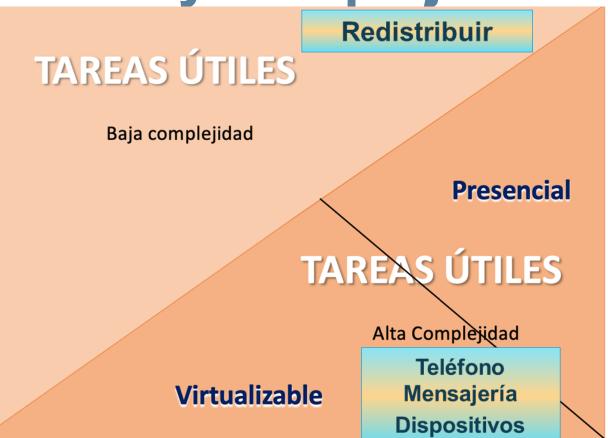


## Cómo priorizar Según utilidad en salud y complejidad

### **TAREAS INÚTILES**

- Excesos de controles
- Excesos terapéuticos o de cuidados
- Excesos preventivos
- Excesos administrativos

Recomendaciones
No Hacer



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









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 asalvajada" (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. Reentradas innecesarias (demora en otro nivel, aportar informes, pedir controles periódicos)

- 1. Clarificar los circuitos, tareas y procedimientos
- 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:

- Lentitud en las transiciones de la entrevista clínica.
- 2. Plantea un check-list de tareas de correcta atención, y verifica su realización.
- 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:

- 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.









MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 202

## LA GESTION será cosa de elefantes...









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

- Ia invisibilidad de la AP en la Universidad, así como para los futuros profesionales sanitarios.
- Un modelo funcionarial de relación laboral que desprecia la longitudinalidad.
- El mantenimiento de los mismos perfiles profesionales en AP que hace cuarenta años



Atención Primaria

Attencion Primaria 56 (2024) 103029

Atensates 18

www.erpeyrene

### EDITORIAL

### Para una reforma real de la Atención Primaria conviene desenmascarar a los elefantes



For a real reform of primary care, it is necessary to unmask the elephants

La atención primaria (AP) adquirió en tiempos recientes un protagonismo mediático del que había carecido siempre; s'in embargo, las razones no tienen que ver con sus múltiples aportaciones al sistema sanitario, sino con el hecho negativo de su colapso. Sin duda alguna la falta de financiación para ejercer adecuadamente sus funciones' es una de las razones que explican dicha situación de desbordamiento, pero no es la única. El modeio de AP en el territorio español lleva más de 40 años sin apenas cambios sustanciales; misma oferta horaria, mismos perfiles profesionales. mismo marco de relación laboral. Mientras tanto, la sociefad experimentó tal intensidad de cambios que el nombre genérico de la especialidad de los médicos de AP refleja aspectos sustancialmente diferentes de los que reflejaba entonces, en el inicio de la túnica) reforma de la AP que ha tenido el país: ni la medicina es la misma, las familias se diversificaron en su perfil y la comunidad ya no viene determinada necesariamente por el territorio (para muchas personas, su comunidad abarca gente de lugares muy alejados de su barrio). Amodorrados por los aciertos iniciales de la reforma y por el tópico de que la AP española era la mejor del mundo, políticos, sindicatos y los propios profesionales aceptaron una evolución gatoparda<sup>1</sup> de la AP: supuestas propuestas de cambio que conducían inexprablemente a que el modelo siguiera siendo el mismo. Y mientras tanto seguian paseando con libertad diversos «elefantes en la habitación» a los que nadie quiere abordar, y que nos diferencian radicalmente de los países de nuestro entorno.

El primero de ellos es la invisibilidad de la AP en la Universidad, que hace prácticamente imposible la percepción positiva de la misma por parte de los futuros porfesiones sanitarios: ni departamentos reales de Medicina Familiar IAP, ni dirección de los mismos por profesionales clínicos de AP, ni presencia oblàgada de esta a lo largo del grado, como ocurre en la casi totalidad de los países de Organización para la Cooperación y el Desarrollo Eccenémico (OCOE).

El segundo elefante es una especie en vias de extinción en el resto del mundo; un modelo funcionarial de relación laboral doncte el acceso queda al capricho de la autoridad política de turno, quien convoca oposiciones cuando conviene electoralimente, y milentras tanto afrece contratos precarlos, despreciando esa longitudinatidad, tan presente en cambio en fos discursos. Un modeto fonde una ver accedido al sistema nadire exigirá tu certificación periodica (algo inaudito en Europa). En la mayor parte de los países de la OCDE los médicos de familia o generales son profesionales independientes o asulariados on funcionariales. Con autonomía para organizar su propia actividad. El modeto funcionaria español vende espuridad para toda la vida a cambio de sumisión al poder, see este el que sea, quien decide cada cuanto ves a un pacientes. Ni sindicatos, ni colegios ni los propios partidos políticos están interesados en cambiar este vetuata stafot que.

El tercer elefante lo define el mantenimiento de las mismos perfiles profesionales en AP que bace cuarenta alosde la misma forma que es imposible prestar la AP huerte sin profesionales altamente especializados de medicina y enfermería, es ingreuo pensar que la AP puede abordar todas sus expectativas sin ampliar definitivamente sus modalidades profesionales, como han realizado la mayor parte de los países con una buena AP.

Un cuarto mastodonte resulta de la incapacidad en cuanenta años de haber construido entennos y proyectos de trabajo suficientemente atractivos para atraer taierro sanitario: cuando ni las retribuciones, ni las condiciones de trabajo (conciliación familiar) ni las posibilidades de des arrollo profesional (años sabácicos, estancias formativas) son suficientemente atractivas, es invivitable que los que están quieran abandonar y los que deberían llegar escapade ese destino. En este sentido, el fracaso de la estrategia de comunicación al resto del sistema sanitario a la ciudadenia, especialmente de la importancia de la AR, es claemoroso.

Por último, pero no menos importante, es preciso señalar la incapacidad de la AP en España de haber constituido a lo largo de casi medio siglo un lobby con capacidad de presión suficientemente potente como para defender e imponer sus

https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103029

0212-4567/O 2024 Publicado por Esevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BYAC-NO licencia (http://creativecormors.org/licencias/by-nc-nd/4.D/).











## 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.
- 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. Merçede quilabert

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



0212-6567/D 2023 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://







## 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 rebosamiento, delegación de visitas domiciliarias a demanda. La rotura de la longitudinalidad rompe sus mencionados beneficios y conlleva menor capacidad resolutiva, 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

Atamcion Primarta 55 (2023) 102646



Atención Primaria



No hacer para poder hacer: sensatez en las políticas la gestión y la práctica



Do not do in order to be able to do: Wisdom in policy, management and

adecuadamente y en plazo, las actividades probadamente

provechen la experiencia de primera mano de los profesiotan con base en la evidencia disponible (con su alcance y la que sus recomendaciones han de ponerse en práctica, ecesitarian trabaiar 27 h al dia?.

Las recomendaciones «No hacer» del Ministerio de Sant tad de España y las sociedades científicas son un ejemplo de falta de prioridades para su elaboración1. El ministerio as discrepantes entre si<sup>11</sup>) que, en conjunto, forman un batiburrillo hecho sin criterio alguno de prioridad o impacto.

está pasando en el mundo real, qué se hace y que no, y que impacto tiene todo esto en su salud y en sus vidas.

que considerar, al valorar sus riespos, que las prácticas a evihalfazgos incidentales que generan nuevas pruebas y nuevos generan nuevos riesgos, etc.

Un elempio de efectos adversos que var directo causado al paciente: la prescripción de antibiótico tratado, hay que sumar el riesgo de producción de resis

Como etemplo de gestión con









### SOMOS AGUA, Muro y fuego: Somos medicina De familia y

## 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 especificamente 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».



¿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



Rosa María Añel Rodríguez 1.h.\*, María Pilar Astier Peña b.c y Txema Coll Benejam 1.d

PALABRAS CLAVE

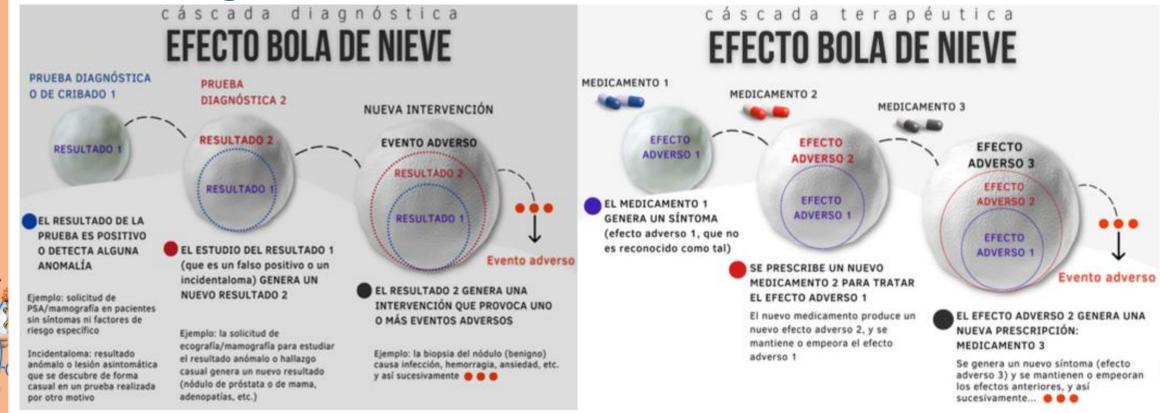








## 2.¿Por qué resulta cada vez más complicado "hacer lo que hay que hacer" y "dejar de hacer lo que no hay que hacer"? Estrategias para revertir las prácticas de bajo valor. Rosa M. Añel Rodríguez.









## 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.

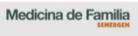


virtual (17,8%)

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









### Gestión de incidencias interniveles. La experiencia de un distrito de atención primaria



A. Ortega Carpio ", J. Rioja Ulgar", A. Mestraitua Vázquez", Y. Arco Prados", J. Córdoba Gómez y F. Carmona Romero

- Distrito Huelva-Costa Condado-Campiña, La Palma del Condado, Huelva, España
- Servicio de Atención a la Ciudadanía, Distrito Hueiva-Costa Condado-Campiña, La Polma del Condado, Hueiva, España
- Servicio Administrativo, Distrito Huelva-Costa Candado-Campiña, La Palma del Condado, Huelva, España

Recibido el 3 de octubre de 2023; aceptado el 18 de diciembre de 2023

### PALABRAS CLAVE Comunicación:

Objetivo: Determinar la prevalencia y definir el perfit de las incidencias interniveles (ININ entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH).

Intervenciones: Se considera ININ todo aquel fallo de comunicación entre profesionales de AP

Resultados: Detectamos 2 011 ININ /3 36X) entre las 59 859 derivaciones, si bien, solo 1 68 externas o al alta hospitalaria (27,3%), la solicitud de rederivación a otro especialista hospitala rio (27,9%), o la solicitud de rederivar presencialmente a pacientes que ya habian sido derivados

1136-3593/0 2023 Sociedad Española de Médicos de Atencião Primaria (SEMERGEN), Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derecho









Correo electrónico: antonio ortega carpio spasifuntadeandalucia es (A. Ortega Carpio).



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.



### DRIGINAL

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



### Maria Ángeles Vara-Ortizaba, y Núria Fabrellas Padrés

\* Escola d'Infermeria, Universitat de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Espa

Recibido el 22 de agosto de 2022; aceptado el 28 de septiembre de 2022

### PALABRAS CLAVE Gestión enfermera de la demanda; Formación; Atención primaria;

### Resumen

Objetivo: Conocer la experiencia de las enfermeras de atención primaria en la aplicación de gestión enfermera de la demanda (GED).

Niserio: Estudio observacional, descriptivo y transversal

ropiazomiento: Atención primaria de Cataluña. votripiontes: Enfermeras de atención primaria de Cataluña. Se estimó una muestra de 4 participantes alcanzando 405. La obtención de datos fue deude octubre de 2021 hasta enero

404.4. discipio principoles: Se realizá un cuestionario ad hoc, el cual exploraba aspectos referentes a experiencia de aplicación de la GED: definición y manejo del programa, formación y aspectos pales del conserama.

Acemás, consideran que la placificación de la prescripción enfemente no enjora la solicicación de la CEU como un tralge. Acemás, consideran que la solicicación de la prescripción enfemente no enjora la solicicación de la CEU, Ametificata una tala de formación enjocium solicicación en considera de la promación sides en CEU, solicicación en la como de la promación de la como de la como de la como de la como por la como de la como por la como de la como de la como de la como por la como de la como de la como de la como del la como por la como del la como del la como por la como del la como del la como por la como del la como del la como por la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta porta del la como porta del la como porta del la como porta

inclusiones: Se constata la necesidad de formación general en la GED y en los aspectos legales e den cobertura al programa especialmente en las enferemesas más jóvenes y con menos periencia en atención primaria. De esta manera se mejorará la aplicación y aceptación del la autónomo enferemera en la gestión de enfermedades apudas leves.

© 2022 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access ba la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

trónico: avara.mn.ics@gencat.cat (M.A. Vara-Ortiz).

https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102491

0212-4567/0-2022 El Autoris). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC IIFAC-AB (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4,0/).







<sup>\*</sup> Autor para correspondencia.





## 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

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

1. <u>Longitudinalidad</u>: 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

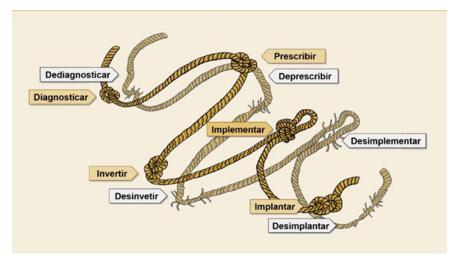




## Evidencias en Gestión

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







<u>2.Prácticas de Bajo Valor</u> 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 Mª 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







### SOMOS AGUA, Muro y fuego: Somos medicina De familia y



## Evidencias en Gestión

- 3. <u>Competencia</u>: 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







### SOMOS AGUA, Muro y fuego: Somos medicina



## 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?





SOMOS AGUA, Muro y fuego: Somos medicina De familia y Comunitaria

## The end



Gracias!!!

