

Coordinación del proceso de acceso y gestión de la demanda. Puntos clave, propuestas y recomendaciones

Ponente

Daniel Ceballos Santos.

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Coautor

Joan Carles Quer Boniquet.

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.

RESUMEN

Esta ponencia se centra en la mejora de la coordinación del proceso de acceso y la gestión de la demanda entre atención primaria y los servicios de aparato digestivo. Partiendo de los problemas y retos identificados y priorizados previamente en el proyecto, se analiza de forma específica la inadecuación de la demanda asistencial desde atención primaria y las deficiencias en la coordinación y continuidad asistencial, así como su impacto sobre los tiempos de espera y la eficiencia del sistema.

La exposición se organiza en torno a los principales puntos clave para la mejora de la situación actual, incluyendo la necesidad de optimizar la derivación de pacientes, desarrollar protocolos asistenciales consensuados, incorporar modelos de triaje y sistemas de filtrado sensibles a las necesidades de ambos niveles asistenciales, y utilizar herramientas digitales que permitan compartir información clínica de manera ágil y segura. Se destaca la importancia de la medición de resultados, tanto en términos de adecuación asistencial como de satisfacción de usuarios y profesionales, así como la necesidad de una evaluación continua para detectar áreas de mejora.

Durante la ponencia se presentan diversas experiencias de éxito, entre las que destaca el programa de atención compartida desarrollado en el Hospital Regional Universitario de Málaga, que permitió intervenir eficazmente sobre la demanda asistencial desde atención primaria, y el modelo implantado en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, basado en la utilización sistemática de teleconsultas como paso previo a la derivación presencial. Estos ejemplos ilustran cómo la implementación estratégica de protocolos y circuitos de coordinación puede mejorar los indicadores asistenciales y optimizar el uso de los recursos disponibles.

A partir del análisis de la situación y de las experiencias compartidas, se plantean siete propuestas de mejora orientadas a fomentar la identificación de la demanda prevalente, la definición de un *gold standard* asistencial basado en la *Lex Artis*, la creación de grupos de trabajo conjuntos entre atención primaria y digestivo, la elaboración de protocolos consensuados, la implementación de acciones formativas, la verificación del cumplimiento de protocolos y la monitorización continua de la demanda y de los resultados asistenciales. Finalmente, se presentan dos recomendaciones, que fueron sometidas a votación estimativa: la creación de un grupo de trabajo para la mejora de la relación entre atención

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

primaria y digestivo, y la elaboración de protocolos consensuados entre niveles, ambas con un apoyo muy mayoritario entre los participantes.

PONENCIA

Esta ponencia, dedicada a la coordinación del proceso de atención y gestión de la demanda entre atención primaria y la especialidad de digestivo, ha sido preparada en colaboración con el Dr. Joan Carles Quer Boniquet, coautor de esta. Además, en el grupo de trabajo del área temática participan también los Dres. Javier Crespo García, Juan Enrique Domínguez-Muñoz, Rafael Gómez Rodríguez, Pilar Nos Mateu y Aitor Orive Calzada.

Quiero invitaros a explorar algunas de las interesantes aportaciones que se encuentran en el blog de INNOVA Digestivo, algunas de las cuales contribuido también a perfilar esta presentación.

Durante la exposición abordaremos los puntos clave de este tema y en su última presentaremos las correspondiente recomendaciones y propuestas. Durante su transcurso haremos también algunas preguntas interactivas a los asistentes

Se trata de compartir una primera aproximación, a modo de borrador preliminar, sobre los retos y problemas conceptuales que hemos identificado el ámbito del acceso la demanda y la cobertura de los servicios, y más en concreto en relación con esta ponencia, a partir de los descritos previamente en INNOVA Digestivo (1) .

En la figura 1 podemos observar los problemas, en tanto que en la figura 2 pueden consultarse los retos.

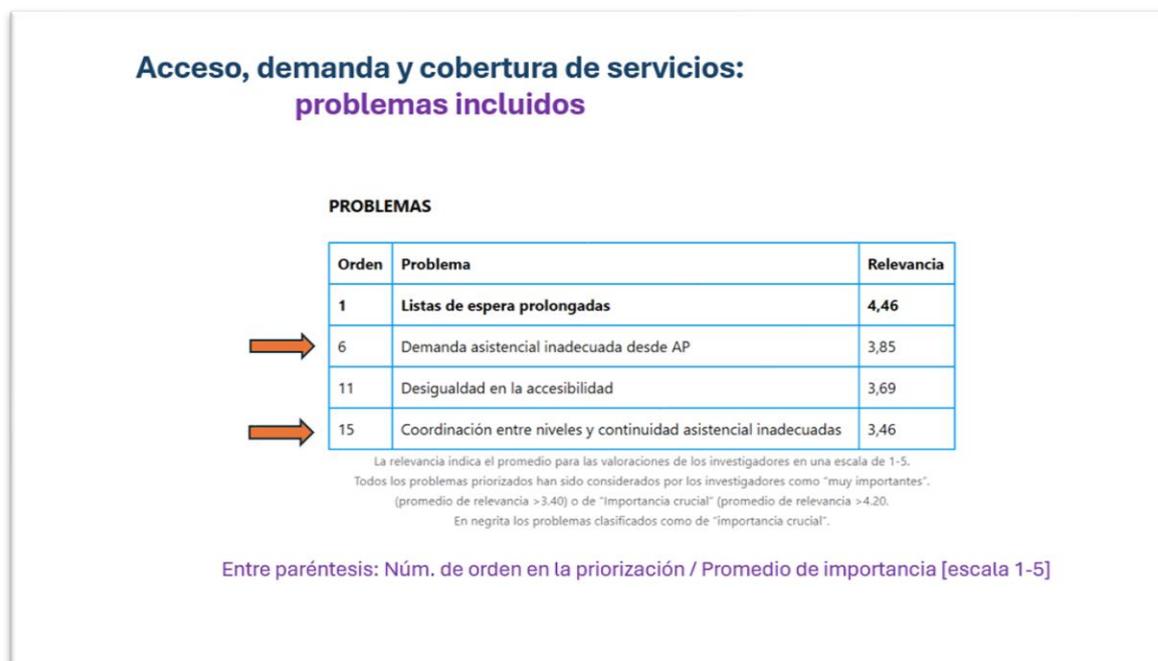


Figura 1. Problemas de los servicios de aparato digestivo españoles, identificados y priorizados por los investigadores de INNOVA Digestivo, que guardan relación con esta ponencia.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

En primer lugar, encontramos la demanda asistencial inadecuada desde atención primaria, con una puntuación de 3,85 sobre 5. Como muy bien comentó el Dr. Crespo en el blog, surge la cuestión de qué consideramos "inadecuado" y cuál sería el *gold standard*. Este será un tema que debatiremos más adelante.

En segundo lugar, está la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial inadecuadas, con una puntuación de 3,46 sobre 5.

Parecía razonable y oportuno incluir estos puntos como base para un debate profundo sobre estos asuntos.

**Acceso, demanda y cobertura de servicios:
retos incluidos**

RETOS

Orden	Retos	Relevancia
2	Reducción de listas de espera con priorización	4,23
8	Potenciación de las estrategias de trabajo asistencial transversal con Primaria. Potenciar la continuidad asistencial y el trabajo por niveles asistenciales	3,92
10	Tiempo de respuesta adecuado en técnicas y consultas	3,85
19	Establecer relaciones y dinámicas colaborativas y coordinadas con los servicios de cirugía, oncología, urgencias y de radiología intervencionista y con atención primaria	3,62
20	Coordinación eficiente con atención primaria	3,62

La relevancia indica el promedio para las valoraciones de los investigadores en una escala de 1-5.
Todos los retos priorizados han sido considerados por los investigadores como "muy importantes" (promedio de relevancia >3.40) o de "importancia crucial" (promedio de relevancia >4.20).
En negrita los problemas clasificados como de "importancia crucial".

Figura 2. Retos que afrontan los servicios de aparato digestivo españoles, identificados y priorizados por los investigadores de INNOVA Digestivo, que guardan relación con esta ponencia.

En cuanto a los retos, destacan los siguientes:

- Potenciación de las estrategias de trabajo asistencial transversal con atención primaria, con una puntuación de 3,92.
- Relaciones dinámicas colaborativas y coordinadas con servicios paralelos, especialmente en áreas donde pueden surgir zonas grises en las decisiones asistenciales, puntuado con un 3,62.
- Coordinación eficiente con atención primaria, también valorada con un 3,62.

A partir de estos problemas y retos, enfocaremos nuestra discusión en los puntos clave que abordaremos a continuación.

Puntos clave

El objetivo específico de esta ponencia es mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, en este caso, atención primaria y la especialidad de aparato digestivo.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Una de las iniciativas incluidas en el blog nos lleva a reflexionar sobre un listado de “no hacer”. Ahora veremos algunos “no hacer” relacionados con la asistencia y las rutinas clínicas.

Por ejemplo, debemos evitar referirnos a nosotros como “especialistas” y a los compañeros de atención primaria como si fueran algo diferente. Ellos también son especialistas en su campo. Este pequeño cambio en la forma de expresarnos contribuye al respeto y a la colaboración.

Por otro lado, es crucial optimizar la derivación de pacientes y facilitar un acceso más eficiente a los servicios hospitalarios, asegurando que los usuarios que realmente lo necesitan puedan ser derivados de forma adecuada y oportuna.

¿Qué elementos vamos a considerar y desarrollar de forma general en esta ponencia? Estos son los puntos principales:

- Diagnóstico de la situación actual: analizar cómo estamos funcionando actualmente.
- Distintos modelos de colaboración y derivación: explorar opciones y ejemplos que podamos adaptar.
- Protocolos aplicables: determinar qué protocolos podríamos implementar para mejorar la coordinación y derivación.
- Indicadores y métricas: identificar qué herramientas podemos usar para medir y evaluar el impacto de estas iniciativas.
- Incorporación de experiencias de éxito: destacar ejemplos prácticos y positivos, como las experiencias compartidas por Joan Carles Quer en el blog, así como la que presentaré yo a continuación.

En este primer marco de actuación, debemos recordar que el desperdicio de recursos públicos es inaceptable. Ya la Comisión Central de Deontología, en relación con la llegada de los genéricos, afirmó que somos responsables del uso adecuado de los recursos que la sociedad pone en nuestras manos. Esto no solo incluye medicamentos, sino también el uso adecuado de consultas y endoscopias.

En este marco de actuación, el concepto de “no hacer” adquiere un papel fundamental. Desde la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) hemos colaborado con cinco recomendaciones clave en este sentido. Además, el grupo de gestión y calidad de la SEPD está revisando actualmente nuevas iniciativas en términos de pertinencia y factibilidad.

El “no hacer” incluye una serie de actuaciones asistenciales innecesarias que deben evitarse, especialmente en lo que respecta a las derivaciones desde atención primaria a digestivo. Estas prácticas innecesarias han sido uno de los motivos por los que hemos puntuado tan alto la ineficiencia e inadecuación en las derivaciones.

En lo que respecta al diagnóstico de la situación actual, el análisis debe centrarse en los desafíos relacionados con la gestión de la demanda. Un ejemplo claro de esto son los tiempos de espera, que se ven directamente afectados cuando se realizan derivaciones innecesarias.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Cuando se derivan casos que no deberían ser derivados, las listas de espera crecen, y con ello aumentan los tiempos de espera para los pacientes que realmente necesitan atención especializada.

A esto se suma la duplicación de pruebas, derivada de una falta de coordinación y protocolos claros para las derivaciones desde atención primaria.

Todo esto evidencia varias áreas de mejora que debemos abordar para optimizar la gestión de la demanda y garantizar un acceso más eficiente y equitativo a los servicios especializados.

Un documento relativamente reciente señala que el 10% de las consultas de atención primaria están relacionadas con el área de conocimiento de aparato digestivo (2). Esto posiciona a nuestra especialidad como la primera causa de consulta de usuarios en términos de necesidad o expectativa de salud.

Además, este mismo documento enfatiza que existen alternativas a la presencialidad, una lección que la pandemia COVID 19 nos obligó a aprender rápidamente, aunque ya estaban descritas previamente. Entre estas alternativas se encuentra la interconsulta entre facultativos, facilitada por herramientas como la historia clínica electrónica.

Estas interconsultas pueden adoptar distintas formas según la terminología empleada: e-consulta, teleconsulta o consultoría. En algunos casos, funcionan como un circuito paralelo a la derivación, mientras que, en otros, constituyen un paso previo único antes de formalizar la derivación.

Estas opciones destacan como modelos eficientes para gestionar la demanda de consultas y optimizar el uso de los recursos disponibles.

¿Cómo podemos colaborar de manera efectiva entre atención primaria y la especialidad de aparato digestivo?

Una de las claves es la introducción de sistemas de triaje y filtrado. Sin embargo, cabe destacar que "filtrado" es un término que no siempre resulta cómodo para los compañeros de atención primaria, por lo que debe abordarse con sensibilidad y primando las tareas de indicación y priorización como objetivo del triaje.

Estos sistemas deben basarse en criterios clínicos claros para priorizar y adecuar las derivaciones, criterios que deben ser pactados y consensuados de manera bidireccional entre ambos niveles asistenciales.

Además, es fundamental contar con el apoyo de herramientas digitales que faciliten:

- La gestión de citas.
- El acceso a historiales clínicos compartidos.
- Repositorios de información accesibles desde ambos niveles, asegurando un flujo de información eficiente y continuo.

En este sentido, es de reseñar que, en el caso concreto de Canarias, el visor que atención primaria tiene para acceder a la historia clínica electrónica hospitalaria presenta numerosas limitaciones. Esto dificulta que los profesionales puedan conocer lo que sucede con sus pacientes cuando están en el ámbito hospitalario.

Por último, es imprescindible trabajar conjuntamente en la elaboración de protocolos de derivación claros que definan qué debe hacerse, en qué momento y quién debe hacerlo. Más adelante veremos ejemplos que ilustran este enfoque.

No se trata de una cuestión novedosa. A continuación, presento una noticia de hace ya nueve años —exactamente nueve años y dos semanas— sobre un programa de atención compartida para pacientes con patología digestiva, que fue premiado en un congreso (Figura 3).

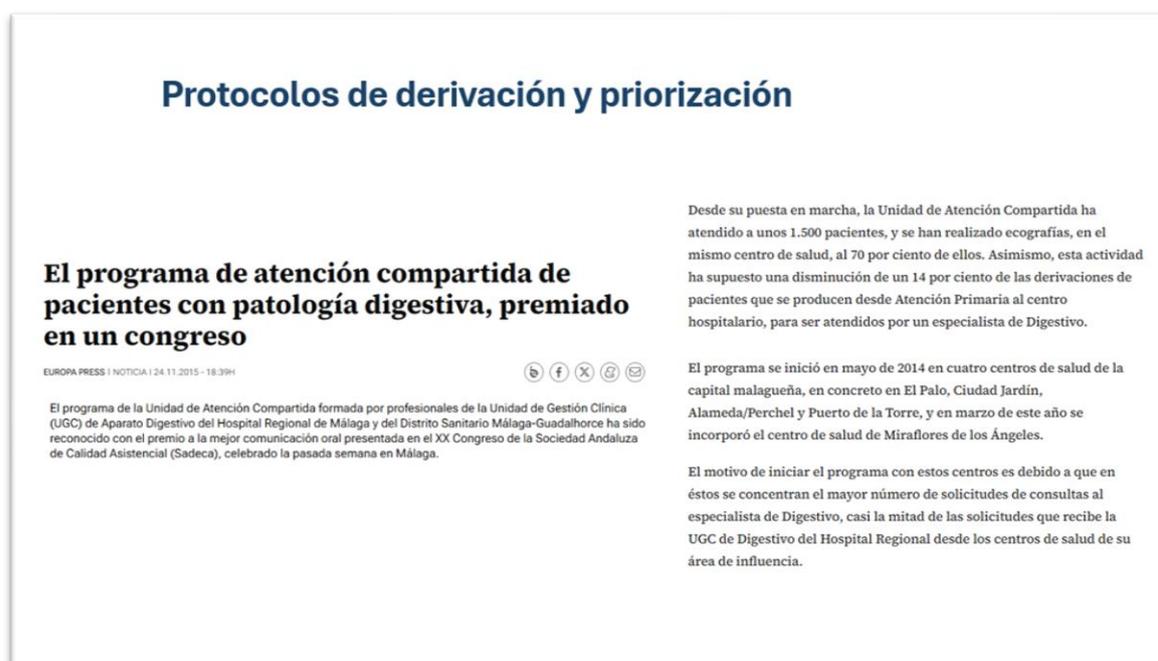


Figura 3. Programa de atención compartida en digestivo entre el Hospital Regional Universitario de Málaga y el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

Se trata de un ejemplo desarrollado en el Hospital Regional de Málaga, que abarcó un total de 1.500 pacientes atendidos en su fase inicial. Este programa incluyó consultas de alta resolución, incluyendo ecografía, y se implementó en cuatro centros de salud seleccionados estratégicamente.

Estos centros correspondían a los que generaban la mitad de las solicitudes de derivación hacia el Hospital Regional de Málaga. Este enfoque permitió intervenir en los puntos donde más derivaciones se producían, lo que tenía un impacto significativo en las listas de espera y los tiempos de atención, que repercutían negativamente en los indicadores del hospital.

Este ejemplo demuestra cómo, con un planteamiento estratégico, es posible abordar los retos de la coordinación y la derivación de manera efectiva.

Cuando ponemos en marcha una iniciativa, es fundamental establecer cómo vamos a medir su éxito. Es decir, cómo vamos a demostrar que estamos alcanzando nuestros objetivos.

Por un lado, debemos evaluar si estamos logrando optimizar la adecuación de las derivaciones. Por otro lado, y como ya señaló Javier Crespo en el transcurso de otra ponencia, es igualmente importante medir la satisfacción tanto de los pacientes como de los compañeros de atención primaria.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

De hecho, en la encuesta que se os pasó, como preparación de esta ponencia, se incluyeron dos preguntas finales centradas en estos aspectos:

1. Resultado asistencial.
2. Resultado en la comunicación y la relación con atención primaria.

Es importante destacar que estos dos aspectos no siempre van de la mano. La experiencia nos dice que a veces pueden avanzar de manera independiente, y por eso es crucial medir ambos para tener una visión completa del impacto de las iniciativas.

Quiero destacar, por otra parte, a EFIC_AD (3) como una poderosa herramienta de *benchmarking* que impulsa la SEPD, que nos permite analizar si lo que estamos experimentando en términos de demanda asistencial, consultas no monográficas presenciales o pérdidas de atención primaria corresponde a la media nacional o si estamos fuera de las tendencias habituales.

Por ejemplo, aquí tenéis algunos datos: la media nacional se sitúa en 150 pacientes por cada 10,000 habitantes al año para consultas no monográficas, es decir, pacientes derivados directamente desde atención primaria (figura 4). Aunque estos datos presentan una dispersión razonable, nos dan una referencia valiosa.



Figura 4. Datos procedentes de EFIC:AD, una herramienta de la SEPD al servicio de los servicios de aparato digestivo españoles, sobre el perfil (telemático vs presencial) de las consultas remitidas desde atención primaria en diferentes centros.

En el análisis, que incluye datos de 22 hospitales para consultas generales y 16 hospitales para métricas de consulta telemática (e-consulta, teleconsulta o consultoría), se observa una relación inversamente proporcional en la mayoría de los casos: los hospitales con mayor proporción de atención telemática suelen tener menos consultas presenciales.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Sin embargo, hay excepciones. Por ejemplo, los hospitales 15 y 16 muestran altos valores en ambos formatos. En el caso del hospital 4, que corresponde a mi centro, el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, se observa una mayor cantidad de teleconsulta porque esta es un paso obligatorio previo a la derivación de consultas presenciales.

En definitiva, esta herramienta nos proporciona un punto de partida claro para medir de dónde venimos y hacia dónde queremos ir en términos de optimización de la demanda asistencial.

¿Tiene todo esto un reflejo en los resultados asistenciales? Pues sí, lo tiene, especialmente en términos de accesibilidad.

Según un informe reciente con datos de 2023 (4), en atención primaria (figura 5), se observa una pérdida progresiva de la rapidez con la que los usuarios pueden acceder al médico de atención primaria el mismo día o al siguiente. En este contexto, solo un 20% de los usuarios consiguen una cita en 24/48 horas, mientras que la media de tiempo de espera supera los 9,12 días.



Figura 5. Datos sobre accesibilidad a las consultas de atención hospitalaria extraídos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 (4).

Este dato, aunque preocupante para la atención primaria, es aún más crítico si analizamos la atención especializada. En la parte derecha de la figura se muestra que la media de espera para consultas especializadas hospitalarias, agregando todas las especialidades, es de 87 días.

Además, como sabemos, la gobernanza del Sistema Nacional de Salud en España está fragmentada en 17 autonomías, el Ministerio y otras instituciones como la mutualidad y el Instituto de Salud Carlos III. En este agregado, vemos grandes disparidades:

- Canarias tiene el peor tiempo de espera con más de 120 días.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

- El País Vasco, en cambio, registra los tiempos más bajos.

Este análisis deja claro que cuanto más inadecuada sea la derivación, mayor será la lista de espera y, consecuentemente, los tiempos de espera. Optimizar las derivaciones es, por tanto, esencial para mejorar la accesibilidad y la eficiencia del sistema.

Ahora vamos a hablar de experiencias de éxito.

Hemos realizado una encuesta, dentro de INNOVA, como mencioné anteriormente, dirigida a obtener información sobre las iniciativas existentes en nuestros hospitales para optimizar la demanda desde atención primaria. En ella es cierto que existe un sesgo de selección, ya que han respondido principalmente los centros más participativos, probablemente aquellos que ya habían puesto en marcha alguna iniciativa. Además, el grupo está formado por hospitales representados aquí, con profesionales motivados, lo que puede generar un sesgo favorable hacia la implementación de iniciativas.

En cuanto a la participación, respondieron las tres cuartas partes de los hospitales invitados (29 de 39). En total, el 90% de los respondedores reportaron haber desplegado alguna iniciativa en sus respectivos centros.

Se plantea ahora una pregunta interactiva a los asistentes: la inadecuación de la demanda asistencial desde primaria y la descoordinación entre niveles asistenciales han sido identificadas como problemas que debemos enfrentar.

¿Es pertinente el despliegue de acciones orientadas a verificar la adecuación de la demanda?

¿Debemos poner en marcha iniciativas para comprobar que la demanda se ajusta a los protocolos establecidos o a un *gold standard*?

Es importante señalar que, hasta ahora, ese *gold standard* no está claramente definido y nadie sabe exactamente dónde se encuentra.

Pues viendo el resultado de las respuestas el 91 % dice que sí, al precio que sea necesario. Me gusta este grado de determinación.

Volviendo a la encuesta. ¿Cuál fue su resultado? Respecto a las iniciativas orientadas al control, verificación y revisión de la adecuación en los circuitos de consultas, los resultados fueron los siguientes:

- El 15% de las respuestas indicaron que se habían implementado iniciativas únicamente relacionadas con el control de consultas.
- El 11% correspondían a iniciativas enfocadas en el control de endoscopias.
- El 73% de las respuestas mencionaban que se habían puesto en marcha iniciativas para ambos aspectos, consultas y endoscopias.

En cuanto a los tipos de actuaciones realizadas, estas se agruparon por colores en la presentación:

- Iniciativas de adecuación de la demanda en consulta:
 - Teleconsulta o e-consulta: Representaron un 60% de las respuestas, siendo vistas como una opción que no requiere presencialidad.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

- Consultas presenciales en áreas específicas o en atención primaria: Estas tuvieron un porcentaje mucho menor.
- Procesos, protocolos y formación: El 40% de las respuestas mencionaron su uso en consultas, mientras que un 13% estaban relacionadas con endoscopias.
- Filtro y triaje puros: Incluyendo una respuesta electrónica basada en la historia clínica, alcanzaron un 34% en consultas.
- **Adecuación de la demanda en endoscopia:**
 - Filtro y triaje: Representaron el 60% de las respuestas.
 - Procesos, protocolos y formación: Aparecieron en casi el 50%.
 - Agendas específicas: Estas representaron solo un 9%, como una forma de canalizar la demanda de atención primaria hacia un carril con tiempos y listas de espera diferenciados.
 - Sesiones conjuntas: Solo un 4,55% de las respuestas mencionaron esta estrategia.

Estos datos reflejan una gran variabilidad en las iniciativas desplegadas.

En el caso del Hospital Doctor Negrín en el norte de Gran Canaria, que atiende a un área mayoritariamente urbana (90% de la población de Las Palmas de Gran Canaria) pero también rural y dispersa, implementamos una estrategia concreta:

¿Y qué ha ocurrido aquí? Les pongo un ejemplo del protocolo para el manejo del esófago de Barrett, acompañado de una minuta donde se detallan los participantes de la reunión:

- Los profesionales de atención primaria involucrados.
- Los especialistas de aparato digestivo que participaron.
- Además, hubo invitados específicos, como una farmacéutica y un geriatra.

La minuta corresponde a una reunión celebrada el 20 de junio de 2014, es decir, hace ya 10 años. Desde entonces, evidentemente, estos protocolos han sido revisados y actualizados.

¿Qué demanda hemos recibido a lo largo del tiempo? Desde atención primaria hemos registrado 250 peticiones de consultoría o teleconsulta por cada 10,000 habitantes al año. En comparación con los datos de EFICAD, la media nacional de consultas no monográficas es de 150 por cada 10,000 habitantes al año, aunque con una variabilidad importante: desde 11,5 hasta 257 dependiendo de si la teleconsulta era un requisito obligatorio previo para la derivación o no. En nuestro caso, nos encontramos en el rango alto con una demanda conjunta (teleconsulta y consulta presencial) de 220 por cada 10,000 habitantes.

En el 75% del área norte de Gran Canaria, donde se ha implementado la teleconsulta, las cifras están por encima de la media española o de los participantes en EFICAD. Además, la respuesta por parte del consultor de digestivo se produce en el 100% de las solicitudes, con la emisión de un informe clínico objetivo que es visible en atención primaria y que se incluye en el repositorio de informes del paciente.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Lo más llamativo es que, en el 95% de los casos, consideramos que el problema asistencial o la expectativa de salud del paciente tenía un nivel de complejidad bajo, por lo que debía gestionarse en atención primaria. Este porcentaje es muy elevado y solo un 5% de los pacientes derivados fue citado para consulta presencial. Este dato es menor al rango mencionado en el blog de INNOVA (10-20%) y refuerza la idea de una inadecuación inicial del circuito.

Aunque en este caso el análisis se centra en endoscopias, sirve como ejemplo. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las peticiones rechazadas por el verificador principal (82% de las solicitudes) y las revisadas por verificadores alternativos (18%). Esto demuestra que, siempre que se cumplan los criterios de derivación definidos en los protocolos consensuados, el nivel de verificación es uniforme, independientemente de quién lo realice.

Y aquí surge la pregunta que, de nuevo planteó Javier Crespo: ¿este enfoque tiene un resultado asistencial adecuado? ¿Mejora nuestras relaciones con atención primaria?

En cuanto al resultado asistencial, los datos obtenidos en Gran Canaria muestran que el 60% de los casos alcanzaron una calificación entre muy bueno y bueno, pero también se identificaron resultados pésimos y ambiguos en el porcentaje restante.

Por otro lado, si analizamos el resultado interpersonal, es decir, la relación con atención primaria, los resultados son más preocupantes:

- Un 30% de resultados ambiguos.
- Un 13% de resultados regulares.

Esto implica que en torno al 45% de los casos no logramos una mejora en nuestra capacidad de relacionarnos de manera adecuada con atención primaria.

La pregunta clave aquí es: ¿existen estrategias específicas para abordar esta situación y mejorar la relación y la coordinación con los compañeros de atención primaria?

Lanzamos otra cuestión clave: el resultado asistencial, la expectativa del paciente y la satisfacción del médico no siempre están alineados.

Con esto en mente, la nueva pregunta interactiva es: ¿Debemos insistir en la estrategia de adecuación? Estamos convencidos de que hay que hacerlo, pero ¿a qué precio?

A continuación, se presentan varias opciones para responder, diseñadas para que nadie quede fuera o sienta que no encuentra su lugar:

1. El usuario es lo fundamental: Priorizar la experiencia y expectativas del paciente en la estrategia.
2. El compañero de atención primaria es lo esencial: Centramos en facilitar la labor de los colegas de atención primaria.
3. Conciliación entre ambas posturas: Encontrar un equilibrio que beneficie tanto al paciente como al médico de primaria.
4. Me importa únicamente mi perspectiva: Lo relevante es lo que afecta directamente a mi labor, dejando de lado otros enfoques.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

5. Si no se dispone de toda la información necesaria, resulta difícil avanzar. Es imprescindible que todos los elementos estén completamente alineados antes de actuar.
6. Hay tantas opciones que no sé qué responder: Refleja una perspectiva en la que la abundancia de alternativas dificulta una decisión clara.

Finalmente, una reflexión adicional para quienes opten por la tercera respuesta: son personas que necesitan tener todo claro, como completar un sudoku, para avanzar.

Casi la mitad de las respuestas obtenidas indican que se busca conciliar las expectativas del usuario, del médico de atención primaria y del médico hospitalario. Este enfoque parece reflejar un consenso significativo hacia la necesidad de equilibrio entre los tres pilares clave del sistema.

Conclusiones

Como conclusiones, destacamos los siguientes puntos:

1. La demanda desde atención primaria presenta áreas claras de mejora en términos de adecuación, y esto debe abordarse de manera bidireccional. No solo se trata de que atención primaria ajuste sus derivaciones, sino de que nosotros, como especialidad, proporcionemos herramientas y soporte para ello.
2. Las iniciativas desplegadas hasta ahora han mostrado resultados dispares tanto en lo asistencial como en lo colaborativo. Esto es una realidad que debemos aceptar y sobre la que hay que trabajar con seriedad para lograr avances sostenibles.
3. La solución debe pasar por una mayor coordinación y protocolización de los procesos, asegurando mejoras en la accesibilidad de los compañeros de atención primaria. Esto incluye herramientas de comunicación efectivas, como teléfonos directos, correos electrónicos y otras tecnologías.
4. De manera secundaria, también se debe buscar mejorar la experiencia y la accesibilidad para los usuarios, algo que solo será posible si hay una comunicación sólida y fluida entre los diferentes niveles asistenciales. Sin esta comunicación, las mejoras quedarán incompletas y fragmentadas.

Les planteo ahora siete propuestas de trabajo, de las que se derivan las recomendaciones que presentaremos a continuación para la votación estimativa. Nos situamos aún en una fase preliminar respecto a lo que hemos avanzado en la primera parte de la reunión de hoy en el área temática de "Adecuación y gestión eficiente de recursos humanos". Estas propuestas buscan sentar las bases para un trabajo colaborativo más efectivo y orientado a resultados:

1. Identificar la demanda más prevalente proveniente de atención primaria, para entender las patologías y consultas que generan mayor volumen de derivaciones.
2. Revisar la *Lex Artis* del abordaje asistencial desde un enfoque objetivo, que permita construir un *gol* estándar aplicable y aceptado por todos los niveles.
3. Crear un grupo de trabajo conjunto entre sociedades de atención primaria y digestivo, inspirado en iniciativas previas como la experiencia Digestivo-AP coordinada por Fernando Alberca.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

4. Desarrollar protocolos asistenciales consensuados, similares a los algoritmos que ya se han presentado durante esta jornada.
5. Desplegar acciones formativas e informativas dirigidas a facilitar la implementación y comprensión de estos protocolos por parte de todos los profesionales implicados.
6. Implementar mecanismos para verificar el cumplimiento de los protocolos y, con ello, trabajar en la adecuación de las derivaciones y en la mejora del manejo asistencial.
7. Promover la adecuada monitorización de la demanda asistencial y los resultados, asegurando una evaluación continua que permita identificar áreas de mejora.

Estas propuestas representan un importante desafío de trabajo por delante.

Recomendaciones y resultados de sus votaciones estimativas

La primera recomendación es la creación de un grupo de trabajo para la relación Atención Primaria – Digestivo, que vemos que ha recibido un 89 % de voto favorable.

La segunda de las recomendaciones propuestas es esta ponencia es abordar la elaboración de protocolos consensuado entre los dos niveles que ha recibido un apoyo prácticamente total del 97 %.

REFERENCIAS

1. Alberca de las Parras F, Albillos Martínez A, Bas-Cutrina F, Caunedo Álvarez Á, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, et al. Identificación y priorización de problemas y retos en los servicios de aparato digestivo españoles desde la perspectiva de sus responsables como base estratégica para su desarrollo [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 24 May 2025]. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/PROBLEMAS%20Y%20RETO%20S.pdf>.
2. Carballo F, Crespo J, Vera MI, Fernández C, Alberca F, Elola J. Los Servicios de Digestivo en el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente [pdf]. Madrid: Sociedad Española Patología Digestiva (SEPD); 2020 [consultado 08 Sep 2024]. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/cid/Certificaci%C3%B3n%20UDAs/estandares%20calidad.pdf>.
3. Proyecto EFIC_AD: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); 2025 [consultado 27 Abr 2025]. Disponible en: https://sepd.es/proyectos/15?_gl=1*gfkj3p*_ga*MTkwNTY4NTMwOS4xNjk0Mzc4ODYw*_ga_9FCD78G8ZK*MTc0NTc4NDczNS42My4xLjE3NDU3ODU4OTkuMC4wLjA.
4. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [pdf]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [consultado 01 Sep 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf.