

MONOGRAFÍA

Acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios

Acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios

Albillos Martínez, Agustín, Alberca de las Parras, Fernando, Calleja Panero, José Luis, Carballo Álvarez, Fernando, Ceballos Santos, Daniel, Quer Boniquet, Joan Carles, Domínguez-Muñoz, Enrique, Orive Calzada, Aitor, Crespo García, Javier, Gómez Rodríguez, Rafael, Nos Mateu, Pilar, en nombre del Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sancho Dávila, 6
28028. Madrid
www.sepd.es

ISBN: 979-13-990031-3-0

Coordinado, editado y publicado por la Sociedad Española de Patología Digestiva.

Cita recomendada de este documento: Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Ceballos Santos D, Quer Boniquet JC, et al. Acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/ACCESO%20Y%20DEMANDA.pdf>

Copyright © SEPD. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta información puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio sin el permiso previo por escrito de la SEPD. La información contenida en este documento es confidencial y no podrá ser divulgada a terceros sin el consentimiento previo por escrito.

Grupo de Investigadores de INNOVA Digestivo 2024

- Alberca de las Parras, Fernando - Jefe de Servicio, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- Albillos Martínez, Agustín - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.
- Alcaín Martínez, Guillermo José - Jefe de Sección, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
- Andrade Bellido, Raúl Jesús - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
- Arévalo Serna, Juan Antonio - Jefe de Sección, Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo.
- Argüelles Arias, Federico - Jefe de Sección, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.
- Bañares Cañizares, Rafael – Catedrático de Medicina, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.
- Bas-Cutrina, Francesc - Jefe de Servicio, Hospital General de Granollers.
- Bejarano García, Ana - Jefa de Servicio, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.
- Benlloch Pérez, Salvador - Jefe de Servicio, Hospital Arnau Vilanova, Valencia.
- Berenguer Guirado, Rubén - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa de Lanzarote.
- Bermejo San José, Fernando - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Bosch Esteva, Orencio Francisco - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
- Cacho Acosta, Guillermo - Jefe de Sección, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Calleja Panero, José Luis - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Carballo Álvarez, Fernando – Catedrático de Medicina jubilado, Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Murcia.
- Caunedo Álvarez, Ángel - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.
- Ceballos Santos, Daniel Sebastián - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín., Las Palmas de Gran Canaria.
- Crespo García, Javier – Investigador del Instituto de Investigación Sanitaria IDIVAL, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
- Cuadrado Lavín, Antonio - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
- Díez Rodríguez, Rubén - Jefe de Sección, Complejo Asistencial Universitario de León.
- Domínguez-Muñoz, Juan Enrique - Jefe de Servicio, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
- Egea Valenzuela, Juan - Jefe de Sección, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

- Escorsell Mañosa, María Angels – Jefa de Servicio, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.
- Fernández Rodríguez, Conrado - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Fernández Salazar, Luis Ignacio - Jefe de Servicio, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Fernández Vázquez, Inmaculada – Jefa de Servicio, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- García López, Santiago - FEA, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
- Gómez Rodríguez, Rafael - Jefe de Servicio, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.
- González Lama, Yago - Jefe de Sección, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- Herreros de Tejada Echanojauregui, Alberto - Jefe de Sección, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Huguet Malavés, José María - Jefe de Sección, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- Jiménez Pérez, Miguel - Jefe de Servicio, Hospital Regional Universitario de Málaga.
- Jorquera Plaza, Francisco - Jefe de Servicio, Complejo Asistencial Universitario de León.
- Manceñido Marcos, Noemi - FEA, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.
- Martín Arranz, María Dolores - Jefa de Servicio, Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- Martín Rodríguez, Daniel - Jefe de Sección, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla.
- Martín-Vivaldi J., R. Javier - Responsable Unidad, Hospital Comarcal de Melilla.
- Martínez Otón, José Antonio - Jefe de Servicio, Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.
- Morales González, Silvia - Jefa de Sección, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.
- Nos Mateu, Pilar - Jefa de Servicio, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.
- Orive Calzada, Aitor - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo.
- Paredes Arquiola, José María - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.
- Pérez-Cuadrado Martínez, Enrique - Jefe de Sección, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia.
- Pérez Millán, Antonio - Jefe de Servicio, Hospital Río Carrión, Palencia.
- Quer Boniquet, Joan Carles - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.
- Redondo Cerezo, Eduardo - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.
- Rivero Fernández, Miguel - Jefe de Servicio, Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

- Rodríguez Ramos, Claudio - Jefe de Sección, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.
- Rodríguez Sánchez, Joaquín - Jefe de Servicio, Hospital Quirónsalud de Ciudad Real.
- Salcedo Plaza, María Magdalena - Jefa de Sección, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
- Santander Vaquero, Cecilio - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.
- Suárez González, Adolfo - Jefe de Servicio, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.
- Tabernero de Veiga, Susana - Jefa de Servicio, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.
- Van Domselaar, Manuel - Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Torrejón.
- Vera Mendoza, María Isabel - Jefe de Sección, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Vergara Gómez, Mercedes - Jefa de Servicio, Hospital de Sabadell

Participantes en los debates

- Fernando Alberca de las Parras. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- Daniel Ceballos Santos. Ponente. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.
- José Luis Calleja Panero. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
- Javier Crespo Martínez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.
- Guillermo Cacho Acosta. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.
- Raúl Andrade Bellido. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
- Rafael Gómez Rodríguez. Hospital Universitario de Toledo.
- Fernando Carballo Álvarez. Coordinador ejecutivo de INNOVA.
- María Dolores Martín Arranz. Hospital Universitario La Paz, Madrid
- Joan Carles Quer Boniquet. Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.
- Agustín Albillos Martínez. Presidente de la SEPD. Coordinador general de INNOVA. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

ÍNDICE

Resumen.

Introducción.

Ponencias presentadas en la segunda jornada presencial de INNOVA Digestivo.

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

Debate.

Optimización de los procesos asistenciales para una adecuada cobertura de la demanda. Puntos clave, propuestas y recomendaciones.

Debate.

Recomendaciones y propuestas en el acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios: coordinación con atención primaria y optimización de procesos en la gestión de la demanda.

Aplicabilidad y proyección.

RESUMEN

Propósito del proyecto INNOVA Digestivo

El proyecto INNOVA Digestivo, promovido por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), tiene como objetivo impulsar la mejora continua de la atención digestiva en España. Partiendo de la identificación y priorización sistemática de problemas y retos detectados directamente por los responsables de los servicios de aparato digestivo, el proyecto busca formular propuestas concretas de innovación organizativa y asistencial. Su finalidad es generar un proceso activo de análisis, debate y propuesta de soluciones, orientado a facilitar cambios reales en los servicios y a reforzar su capacidad de respuesta a las necesidades de la población.

INNOVA Digestivo no constituye una revisión teórica ni una recopilación bibliográfica general sobre los temas abordados. Cada monografía documenta los resultados alcanzados en el análisis de un área temática específica, basándose en el conocimiento operativo de los actores principales y orientándose a la proyección institucional de acciones de mejora.

Área temática: acceso, demanda y cobertura de servicios

Esta monografía se centra en el análisis del acceso, la gestión de la demanda y la cobertura de servicios en aparato digestivo, un área crítica para garantizar la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema. La identificación de dificultades en la coordinación entre niveles asistenciales, la gestión inadecuada de la demanda, el conocer las expectativas de los usuarios y la existencia de barreras de equidad en el acceso a la atención especializada ha llevado a considerar esta área como prioritaria para la acción estratégica.

El trabajo realizado aborda estos problemas desde una perspectiva práctica, orientada no a la elaboración de un diagnóstico cerrado, sino al diseño de líneas de actuación que permitan su análisis profundo y su abordaje progresivo.

Análisis de las ponencias y puntos clave

Las ponencias desarrolladas en esta área temática analizaron las dificultades actuales en la coordinación entre atención primaria y digestivo, la necesidad de definir y optimizar los circuitos de derivación, y la importancia de mejorar el conocimiento de las expectativas de la población para adecuar mejor la respuesta asistencial. Asimismo, se identificó la necesidad de abordar la equidad en el acceso desde una perspectiva ética y organizativa.

Los debates posteriores reforzaron estos puntos y pusieron de manifiesto la necesidad de un enfoque más estructurado, basado en la generación de evidencias y en el desarrollo de instrumentos de coordinación efectiva entre niveles asistenciales.

Resultados finales: recomendaciones y propuestas

Tras el análisis de las ponencias, los debates y la valoración sistemática mediante votaciones finales, se consolidaron una serie de recomendaciones y propuestas. No se trata de recomendaciones de aplicación inmediata, sino de líneas prioritarias de trabajo que deben desarrollarse a través de estudios y acciones colaborativas.

Entre las recomendaciones destacan el impulso de protocolos conjuntos de derivación y priorización entre atención primaria y digestivo, la mejora de los mecanismos de comunicación y coordinación entre niveles, y la incorporación de indicadores de equidad en la evaluación de la atención digestiva.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Las propuestas de desarrollo incluyen la creación de un grupo de trabajo para el estudio de las expectativas de la población, orientado tanto a la modulación adecuada de la demanda mediante educación sanitaria como a la adaptación del modelo asistencial a las necesidades reales, y la constitución de un grupo de trabajo específico sobre equidad en el acceso.

Aplicabilidad y proyección de los resultados

La aplicabilidad de los resultados en esta área temática pasa fundamentalmente por el desarrollo de grupos de trabajo relacionados con las propuestas y recomendaciones. Dos de ellos, centrados en la mejora de la coordinación entre atención primaria y digestivo y en la elaboración de protocolos consensuados, constituyen el eje vertebrador del despliegue de las acciones de mejora. Los otros dos, dedicados respectivamente al estudio de expectativas poblacionales y al análisis de la equidad, representan desarrollos paralelos de gran importancia estratégica.

El trabajo de estos grupos permitirá generar evidencias y propuestas concretas que sirvan de base para futuras acciones institucionales, en coherencia con el enfoque progresivo y basado en la realidad asistencial que caracteriza a INNOVA Digestivo.

Compromiso institucional y perspectivas de futuro

La SEPD reafirma su compromiso con el impulso de las acciones derivadas de esta área temática. Esta monografía constituye un paso más en el esfuerzo colectivo por transformar de manera activa y sostenida la atención digestiva en España, partiendo del conocimiento real de los problemas y proyectando soluciones innovadoras que permitan avanzar hacia un sistema más accesible, equitativo y eficiente.

INTRODUCCIÓN

Introducción

Agustín Albillos Martínez, Fernando Alberca de las Parras, José Luis Calleja Panero y Fernando Carballo Álvarez.

El proyecto INNOVA Digestivo, promovido por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), tiene como propósito contribuir a la mejora de la calidad asistencial y organizativa de los servicios de aparato digestivo en España. Este objetivo se aborda mediante la identificación sistemática de problemas estratégicos, el análisis de áreas temáticas relevantes y la formulación de propuestas de innovación adaptadas a las necesidades reales del sistema sanitario.

El primer paso de este proyecto consistió en la identificación y priorización de los problemas y retos percibidos por los responsables de los servicios, un proceso que permitió establecer una base sólida para el análisis posterior (1). A partir de esa priorización, se definieron diversas áreas temáticas consideradas estratégicas para el futuro de la atención digestiva. Una de ellas es la dedicada al acceso, la gestión de la demanda y la cobertura de servicios, cuyos déficits han sido identificados como factores limitantes fundamentales para alcanzar una atención equitativa, eficiente y sostenible.

Esta monografía aborda dicha área temática, recogiendo el proceso desarrollado para analizar críticamente los problemas detectados y formular propuestas de mejora. Se inscribe en la estrategia editorial del proyecto INNOVA Digestivo, cuyo propósito es reflejar de forma estructurada el esfuerzo colectivo de análisis, debate y proyección hacia la acción.

El trabajo seguido en esta área ha consistido en la elaboración de ponencias específicas, el análisis de los principales puntos críticos en debate presencial, y la formulación de recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos. La metodología empleada sigue el esquema general de INNOVA Digestivo (2) que combina la identificación de problemas, el debate entre los investigadores y otros responsables de los servicios de aparato digestivo, y la búsqueda de consenso formal a través de procedimientos sistemáticos de evaluación.

Esta monografía se organiza en varias secciones: tras esta introducción, se presentan las ponencias y debates que sirvieron de base al análisis, los resultados finales en forma de puntos clave, recomendaciones y propuestas de estudio o desarrollo, y una sección de aplicabilidad y proyección de los resultados. Así, se proporciona un marco inicial de prioridades estratégicas para mejorar el acceso, la eficiencia en la gestión de la demanda y la equidad en la cobertura de servicios de aparato digestivo en el contexto sanitario español.

Esta monografía, al igual que el resto de la producción editorial de INNOVA Digestivo, no tiene como propósito elaborar una revisión teórica basada en fuentes ajenas, ni realizar una exposición general del área temática apoyada en referencias bibliográficas externas. Su objetivo es documentar el esfuerzo colectivo del proyecto en el análisis crítico de problemas y retos percibidos por los responsables de los servicios de aparato digestivo, y recoger el posicionamiento institucional de la SEPD, estableciendo así el primer paso para el diseño y ejecución de acciones orientadas a la implementación efectiva de las propuestas y recomendaciones formuladas.

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 S.pdf](https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/PROBLEMAS%20Y%20RETO%20S.pdf).
2. Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo. Objetivos y metodología general del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025 [consultado 24 May 2025]. Disponible en: [https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/OBJETIVOS%20Y%20METOD OLOG%C3%8DA.pdf](https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/OBJETIVOS%20Y%20METODOLOG%C3%8DA.pdf).

PONENCIAS

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.

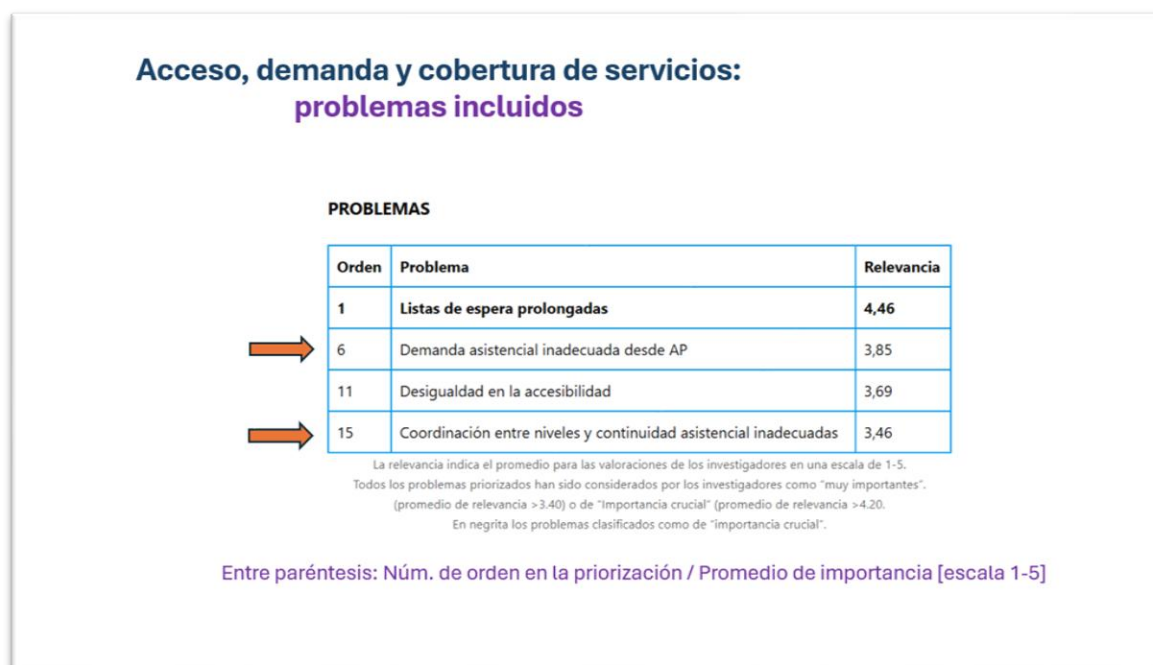


Figura 1. Problemas de los servicios de aparato digestivo españoles, identificados y priorizados por los investigadores de INNOVA Digestivo, que guardan relación con esta ponencia.

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.

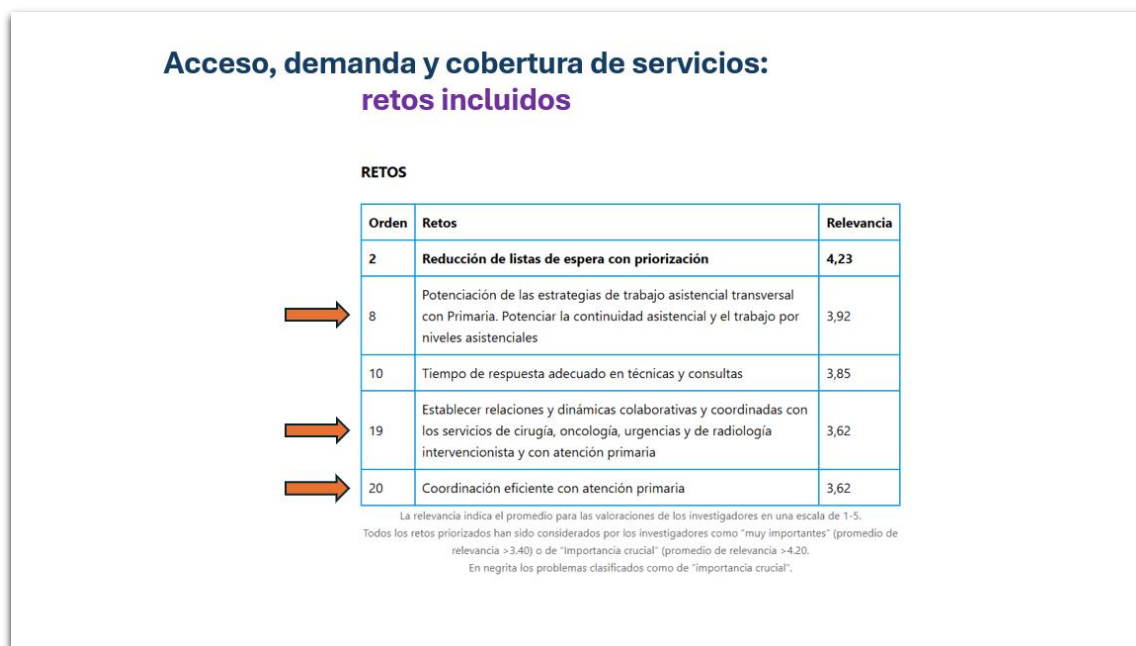


Figura 2. Retos que afrontan los servicios de aparato digestivo españoles, identificados y priorizados por los investigadores de INNOVA Digestivo, que guardan relación con esta ponencia.

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).

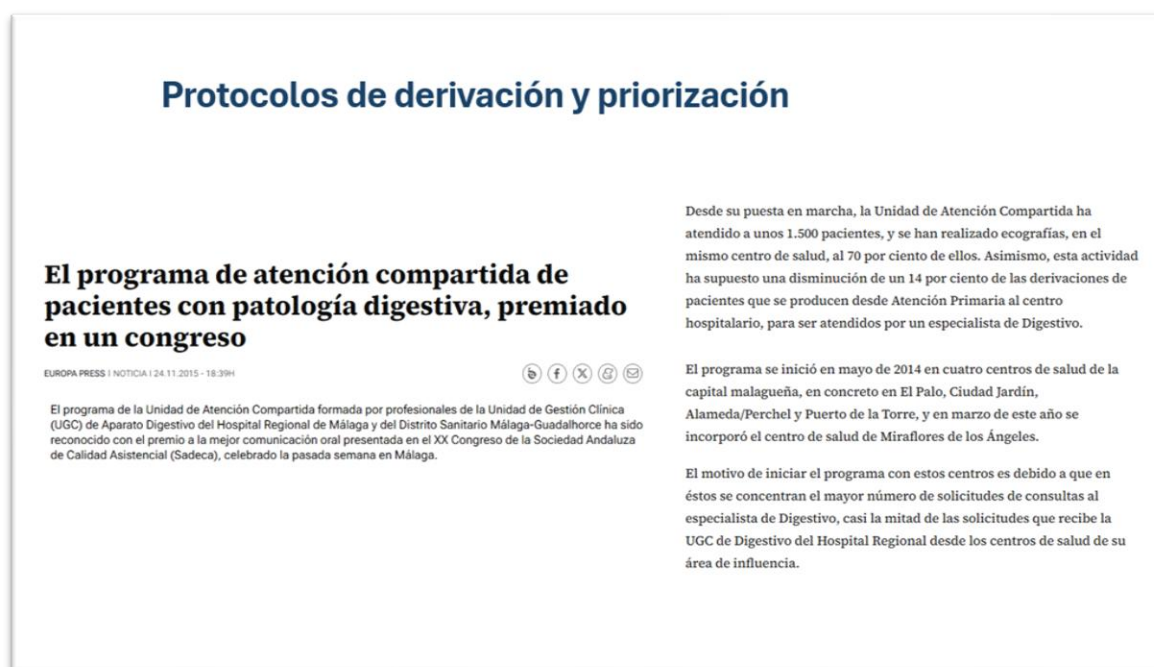


Figura 3. Programa de atención compartida en digestivo entre el Hospital Regional Universitario de Málaga y el Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

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.

- 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.

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: Centrarnos 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.

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 S.pdf](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%20calida d.pdf](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.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Debate tras de la ponencia “Coordinación del proceso de acceso y gestión de la demanda. Puntos clave, propuestas y recomendaciones” presentada por Daniel Ceballos Santos

Participantes

Fernando Alberca de las Parras. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Daniel Ceballos Santos. Ponente. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

José Luis Calleja Panero. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Javier Crespo Martínez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Guillermo Cacho Acosta. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Raúl Andrade Bellido. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Rafael Gómez Rodríguez. Hospital Universitario de Toledo.

Fernando Carballo Álvarez. Coordinador ejecutivo de INNOVA.

María Dolores Martín Arranz. Hospital Universitario La Paz, Madrid

Joan Carles Quer Boniquet. Hospital Universitario Juan XXIII, Tarragona.

RESUMEN

El debate posterior a la ponencia sobre la coordinación del proceso de acceso y gestión de la demanda se centró en diversos aspectos relacionados con la elaboración e implementación de protocolos asistenciales entre atención primaria y los servicios de aparato digestivo. Los participantes coincidieron en señalar la necesidad de disponer de protocolos comunes que garanticen la homogeneidad asistencial, pero adaptables a las particularidades locales de cada área sanitaria. Se destacó la importancia de trabajar juntamente con las sociedades de atención primaria en la elaboración de estos protocolos, favoreciendo un enfoque colaborativo que evite imposiciones unilaterales.

Durante la discusión, se subrayó la necesidad de evitar posiciones no consensuadas con atención primaria y de fomentar una relación de respeto y colaboración bidireccional. Asimismo, se planteó la conveniencia de unificar los protocolos existentes mediante un grupo de trabajo conjunto, con el fin de facilitar su aceptación y aplicación práctica.

Se abordó también la necesidad de realizar una reflexión crítica interna en los servicios de aparato digestivo, reconociendo que los problemas de adecuación en las derivaciones no son exclusivos de atención primaria, sino que afectan a todos los niveles asistenciales. Se enfatizó la importancia de analizar y mejorar las prácticas propias para dar credibilidad al proyecto.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Otro tema relevante fue el papel de las direcciones asistenciales, cuya acción proteccionista hacia atención primaria fue considerada un posible obstáculo para una relación de igualdad entre niveles. Se valoró más eficaz establecer acuerdos directos entre profesionales de ambos niveles, basados en la realidad asistencial concreta.

Varios participantes destacaron las dificultades estructurales de atención primaria, incluyendo la falta de referentes específicos en digestivo en los centros de salud, la organización basada en cupos y la elevada sobrecarga asistencial. Estas características limitan la posibilidad de aplicar de manera uniforme los protocolos pactados, sugiriéndose la necesidad de adoptar estrategias pragmáticas, como el uso de sistemas de teleconsulta para facilitar la coordinación.

Se expusieron experiencias positivas en la mejora de la adecuación de la demanda mediante la asignación de médicos de referencia para centros de salud concretos, la realización de sesiones formativas conjuntas y la implantación de circuitos de teleconsulta previa a la derivación presencial. Estas estrategias demostraron mejoras tanto en los resultados asistenciales como en la colaboración entre niveles.

Finalmente, se planteó la importancia de evaluar de forma rigurosa las estrategias implantadas, combinando indicadores objetivos de resultados asistenciales con mediciones de satisfacción de pacientes y profesionales. Se remarcó la necesidad de diseñar soluciones generales que pudieran ser adaptadas a las realidades locales, evitando enfoques excesivamente centralizados, y de reforzar la formación, el acompañamiento y la implementación de herramientas tecnológicas para apoyar la toma de decisiones clínicas en atención primaria.

DEBATE

José Luis Calleja

¿Creéis que los protocolos que se desarrollen deben ser comunes para toda una sociedad científica o más bien adaptados a las particularidades locales?

Daniel Ceballos

Yo creo que debe existir una base común, algo similar a una cartera básica de servicios, pero que luego pueda adaptarse a las particularidades de cada área. Por ejemplo, puede haber problemas especialmente prevalentes en ciertas comunidades autónomas o áreas de salud, que no lo sean en otras. Incluso dentro de una misma área de salud, un centro podría estar más preocupado por situaciones específicas, como la disfagia orofaríngea en un entorno con población envejecida. Del mismo modo, podría haber áreas con varias residencias de ancianos o incluso residencias de menores no acompañados, que enfrentan problemas particulares como una alta prevalencia de hepatitis B, requiriendo protocolos específicos de atención.

José Luis Calleja

Eso apunta a que ciertas prioridades serán diferentes según el área, pero el protocolo para el manejo de un paciente con hepatitis B o disfagia debería ser uniforme en todos los lugares. Esto facilitaría el consenso y la implementación. Si existe un protocolo previamente pactado, incluso con la sociedad científica correspondiente, será más sencillo alcanzar un acuerdo

con los médicos de atención primaria. Al menos, eso es lo que entiendo y creo que ayudaría a la primera parte de la cuestión.

Daniel Ceballos

Esencialmente, el protocolo debe ser común, pero no descarto que pueda incluir áreas específicas para abordar particularidades locales o situaciones concretas.

Fernando Alberca

Creo que es fundamental que trabajemos de manera conjunta con las sociedades de atención primaria para elaborar protocolos comunes. Esto no solo es más potente, sino también más efectivo que crear un protocolo desde la SEPD y luego intentar que lo acepte primaria. Además, esta colaboración fomenta un enfoque más elegante y equilibrado, porque no se trata de imponer algo a primaria, sino de construir algo que sea útil tanto para ellos como para nosotros.

Daniel Ceballos

En el listado de "no hacer", que os invito a revisar, leer y aplicar, debemos evitar convertirnos en docentes paternalistas que dictan lo que debe hacerse bajo la amenaza de rechazar solicitudes o corregir peticiones. Este enfoque genera rechazo y, en última instancia, nos lleva al fracaso en la colaboración y en la consecución de los objetivos comunes.

Fernando Alberca

Creo que aquí probablemente habrá cerca de 20 o 25 protocolos establecidos con atención primaria, que son excelentes y están muy bien desarrollados. La idea sería unirlos, formar un grupo de trabajo sólido que colabore con atención primaria y lleve adelante esta tarea de manera efectiva. No quiero extenderme demasiado ni complicar las cosas innecesariamente, pero creo que este enfoque puede ser muy productivo.

Javier Crespo

Estoy completamente de acuerdo con vosotros, pero quisiera hacer un comentario crítico. Aquí siempre subyace la idea de que atención primaria deriva mal. Sin embargo, creo que no es solo primaria; derivamos mal todos: primaria, cirugía, digestivo, todos nosotros. Por lo tanto, para dar credibilidad a este proyecto, primero deberíamos analizar lo que hacemos mal nosotros mismos, porque son muchas cosas.

Hace tiempo realicé un análisis, aunque no llegó a publicarse, sobre cómo se indicaban incorrectamente las endoscopias. Resultó que nosotros, los digestólogos, las indicábamos tan mal como los cirujanos, a quienes solemos criticar, y tan mal —o tan bien— como los médicos de primaria, que también criticamos. Esto demuestra que debemos hacer una reflexión interna sobre lo que estamos haciendo en nuestros propios servicios.

Por ejemplo, cuando indicamos una colonoscopia de revisión, ¿seguimos realmente los consensos establecidos? ¿Qué hacemos con esos pacientes a los que les decimos "vuelva usted dentro de un año que le echaré un vistazo"? Este tipo de prácticas son muy comunes. Por ello, creo que para que este proyecto sea realmente creíble y efectivo, una reflexión interna dentro de nuestros propios servicios es imprescindible.

Fernando Alberca

Guillermo Cacho ha pedido intervenir primero. Después tengo anotados a Raúl Andrade y a Rafael Gómez, y también había levantado la mano Mariló Martín.

Guillermo Cacho

En relación con la primera pregunta y este vínculo que entiendo debe establecerse entre los dos niveles de atención, primaria y digestivo, quiero plantear una cuestión. ¿Cuál debería ser el papel, si es que lo tiene, de las denominadas direcciones asistenciales de los hospitales?

Aprovecho para dar mi opinión. Según mi experiencia, y también basándome en comentarios de otros colegas, estas direcciones suelen ejercer una acción de proteccionismo hacia la atención primaria, lo que de entrada genera una desigualdad. Si estamos hablando de establecer una relación de tú a tú, este tipo de desequilibrio podría ser un obstáculo. ¿Qué opináis, Daniel, y los demás?

Daniel Ceballos

Esa acción de las direcciones asistenciales resulta tan inefectiva como la de las direcciones de atención primaria del área. En mi opinión, es mucho más práctico negociar directamente con los compañeros de primaria que están en contacto con la demanda y las expectativas inmediatas del usuario, y que además conocen mejor la realidad de su zona. Trabajar con ellos, pactar una solución conjunta y luego presentar esa solución ya estructurada a las direcciones de ambos niveles sería una estrategia mucho más eficiente.

Raúl Andrade

Lamento disentir, porque el asunto de la atención primaria es extremadamente complejo. Llevamos muchos años intentando trabajar en este sentido, promoviendo la colaboración entre niveles y la adecuación mutua, y nadie podría estar en desacuerdo con un objetivo tan loable.

Sin embargo, creo que estamos realizando un análisis un poco sesgado, ya que tendemos a centrarnos en nuestra propia perspectiva. Parece que asumimos que el médico de primaria está exclusivamente preocupado por los pacientes con patología digestiva, cuando en realidad enfrenta una sobrecarga asistencial enorme, con múltiples patologías que probablemente considera más prioritarias.

Otro problema es la falta de referentes en digestivo en los centros de salud. No hay figuras específicas con las que se pueda establecer un diálogo o pactar algo concreto. Cada médico en los centros de salud trabaja de manera bastante individualizada, sin una organización jerárquica clara ni asignación de roles definidos, lo que complica la posibilidad de alinear esfuerzos.

Por ello, creo que debemos ser menos ambiciosos y más pragmáticos. Pactar protocolos con las sociedades de primaria puede estar muy bien desde un punto de vista académico, pero la implementación real de esos protocolos dependerá de la voluntad de cada centro de salud. Esto limita su aplicabilidad práctica.

Nuestra experiencia positiva con la teleconsulta es un ejemplo de cómo se puede facilitar el camino de forma más pragmática. Este enfoque ha reducido significativamente las derivaciones y ha resultado muy satisfactorio, pero se ha logrado sin necesidad de acuerdos individualizados con cada médico o centro. Establecimos criterios para solicitar

teleconsultas de manera general, sin ir centro por centro ni pactar con cada médico, y eso ha funcionado bien.

Creo que debemos ajustar nuestras expectativas y reconocer que la dinámica en atención primaria es muy distinta a la nuestra, que está más jerarquizada y organizada. Esto no significa que no podamos colaborar, pero sí que debemos abordar esta colaboración de manera más realista.

Daniel Ceballos

Partiendo de esa base, Raúl, y suscribiendo el 50% de lo que has dicho, creo que la clave está en conciliar posturas. Nuestra postura de máximos puede ser esta, pero debemos alcanzar una posición consensuada y equilibrada con atención primaria.

En nuestro caso, para dar mayor éxito a la iniciativa, asignamos un médico de referencia, similar a lo que hace Joan Carles Quer, para cada centro de salud. Es cierto que esta figura puede ausentarse por vacaciones o incluso por motivos como embarazo, pero en general, le ponemos cara a esta relación. Este médico asiste a sesiones formativas bidireccionales, tanto para aprender de atención primaria como para transmitir conocimientos desde nuestro ámbito especializado.

Un ejemplo concreto de este enfoque lo aplicamos en el último centro de salud con el que trabajamos, que además era el que más derivaciones generaba, con cifras altísimas de 300 primeras visitas por cada 10.000 habitantes al año. Allí realizamos una intervención presencial durante cuatro jornadas completas, dedicando un especialista en digestivo exclusivamente a ese centro.

El resultado fue un cambio radical en la dinámica de derivaciones. Este centro pasó de ser el que más derivaba a integrarse mejor en la dinámica de nuestro servicio, logrando mejoras significativas tanto en los resultados asistenciales como en la colaboración entre ambos niveles asistenciales. Este ejemplo demuestra que, con esfuerzo y diálogo, es posible obtener resultados positivos en este tipo de iniciativas.

Rafael Gómez

Estoy de acuerdo con lo que ha planteado Raúl. Es clave entender que la atención primaria es un sistema muy complejo, con una sobrecarga de problemas tremenda. Sin embargo, partiendo de esa realidad, debemos reconocer que, aunque hagamos los mejores protocolos y los consensuemos con sociedades científicas, la implementación práctica depende en gran medida de las personas implicadas y de su voluntad.

En nuestra experiencia, cuando desarrollamos protocolos hace años, los que realmente los ponían en práctica eran aquellos profesionales interesados y comprometidos. Para muchos otros, resulta más fácil realizar una derivación que apenas les lleva 30 segundos que tomarse el tiempo de llamar por teléfono para resolver un problema de un paciente.

El sistema de salud que tenemos, por mucho esfuerzo que pongamos, depende de la voluntad individual de cada profesional. Además, este esfuerzo no siempre es reconocido: alguien que cumple con los protocolos y asume un mayor volumen de trabajo no recibe un beneficio adicional, mientras que quien no los sigue y simplemente deriva pacientes sigue cobrando lo mismo y, además, se quita trabajo de encima. Es un desafío estructural que debemos tener presente.

Fernando Alberca

Tengo una duda que quizá el metodólogo, Fernando Carballo, pueda aclarar. ¿Cómo podemos medir qué sistema es mejor para derivar pacientes: si hacerlo exclusivamente a través de consultas telemáticas o utilizando una combinación de la derivación clásica apoyada por teleconsulta? Mi preocupación es entender cómo analizar qué es lo mejor no solo desde nuestra perspectiva, sino también desde la del paciente.

Es evidente que para nuestra lista de espera parece claro que lo segundo, la combinación, es más beneficiosa. Sin embargo, hemos observado que en algunos centros con este modelo, el índice de satisfacción de los médicos de atención primaria no es muy alto. ¿Existe algún sistema metodológico que nos permita analizar de manera objetiva cuál de estas estrategias es más adecuada en términos de resultados asistenciales, satisfacción del paciente y coordinación entre niveles? Es una cuestión que me gustaría abordar desde un enfoque riguroso.

Fernando Carballo

Comparto vuestra preocupación porque todos estamos involucrados en este tipo de cuestiones metodológicas. Vamos a ver, la mejor forma de abordar esta evaluación es medir resultados objetivos específicos relacionados con la enfermedad o condición en cuestión, utilizando algún indicador claro. Si estamos hablando de una indicación concreta, deberíamos evaluar la mejora de los índices de resultados en esa enfermedad.

En el caso de que no podamos medir directamente esos resultados, los indicadores de satisfacción, como los que mencionas, también son muy relevantes, aunque no tan definitivos. Lo ideal, sin embargo, sería combinar ambos enfoques: resultados objetivos y satisfacción.

Es posible diseñar indicadores que puedan obtenerse en un plazo razonable. En algunos casos, estos indicadores serán subrogados porque, por ejemplo, la mortalidad no es adecuada como métrica en determinados procesos. Sin embargo, hay otros indicadores útiles que se pueden emplear.

Además, estos datos deberían complementarse con evaluaciones de satisfacción en tres niveles: la del paciente, la del médico que deriva al paciente, y la del propio evaluador que analiza las peticiones o resultados. Esto permitiría una visión más integral y equilibrada.

José Luis Calleja

Yo todavía creo que casi todos los que tenemos experiencia en esto sabemos que es un esfuerzo continuado. Hacer un esfuerzo puntual tiene un efecto de tres meses; a los tres meses desaparece el efecto de la intervención. Y yo creo que esto que planteas, Fernando, por ejemplo, en esta Comunidad de Madrid no puedes obligar a ningún médico a pedir una consulta para hacer una derivación. Políticamente no te lo autorizan.

Fernando Alberca

Hay comunidades donde hay hospitales que operan de una forma y otros de otra.

José Luis Calleja

Al final, creo que el objetivo del grupo de trabajo debe ser proporcionar una serie de soluciones generales que luego puedan adaptarse localmente, ya que cada área tendrá sus

particularidades. Sin embargo, disponer de protocolos consensuados entre una sociedad científica de atención primaria y otra de aparato digestivo podría ser un buen punto de partida. Esto facilitaría la negociación o el diálogo con atención primaria.

Es cierto que tenemos un sistema de salud con las características que conocemos, como mencionaba Raúl: la medicina primaria no está jerarquizada, carece de una organización interna sólida y opera bajo un sistema basado en cupos, casi diseñado hace décadas, donde el médico de primaria atiende a cualquier paciente que llega, sin una estructura clara. Este es el sistema con el que trabajamos, y si esperamos que eso cambie, probablemente nos jubilaremos enfrentando los mismos problemas de demanda y demora en las consultas.

Por lo tanto, contar con documentos que sirvan como base para negociar y establecer acuerdos en cada zona puede ser un primer paso pragmático hacia la mejora.

María Dolores Martín

Lo que planteas refuerza la importancia de los protocolos consensuados a nivel nacional, pero también subraya los desafíos de implementación, especialmente en un entorno donde los médicos de atención primaria enfrentan una sobrecarga asistencial.

La idea de herramientas tecnológicas actualizadas en tiempo real es fundamental, sobre todo para simplificar decisiones en áreas clave como el seguimiento de pólipos, antecedentes familiares de cáncer colorrectal o esteatosis. Además, la experiencia que compartes sobre el modelo de consulta previa en cardiología y su próxima implementación en digestivo parece prometedora. Combina la atención prioritaria para casos urgentes con un soporte claro y directo para los médicos de primaria, logrando reducir listas de espera y mejorar la satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes.

El enfoque en la formación bidireccional y el acompañamiento mediante un especialista consultor crea un puente efectivo entre los niveles asistenciales. Además, el uso de cartas informativas para los pacientes no solo aporta transparencia, sino que también refuerza la confianza en el sistema. Será interesante evaluar los resultados del modelo en digestivo una vez implementado, especialmente en términos de accesibilidad y calidad asistencial.

Daniel Ceballos

Nosotros tuvimos dos reclamaciones en el 2023 por la percepción del paciente de no haber sido atendido por digestivo. Dos. ¿Es significativo?; no lo creo.

Joan Carles Quer

Yo discrepo un poco de la idea de que debemos crear protocolos desde arriba. Pienso que, al menos en parte, hay que hacerlo de manera más localizada, como hemos trabajado en Cataluña durante más de 5 años con atención primaria. En este sentido, me adhiero al comentario del Dr. Crespo en nuestro blog, donde planteó un decálogo de cosas que no se deben hacer al relacionarse con primaria. Si optamos por desarrollar protocolos de manera centralizada, estaremos incumpliendo ese decálogo. Con primaria, la relación debe ser transversal y, mientras tanto, es importante que sus gerentes y gestores respalden y bendigan esta interrelación.

Sin embargo, hay que hacerlo a nivel local porque las realidades son muy distintas. Por ejemplo, las herramientas utilizadas por atención primaria en Madrid son completamente

diferentes a las que utiliza Cataluña. Por lo tanto, los procesos asistenciales integrados deben personalizarse en función de las herramientas y necesidades locales.

Respecto al médico de familia, se menciona a menudo que está sobrecargado con muchas patologías distintas. Sin embargo, no debemos olvidar que el médico de familia es un especialista formado durante 4 años vía MIR, y dentro de su perfil profesional debe incluirse un nivel de resolución adecuado de la patología digestiva. Nuestro objetivo debe ser pactar mecanismos que le permitan cumplir con ese papel de la mejor manera posible. Por ello, considero que debemos trabajar en escenarios concretos y evitar una gestión centralizada, ya que eso solo nos llevará nuevamente al fracaso.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Optimización de los procesos asistenciales para una adecuada cobertura de la demanda. Puntos clave, propuestas y recomendaciones.

Ponente

Fernando Carballo Álvarez.

Coordinador ejecutivo de INNOVA.

Coautores

Enrique Domínguez-Muños.

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Víctor Orive Calzada.

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo.

RESUMEN

La ponencia, asumida por Fernando Carballo Álvarez en sustitución de Enrique Domínguez-Muñoz, analiza la optimización de los procesos asistenciales como elemento clave para garantizar una adecuada cobertura de la demanda sanitaria en los servicios de aparato digestivo. Enmarcada en la jornada dedicada al área temática de acceso, demanda y cobertura de servicios del proyecto INNOVA Digestivo, la intervención se centra en reforzar conceptos ya tratados en la jornada previa, evitando reiteraciones y destacando aspectos esenciales para la eficiencia organizativa.

Se plantea que la optimización de la atención sanitaria debe fundamentarse en cinco pilares: la eficiencia operativa, la innovación tecnológica, la colaboración multidisciplinar, la estandarización de protocolos asistenciales y la formación continua de los profesionales. Asimismo, se enfatiza la importancia de garantizar la equidad en el acceso a la atención, integrando criterios de justicia distributiva en el diseño e implementación de las estrategias de mejora. Estas líneas estratégicas no se presentan como nuevos desarrollos doctrinales, sino como síntesis y refuerzo de los contenidos ya abordados con anterioridad.

Se considera que las recomendaciones presentadas en el área temática de recursos humanos son también aplicables a esta ponencia, sin que sea necesario añadir nuevas recomendaciones específicas. Sin embargo, se presentan dos propuestas de trabajo orientadas a la profundización en aspectos pendientes de análisis. La primera propuesta plantea la realización de un estudio sobre las percepciones de salud y las expectativas de la población en relación con el modelo asistencial, con el objetivo de identificar cómo influyen dichas percepciones en la gestión de la demanda sanitaria y diseñar estrategias educativas que promuevan una participación ciudadana más consciente y activa. La segunda propuesta se centra en la creación de un grupo de trabajo sobre equidad en el acceso a la demanda y cobertura de servicios, con el fin de garantizar que las innovaciones sanitarias se incorporen de manera equitativa y de reducir las desigualdades injustificadas en el acceso a la atención.

Ambas propuestas fueron sometidas a votación estimativa por parte de los participantes. La propuesta sobre educación sanitaria y expectativas de la población recibió un 50 % de votos

favorables, un 25 % de votos neutros y un 25 % de votos desfavorables. La propuesta sobre equidad en el acceso obtuvo un 60 % de apoyo, un 26,67 % de voto neutral y un 13,33 % de voto desfavorable. Estos resultados reflejan un respaldo moderado que obliga a una reflexión crítica sobre su viabilidad futura, condicionando su desarrollo a la existencia de un compromiso claro por parte de un grupo de investigadores del proyecto.

PONENCIA

Enrique Domínguez iba a presentar esta ponencia en la que hemos colaborado ambos, pero, debido a causas mayores, no ha podido asistir. Le disculpamos y asumo la presentación en su lugar.

El proceso de acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios incluye la demanda como elemento esencial. Es precisamente sobre este aspecto del que se ha estado ocupando Daniel Ceballos en la primera ponencia. Pero a partir de ahí, se trata de optimizar los procesos asistenciales para atender esa demanda y, en consecuencia, ofrecer un servicio eficiente. Este enfoque ha sido el eje central desde la primera ponencia presentada en este proyecto, ya desde la primera jornada, y continuará siendo importante en la última de las que se presenten. En resumen, es la esencia de la gestión.

Además, habrá un módulo específico dedicado a la calidad y la seguridad del paciente, con la participación del Comité de Calidad y Gestión de la SEPD, lo que refuerza esta convergencia en la gestión sanitaria.

Por ello, me limitaré a insistir sobre dos ideas clave que ya han sido planteadas y realizaré dos propuestas en lugar de recomendaciones.

El objetivo principal de la ponencia es analizar cómo optimizar la eficiencia en los procesos asistenciales para garantizar una adecuada cobertura de las crecientes necesidades de la población.

La figura 1 resume la esencia de la ponencia, que funciona como un compendio de los aspectos clave tratados a lo largo de la primera jornada, dedicada a la adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos. Se abordó esta adecuación y gestión eficiente desde la perspectiva de los jefes de servicio. También se discutió sobre el desempeño profesional, destacando la importancia de la capacitación, la motivación y la eficiencia. Miguel Jiménez profundizó en los procesos de alta complejidad y frecuencia. Y en un futuro, en las próximas jornadas, se tratarán la innovación y el uso de la tecnología, y la calidad y seguridad del paciente. Por ello, no vamos a repetir conceptos ya expuestos, sino nos centraremos en reforzar los temas principales.

A tener en cuenta que esta ponencia

Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos

Segunda ponencia marco

Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos desde la perspectiva de los jefes de servicio de aparato digestivo

Maria Dolores Martin Arranz

Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos

Primera ponencia del grupo específico de trabajo

Adecuación profesional al desempeño: incorporación, desarrollo profesional y gestión de la motivación y de la eficiencia

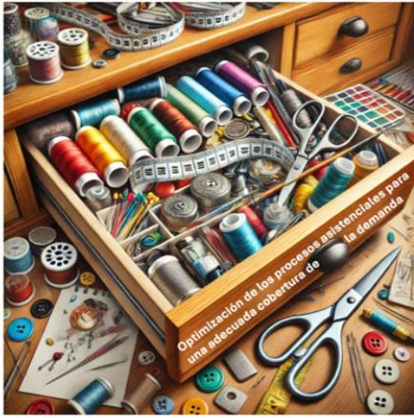
Ángel Caunedo Álvarez

Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos

Segunda ponencia del grupo específico de trabajo

Los recursos humanos en la gestión de procesos de alta frecuencia y/o complejidad

Miguel Jiménez Pérez



Calidad y seguridad del paciente



Innovación y tecnología
(incluyendo inteligencia artificial [IA])



es un poco un cajón de sastre

Figura 1. Temas ya tratados en la primera jornada de INNOVA Digestivo y áreas temáticas pendientes de desarrollar en el futuro dentro del proyecto que deben tenerse en cuenta en esta ponencia.

Los puntos clave a considerar en esta ponencia incluyen el análisis de la situación actual, estrategias de optimización, capacitación continua e impacto en la calidad del servicio. Asumimos que estos aspectos ya se han discutido ampliamente a lo largo de la jornada, por lo que no es necesario volver a desarrollarlos en detalle en esta presentación.

Por tanto, el análisis de la situación actual ya se ha abordado previamente en otras intervenciones. No es necesario profundizar más en ello, ya que el contexto está claramente establecido y entendido por todos.

Una parte importante de este análisis se ha realizado previamente al identificar los problemas y retos (1).

Las estrategias de optimización también han sido abordadas. Se ha hablado de los protocolos clínicos, la implementación de la telemedicina, el uso de la inteligencia artificial y otras herramientas tecnológicas. Todo esto ya se ha estado discutiendo ampliamente a lo largo de las distintas sesiones, por lo que no es necesario reiterarse.

Lo mismo ocurre con la implementación; ya se ha discutido previamente y se han mencionado aspectos clave. Por lo tanto, nos centraremos en trabajar sobre ello de manera práctica, en lugar de seguir añadiendo más contenido doctrinal a lo ya expuesto.

El fomento del desarrollo y los procesos de capacitación es un tema recurrente que, como hemos visto, ocupa una gran parte de las discusiones de hoy. Es fundamental seguir avanzando en estos aspectos para garantizar una mejora continua en los servicios.

Un análisis del impacto en la calidad es algo obvio y esencial. Esto incluye evaluar cómo las estrategias implementadas afectan tanto la atención brindada al paciente como los

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

resultados generales del sistema de salud, asegurando que cualquier optimización realmente aporte valor.

Por tanto, las conclusiones de esta ponencia son claras:

1. Necesitamos eficiencia operativa para garantizar una adecuada cobertura de la demanda asistencial.
2. La innovación tecnológica debe ser un pilar para implementar herramientas como la inteligencia artificial y la telemedicina.
3. Es imprescindible el trabajo multidisciplinario que fomente la colaboración entre niveles y servicios.
4. La estandarización es fundamental para garantizar una uniformidad en los protocolos asistenciales.
5. La formación continua de los profesionales es un eje central que ya se ha trabajado ampliamente en esta jornada.
6. Por último, no podemos olvidar la importancia de la equidad en la atención, asegurando que las soluciones lleguen a todos los usuarios del sistema de forma justa.

Estos puntos han surgido en gran parte durante la jornada y resumen aspectos esenciales para continuar avanzando en este ámbito.

Recomendaciones y propuestas de estudios y desarrollos

Las eventuales recomendaciones que podrían ser aplicadas a esta ponencia ya se han establecido al abordar el área temática de adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos

Pero si cabe proponer dos propuestas que son iniciativas de trabajo que considero clave para abordar temas pendientes y fundamentales en nuestro análisis:

1. Impacto de las expectativas de la población sobre el modelo de asistencia sanitaria y la atención de salud, con un enfoque en cómo mejorar o influir a través de estrategias de educación sanitaria. Ello no busca una modulación forzada, sino promover una participación más consciente y activa de la población en la gestión de su propia demanda asistencial. Este tema, planteado inicialmente por Javier Crespo, resalta la importancia de integrar las expectativas ciudadanas en el diseño y funcionamiento de los servicios.
2. Equidad en el acceso a la atención sanitaria, un aspecto crítico que no hemos podido tratar en profundidad hasta ahora, pero que merece un análisis detallado. Este tema busca identificar y trabajar sobre las desigualdades existentes para garantizar un acceso justo y uniforme a los servicios asistenciales en todas las regiones y contextos.

La primera propuesta consiste en la realización de un estudio sobre las percepciones de salud y expectativas de la población, en el que se analice la influencia de las percepciones de salud y las expectativas de la población sobre nuestro modelo de atención sanitaria. El objetivo principal sería identificar cómo estas expectativas afectan la eficiencia del sistema asistencial y, a partir de ello, diseñar acciones educativas dirigidas a fomentar una mayor

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

participación ciudadana en la gestión de la demanda asistencial. Esto se enmarca dentro de una estrategia de creación de valor en salud, promoviendo una relación más activa y responsable entre el sistema y los usuarios.

Y la segunda se titula Equidad en el acceso a la demanda y cobertura de servicios, centrándose en constituir un grupo de trabajo dentro del proyecto INNOVA Digestivo para abordar de manera rigurosa el tema de la equidad en el acceso a la atención sanitaria. Este grupo trabajaría en dos vertientes fundamentales:

1. Incorporación de recursos innovadores de eficacia probada: Analizar cómo garantizar que las innovaciones en el ámbito sanitario lleguen de forma equitativa a todas las áreas y niveles asistenciales, asegurando que ningún sector quede desatendido.
2. Reducción de desigualdades y barreras: Identificar y trabajar en la disminución de barreras y desigualdades injustificadas, así como en la reducción de la variabilidad en la prestación de atención sanitaria que no esté respaldada por criterios clínicos sólidos.

El objetivo principal es garantizar que todos los pacientes puedan acceder de manera equitativa a los servicios sanitarios, independientemente de su ubicación geográfica o situación socioeconómica.

Estas dos propuestas van a ser sometidas a votación estimativa por parte de la audiencia a continuación.

Resultado de las votaciones estimativas

La propuesta sobre educación sanitaria y expectativas de la población ha recibido una opinión favorable del 50 %, con un 25 % de voto neutral y otro 25 % de voto desfavorable.

La que versa sobre la equidad en el acceso, demanda y cobertura de servicios, ha sido apoyada por el 60 %, con un 26,67 % de voto neutral y un 13,33 % de voto desfavorable.

Estos resultados obligan a reflexionar sobre la viabilidad de ambas propuestas que requerirían para su desarrollo de, al menos, un compromiso claro por parte de un grupo de investigadores para ser desarrolladas.

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 S.pdf>.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Debate tras de la ponencia “Optimización de los procesos asistenciales para una adecuada cobertura de la demanda. Puntos clave, propuestas y recomendaciones”
presentada por Fernando Carballo Álvarez

Participantes

Daniel Ceballos Santos. Ponente. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Fernando Carballo Álvarez. Coordinador ejecutivo de INNOVA.

Agustín Albillos Martínez. Presidente de la SEPD. Coordinador general de INNOVA. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

José Luis Calleja Panero. Moderador y Co-director de INNOVA Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Javier Crespo Martínez. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

RESUMEN

El debate posterior a la ponencia sobre optimización de los procesos asistenciales para una adecuada cobertura de la demanda se centró en el análisis de las propuestas de estudio planteadas, particularmente en relación con la educación sanitaria de la población y la equidad en el acceso a los servicios. Los participantes discutieron la viabilidad y relevancia de ambas líneas de trabajo, subrayando tanto sus potenciales beneficios como las dificultades inherentes a su desarrollo.

En relación con la propuesta sobre la educación de la población en salud, se cuestionó si la limitada respuesta favorable podía deberse a una percepción pesimista sobre la posibilidad de influir en las expectativas ciudadanas. Se destacó que la demanda asistencial actual refleja esas expectativas y que, para modularla eficazmente, es imprescindible comprender primero en qué se basan. Se reconoció, sin embargo, que cambiar las expectativas sociales en su conjunto es una tarea de gran complejidad y fuera del alcance de acciones a corto plazo. No obstante, se identificó que existen ámbitos concretos, como el cribado de cáncer de colon o el abordaje de patologías como el sobrecrecimiento bacteriano intestinal, en los que la educación sanitaria puede tener un impacto positivo y factible. Se concluyó que, aunque la educación poblacional generalizada puede ser inalcanzable, la educación dirigida a aspectos específicos sí constituye un objetivo realista y que las sociedades científicas deben asumir este compromiso.

Respecto a la equidad en el acceso a los servicios asistenciales, los participantes coincidieron en que, a pesar de la existencia de un acuerdo mayoritario para abordar este problema, el nivel de apoyo no fue tan alto como cabría esperar dada su importancia. Se remarcó la necesidad de garantizar una cartera de servicios básicos equitativa en todo el territorio, señalando que actualmente ni siquiera dentro de una misma comunidad autónoma se logra una homogeneidad completa. Se insistió en que la equidad debe ser una prioridad para los profesionales y las organizaciones, a pesar de las dificultades estructurales del sistema.

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Finalmente, se apuntó la necesidad de profundizar en el conocimiento de ambos temas antes de desarrollar acciones específicas. Se propuso como primer paso realizar una revisión crítica de la literatura y un análisis riguroso de la situación actual, utilizando herramientas como clubes de lectura o espacios de reflexión estructurada. Se consideró que solo a partir de un conocimiento sólido se podrá plantear una estrategia de intervención realista y efectiva tanto en el ámbito de la educación sanitaria como en el de la equidad en el acceso.

DEBATE

Daniel Ceballos

¿La respuesta a la propuesta sobre la promoción educativa de la población ha sido limitada porque quizá nuestra percepción sobre las expectativas de la población es pesimista?

Fernando Carballo

Creo que habría que preguntar directamente a la población para conocer su opinión, ¿no? Nuestra posición actual es muy subjetiva. Sin embargo, hay un hecho claro: la demanda es la que es. Y si queremos modular esa demanda, necesitamos comprender las expectativas de la población y en qué se basan. Por lo tanto, deberíamos empezar a interesarnos seriamente en este tema.

Daniel Ceballos

Por el efecto Tocqueville, las expectativas de una sociedad opulenta como en la que vivimos tienden a ser de máximos.

Fernando Carballo

Y la inducción a la medicalización por razones económicas es brutal. En su origen, estamos implicados nosotros mismos.

Agustín Albillos

Creo que, respondiendo a tu pregunta, esto me parece bastante alejado del enfoque que hemos estado trabajando aquí. Nos hemos centrado principalmente en acciones concretas y acuerdos operativos que puedan implementarse a corto y medio plazo. En cambio, educar a la población, conocer sus expectativas y modificar estas percepciones parece algo fuera del alcance de lo que podemos hacer de forma directa y con un impacto significativo.

Por otro lado, en cuanto al tema de la equidad, me ha sorprendido que, aunque haya habido un acuerdo, este no ha sido particularmente alto. Sin embargo, considero que es un aspecto clave en el que deberíamos centrarnos. Cuando analizamos nuestras consultas, las endoscopias o el acceso a programas de cribado, se hace evidente que es un área que merece nuestra atención y esfuerzo.

José Luis Calleja

Estoy de acuerdo con lo que se ha comentado. Conocer las expectativas de la población no implica necesariamente cambiarlas o mejorarlas, pero sí creo que es importante entenderlas. Alguien tiene que trabajar sobre estas bases. Nosotros operamos en un

sistema que tiene recursos limitados, y eso no va a cambiar. Por lo tanto, nuestra responsabilidad es adecuar los recursos que tenemos a esas expectativas.

Es evidente que no todas podrán cumplirse, y somos conscientes de ello, pero conocerlas sigue siendo fundamental para cualquier planificación. También coincido en que una de las prioridades debería ser garantizar que el Sistema Nacional de Salud cuente con una cartera básica de servicios equitativa. Esto, sin embargo, sabemos que no ocurre, ni siquiera dentro de una misma comunidad autónoma. Es una cuestión clave que merece nuestra atención.

Javier Crespo

Ni siquiera dentro de una misma comunidad autónoma se logra una homogeneidad completa. En una reunión con Inmaculada Fernández discutimos que cambiar o educar a toda la población es imposible, pero tenemos la obligación de educarla parcialmente en aspectos concretos donde sí podemos influir.

Voy a poner dos ejemplos claros en los que creo que podemos marcar una diferencia. El primero es el cribado de cáncer de colon, que actualmente se realiza de manera inadecuada. En el caso del cáncer de mama, se ha demostrado que una educación adecuada y sostenida, apoyada por organismos públicos, privados, sociedades científicas y la inclusión activa de los pacientes, puede lograr mejoras significativas. Este enfoque debería extenderse a otros ámbitos.

El segundo ejemplo es el SIBO (sobrecrecimiento bacteriano intestinal), una patología que, aunque aún no sabemos si tiene una base sólida o si está siendo sobrediagnosticada, ocupa una parte importante de las derivaciones actuales. Aquí también es fundamental educar tanto a los profesionales como a los pacientes sobre lo que es razonable esperar y lo que no.

En definitiva, aunque filosóficamente educar a toda la población sea un objetivo inalcanzable y no nos competa completamente, educar en aspectos específicos es un objetivo factible. Creo firmemente que las sociedades científicas tienen la obligación de asumir este rol.

Fernando Carballo

Estoy totalmente de acuerdo con vosotros. Lo que me gustaría trasladar es que, aunque nuestra capacidad de maniobra no es infinita, sí tenemos una amplia posibilidad de ser flexibles en la gestión de las situaciones. Sin embargo, para poder educar en el futuro, tanto en aspectos parciales como generales, primero necesitamos entender el problema. Y probablemente, en este momento, no lo conocemos lo suficientemente bien.

Por ello, mi propuesta inicial sería documentarnos. Esto implica buscar literatura, consultar bibliografía y analizar el tema en profundidad. Incluso podríamos plantear herramientas como un club de lectura, un grupo de revisiones o un espacio de lectura crítica. Estas son opciones que tenemos a nuestra disposición y que podrían ayudarnos a estructurar este conocimiento.

Por otro lado, respecto al tema de la equidad, considero que merece una aproximación rigurosa. Es un problema que nos compete como profesionales y, aunque tal vez no podamos resolverlo completamente, sí debemos posicionarnos. Este paso es fundamental para asumir nuestra responsabilidad en este ámbito y avanzar en posibles soluciones.

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

Recomendaciones y propuestas en el acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios: coordinación con atención primaria y optimización de procesos en la gestión de la demanda.

Ceballos Santos, Daniel, Quer Boniquet, Joan Carles, Carballo Álvarez, Fernando, Domínguez-Muñoz, Enrique, Orive Calzada, Aitor, Crespo García, Javier, Gómez Rodríguez, Rafael, Nos Mateu, Pilar, Alberca de las Parras, Fernando, Albillos Martínez, Agustín, Calleja Panero, José Luis, en nombre del Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo.

RESUMEN

El proyecto INNOVA Digestivo, promovido por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), tiene como objetivo impulsar la mejora de la calidad asistencial y organizativa de los servicios de aparato digestivo en España mediante la identificación sistemática de problemas estratégicos y la formulación de propuestas de innovación adaptadas a la realidad sanitaria. En este marco, el área temática de acceso, demanda y cobertura de servicios ha abordado algunos de los desafíos estructurales que condicionan la eficiencia, la equidad y la capacidad de respuesta de estos servicios.

El trabajo desarrollado en esta área temática siguió la metodología general del proyecto: partiendo de la identificación y priorización de problemas y retos, se realizó un análisis detallado mediante ponencias específicas y debates estructurados. A partir de este análisis, se formularon recomendaciones y propuestas de estudio o desarrollo, que fueron sometidas a un proceso de votación formal por parte del conjunto de los investigadores, utilizando un cuestionario REDCap.

Entre los puntos clave identificados destacan la necesidad de mejorar la coordinación estructurada entre atención primaria y los servicios de aparato digestivo; la inadecuación en las derivaciones y la ausencia de sistemas de triaje eficaces; las desigualdades territoriales en el acceso a prestaciones y tecnologías innovadoras; la falta de medición sistemática de indicadores de accesibilidad y adecuación de la demanda; y el impacto creciente de las expectativas de salud de la población en la generación de demanda asistencial. Asimismo, se subrayó la importancia de optimizar los procesos asistenciales, aplicar estrategias de telemedicina y priorizar la equidad en el acceso.

Los resultados finales muestran un respaldo muy mayoritario a las recomendaciones orientadas a la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, tanto en términos de grado de acuerdo como de valoración de relevancia. Las propuestas de estudio sobre educación sanitaria y equidad en el acceso recibieron un apoyo moderadamente favorable, situándose como líneas de trabajo estratégicas que deberán ser objeto de desarrollo progresivo.

El trabajo realizado en esta área temática no establece un posicionamiento institucional cerrado, pero sí define un primer marco de prioridades para orientar las acciones futuras. La apertura de líneas de análisis estratégicas en acceso, demanda y cobertura contribuye de manera significativa al propósito global de INNOVA Digestivo, reforzando la estrategia de promover la innovación adaptada a los problemas reales que condicionan el funcionamiento de los servicios de aparato digestivo y el futuro de la atención sanitaria en nuestro sistema.

INTRODUCCIÓN

El proyecto INNOVA Digestivo, promovido por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), tiene como propósito contribuir al fortalecimiento de la calidad asistencial y organizativa de los servicios de aparato digestivo en España, mediante la formulación de propuestas de innovación que permitan mejorar su funcionamiento y capacidad de respuesta a las necesidades sanitarias (1). Como primer paso estratégico, el proyecto abordó la identificación y priorización de los problemas y retos que afectan a estos servicios (2), estableciendo así una base sólida sobre la que desarrollar el análisis detallado de áreas temáticas específicas y plantear soluciones orientadas a su resolución o adaptación.

Entre estas áreas temáticas (tabla 1) se encuentra la dedicada al acceso, la gestión de la demanda y la cobertura de servicios, en la que se han abordado algunos de los problemas estructurales más relevantes que afectan al funcionamiento eficiente y equitativo de los servicios de aparato digestivo. En el marco de esta área temática, se diseñó un proceso de trabajo estructurado que incluyó la realización de ponencias específicas, el debate en jornada presencial de los principales puntos críticos y la formulación inicial de recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos.

Tabla 1. Áreas temáticas seleccionadas en el proyecto INNOVA Digestivo para su análisis detallado, debate entre los investigadores en jornadas presenciales y elaboración consensuada de recomendaciones y propuestas de estudios o desarrollos.

Área temática
Adecuación y gestión eficiente de los recursos humanos
Acceso, demanda y cobertura de servicios
Innovación y tecnología (incluyendo inteligencia artificial [IA])
Calidad y seguridad del paciente

Como resultado del trabajo desarrollado, se han establecido una serie de recomendaciones y propuestas de estudio que constituyen el primer paso para orientar las líneas de actuación futuras en el ámbito del acceso, la gestión de la demanda y la cobertura de servicios en aparato digestivo. Aunque en esta área temática el nivel de madurez alcanzado no permite considerar cerrado un posicionamiento definitivo, que pueda asumirse institucionalmente, los resultados obtenidos representan una base sólida para la evolución y desarrollo de las acciones estratégicas que se impulsarán en el marco del proyecto INNOVA Digestivo.

Este documento recoge los resultados alcanzados, dentro del proyecto, en el área temática de acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios, integrando las recomendaciones y propuestas de estudio formuladas, junto con la valoración de su grado de acuerdo y relevancia por parte de los investigadores, y ofreciendo una base para orientar las futuras líneas de trabajo en los servicios de aparato digestivo en esta área temática.

METODOLOGÍA

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

La metodología aplicada en el área temática de acceso, demanda y cobertura de servicios del proyecto INNOVA Digestivo se ha desarrollado siguiendo el esquema general establecido para el conjunto del proyecto (1). El trabajo partió de la definición de los problemas y retos específicos de esta área (tabla 2), a partir de la fase previa de identificación y priorización realizada por un grupo de investigadores compuesto por jefes de servicio representativos de los servicios de aparato digestivo españoles, y se orientó a su análisis mediante la elaboración de dos ponencias temáticas —una dedicada a la coordinación del proceso de acceso y gestión de la demanda y la otra a la optimización de los procesos asistenciales para una adecuada cobertura de esa demanda— como base para la formulación inicial de recomendaciones y propuestas de estudio o desarrollo. Estas ponencias, con sus respectivos debates, pueden consultarse en la correspondiente sección de esta monografía.

Tabla 2. Asignación de problemas y retos al área temática de “Acceso, demanda y cobertura de servicios”, ordenados por su promedio de relevancia en una escala de 1 a 5. El núm. de orden indica su posición en cuanto a ese problema, o reto, en el conjunto de los problemas y retos.

Orden	Problemas	Relevancia
1	Listas de espera prolongadas	4,46
6	Demanda asistencial inadecuada desde AP	3,85
11	Desigualdad en la accesibilidad	3,69
15	Coordinación entre niveles y continuidad asistencial inadecuadas	3,46
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

A partir del análisis realizado, se formularon recomendaciones y propuestas de estudio o desarrollo, que fueron presentadas y discutidas en la segunda jornada presencial de INNOVA Digestivo, celebrada el 3 de noviembre de 2024. Tras esta presentación inicial, se realizó una primera votación estimativa entre los asistentes, destinada a valorar el grado de acuerdo u opinión favorable sobre cada una de las formulaciones planteadas (cuyos resultados también se reflejan en las ponencias antes presentadas). Posteriormente, las recomendaciones y propuestas ya revisadas, teniendo en cuenta tanto los resultados estimativos como los debates realizados entre los investigadores y los asistentes a la jornada, fueron sometidas en su versión definitiva a una votación formal mediante un

cuestionario REDCap dirigido al conjunto de los investigadores del proyecto, en el que se evaluó tanto el grado de acuerdo o de opinión favorable como la relevancia asignada a cada una de ellas. En la tabla 3 se recogen las preguntas realizadas y sus opciones de respuesta.

Tabla 3. Preguntas y opciones de respuesta utilizadas en el consenso para establecer el grado de acuerdo con las recomendaciones y el de opinión con las propuestas de estudio o desarrollo, así como el grado de relevancia otorgada a cada una en el consenso formal establecido con todos los investigadores.

Recomendaciones	Pregunta	Opciones de respuesta
	¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?	• Completamente en desacuerdo (= 1) • En desacuerdo (= 2) • Ni en desacuerdo ni de acuerdo (= 3) • De acuerdo (= 4) • Completamente de acuerdo (= 5)
Propuestas	Pregunta	Opciones de respuesta
	¿Qué opina de esta propuesta?	• No merece la pena (= 1) • No es prioritario (= 2) • Bueno, puede hacerse (= 3) • Conviene hacerlo (= 4) • Adelante con ello desde ya (= 5)
Recomendaciones y propuestas	Pregunta	Opciones de respuesta
	¿Qué grado de relevancia otorga a esta recomendación/propuesta?	• Nada relevante (=1) • Poco relevante (= 2) • Relevancia intermedia (= 3) • Bastante relevante (= 4) • Muy relevante (= 5)

Las recomendaciones y propuestas formuladas fueron evaluadas considerando tres aspectos: el grado de acuerdo en el caso de las recomendaciones, la opinión favorable en el caso de las propuestas de estudio o desarrollo, y la relevancia en ambos casos. Para cada uno de estos aspectos se utilizó, como queda registrado en la tabla 3, una escala ordinal de tipo Likert de cinco opciones, puntuadas de 1 a 5, adaptadas al objetivo de evaluación

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

correspondiente. El grado de acuerdo y la opinión favorable se expresan mediante el porcentaje de respuestas que obtuvieron puntuaciones de 4 o 5 ("de acuerdo" o "completamente de acuerdo" en las recomendaciones; "conviene hacerlo" o "adelante con ello desde ya" en las propuestas). Además, se calculó el promedio de las puntuaciones obtenidas como medida adicional del grado de aceptación. El análisis de los resultados se completó mediante el cálculo de medidas de dispersión, incluyendo la desviación estándar, la varianza y el rango intercuartílico, para valorar la consistencia de las respuestas y la distribución de las valoraciones entre los investigadores.

RESULTADOS

En la tabla 4 se presentan los diferentes puntos clave considerados en las ponencias de esta área temática.

Tabla 4. Puntos clave definidos en las ponencias presentadas dentro del área temática de "Acceso, demanda y cobertura de servicios".

Puntos clave
Mejora de la coordinación entre atención primaria y los servicios de aparato digestivo.
Adecuación de las derivaciones desde atención primaria.
Protocolos asistenciales consensuados entre niveles asistenciales.
Sistemas de revisión de la demanda.
Participación en la planificación estratégica de accesibilidad y circuitos asistenciales.
Desigualdades territoriales en el acceso a prestaciones, tecnologías y recursos innovadores.
Medición sistemática de indicadores de accesibilidad y adecuación de la demanda asistencial.
Impacto creciente de las expectativas de salud de la población en la generación de demanda asistencial.
Estrategias de educación sanitaria dirigidas a gestionar las expectativas ciudadanas-
Optimización de los procesos asistenciales para mejorar la cobertura de la demanda.
Estandarización de protocolos y vías clínicas para reducir la variabilidad y mejorar la eficiencia.
Telemedicina y consultas virtuales para mejorar el acceso y liberar recursos asistenciales.
Inteligencia artificial y herramientas predictivas para la gestión de citas, priorización y optimización de recursos.
Formación continua de los profesionales en gestión del tiempo, uso de tecnologías asistenciales y habilidades de eficiencia operativa.
Innovación en calidad asistencial, tiempos de espera y satisfacción del paciente.

Equidad en el acceso, reduciendo barreras, desigualdades y variabilidad no justificada.

En las tablas 5 y 6 se presentan los resultados finales obtenidos para cada una de las dos recomendaciones (tabla 5) y las dos propuestas (tabla 6), detallándose la formulación definitiva de cada una de ellas, el grado de acuerdo en porcentaje y en promedio, así como el promedio del grado de relevancia, otorgados por los investigadores, y a pie de cada formulación el porcentaje de voto neutral y de desacuerdo para las recomendaciones u opinión desfavorable para las propuestas. El cuestionario fue cumplimentado por 56 de los 57 investigadores del grupo, lo que refuerza la representatividad y consistencia de los resultados obtenidos.

Tabla 5. Recomendaciones consensuadas en el área temática de “Acceso demanda y cobertura de servicios”, con expresión de los porcentajes y promedios de acuerdo y relevancia.

Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Creación de un grupo de trabajo para la relación entre atención primaria y digestivo	%	Promedio	Promedio
Se propone la formación de un grupo de trabajo que fortalezca y optimice la relación entre atención primaria y aparato digestivo y se ocupe de: - Identificación de demanda más prevalente desde AP. - Revisión de la <i>lex artis</i> del abordaje asistencial. - Creación de grupo de trabajo entre sociedades de AP y DIG.	94,63	4,52	4,39
Porcentaje de voto neutral	5,36		
Porcentaje de voto en desacuerdo	0,00		
Recomendación	Acuerdo		Relevancia
Elaboración consensuada de protocolos	%	Promedio	Promedio
Se propone la formación de un grupo de trabajo que trabaje en: - Desarrollo de protocolos asistenciales consensuados. - Despliegue formativo/informativo de protocolos.	92,86	4,50	4,32

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

- Implementación del cumplimiento de protocolos. - Medición de adecuación			
Porcentaje de voto neutral	7,14		
Porcentaje de voto en desacuerdo	0,00		

Tabla 6. Propuestas de estudios y desarrollos consensuadas en el área temática de “Acceso, demanda y cobertura de servicios”, con expresión de los porcentajes y promedios del grado de opinión favorable y de relevancia.

Propuesta	A favor		Relevancia
Educación sanitaria y expectativas de la población	%	Promedio	Promedio
Se propone la realización de un estudio que analice la influencia de las percepciones de salud y las expectativas de la población sobre nuestro modelo de atención sanitaria y el diseño de acciones educativas que ayuden al incremento de eficiencia del sistema entendiéndola como creación de valor en salud.	67,86	3,73	3,68
Porcentaje de voto neutral	25,00		
Porcentaje de voto desfavorable	7,14		
Propuesta	A favor		Relevancia
Equidad en el acceso, demanda y cobertura de servicios	%	Promedio	Promedio
Se propone organizar la constitución de un grupo de trabajo dentro de INNOVA Digestivo que se ocupe de realizar una aproximación rigurosa al tema de la equidad en el acceso en la atención sanitaria tanto en la vertiente de la incorporación de recursos innovadores de eficacia probada como en la disminución de las desigualdades, barreras y variabilidad no justificada.	78,57	4,00	3,86
Porcentaje de voto neutral	17,86		
Porcentaje de voto desfavorable	3,57		

DISCUSION

ACCESO, GESTIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE SERVICIOS

El acceso, la gestión de la demanda y la cobertura de servicios constituyen uno de los pilares fundamentales que condicionan la eficiencia, la calidad y la equidad en la atención prestada en los servicios de aparato digestivo. En este sentido, el trabajo desarrollado en esta área temática dentro del proyecto INNOVA Digestivo ha permitido no solo identificar los principales problemas existentes, sino también establecer prioridades de actuación y líneas de desarrollo que orienten las acciones futuras.

La identificación y el análisis de los puntos clave extraídos de las ponencias y debates han puesto de manifiesto diversas áreas críticas que requieren atención prioritaria. Entre ellas destaca la necesidad de mejorar la coordinación entre atención primaria y los servicios de aparato digestivo, superando los déficits actuales en los circuitos de derivación y optimizando la adecuación de la demanda asistencial. Se ha evidenciado la importancia de establecer protocolos asistenciales consensuados entre niveles asistenciales como instrumento para garantizar la homogeneidad y la eficiencia en el acceso. Asimismo, se ha subrayado la necesidad de utilizar herramientas de triaje y teleconsulta de manera sistemática, con el fin de optimizar los procesos de acceso y gestionar la demanda de forma más eficaz. Otra dimensión relevante ha sido la identificación de desigualdades en el acceso a prestaciones y tecnologías innovadoras, junto con la constatación de la falta de medición sistemática de los resultados relacionados con la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios. Por último, se ha señalado la influencia creciente de las expectativas de salud de la población en el incremento de la demanda, destacando la necesidad de considerar estrategias de educación sanitaria que modulen dichas expectativas de forma realista.

En el marco de este análisis, se formularon recomendaciones y propuestas de desarrollo orientadas a abordar las áreas prioritarias detectadas. Los resultados de la votación formal muestran un respaldo muy mayoritario a las recomendaciones centradas en la mejora de la coordinación entre atención primaria y los servicios de aparato digestivo, tanto en términos de grado de acuerdo como de relevancia percibida. Este apoyo confirma la necesidad de consolidar mecanismos de comunicación efectivos y de establecer protocolos consensuados que permitan optimizar el proceso de acceso y gestionar la demanda de forma más adecuada.

En cuanto a las propuestas de estudio, los resultados reflejan un apoyo moderadamente favorable. La propuesta relativa a la equidad en el acceso, la demanda y la cobertura de servicios obtuvo un respaldo superior al de la propuesta orientada a la educación sanitaria de la población, si bien ambas se consideran líneas de interés estratégico que merecen ser exploradas y desarrolladas. Estos resultados indican que, aunque existe un reconocimiento de la importancia de estos ámbitos, su desarrollo efectivo requerirá un impulso adicional y un compromiso investigador sostenido.

El trabajo realizado en esta área temática no constituye un posicionamiento institucional cerrado, sino que define un primer marco de prioridades y de apertura de líneas de trabajo que deberán ser objeto de consolidación progresiva. La madurez alcanzada es incipiente en comparación con otras áreas del proyecto INNOVA Digestivo, lo que subraya la necesidad de continuar el desarrollo metodológico, de fortalecer los mecanismos de colaboración entre niveles asistenciales y de consolidar los espacios de trabajo conjunto entre atención primaria y digestivo.

En conclusión, la integración de la mejora del acceso, la gestión adecuada de la demanda y la garantía de cobertura equitativa en los servicios de aparato digestivo refuerza el propósito general de INNOVA Digestivo de promover la innovación orientada a la resolución de

problemas reales y relevantes. La definición de estas líneas de avance, aunque aún incipiente, constituye un paso necesario para abordar de forma estratégica los desafíos que condicionan el futuro de la atención digestiva en nuestro sistema sanitario.

REFERENCIAS

1. Albillos Martínez A, Alberca de las Parras F, Calleja Panero JL, Carballo Álvarez F, Grupo de investigadores de INNOVA Digestivo. Objetivos y metodología general del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva [pdf]. Madrid: Sociedad Española de Patología Digestiva; 2025 [consultado 24 May 2025]. Disponible en: <https://admin.sepd.es/storage/innova/PUBLICACIONES/OBJETIVOS%20Y%20METODOLOG%C3%8DA.pdf>.
2. 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>.

APLICABILIDAD Y PROYECCIÓN

Aplicabilidad y proyección

Agustín Albillos Martínez, Fernando Alberca de las Parras, José Luis Calleja Panero y Fernando Carballo Álvarez.

La presente monografía constituye un primer paso estratégico para abordar de manera activa los problemas de acceso, gestión de la demanda y cobertura de servicios en los servicios de aparato digestivo. A partir del análisis de los principales problemas y retos detectados y de la formulación de recomendaciones y propuestas iniciales, se ofrece un marco de referencia para orientar futuras líneas de trabajo destinadas a mejorar la organización y la atención en este ámbito, en consonancia con el propósito general del proyecto INNOVA Digestivo.

La aplicabilidad de los resultados alcanzados en esta área se traduce, en esta fase, en la identificación de prioridades de mejora y en la definición de propuestas que deben ser desarrolladas y contrastadas mediante estudios específicos y trabajos de colaboración entre servicios. La Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) asume el compromiso de promover la continuidad de este esfuerzo a través de la creación de grupos de trabajo y del impulso de acciones dirigidas a consolidar las líneas de avance detectadas. La implementación de mejoras concretas será, por tanto, el resultado de este proceso posterior de desarrollo y validación.

De manera particular, se considera esencial la puesta en marcha de cuatro grupos de trabajo que permitan trasladar a la práctica los principales ejes de desarrollo.

Dos de estos grupos, los principales, se orientarán a fortalecer la coordinación entre atención primaria y los servicios de digestivo: uno destinado a la optimización de las relaciones entre atención y primaria y digestivo buscando una aproximación conjunta orientada a una medicina centrada en el paciente y al valor en salud, y otro, relacionado claramente con lo anterior, dirigido a la definición y extensión de protocolos conjuntos de derivación y priorización.

Un tercer grupo se ocupará del análisis de las expectativas de la población respecto del modelo de atención sanitaria. Se trata de un desarrollo paralelo que se aborda en esta área temática, dada la importancia de conocer mejor esas expectativas y valorar intervenciones de alineamiento entre ellas y la atención sanitaria verdaderamente ofrecida en una doble vertiente: la posible modulación hacia una demanda más adecuada mediante educación sanitaria, pero, también, de auténtica adecuación del propio modelo a las necesidades reales de los usuarios.

El cuarto grupo, dedicado al análisis de la equidad en el acceso, la gestión de la demanda y la cobertura es una gran oportunidad que surge, también en paralelo, de abordar un tema de enorme calado ético. Uno de los aspectos a considerar, el del acceso a la innovación tecnológica, se abordará de manera específica en el área temática de Innovación y Tecnología y en la monografía correspondiente.

La efectividad y la sostenibilidad de las mejoras propuestas exige continuidad, mediante la coordinación entre los diferentes grupos de trabajo, y la integración de sus resultados en la estrategia general institucional, adaptándose a las necesidades cambiantes de los servicios y de la población.

