

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

**NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE SEGUIMIENTO
DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL EQUIPO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE DIABETES MELLITUS
TIPO 2 Y OTRAS ENFERMEDADES
CARDIORRENOMETABÓLICAS. PROYECTO SARAP
DEPARTAMENTO ALICANTE - HOSPITAL GENERAL**

Alumno: Miguel Molina Agulló

Tutor: Manuel Sánchez Molla

Máster Universitario en Gestión Sanitaria
Curso 2024-2025



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 19/05/2025

Nombre del tutor/a	Manuel Sánchez Molla
Nombre del alumno/a	Miguel Molina Agulló
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y OTRAS ENFERMEDADES CARDIORRENOMETABÓLICAS ASOCIADAS EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO CARAP DEPARTAMENTO ALICANTE - HOSPITAL GENERAL.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	250516010840
Código de autorización COIR	TFM.MGS.MSM.MMA.250516
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **NUEVO MODELO ORGANIZATIVO DE CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y OTRAS ENFERMEDADES CARDIORRENOMETABÓLICAS ASOCIADAS EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO CARAP DEPARTAMENTO ALICANTE - HOSPITAL GENERAL.** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN DE LA MEMORIA

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO ACTUAL

2. JUSTIFICACIÓN

II. PLAN ESTRATÉGICO

1. METODOLOGÍA: MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

2.1. ANÁLISIS EXTERNO

A. Organización del SNS y marco legislativo nacional

B. Características generales del Servicio Valenciano de Salud.

Plan estratégico Autonómico (Estrategia AP 2022-2023

Comunidad Valenciana)

C. Análisis demográfico

D. Factores económicos

2.2. ANÁLISIS INTERNO

A. Estructura del Equipo de Atención Primaria en el departamento 19: organigrama y recursos disponibles (humanos, materiales)

B. Cartera de servicios de Atención Primaria

C. Actividad asistencial y modelos de atención. Tendencias futuras de la Atención Primaria

2.3. MATRIZ DAFO - CAME

3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

4. PLAN DE ACTUACIÓN: PROYECTO SARAP

4.1. RECURSOS

4.2. ANÁLISIS ECONÓMICO

4.3. EVALUACIÓN, RESULTADOS BUSCADOS Y CRONOGRAMA

4.4. LIMITACIONES Y CONDICIONANTES ÉTICOS

5. CONCLUSIONES

6. BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

1. DIAGRAMA SARAP
2. DIABETES MELLITUS TIPO 2
3. OBESIDAD
4. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
5. HIPERTENSIÓN
6. INSUFICIENCIA CARDÍACA
7. SOLICITUD ANALÍTICA
8. REGICOR
9. SCORE2 y SCORE2-OP
10. ESTADIO ERC
11. CRONOGRAMA
12. EDEMAS
13. NYHA
14. EVALUACIÓN IC
15. CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
16. MATRIZ DAFO Y CAME
17. INDICADORES SARAP

ACRÓNIMOS

AP: Atención Primaria

CIAP: Centro de Investigación de Atención Primaria de la Universidad Miguel Hernández

CV: Comunidad Valenciana

EAP: Equipo de Atención Primaria

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

FRCV: Factores de Riesgo Cardio-Vascular

ISABIAL: Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante

MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria

SARAP: Seguimiento de Alta Resolución en Atención Primaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

TICs: Tecnologías de la Información y Comunicación

VPH: Virus del Papiloma Humano

ZBS: Zonas Básicas de Salud

I. PRESENTACIÓN DE LA MEMORIA

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO ACTUAL

La diabetes mellitus tipo 2 representa uno de los mayores retos para el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana, no sólo por su elevada prevalencia estimada en un 8,29% según datos del Ministerio de Sanidad de 2023, (1) sino por la morbilidad cardiovascular y los costes asistenciales relacionados. Además, según datos del estudio *di@bet.es*, la prevalencia total real en adultos a nivel nacional es del 13,8%, estimando un 6% de casos no diagnosticados. (2)

En los últimos años se han elaborado diversos estudios con el propósito de evaluar el grado de control de los FRCV en los pacientes atendidos en Atención Primaria en Europa. El estudio *Diamond2* subraya la importancia de implementar estrategias que permitan un manejo más efectivo de la enfermedad en el ámbito de la Atención Primaria. (3) Otro de ellos fue el desarrollado por Orozco-Beltrán D, et al., en el que se analizan los factores que afectan a la adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2 y se proponen estrategias prácticas para mejorarla, como educación poblacional y uso de tecnologías en comunicación. (4)

Junto con la diabetes, otras entidades como la enfermedad renal crónica o la insuficiencia cardíaca suponen las principales enfermedades crónicas tratadas en Atención Primaria. (5) Tal y como advierte la OMS y respaldan los análisis de diversos estudios científicos, se prevé un aumento sostenido en la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares durante las próximas décadas, lo que incrementará de forma significativa la carga asistencial que suponen y, en consecuencia, la necesidad de reforzar estrategias de seguimiento estructurado desde el primer nivel asistencial. (6)

La sobrecarga en las consultas de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana es una realidad ampliamente documentada. A pesar de los esfuerzos por aumentar los recursos humanos, persiste un déficit estructural de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y un colapso organizativo que limita la eficiencia del sistema. Según los datos más recientes publicados en el Informe Anual del SNS, España presenta un déficit de 4.500 médicos de familia, cifra que podría aumentar

en los próximos años debido a una fuga hacia otras áreas con mejores condiciones laborales y mayor reconocimiento social. (5, 7)

En este contexto, la incorporación de nuevas tecnologías e inteligencia artificial en las consultas del siglo XXI se ha convertido en una herramienta estratégica para mejorar la eficiencia, liberar carga asistencial y optimizar el seguimiento de pacientes crónicos. Esta transformación digital, ya en curso en otras regiones europeas, abre oportunidades para modelos innovadores de gestión clínica telemática, como el que se propone en este proyecto. (8)

2. JUSTIFICACIÓN

Esta memoria pretende analizar la forma de trabajo actual en las consultas de Atención Primaria del departamento 19 (Alicante-Hospital General) de la Comunidad Valenciana, proponiendo a continuación el diseño e implementación de un nuevo modelo organizativo de **seguimiento de alta resolución en Atención Primaria (SARAP)** sobre diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades cardiorrenometabólicas. Su propósito principal será complementar y mejorar la actividad asistencial del Equipo de Atención Primaria en términos de eficiencia (mejores resultados en salud con menor coste posible) y sostenibilidad del sistema de salud público, adaptándose a las necesidades y características de la sociedad actual.

II. PLAN ESTRATÉGICO

1. METODOLOGÍA

MISIÓN

El propósito fundamental del proyecto SARAP es mejorar el seguimiento y control de personas con diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades cardiorrenometabólicas asociadas. Esto se realiza mediante una sistemática proactiva, coordinada y optimizada para conseguir una atención eficiente, resolutive y de calidad, adaptada a las necesidades de la población actual y a la realidad de un sistema sanitario público que debe implementar cambios organizativos para poder ser sostenible.

VISIÓN

Aspiramos a que el modelo sea reconocido como una referencia en innovación organizativa y asistencial, consiguiendo la implementación en la cartera de servicios de Atención Primaria del departamento de salud 19. Nuestro objetivo a largo plazo es consolidar un modelo escalable a nivel autonómico, promoviendo un nuevo paradigma asistencial en Atención Primaria que persigue la eficiencia clínica, la calidad asistencial y el trabajo en equipo multidisciplinar.

VALORES

Los principios que inspiran este modelo organizativo en Atención Primaria se alinean con el compromiso ético y profesional del Sistema Nacional de Salud y el marco estratégico autonómico. Entre los valores fundamentales destacan:

Sostenibilidad de la sanidad pública, defendiendo su carácter universal, equitativo, accesible y de calidad.

Calidad y eficiencia, orientando la práctica clínica hacia resultados en salud medibles y sostenibles.

Empatía y humanización, situando al paciente en el centro de la atención.

Trabajo en equipo, promoviendo la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales.

Liderazgo y cultura del esfuerzo, con implicación activa y motivación del profesional sanitario.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

2.1. ANÁLISIS EXTERNO

A. Organización del SNS y marco legislativo nacional.

La organización del Sistema Nacional de Salud se encuentra basada en la Constitución Española de 1978, artículo 43. Legislativamente se engloba dentro de la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad, la cuál sentó las bases de un sistema público, universal y descentralizado. Desde el Ministerio de Sanidad se realizó la transferencia de la gestión a las comunidades autónomas, que ejercen sus

competencias a través de las Consejerías de Sanidad manteniendo una relación y coordinación central con el Ministerio. Territorialmente se creó para su gestión las Áreas de Salud como unidad fundamental, constituidas cada una de ellas por las Zonas Básicas de Salud (ZBS), las cuales podrán integrarse por uno o varios Equipos de Atención Primaria y contarán con al menos un centro de salud.

El SNS ha elaborado en los últimos años un **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria**, aprobando recientemente el **Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027**. En él se resalta la importancia de la fidelización y atracción del talento señalando en su artículo 1.2 “...una mayor flexibilidad tanto en horarios como en organización y gestión de su actividad, para mejorar la motivación de los profesionales”. En la presente memoria se pretende resaltar el papel de la Atención Primaria (AP) en las estrategias de salud tanto a nivel nacional como autonómico, lo cual justifica el papel de este servicio que se pretende consolidar en el manejo de patologías crónicas con alta calidad asistencial y capacidad de resolución.

B. Características generales del Servicio Valenciano de Salud. Plan estratégico autonómico (Estrategia AP 2022-2023 Comunidad Valenciana)

El Servicio Valenciano de Salud se encuentra regulado principalmente por la **Ley 10/2014, del 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana**. Se organiza territorialmente en 24 departamentos de salud, cada uno con hospital de referencia y diversos centros de atención primaria integrados en las conocidas zonas básicas de salud. El departamento 19 es el Dpto. Salud Alicante-Hospital General, el cual cuenta con el Hospital General Universitario Doctor Balmis y 10 zonas básicas de salud. (9)

Valiéndose de iniciativas nacionales, así como los aprendizajes extraídos de la crisis sociosanitaria que provocó la pandemia Covid-19, la Consellería elaboró el **Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022-23**. Este plan autonómico tiene como propósito situar la AP en el eje central del sistema. Recientemente fue creada además la **Dirección General de Atención Primaria**. En septiembre de 2024 se publicó el **Proyecto de Decreto del Consell**, sobre la nueva estructura, organización y funcionamiento de la AP, donde se pretende afianzar la apuesta por las actividades preventivas y comunitarias desde este nivel asistencial. (10)

C. Análisis demográfico.

La Comunidad Valenciana (CV) ha experimentado un notable crecimiento poblacional en las últimas décadas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la Comunidad Valenciana presentaba un total de 5.389.550 habitantes al inicio del tercer trimestre de 2024, destacando como la comunidad líder en crecimiento a nivel nacional en este período. (11) Al igual que otros territorios españoles de costa y junto con Madrid, la CV es un destino atractivo tanto turístico como residencial para extranjeros. El ascenso censal y la diversidad cultural, junto con el envejecimiento poblacional, se convierten así en protagonistas de la planificación y gestión sanitarias de la comunidad para los próximos años. Por su parte, el Dpto. Alicante Hospital-General acoge una población censal de 275.000 personas, según los últimos datos del año 2024. (12)

Estos factores demográficos, junto con el aumento de la esperanza de vida y los avances científicos, sitúan a las enfermedades crónicas en la tasa de mayor de consumo de recursos sanitarios. Se calcula que las personas con enfermedades crónicas generan el 80% de las consultas de AP, (13) debido a su tasa de polimedicación, años de evolución y posibilidad de padecer complicaciones graves. Si además tenemos en cuenta el aumento de la demanda de consultas no demorables por patología aguda y la sobrecarga burocrática, definimos el conjunto de factores de mayor relevancia en el aumento de la demanda asistencial en los servicios de Atención Primaria.

En los últimos años y especialmente tras la pandemia de COVID-19, la percepción de salud y el uso de los sistemas sanitarios ha cambiado significativamente, siendo uno de los efectos más evidentes la sobreutilización. El miedo a enfermedades graves, la falta de comunicación, el exceso de información mal empleada o la cultura de la inmediatez entre otros factores ha llevado a una expectativa poco realista de resolución rápida de cualquier problema de salud. La consecuencia es un sentimiento de frustración de la población, una presión adicional sobre el sistema y un desgaste laboral significativo del personal sanitario, especialmente en Atención Primaria. Para abordar esta crisis es necesario un cambio en la educación sanitaria de la población, así como una reorganización del sistema que reduzca la carga asistencial y mejore la eficiencia de los procesos asistenciales. Un triaje por parte de

personal entrenado (figura de administrativo sanitario) previo a la consulta, una agenda por prestaciones, la diferenciación de consulta “primera” y “sucesiva” o un manejo más compartido entre categorías profesionales son algunas de las medidas que se deberían trasladar desde el modelo hospitalario al de atención primaria para dotar a este de mejores condiciones de trabajo.

D. Factores económicos

La pandemia por Covid-19 se convirtió en un punto de inflexión en materia económica sobre la capacidad del sistema sanitario de garantizar una asistencia rápida, sofisticada y sostenible en el tiempo, dado el brusco aumento de consumo de recursos que dejó al descubierto las debilidades estructurales del SNS. Por otro lado, el incremento de las plantillas no discurre a la misma velocidad que el crecimiento de su población, situación agravada por el relevo generacional insuficiente ante la alta tasa de jubilaciones en el período actual. Abordar este reto no parece suficiente con medidas como la extensión incentivada de la edad de jubilación o el incremento progresivo de las plazas MIR de formación. Es por ello que se pretende en esta memoria aportar valor sobre la capacidad resolutoria de la consulta de Atención Primaria, “hacer más con menos”.

Los recientes presupuestos de la Comunidad Valenciana asignan 9.170 millones de euros a sanidad, lo que representa el 38% (sin contar gastos extraordinarios como los derivados de la DANA). Si bien los medios de comunicación destacan el aumento presupuestario para Atención Primaria en 47 millones en términos absolutos, otra lectura diferente es que ha bajado más de 1% la asignación a este nivel asistencial respecto al presupuesto total sanitario del ejercicio anterior. Cabe destacar las reivindicaciones del personal sanitario y asociaciones científicas sobre la necesidad de que al menos un 25% del gasto sanitario total se destine a AP (actualmente ronda el 19%). Esta demanda está basada en la figura de la AP como el nivel asistencial más eficiente, cercano y resolutorio, y el que mejor permite contener el gasto hospitalario a medio plazo. La falta crónica de inversión estructural, de personal y de tiempo clínico, especialmente en zonas tensionadas, pone en peligro su sostenibilidad y calidad.

2.2. ANÁLISIS INTERNO

A. Estructura del Equipo de Atención Primaria en el departamento 19: organigrama y recursos disponibles (humanos, materiales)

El **Equipo de Atención Primaria (EAP)** es la estructura multidisciplinar de profesionales sanitarios y no sanitarios que garantiza una atención integral y coordinada a la población asignada de una zona básica de salud. Según la normativa vigente, el EAP está compuesto por:

- **Grupo A:** médicos de familia, pediatras y odontólogos.
- **Grupo B:** enfermeras de familia y comunitaria, matronas y fisioterapeutas.
- **Grupo C:** trabajadores sociales.
- **Grupo D:** técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), personal administrativo y celadores.

El **Organigrama del EAP** se alinea con la estructura de Conselleria para todo el departamento de salud. Recientemente con la publicación del Proyecto de Decreto del Consell se ha equiparado la figura de Jefatura de sección.

- Dirección de Atención Primaria.
- Jefatura de servicio de AP.
- Jefatura de sección de AP (Jefe de Zona Básica de Salud, anterior Coordinación Médica de AP).
- Coordinación de Enfermería de AP.
- Jefatura de personal de administración.

En relación a **recursos disponibles** ya introducidos anteriormente, el departamento de Salud Alicante-Hospital General está integrado por 12 centros de salud y 6 consultorios auxiliares articulados en 10 ZBS. De forma individualizada cada una de estas ZBS puede contar con otros servicios tales como Odontopediatría, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Fisioterapia o Unidad de Conductas Adictivas. Estas unidades dotan de servicio tanto a la población de su ZNB como a las adyacentes que no cuentan de forma intrínseca con dichos servicios. (14)

En cuanto a los **recursos humanos**, la plantilla de personal de Atención Primaria consta según datos de 2023 (los más recientes publicados hasta la fecha de

elaboración de esta memoria) de 829 profesionales sanitarios y no sanitarios, correspondiendo a un 17,61% del total de la plantilla del departamento. En cuanto al personal facultativo, AP constituye cerca de un 28%. (9)

B. Cartera de servicios de Atención Primaria

La **Ley 10/2014 de Salud de la Comunitat Valenciana** y el **Decreto 74/2007** regulan la estructura y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria, destacando su papel en la prevención, promoción y coordinación comunitaria.

Actualmente y como se ha descrito, en los centros de salud interviene un equipo multiprofesional que lleva a cabo un amplio abanico de actividades, las cuales podemos clasificar atendiendo a dos criterios. [Consultar Anexo 15]

También se han incluido progresivamente las actividades de investigación y docencia, a través de unidades como el Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), universidades (Universidad Miguel Hernández y Universidad de Alicante) y el propio sistema Médico Interno Residente (MIR).

C. Actividad asistencial y modelos de atención. Tendencias futuras de la Atención Primaria

Desde hace 40 años la Atención Primaria ha experimentado una transformación significativamente positiva en su forma de actuación, desde el modelo de consultorios hacia los centros de salud. El primer centro de salud en el departamento de Alicante fue Ciudad Jardín en 1986. En ellos se ha intentado ir construyendo unos servicios de alta complejidad y calidad, de base generalista e integrados por diversos profesionales que dotan de multidisciplinaridad y visión comunitaria a las actividades que llevan a cabo. Estas unidades se han erigido como el pilar fundamental del sistema sanitario, actuando como puerta de entrada y nexo de unión entre los diferentes dispositivos asistenciales con los que un paciente podrá tener contacto a lo largo de su vida. Todo ello respetando los valores intrínsecos de la atención comunitaria como son la accesibilidad, longitudinalidad, continuidad asistencial, su visión integral y su papel en el empoderamiento de pacientes y familiares sobre su propia salud y comunidad.

No obstante, estos mismos valores la han convertido en la parte del sistema sanitario más vulnerable a las crisis sanitarias, la desgobernanza política y la pérdida de eficiencia. Así, muchos autores o participantes del modelo sanitario actual consideran que también ha coexistido un empobrecimiento y menosprecio a la Atención Primaria, y en concreto a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. El modelo tradicional de asistencia sanitaria en Atención Primaria se basa en gran medida en la demanda espontánea del paciente, es decir, en el acceso a consulta en función de sus propias percepciones de necesidad, sin que existan criterios de priorización ni filtros clínicos claros. Este modelo, si bien garantiza una accesibilidad universal y relativamente inmediata, conlleva importantes limitaciones cuando se trata de dar respuesta eficiente y estructurada a las necesidades de salud de personas con enfermedades crónicas.

El siglo XXI ha traído mejoras en la forma de comunicación y prestación de servicios a la población, aprovechando las innovaciones en materia de tecnologías de la información y comunicación (TICs). En los últimos años e impulsado por los cambios circunstanciales agudos que provocó la pandemia COVID-19, se ha normalizado la consulta telefónica, la mensajería instantánea o incluso la videoconsulta.

Habiendo situado la atención a la cronicidad como elemento fundamental del gasto sanitario, cabe mencionar las implicaciones particulares que tiene la atención de la patología aguda en los centros de Atención Primaria. Continuando de nuevo con el Proyecto de Decreto del Consell de Atención Primaria y Comunitaria, merece tener en consideración el artículo 54: *“Se considerará atención no demorable cuando el paciente considere que no puede esperar a la primera cita ordinaria disponible que se le asigne”*. Debemos tener en cuenta que el aumento del número de consultas atendidas por un mismo profesional en un tiempo limitado irá siempre en detrimento de la calidad asistencial. De esta ecuación se origina un inexcusable debate sobre la gestión de la demanda no demorable de la población, de forma que no afecte al desarrollo de las actividades en prevención, promoción de la salud y control de patologías crónicas. Sin embargo, de forma diaria las consultas de AP se ven desbordadas por la afluencia de pacientes con patologías agudas y demanda de resolución inmediata, (15) interfiriendo no sólo en la calidad del servicio, sino también en la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios. Ante esta dicotomía, la solución ya implementada por numerosas

comunidades autónomas con resultados muy satisfactorios es la separación de ambas actividades con la creación de los Puntos de Asistencia Sanitaria 24 horas.

Según datos extraídos de la memoria del departamento de salud, (9) en los servicios de Atención Primaria se valoraron en el año 2023 más de 1.400.000 consultas médicas de adultos y pacientes pediátricos. Si se tiene en cuenta la actividad de enfermería, la cifra ascendería a 2.070.000. Aún habría que añadir los servicios de atención continuada, matrona y trabajo social. Por otro lado, el número de consultas médicas a nivel hospitalario fue de 617.000. Teniendo en cuenta que la plantilla de Atención Primaria corresponde a un 17,6% del total del departamento, cabría esperar unas cifras de actividad hospitalaria mucho más elevadas si se extrapolan los datos. El peso en plantilla de facultativos (70% hospitalaria vs. 28% atención primaria) frente al número de consultas anuales sugiere que el personal de los centros de salud soporta una mayor presión asistencial. Aunque el análisis comparativo entre la asistencia hospitalaria y de atención primaria no es objeto de esta memoria ni posee la metodología para realizarlo es posible inferir algunas hipótesis al respecto.

Una de ellas es el mayor **ratio de paciente** por facultativo de atención primaria frente al hospitalario, lo que se podría explicar en parte por la (aparente) menor complejidad de sus motivos de consulta. No obstante esta afirmación cuenta con numerosos matices. Aunque en la literatura revisada no se han encontrado estudios que comparen el **número promedio de motivos de consulta** entre médicos de atención primaria y hospitalarios, la experiencia profesional orienta hacia una tasa más elevada en los centros de salud. Algunas de las explicaciones son que se trata del primer nivel asistencial (por tanto no se ejerce el “filtro” por otro servicio), su accesibilidad (tanto geográfica como temporal para concertar una cita) y la propia naturaleza holística de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Otro de los motivos es el tipo de **actividad más diversa** que realiza la plantilla hospitalaria contemplando ingresos, intervenciones quirúrgicas, técnicas diagnósticas e intervencionistas y atención urgente, además de la actividad de consultas externas en hospital y en centros de especialidades.

2.3. MATRIZ DAFO - CAME [Consultar Anexo 16]

3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

Estrategia 1: Diseño del Seguimiento de Alta Resolución en Atención Primaria (SARAP)

Esta primera línea constituye el eje central de la memoria y consiste en la implementación de un nuevo modelo de consulta que nace de una estrategia de gestión del propio sistema y profesional sanitario, diferenciándose de la demanda poblacional habitual.

El **plan de actuación** se iniciará desde una búsqueda proactiva a través del sistema **Alumbra** de estratificación poblacional de la Comunidad Valenciana, permitiendo a cada facultativo la identificación de casos según información sociodemográfica y clínica. La finalidad es obtener una clasificación de la población que atiende cada profesional, orientado en función de diferentes indicadores (*consultar apartado Evaluación*). El listado de pacientes resultante de la búsqueda servirá para elaborar un listado de citación de consulta no presencial en la que el profesional trabajará sobre la revisión de estas historias clínicas. El análisis efectuado generará unas actividades a llevar a cabo, las cuales podrán realizarse según su naturaleza en el mismo acto clínico, de forma telemática o derivar en una consulta programada con presencia del paciente (bien por parte del mismo profesional u otro de igual o diferente categoría profesional). [Consultar Diagrama SARAP (Anexo 1)]

Las actividades que podrán efectuarse como parte del estudio y seguimiento de los diferentes diagnósticos clínicos o población objetivo se recogen en los **anexos 1 a 5** (**diabetes mellitus tipo 2, obesidad, enfermedad renal crónica, hipertensión, insuficiencia cardíaca**).

Los **objetivos principales** serán:

- A. Mejora del control y seguimiento de personas con diabetes mellitus tipo 2 por el equipo de Atención Primaria.
- B. Mejora del diagnóstico, control y seguimiento de enfermedades del eje cardiorrenometabólico por el EAP.

- C. Disminución de la variabilidad en la asistencia a las personas con enfermedades cardiovasculares, así como reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a estas patologías.

Estrategia 2: Implementación de la consulta no presencial en la cartera de servicios de Atención Primaria

Tal como se ha descrito, la implementación de SARAP tendrá una base telemática, con el fin de agilizar la búsqueda y revisión proactiva por parte del profesional. La justificación de esta modalidad complementaria y no presencial es incrementar la eficiencia del modelo asistencial tradicional que tal como se ha descrito en el análisis interno conlleva importantes limitaciones (seguimiento reactivo a la demanda del paciente en lugar de a las necesidades reales, agendas saturadas de demandas “de bajo valor” que generan desigualdad asistencial para la población y desgaste para los profesionales, coste de oportunidad elevado en detrimento de la prevención secundaria).

El **plan de actuación** consistirá en incorporar de forma estructurada la consulta no presencial en la cartera de servicios del equipo de Atención Primaria, mediante la revisión sistemática y telemática de forma proactiva, lo que permitirá detectar necesidades clínicas optimizando el uso del tiempo asistencial disponible y priorizando las intervenciones de mayor valor para la salud de la población.

Los **objetivos** buscados serán:

- D. Disminución de la hiperfrecuentación y demora en Atención Primaria.
- E. Optimización de la asistencia ofrecida desde AP.
- F. Fomento de las actividades proactivas por parte del EAP.

Estrategia 3: Protocolización del modelo compartido Enfermería - Médico. Revisión de las vías clínicas de diabetes mellitus tipo 2 y otras enfermedades del eje cardiorrenometabólico

La atención de cualquier patología requiere un enfoque integral, coordinado y multidisciplinar. Desde hace tiempo los expertos y las guías de práctica clínica abogan por esta sistemática de trabajo en el Centro de Salud, alejándose de la visión médico-centrista para construir una holística que englobe la

multiprofesionalidad que lo enriquece. Establecer un **modelo colaborativo y protocolizado** favorece la eficiencia, la calidad del cuidado y la continuidad asistencial, optimizando el papel de cada profesional en función de sus competencias. El **plan de actuación** de este proyecto es la elaboración/revisión de protocolos internos basados en guías y vías de práctica clínica procedentes de sociedades nacionales e internacionales (SEMERGEN, semFYC, SEC, ESC, SED, EASD, ADA, SEN, KDIGO)*, adaptados a la realidad local.

Los **objetivos** perseguidos son:

- G. Actualización de protocolos y programas de salud en Atención Primaria - Departamento 19.
- H. Optimización y homogeneización de los registros relacionados con enfermedades crónicas.
- I. Afianzamiento del modelo colaborativo Médico-Enfermero en el seguimiento de enfermedades crónicas.
- J. Aumento de la autonomía e importancia de enfermería en el control de enfermedades crónicas.
- K. Mejora de la calidad asistencial en Atención Primaria.

** SEC (Sociedad Española de Cardiología), ESC (European Society of Cardiology), SED (Sociedad Española de Diabetes), EASD (European Association for the Study of Diabetes), ADA (American Diabetes Association), SEN (Sociedad Española de Nefrología), KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes).*

Estrategia 4: Uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs)

Es necesario incorporar los avances tecnológicos recientes para optimizar la educación sanitaria que podemos trasladar a la población. Una persona con buena conciencia de enfermedad y conocimientos sobre promoción de la salud será siempre sinónimo de mayores logros en salud a un coste menor y sostenible en el tiempo.

El **plan de actuación** conllevará una primera fase de estudio de mercado y sistemas sanitarios similares a fin de realizar propuestas de modernización del modelo corporativo actual. La segunda etapa consistirá en la integración progresiva de estas nuevas herramientas tecnológicas con análisis periódicos para evaluar su

efecto. Ejemplos de estas medidas de innovación son la difusión de infografías sobre educación sanitaria a través de plataformas digitales (SMS, correo electrónico), la creación de una red social que represente a la Atención Primaria a nivel departamental y la gestión de demanda a través de estrategias sin presencia del paciente (consulta administrativa, telemática, Inteligencia Artificial).

Los **objetivos** serán:

- L. Aumento de la eficiencia en la consulta de Atención Primaria.
- M. Disminución de la hiperfrecuentación y demora en AP.
- N. Empoderamiento del paciente con enfermedad cardiovascular en la gestión de su enfermedad a través de la educación sobre determinantes de salud.

Estrategia 5: Cambio de paradigma del modelo organizativo y asistencial de la Atención Primaria

Se han descrito algunas de las barreras de acceso e implicaciones negativas del modelo actual de la Atención Primaria (centrado en la demanda espontánea, ausencia de filtro o triaje, consultas estandarizadas bajo un único formato, tiempo limitado de consulta, exceso de burocracia...).

Numerosos expertos subrayan desde hace años la necesidad de un nuevo plan organizativo para AP. Este **plan de actuación**, aunque de mayor responsabilidad en la meso y macrogestión, debe contener cambios como:

- Un triaje o aproximación del motivo de la demanda por parte de personal entrenado (figura de administrativo sanitario) previo a la consulta que facilite su priorización.
- Una agenda por prestaciones y con diferenciación de consulta “primera” y “sucesiva”.
- Mayor autonomía y flexibilidad organizativa en Atención Primaria.
- Un mejor reparto de la carga asistencial entre las diferentes categorías profesionales que componen el equipo de Atención Primaria.

En este sentido es importante destacar que el cambio de paradigma no implica únicamente modificar las agendas o las funciones. Las últimas crisis económicas y sanitarias han puesto en relevancia la importancia de avanzar hacia una Atención

Primaria que actúe como eje vertebrador del sistema sanitario liderando la atención a la cronicidad.

Los **objetivos** buscados son:

- A. Implementación de estructuras de gestión de la demanda que permitan una priorización más adecuada.
- B. Consolidación del papel de Atención Primaria como coordinador principal de la atención a la cronicidad.
- C. Promoción de un modelo organizativo en AP más resolutivo, flexible y autónomo.

Estrategia 6: Docencia, investigación e innovación

Esta estrategia busca equiparar en Atención Primaria el tiempo e importancia que ya poseen la investigación y la docencia en el ámbito hospitalario, constituyendo el principal camino hacia la excelencia profesional, seguridad para el paciente y calidad asistencial. El **plan de actuación** trata de formalizar espacios dentro y fuera de la jornada ordinaria para estas actividades, fomentando una cultura de mejora continua y colaboración con instituciones formativas (MIR, Universidad) e investigadoras (ISABIAL, CIAP).

Los **objetivos** planteados son:

- A. Revisión del plan formativo.
- B. Incremento de los centros docentes en Atención Primaria para universidades y MIR.
- C. Aumento de la participación del personal de Atención Primaria en proyectos de investigación (ISABIAL, CIAP).

Estrategia 7: Perspectiva del usuario y satisfacción del profesional

El **plan de actuación** consistirá en incorporar de forma sistemática la opinión de pacientes y profesionales en la planificación y evaluación de los servicios, mediante encuestas de satisfacción, espacios de participación y circuitos de retroalimentación continua. Se tratará de adaptar la atención a las expectativas realistas, reforzar el vínculo terapéutico y favorecer entornos laborales motivadores y centrados en la calidad total.

Los **objetivos** buscados son:

- O. Aumento de la satisfacción del profesional y paciente.
- P. Incremento del nivel de participación del paciente en su proceso de salud.
- Q. Impulso de la calidad total.

4. PLAN DE ACTUACIÓN: PROYECTO SARAP

Los planes de acción ya han sido descritos en las diferentes líneas estratégicas presentadas. A continuación se presentarán los recursos necesarios, la organización, su evaluación y el resultado buscado.

4.1. RECURSOS

Personal: Este proyecto está diseñado para implementarse en los servicios actuales de Atención Primaria, por lo que un aspecto muy positivo es que no requiere de contratación de personal facultativo, enfermería o administrativo. La consulta será llevada a cabo tanto por personal médico como enfermería. En el caso de los facultativos será condición obligatoria la categoría de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El personal administrativo recibirá formación sobre las competencias específicas en gestión de agendas y apoyo digital.

Ubicación: Consulta habitual de los Centros de Salud.

Material: Ordenador, impresora y teléfono con auriculares.

Tecnología digital: Aunque la consulta no requiere de software diferente al ya disponible en Atención Primaria (SIA Abucasis y Orion Clinic), es pertinente el planteamiento de desarrollo de un sistema de interconexión que permita unificar tanto resultados de pruebas complementarias como anotaciones de médicos y enfermería en una misma plataforma. Actualmente trabajamos con programas informáticos diferentes generalmente según el ámbito hospitalario o AP, lo cual supone una clara barrera de comunicación que resta eficiencia. El sistema de anotación principal para todas las categorías profesionales será las hojas de evolución por diagnóstico activado, las cuales permiten la visualización integrada de los contactos de enfermería y médico. Por último y con el fin de disponer de un sistema de almacenamiento seguro de los datos generados a partir de las revisiones, cada profesional podrá exportar los listados de pacientes a formato Excel

creando una base de datos codificada y personalizada. Además se propone la colaboración con el proyecto que actualmente se está llevando a cabo por parte de ISABIAL en el desarrollo de un lago de datos a nivel departamental.

Disponibilidad: Se calcula una duración media estimada de revisión por paciente de 10 minutos. La periodicidad de estas agendas específicas será inicialmente cada 15 días.

Formación: Aparte de la formación mencionada para personal administrativo, las categorías de enfermería y médico realizarán una formación continuada sobre guías clínicas actualizadas y protocolos departamentales.

4.2. ANÁLISIS ECONÓMICO

La implementación del proyecto no requerirá una inversión económica importante, debido sobre todo a que no necesita de una mayor estructura en recursos humanos, sino que pretende crear una reorganización de la dinámica de trabajo más eficiente. Los recursos materiales elementales se limitan a material ofimático ya existente en los servicios. Por tanto, el presupuesto necesario se basa en elementos de formación, reorganización horaria y optimización tecnológica, lo que lo convierte en una propuesta altamente coste-efectiva. Destacamos que la inversión en TICs no implica nuevas adquisiciones de software, aunque sí se considera conveniente **colaborar con iniciativas departamentales de interoperabilidad**, como el desarrollo del lago de datos de ISABIAL, sin que esto suponga un coste directo para el proyecto.

Por otro lado, la integración de estas consultas en los horarios podrá realizarse por distintas vías. Se proponen 3 que podrán priorizarse según el centro sanitario:

- **Compensación jornada:** posibilidad para completar la jornada laboral de 37,5 horas semanales en sustitución de los sábados actuales. Se habilitarán espacios de actividad laboral a continuación de la jornada ordinaria.
- **Jornada ordinaria:** agenda específica de una duración definida dentro del horario habitual de mañana (8 a 15 horas) o de tarde (14 a 21 horas).
- **Módulos:** programa que desarrollará una actividad complementaria fuera de la jornada laboral ordinaria, con una duración total de 4 horas.

	Compensación jornada	Jornada ordinaria	Módulos
Coste € / hora	-	-	63,11€/h
Ventajas	No coste económico directo	No coste económico directo	Incentiva al profesional No interfiere con actividad habitual
Inconvenientes	No implementada Máximo anual	Interfiere con otras actividades	Coste económico directo

4.3. EVALUACIÓN, RESULTADOS BUSCADOS y CRONOGRAMA

Se establecen unos criterios de evaluación, a fin de medir los resultados de la propuesta de gestión, poder comparar con el escenario previo a la implantación de este modelo y obtener puntos de mejora que se continuarán incluyendo. El conjunto serán los denominados **indicadores**, los cuales analizarán el **impacto clínico** (parámetros de enfermedad) y **organizativo** (eficiencia operativa, cumplimiento y satisfacción paciente/profesional) persiguiendo el concepto de **Triple Aim o Triple Meta**. (16) Se propone un plan de seguimiento trimestral para evaluar los resultados intermedios y finales del proyecto. [Consultar Anexo 17]

Con el fin de evaluar el planteamiento inicial del proyecto y poder aproximar el método de ejecución de consulta, se realizó una prueba en una consulta de Atención Primaria del Centro de Salud Ciudad Jardín, departamento 19 (**proyecto piloto 1 individual**). Se planteó la citación de un total de 12 pacientes a través del sistema Alumbra tal y como se describe en el diagrama para la revisión de personas con diagnóstico CIE-10 *Diabetes Mellitus tipo 2* [Consultar Anexo 2]. Durante esta actividad se comprobó el circuito propuesto de búsqueda, el software de trabajo, la recogida y almacenamiento de datos y los algoritmos clínicos de la enfermedad

correspondiente. La duración media por paciente fue de 10 minutos, con una duración total del ejercicio de 2 horas.

Como parte del compromiso de este equipo investigador de implementar dicho proyecto en el departamento 19, se propone una **reunión** con gerencia y el equipo directivo médico, de enfermería y económico a fin de presentar una propuesta de implementación progresiva en 2 niveles.

El primer nivel tendrá como objetivo llevar a cabo el **proyecto piloto 2 departamental** mediante la creación de un **grupo de trabajo** formado por 2 referentes de cada centro de salud (enfermería y médico) seleccionados a partir de los participantes de los grupos de trabajo habituales departamentales o personal voluntario con inquietudes manifiestas. La duración total de esta etapa será de 8 meses.

Tras su finalización se celebrará una nueva **reunión** con el equipo directivo departamental así como los integrantes facultativos y de enfermería de cada centro participante para exponer los resultados analizados y crear un diálogo de propuestas de mejora y corrección de errores. Finalmente y con la correspondiente aprobación de la junta directiva, se redactará un informe final que se complementará con las bases del actual documento, obteniendo la **memoria final del proyecto**.

En su segundo nivel se celebrarán unas **jornadas** a fin de divulgar el modelo en todos los centros de Atención Primaria del Departamento 19, con el objetivo que todos los profesionales participen en el proyecto. Estas exposiciones podrán realizarse a nivel central en el salón de actos del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante o en cada centro de salud, contando con la presencia de los participantes del proyecto piloto. Se acordarán **reuniones periódicas semestrales** preferentemente de los referentes de cada centro para continuar el proceso de mejora e implementación. [Consultar Cronograma Anexo 11]

4.4. LIMITACIONES Y CONDICIONANTES ÉTICOS

Las limitaciones más importantes son las relacionadas con las TICs. Se destaca la necesidad de mejora de la interoperabilidad entre programas informáticos, actualización de escalas y herramientas clínicas (p. ej. SCORE2 y SCORE2-Diabetes) y una interfaz más accesible. La forma de registro de

parámetros clínicos y sociodemográficos continúa siendo una importante fuente de consumo de tiempo de consulta. En cuanto a limitaciones clínicas se menciona la posibilidad de error en comunicación de parámetros clínicos referidos por el paciente (p. ej. perímetro abdominal) y el grado de aceptación inicial de las vías de comunicación telemáticas por parte de las personas de edad avanzada, quienes pueden interpretar esta modalidad como un alejamiento de los cuidados habituales y demandas exigidas.

Respecto a condicionantes éticos, cabe resaltar la importancia de la adaptación a la legislación vigente en protección de datos, especialmente en cuanto a la creación de base de datos y manejo telemático, asegurando el cumplimiento legal y ético en el tratamiento de la información clínica y administrativa de los pacientes.

5. CONCLUSIONES

La atención primaria necesita modelos de gestión clínica innovadores y sostenibles. El sistema actual tensionado por la alta demanda asistencial requiere estructuras ágiles basadas en una gestión eficiente y transformación digital que permitan mantener la calidad sin sobrecargar a los profesionales.

El seguimiento proactivo y telemático es una vía eficaz para el control de patologías crónicas prevalentes. La consulta propuesta permitiría revisar parámetros clave en pacientes con enfermedades crónicas, optimizando tiempos y recursos y mejorando la prevención secundaria.

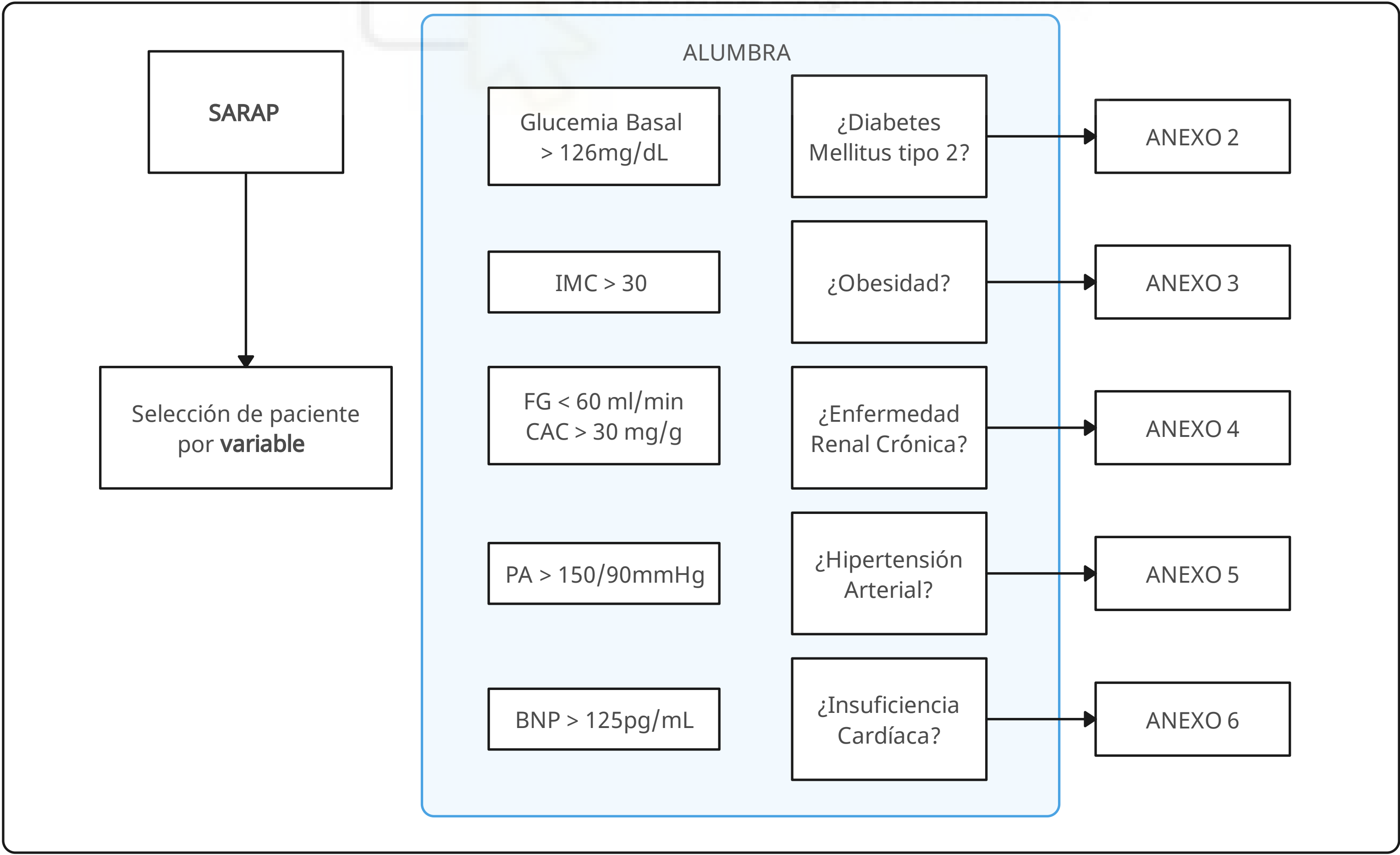
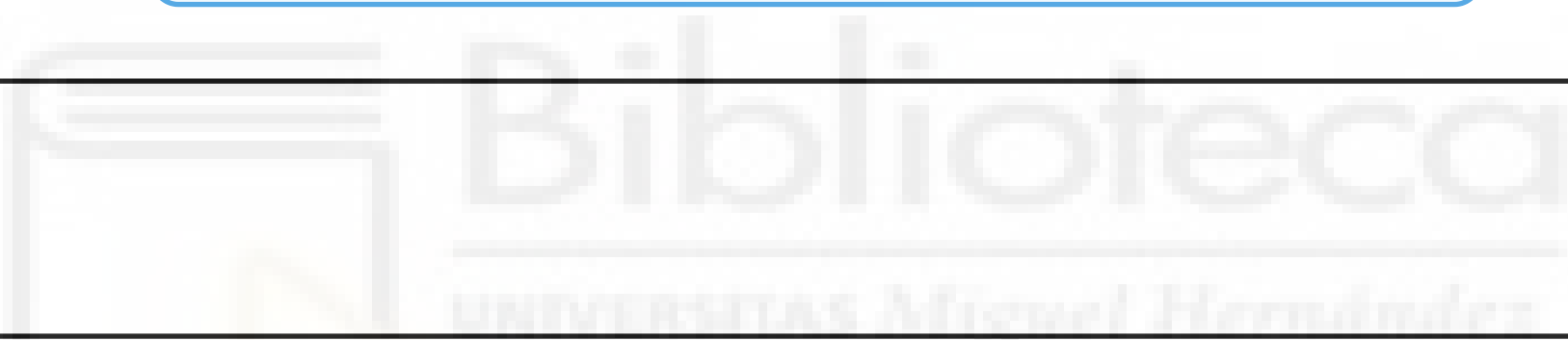
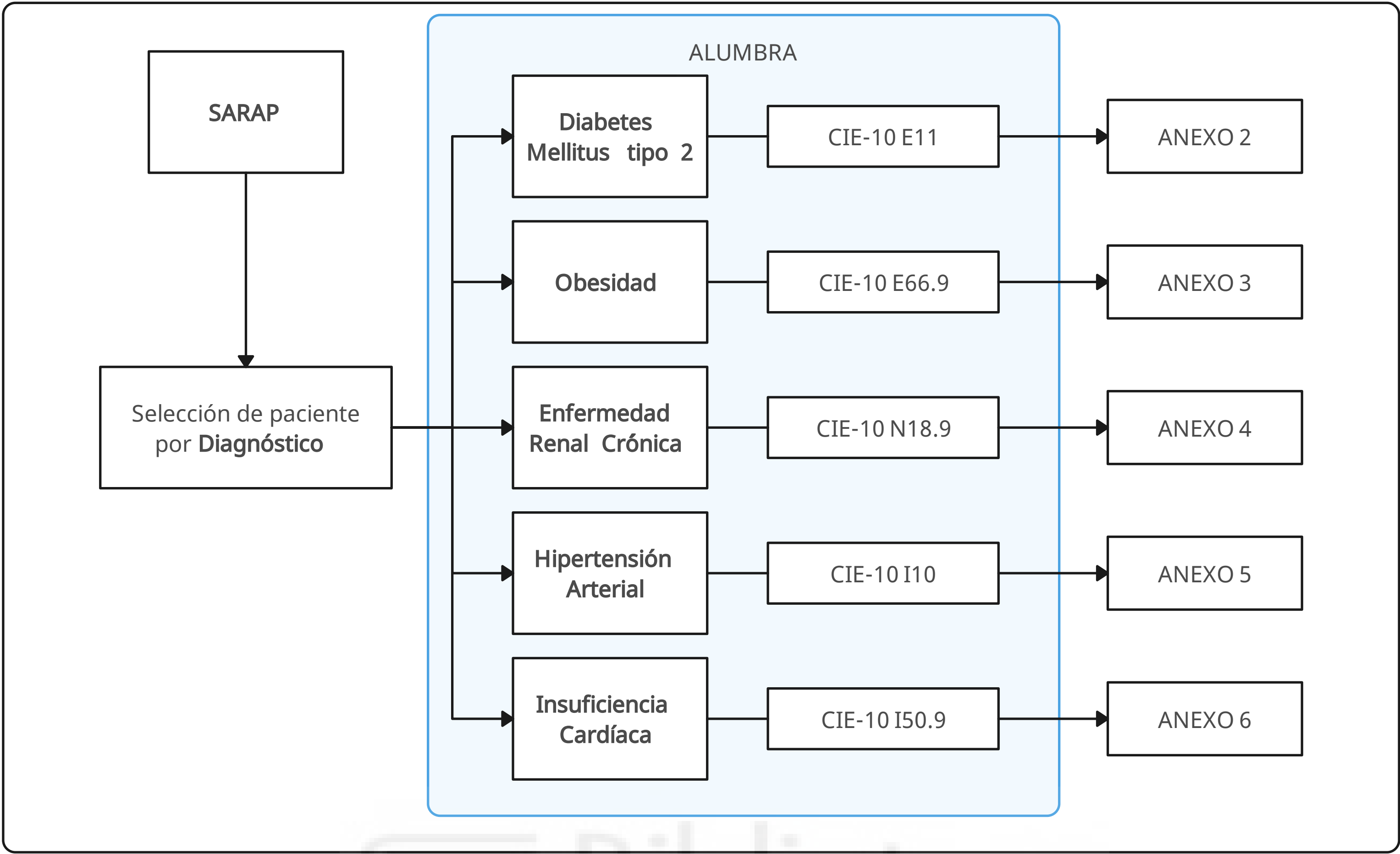
La propuesta es una consulta de seguimiento de alta eficiencia y baja complejidad, factible con los medios actuales. Su implementación no requiere inversiones iniciales en tecnología o personal, aunque podría beneficiarse de soluciones digitales como herramientas de estratificación, alertas o automatización parcial. Además es escalable a nivel autonómico.

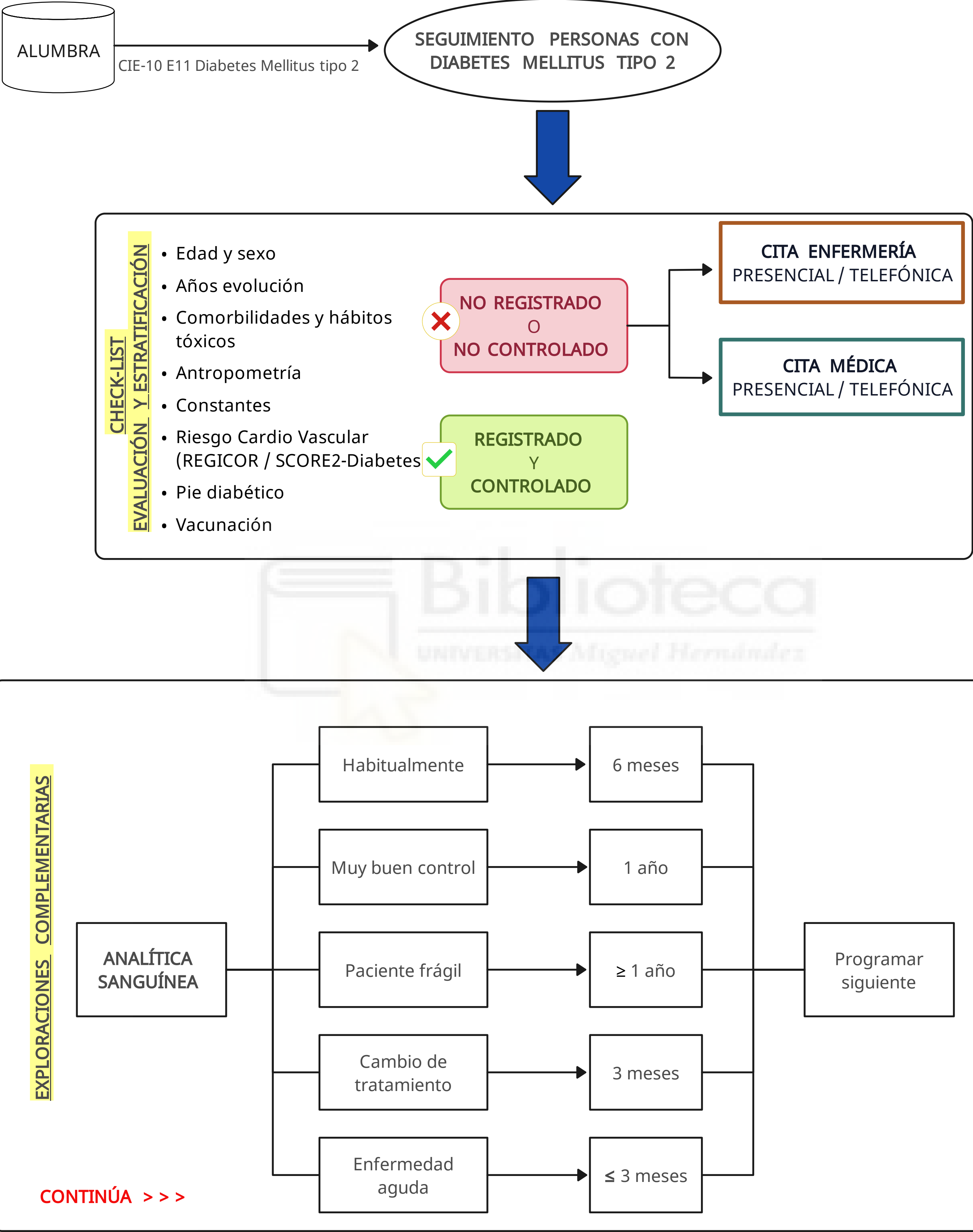
Las tendencias futuras apuntan a un papel reforzado de la Atención Primaria como eje del sistema. Frente al envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas, su capacidad resolutoria y la visión integral del paciente serán esenciales para evitar la fragmentación del sistema, contener la demanda hospitalaria y garantizar la sostenibilidad de la atención universal y de calidad.

6. BIBLIOGRAFÍA

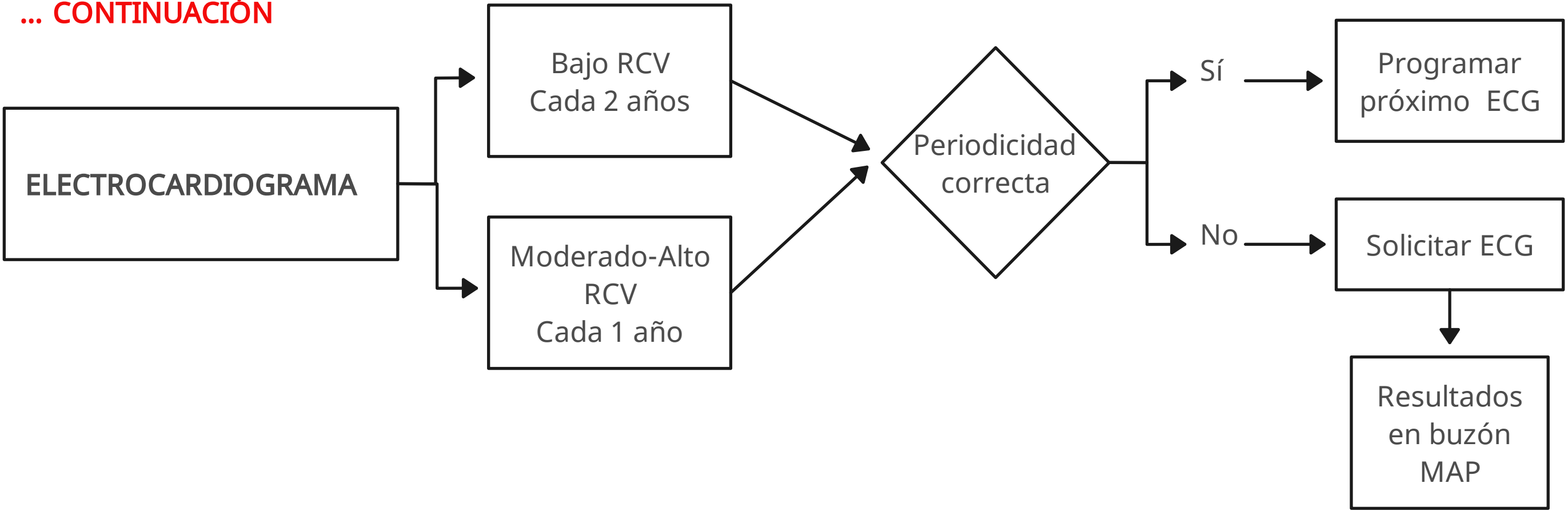
1. Ministerio de Sanidad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Gobierno de España; [citado el 28 de abril de 2025]. Disponible en: <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>
2. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012 Jan;55(1):88–93. doi:10.1007/s00125-011-2336-9.
3. Franch-Nadal J, Mata-Cases M, Mauricio D, Valdés S, Bolívar J, Delgado E, et al. Glycemic and weight control in people with type 2 diabetes: a real-world observational study in primary care (DIAMOND2). *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2023;11(1):e003065. doi:10.1136/bmjdr-2022-003065.
4. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria*. 2016;48(6):406–420. doi:10.1016/j.aprim.2015.09.001.
5. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2024 [citado el 8 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
6. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020 Feb 29;395(10225):709–33. doi:10.1016/S0140-6736(20)30045-3.
7. Bengoa R. Así está el sistema sanitario cinco años después de la pandemia: más personal, pero también más colapso [Internet]. *El País*. 2025 mar 13 [citado el 8 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2025-03-13/asi-esta-el-sistema-sanitario-cinco-anos-des-pues-de-la-pandemia-mas-personal-pero-tambien-mas-colapso.html>
8. Srivastava A, Frid N, Banerjee A, Menon S, Walker N, Jethani A, et al. Effectiveness of an AI-powered digital health intervention for diabetes and weight management in a real-world setting. *NPJ Digit Med*. 2025;8(1):51. doi:10.1038/s41746-025-01430-7.

9. Generalitat Valenciana. Departamento de Salud Alicante-Hospital General. *Memoria de gestión 2023* [Internet]. Alicante: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2024 [citado el 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://alicante.san.gva.es/es/memorias-de-gestion>
10. Generalitat Valenciana. Proyecto de Decreto del Consell por el que se aprueba la estructura, organización y funcionamiento de la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Valenciano de Salud [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; [citado el 30 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://dogv.gva.es/es/resultat-dogv?signatura=2024%2F9721>
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA). Tercer trimestre de 2024 [Internet]. Madrid: INE; 2024 [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/EPA3T24.pdf>
12. Generalitat Valenciana. Población con tarjeta sanitaria individual asignada a los centros de atención primaria. Año 2023 [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2024 [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: https://pegv.gva.es/auto/scpd/web/30401AtencionPrimaria/aecv00199_c.html
13. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. *Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022–2023*. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana; 2021.
14. Generalitat Valenciana. Departamento de Salud Alicante-Hospital General [Internet]. Alicante: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <https://alicante.san.gva.es/>
15. Simón R. La Atención Primaria en España, al límite: hasta 50 pacientes al día por médico [Internet]. Madrid: Fundación Ciudadana Civio; 2022 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://civio.es/sanidad/2022/11/24/atencion-primaria-espana-presion-asistencial/>
16. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(3):759–69. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759.
17. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *Cartera de Servicios de Atención Primaria y Comunitaria (versión resumida)* [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2022 [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/2_cartera_servicios_atencion_primaria_comunitaria_resumida_es-pdf

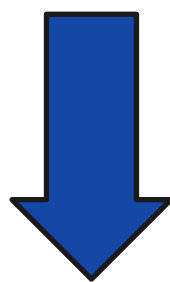
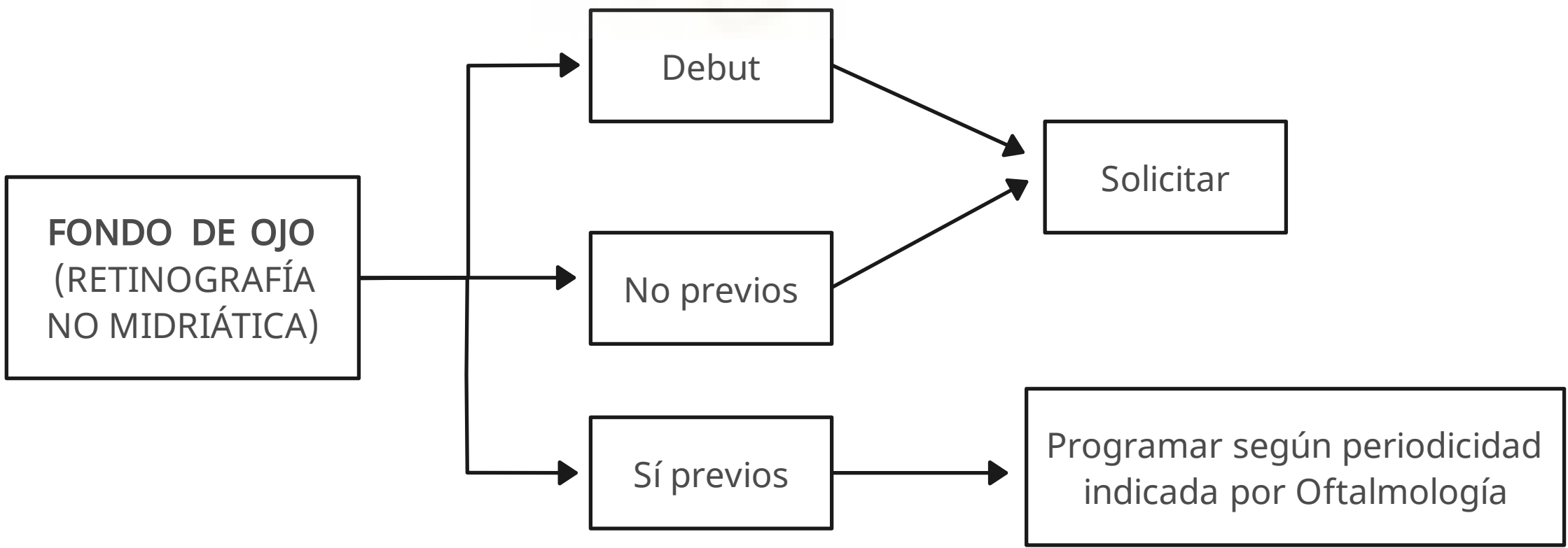
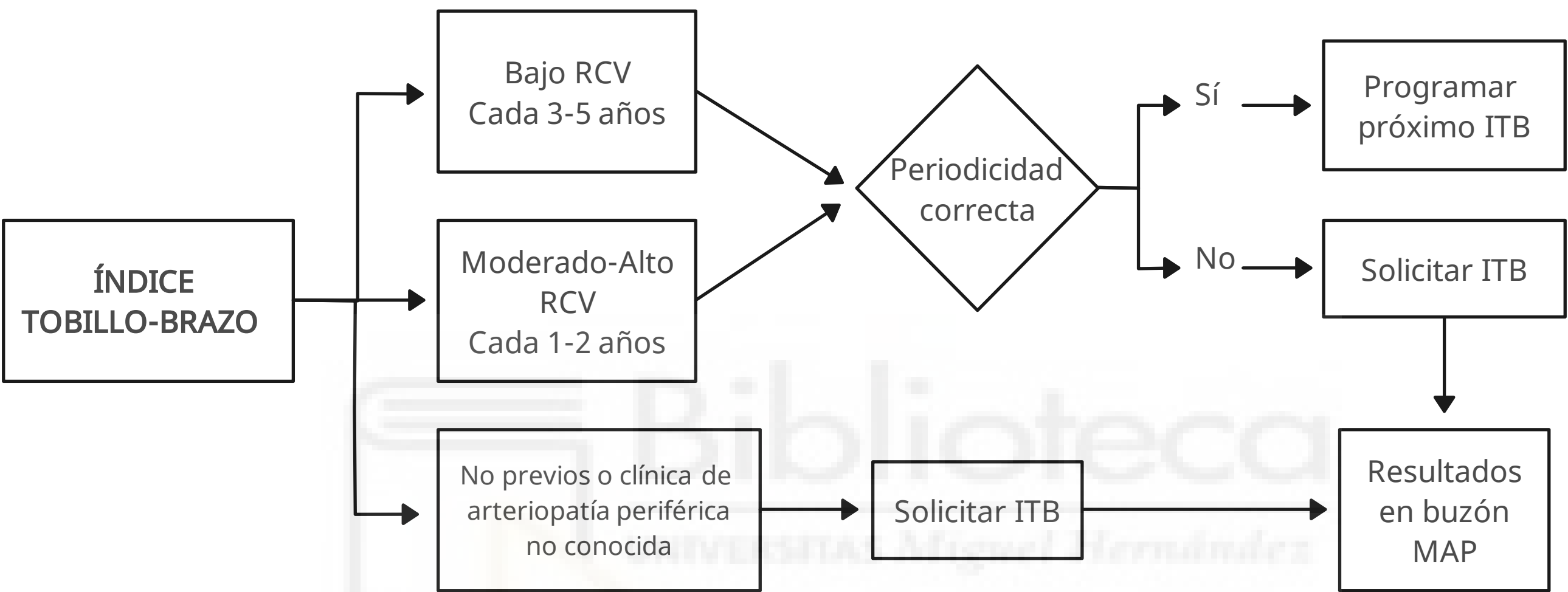




... CONTINUACIÓN



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



ALIMENTACIÓN

EJERCICIO FÍSICO

EVITAR HIPOGLUCEMIAS: CONSEJOS Y USO DE GLUCAGÓN

Recursos SIA

Infografías
de Guías y
Sociedades

Talleres



- CUMPLIMIENTO
- ANTIDIABÉTICOS ORALES
- INYECTABLES NO INSULÍNICOS
- TERAPIA INSULÍNICA:
 - BASAL
 - BASAL - PLUS
 - BASAL - BOLO

INSULINA
BASAL

INICIO

HABITUAL

Dosis diaria inicio
10U ó 0,1-0,2U/Kg

¿Modificación
tratamiento
previo?

Revisión
glucemias
basales (GB)

Ajuste*

Cumplimiento
de objetivo

Inicialmente
diarias

Posteriormente
semanales

Aumentar 2U
cada 3 días
si GB >130mg/dL

Disminuir 2U
cada 3 días
si GB <80mg/dL

No

Sí

Revisar
adherencia
y ajuste

No

Solicitar AS

Añadir
Insulina
Prandial

Programar
AS con HbA1c
en 3 meses

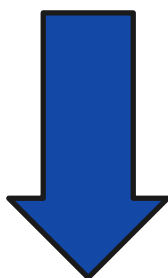
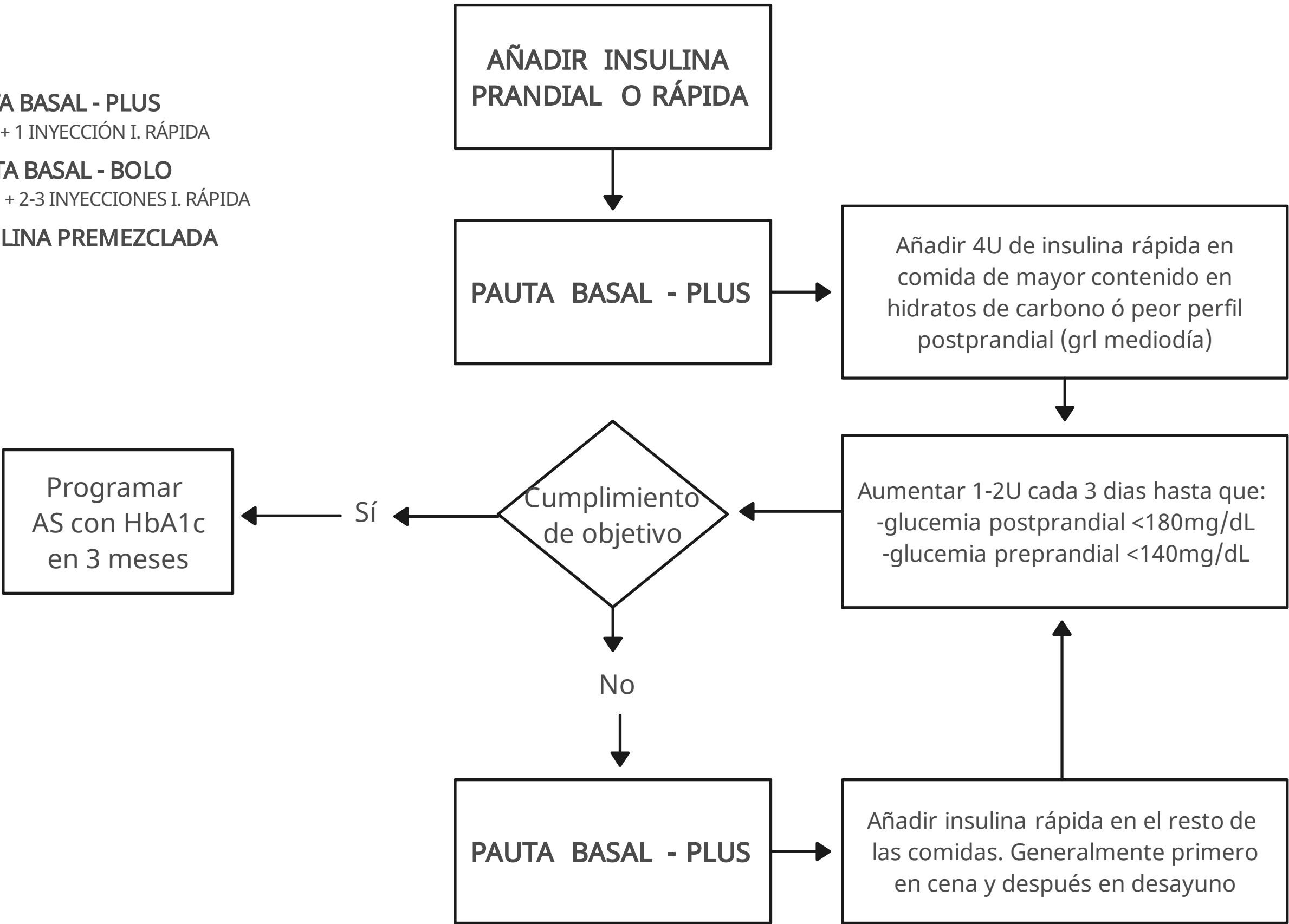
Cita concertada
MAP resultados

Programar AS
semestral/anual

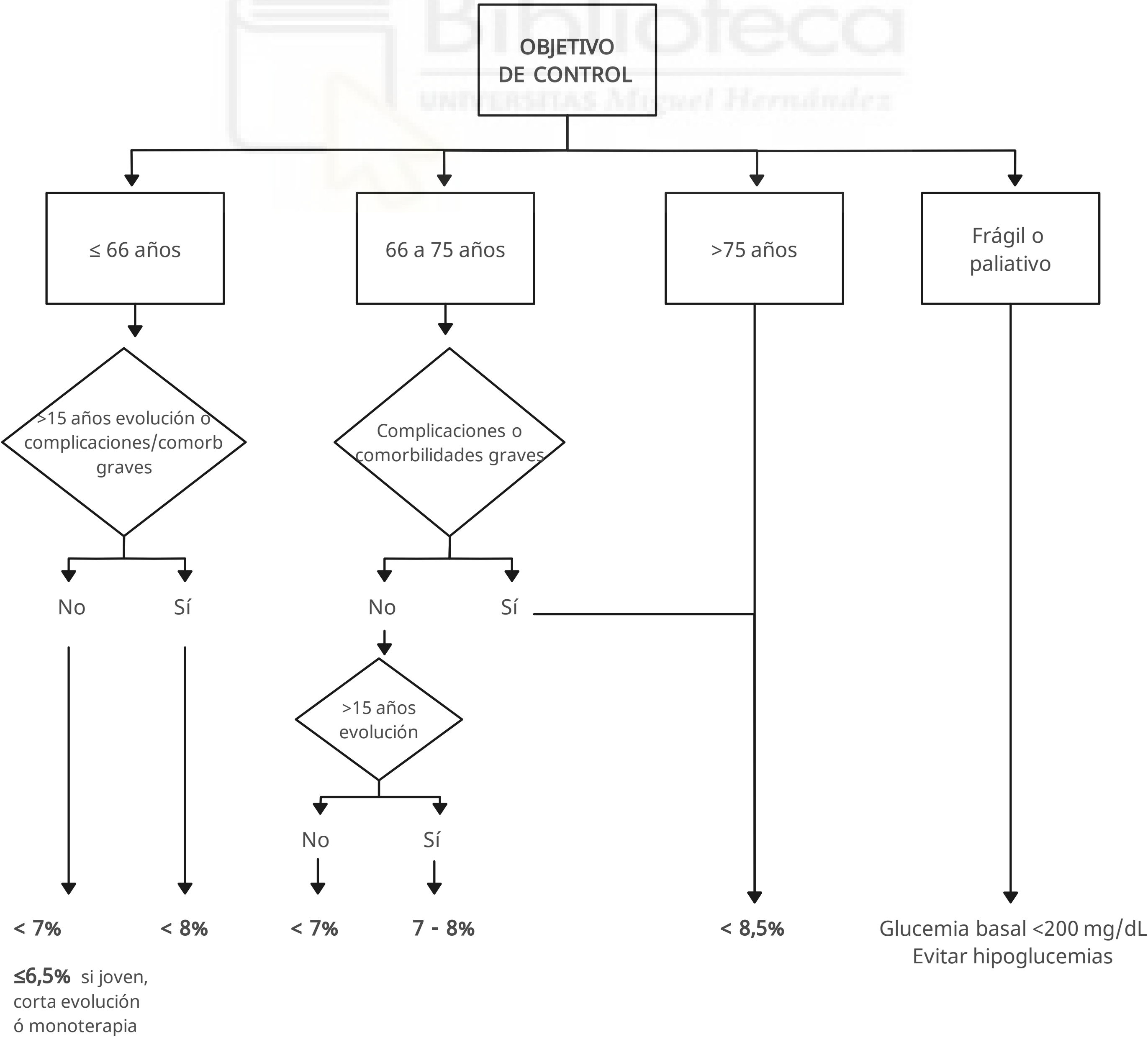
*Tanto el ajuste de la pauta insulínica como el objetivo de control deben individualizarse según características sociodemográficas, comorbilidades y fragilidad.
(consultar apartado Objetivos)

TRATAMIENTO

- PAUTA BASAL - PLUS
BASAL + 1 INYECCIÓN I. RÁPIDA
- PAUTA BASAL - BOLO
BASAL + 2-3 INYECCIONES I. RÁPIDA
- INSULINA PREMEZCLADA

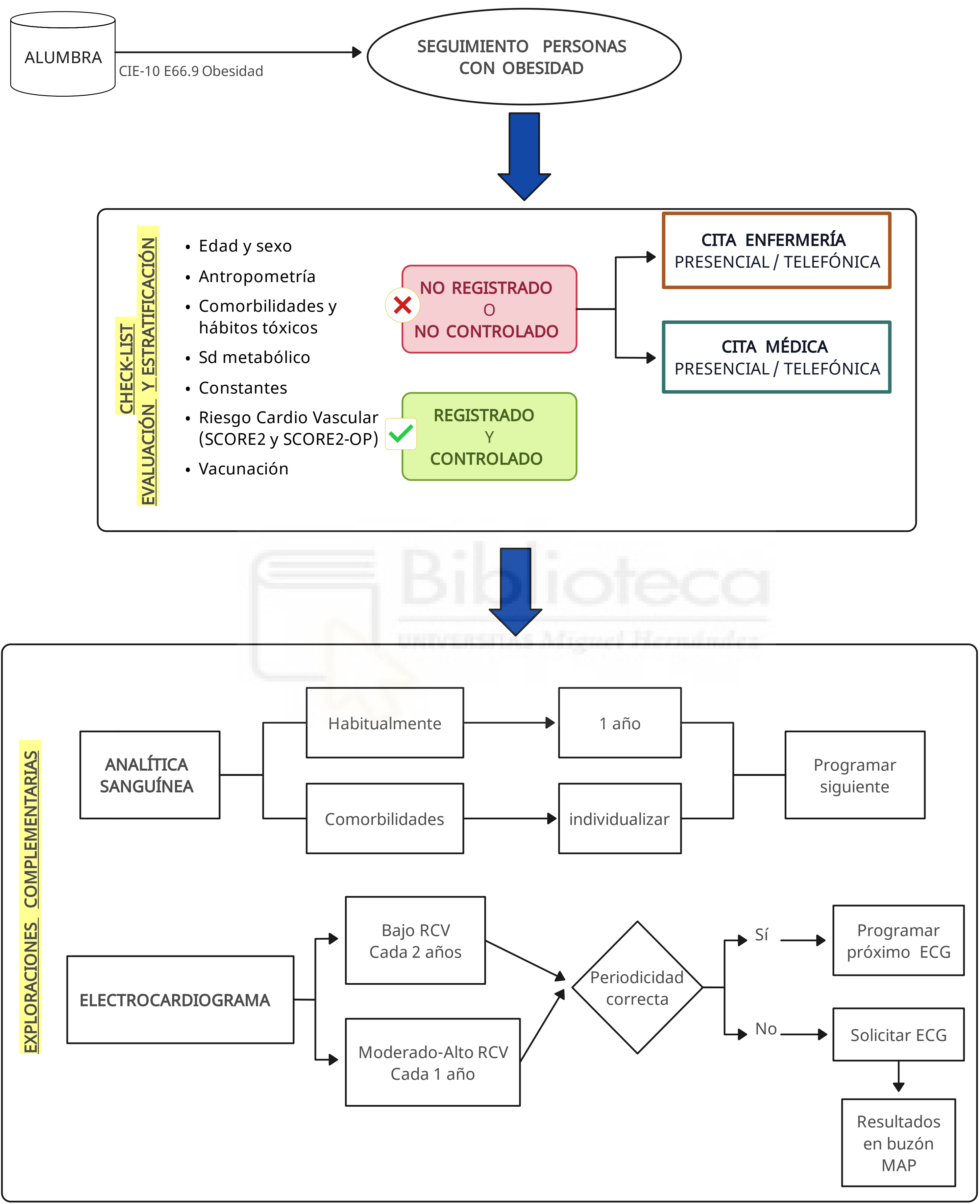


OBJETIVO



	1ª visita		Criterio sanitario		Semestral		Anual	
Edad y sexo	E	M					E	M
Años evolución	E	M					E	M
Comorbilidades	M				M		M	
Antropometría	E		E		E		E	
Constantes	E				E		E	
REGICOR	E	M					E	M
Examen pies	E		E		E		E	
Vacunación	<u>E</u>	M					<u>E</u>	M

	1ª visita		Criterio sanitario		Semestral		Anual	
Analítica	M		M		E	<u>M</u>	E	<u>M</u>
ECG	M				E	<u>M</u>		
ITB	E				E			
Fondo de ojo	M						E	<u>M</u>
Tratamiento	E	<u>M</u>	E	M	E	<u>M</u>	E	<u>M</u>
Alimentación	<u>E</u>	M	E		<u>E</u>	M	<u>E</u>	M
Ejercicio	<u>E</u>	M	E		<u>E</u>	M	<u>E</u>	M



EDUCACIÓN

ALIMENTACIÓN

EJERCICIO FÍSICO

CONTROL DEL PESO

Recursos SIA

Infografías
de Guías y
Sociedades

Talleres



OBJETIVO

OBJETIVO
DE CONTROL

IMC 25 - 30
sin FRCV

IMC >30 o
con FRCV

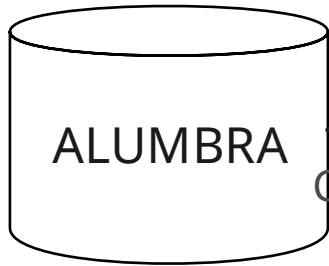
Cita mensual
Enfermería

Cita MAP

No

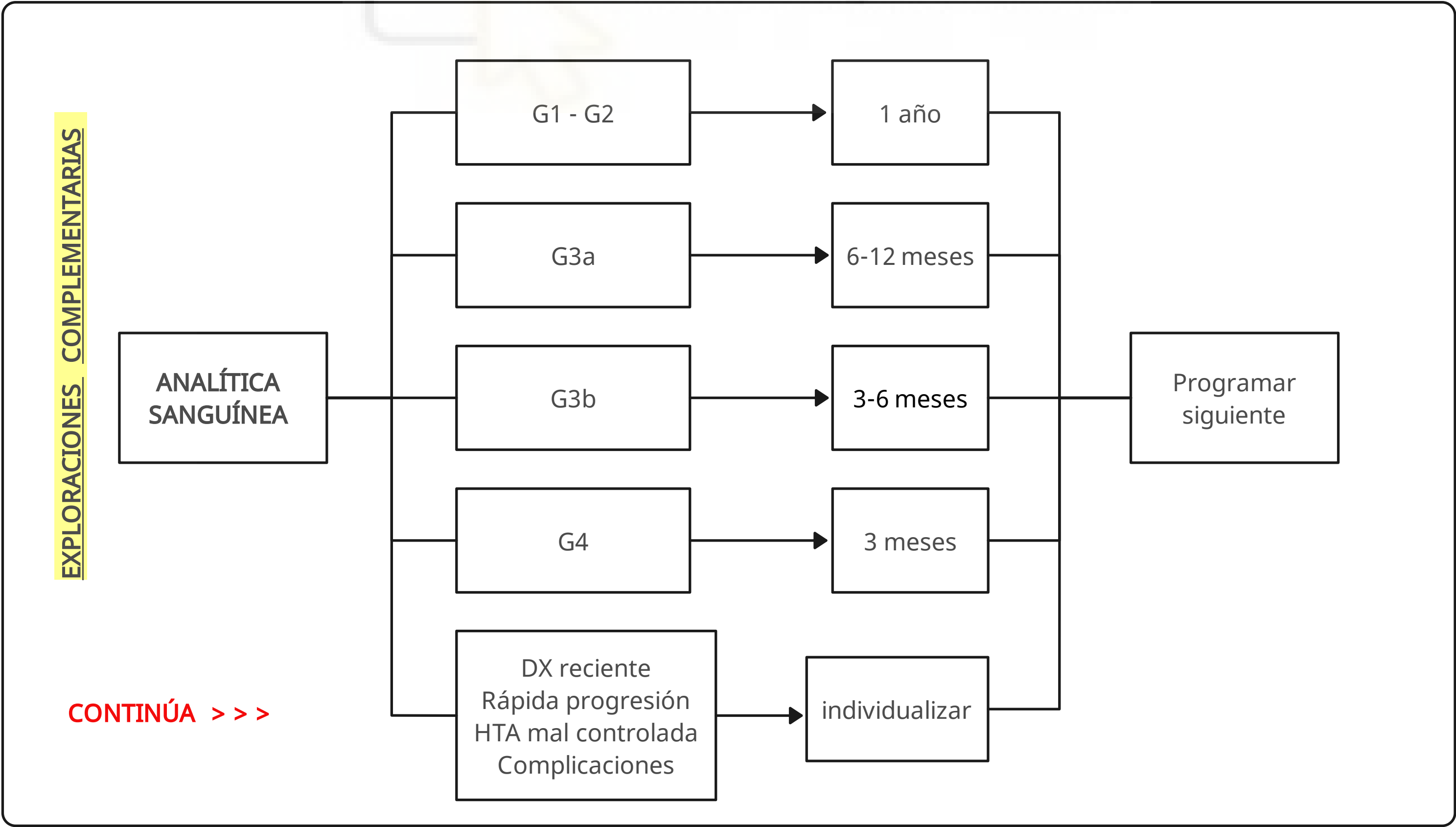
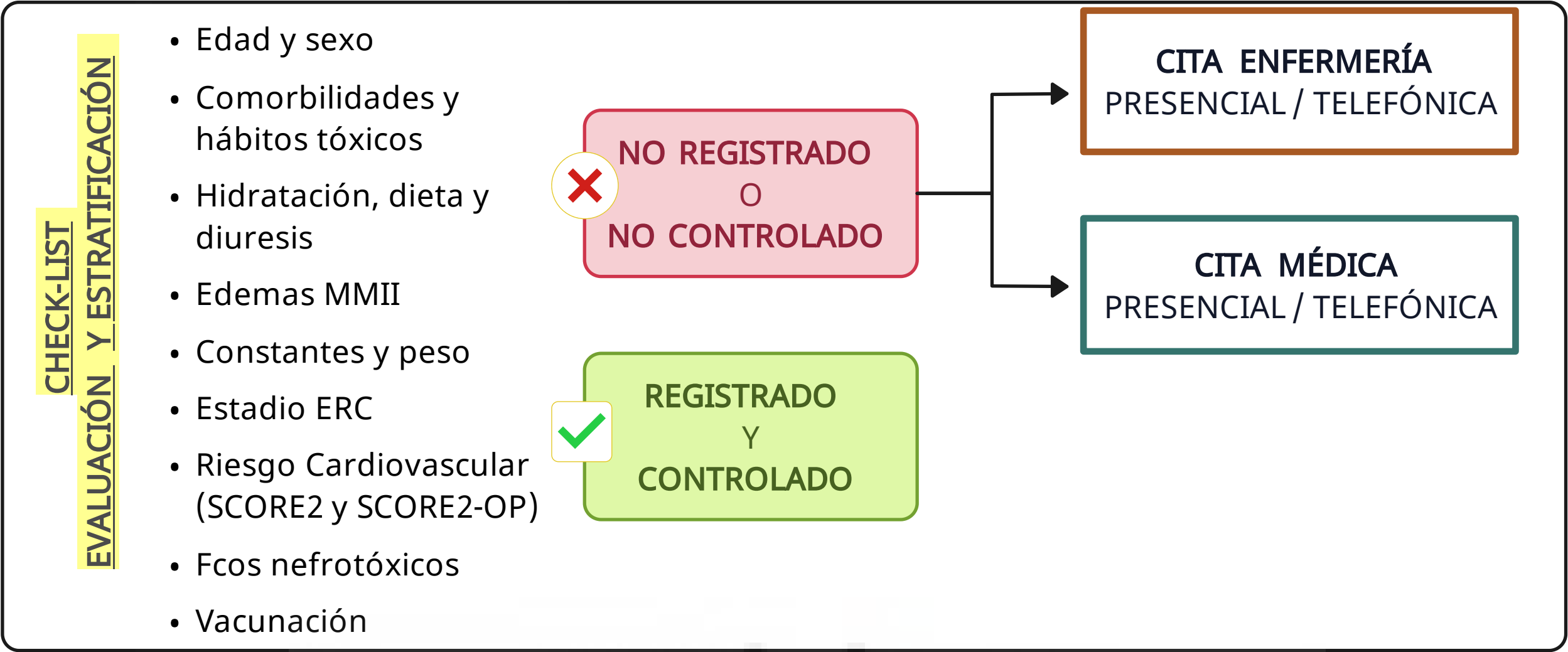
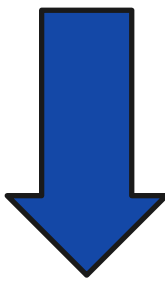
% pérdida de peso objetivo:
• 5-10% en 6 meses
• 0,5-1% semanal

- Estudio de causas
- Control de comorbilidades
- Tratamiento

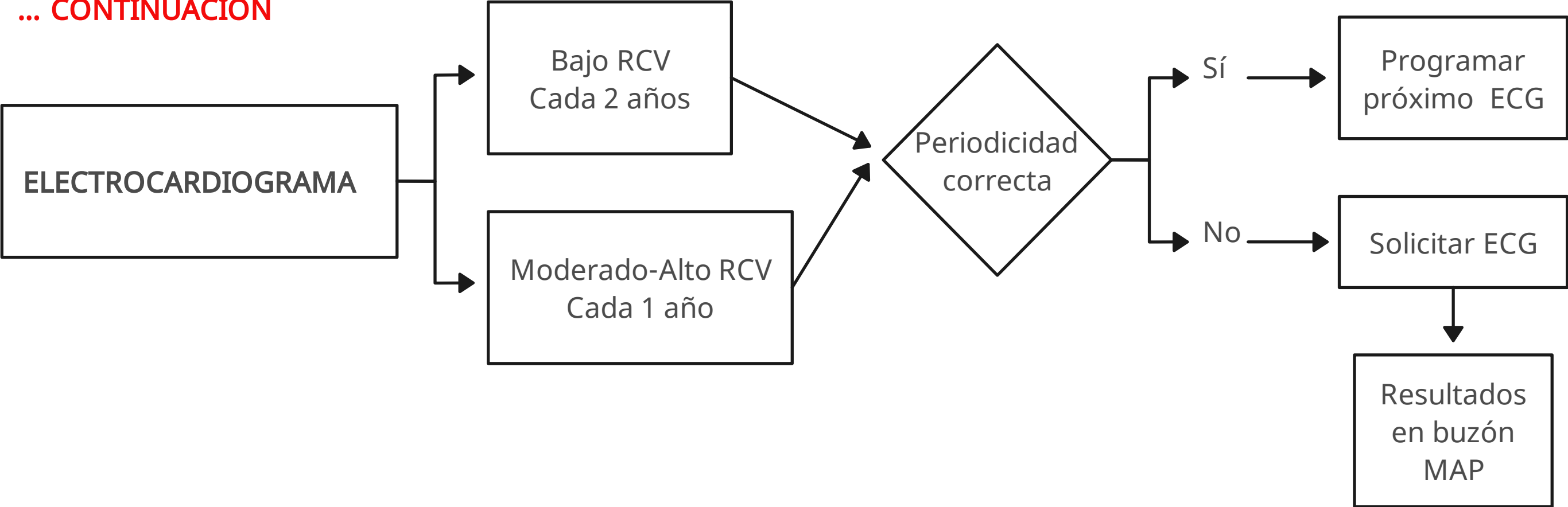


CIE-10 N18.9 Enfermedad Renal Crónica

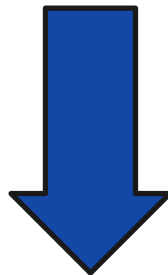
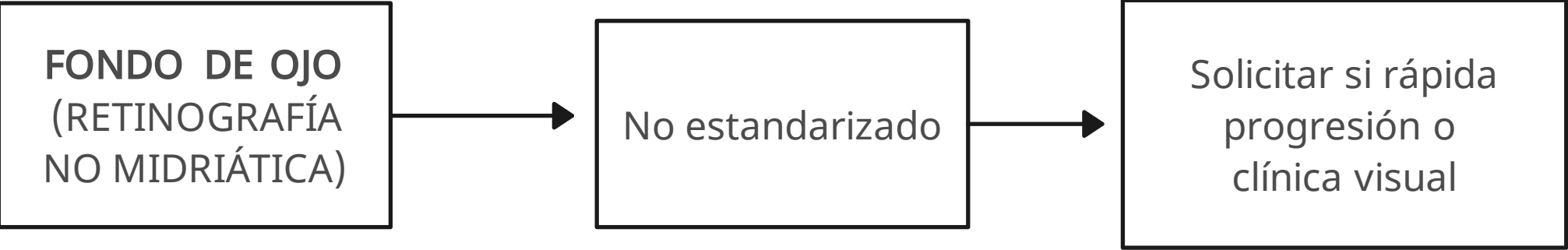
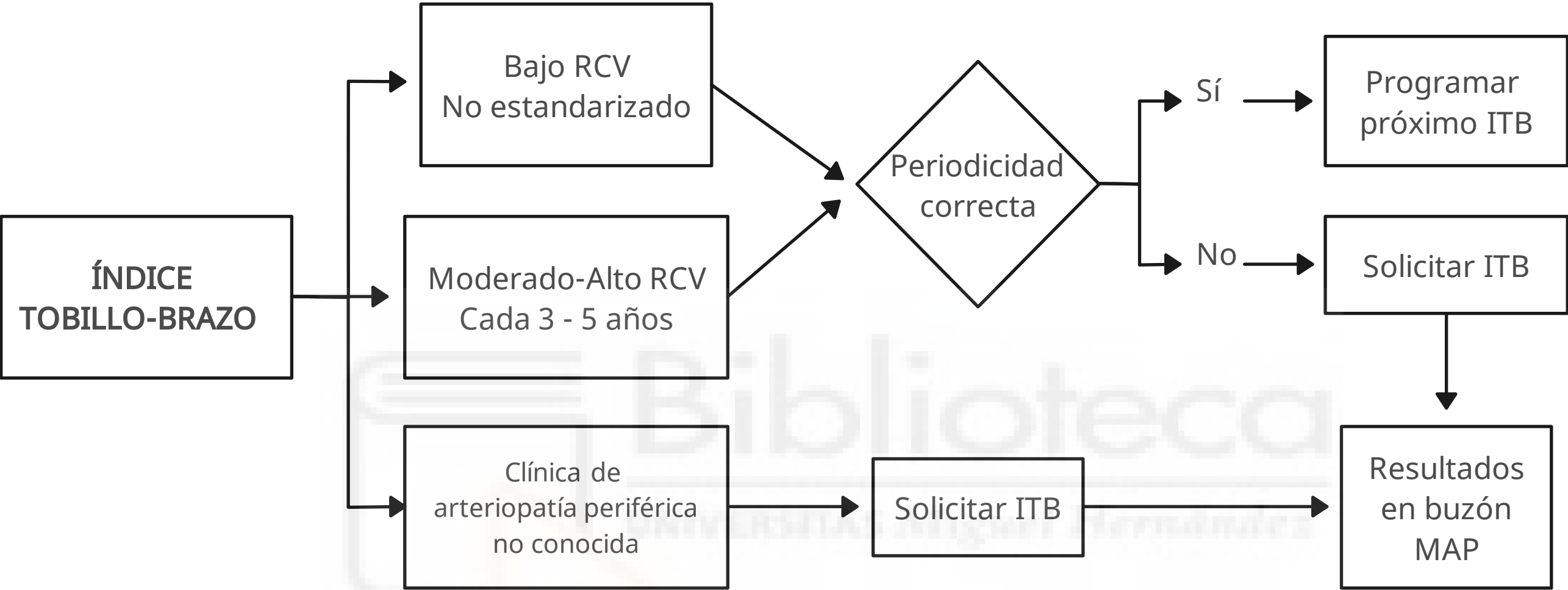
SEGUIMIENTO PERSONAS CON
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

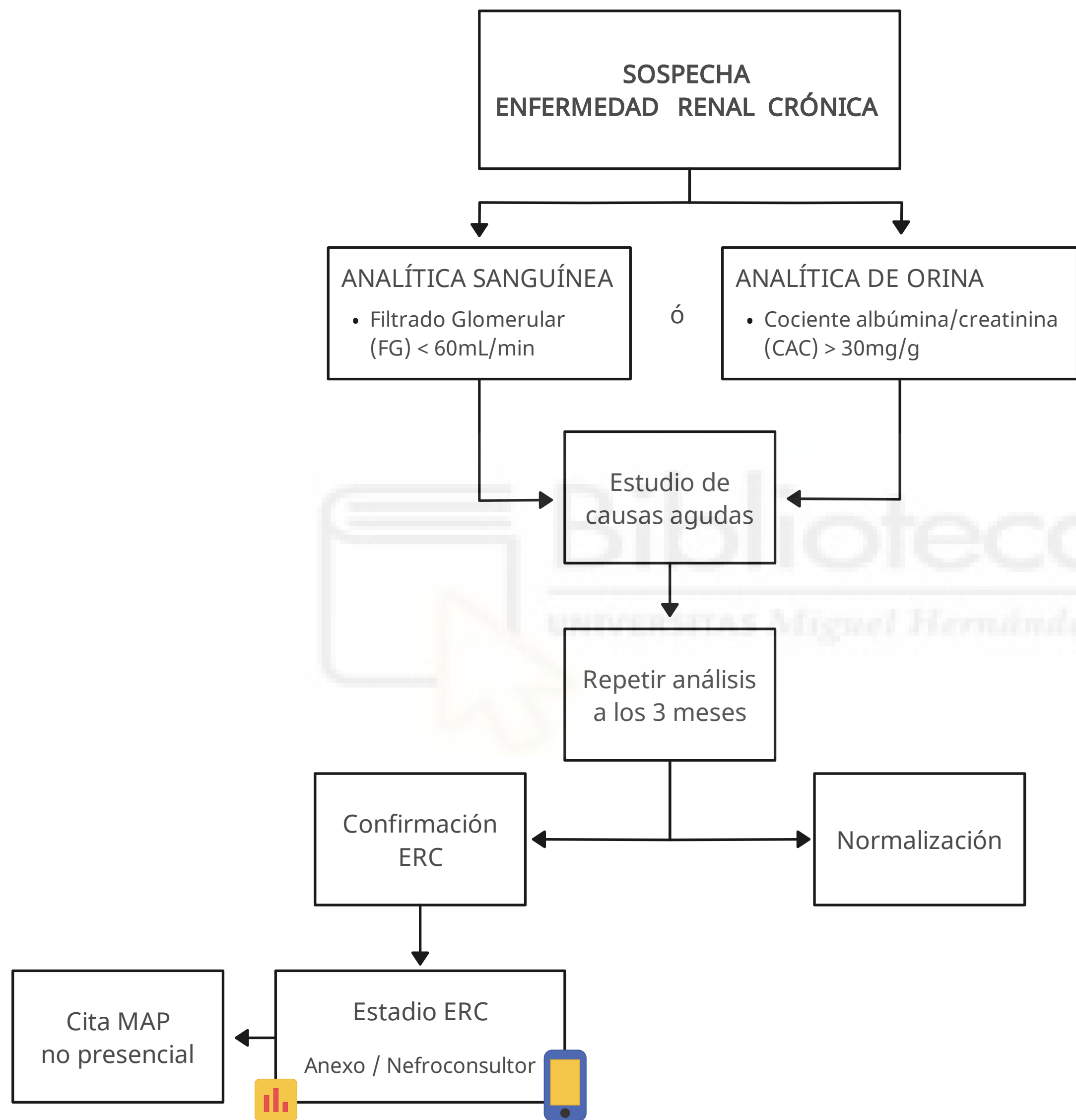


... CONTINUACIÓN

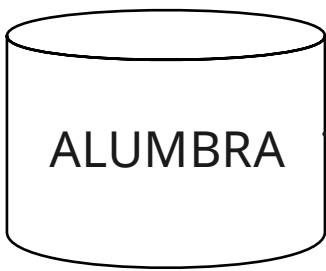


EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



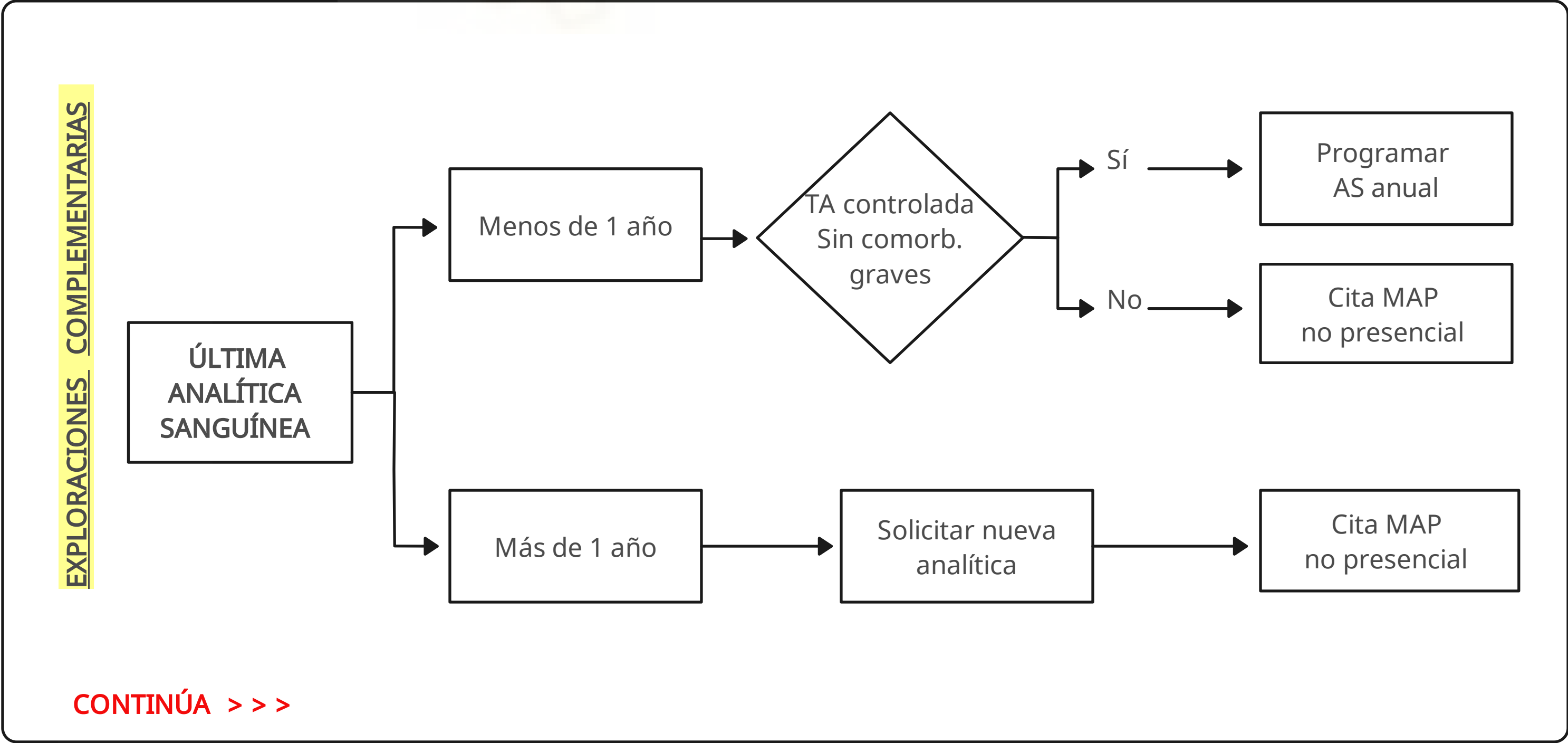
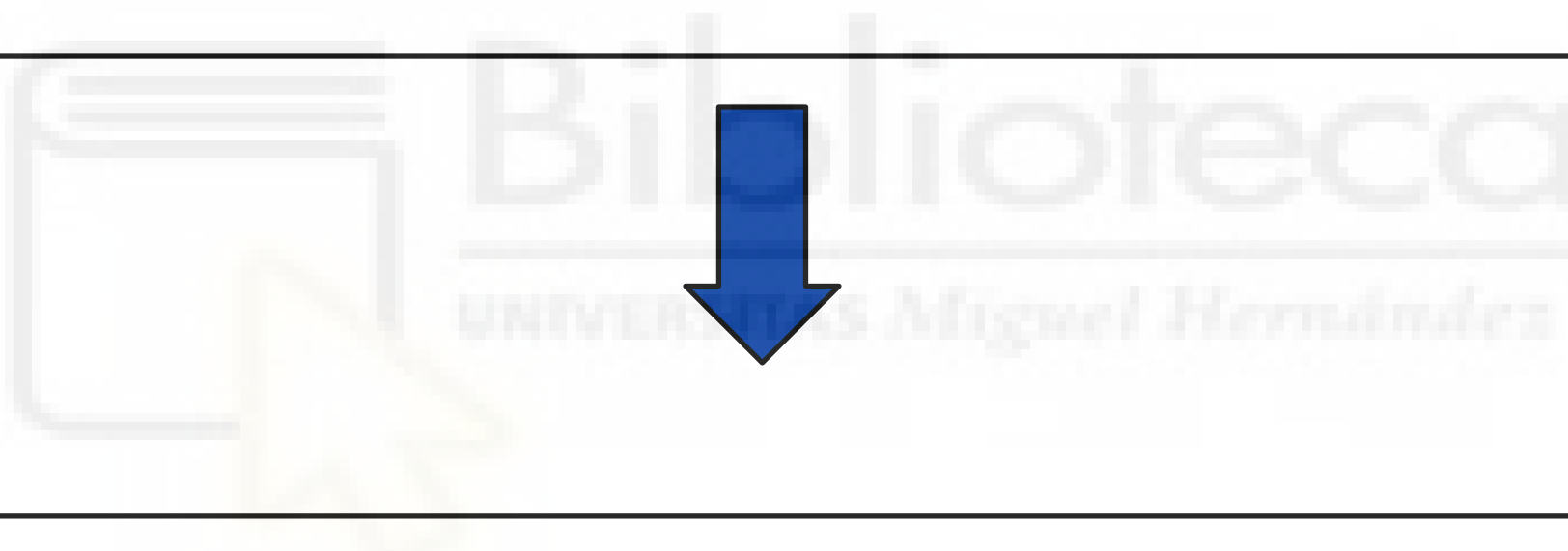
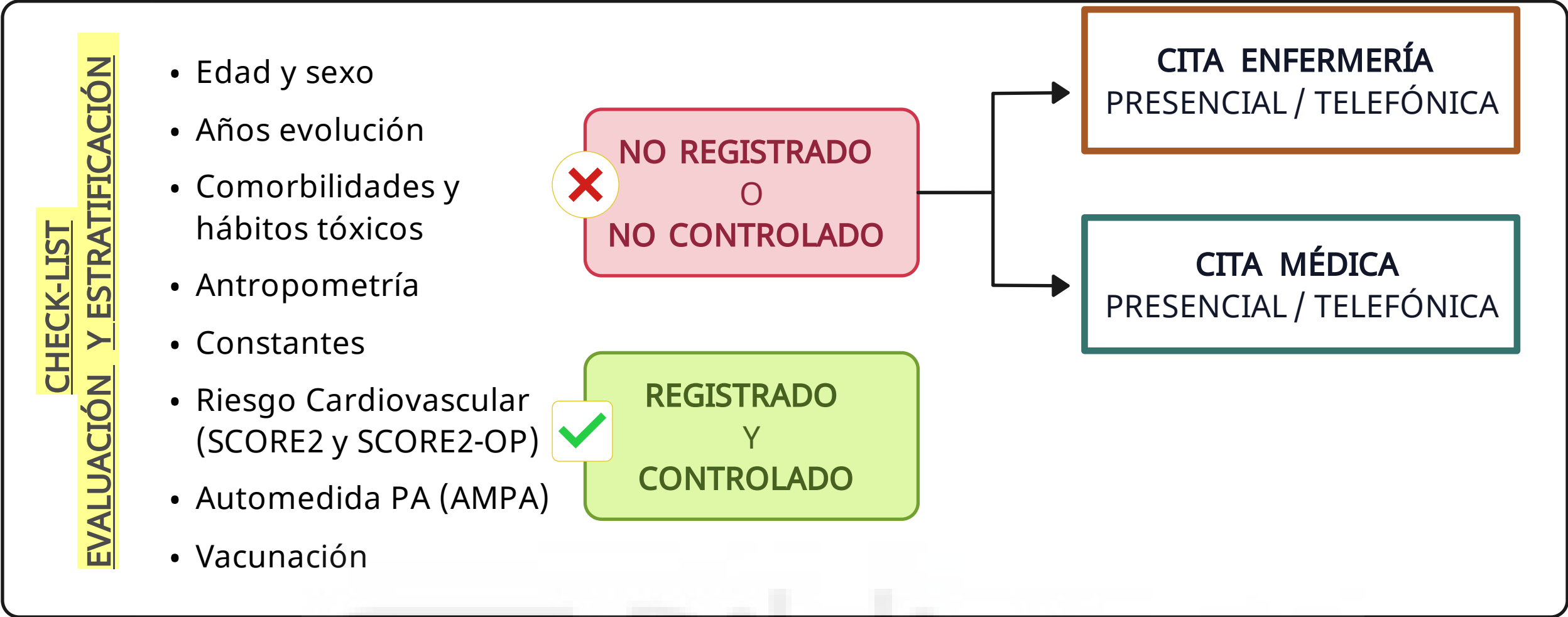


ANEXO 5: HIPERTENSIÓN

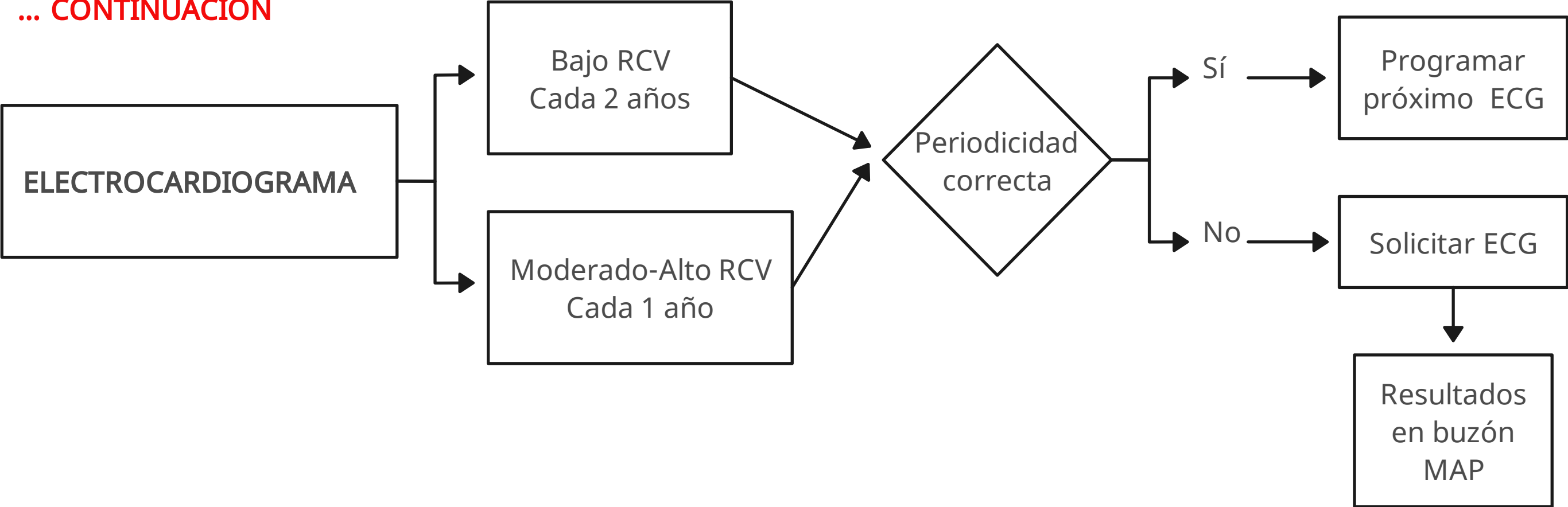


CIE-10 I10 Hipertensión

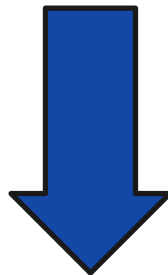
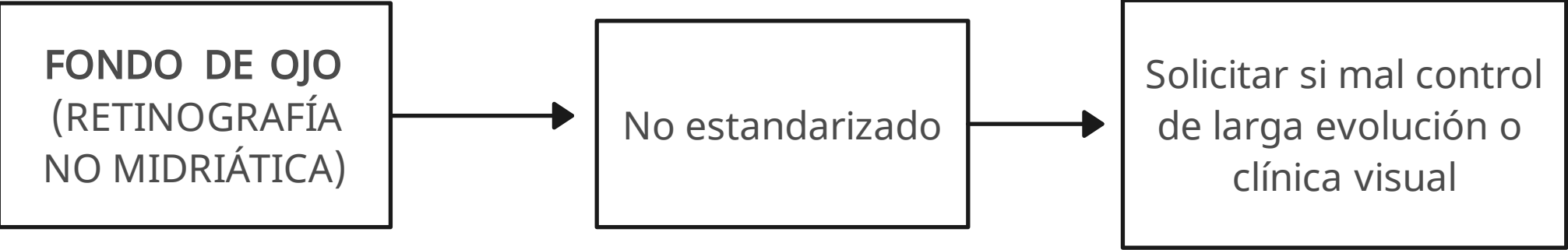
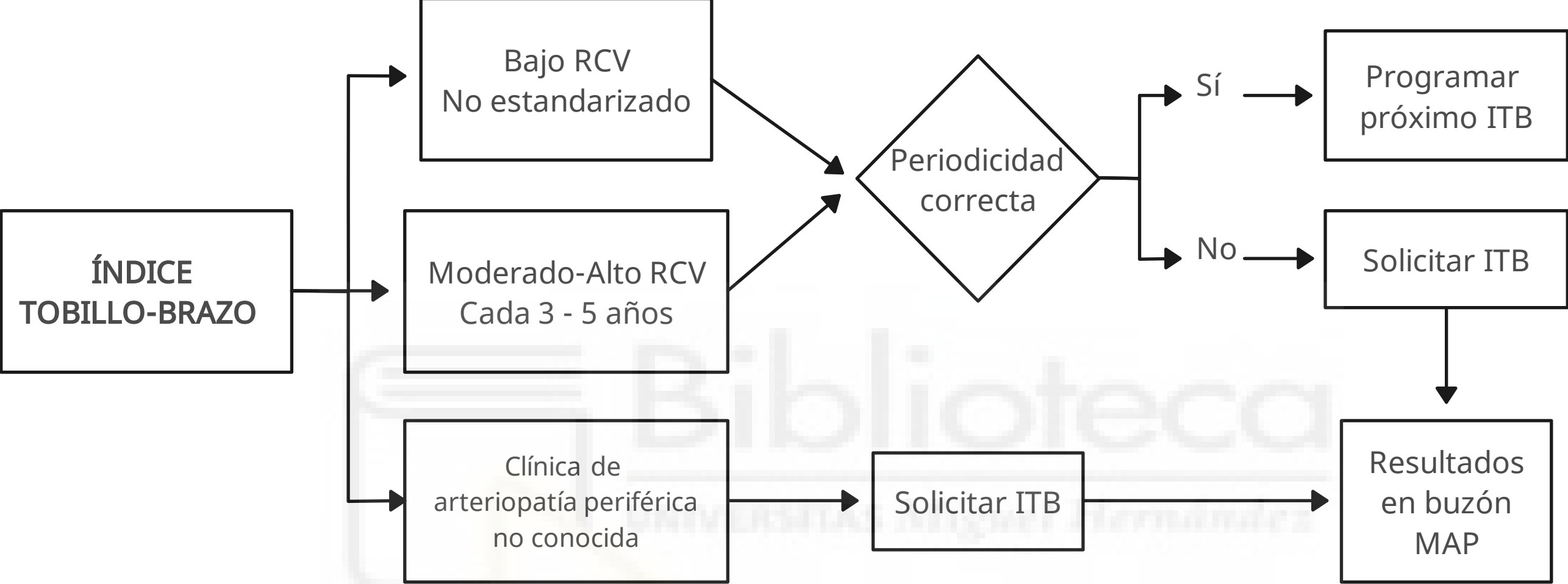
SEGUIMIENTO PERSONAS
CON HIPERTENSIÓN

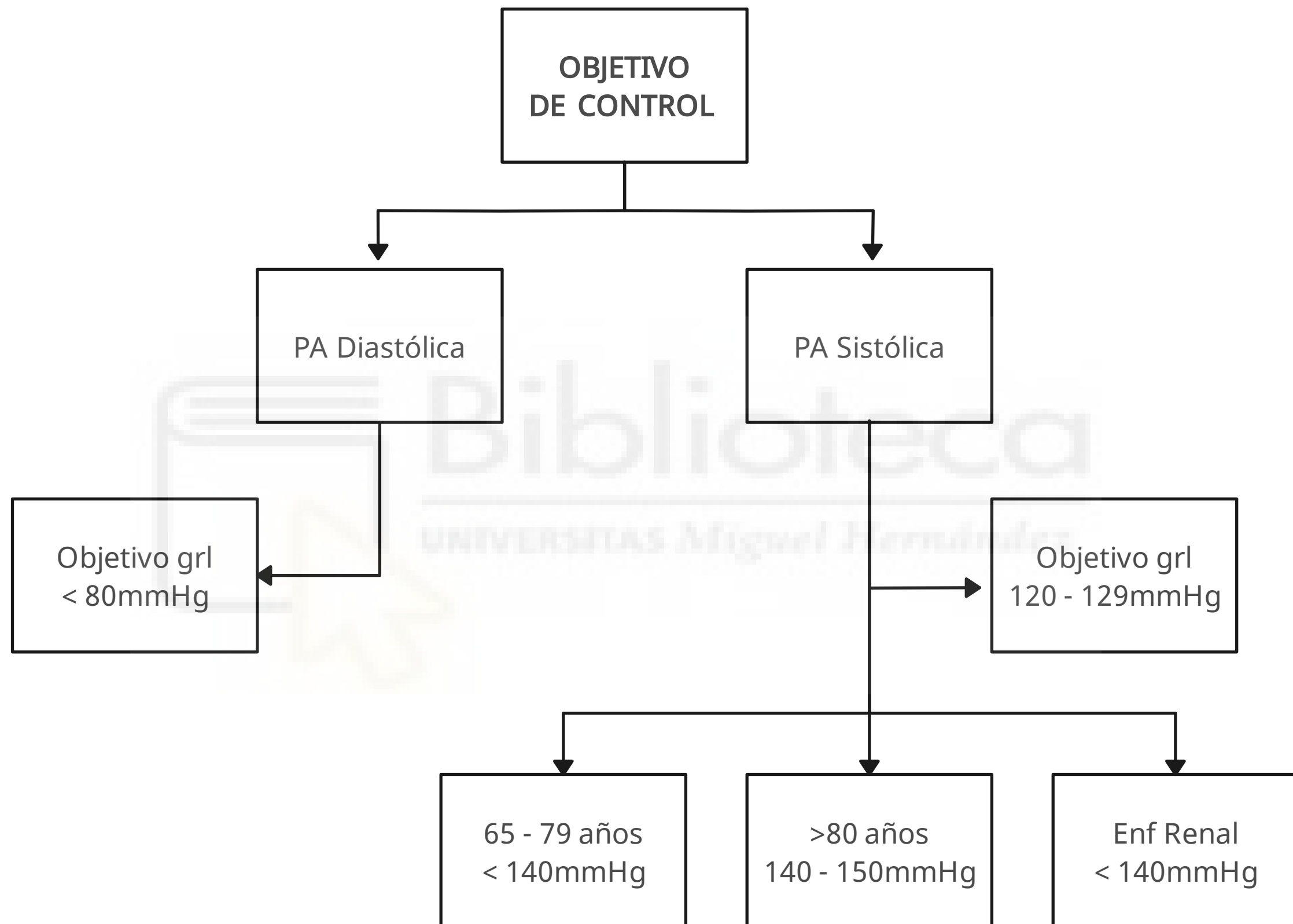


... CONTINUACIÓN

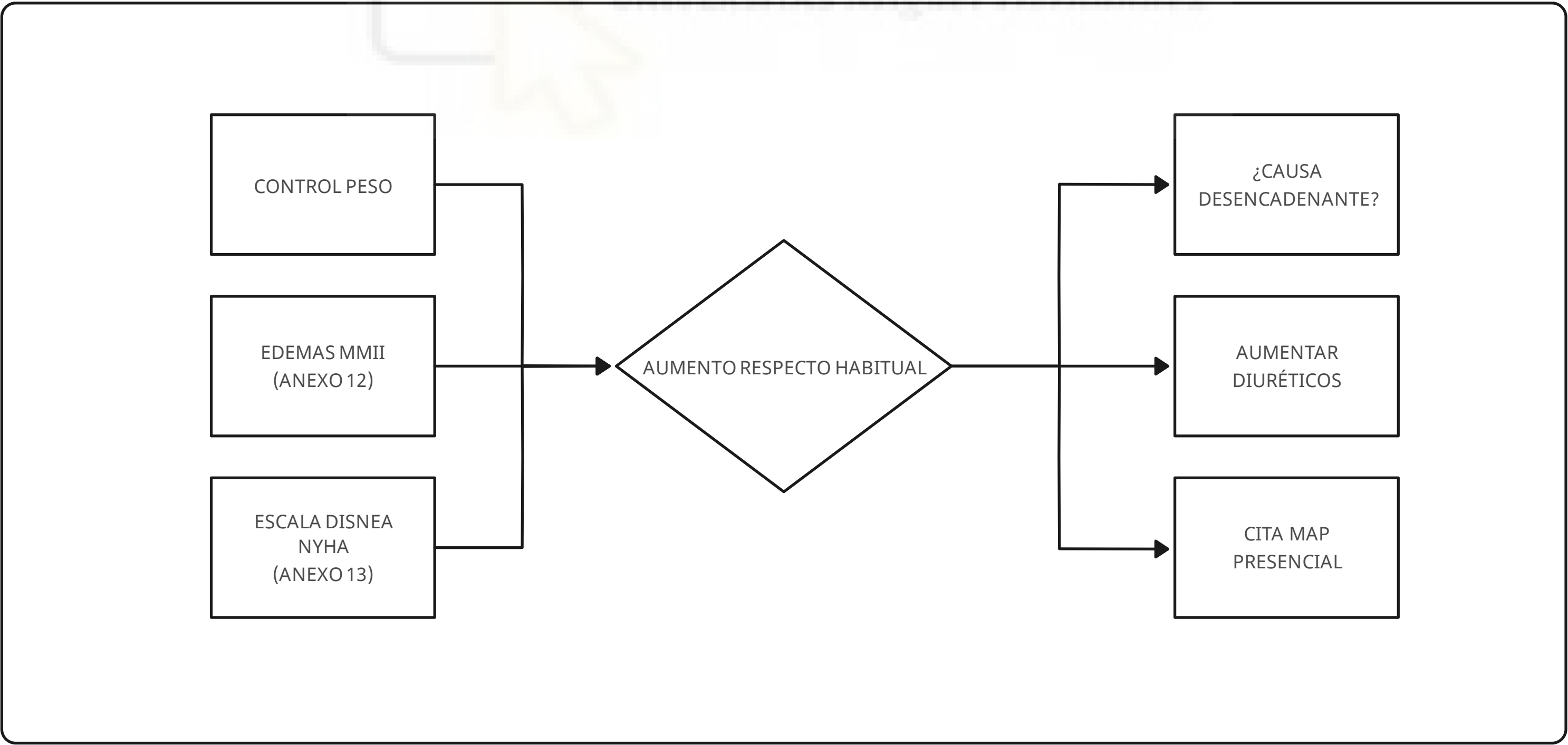
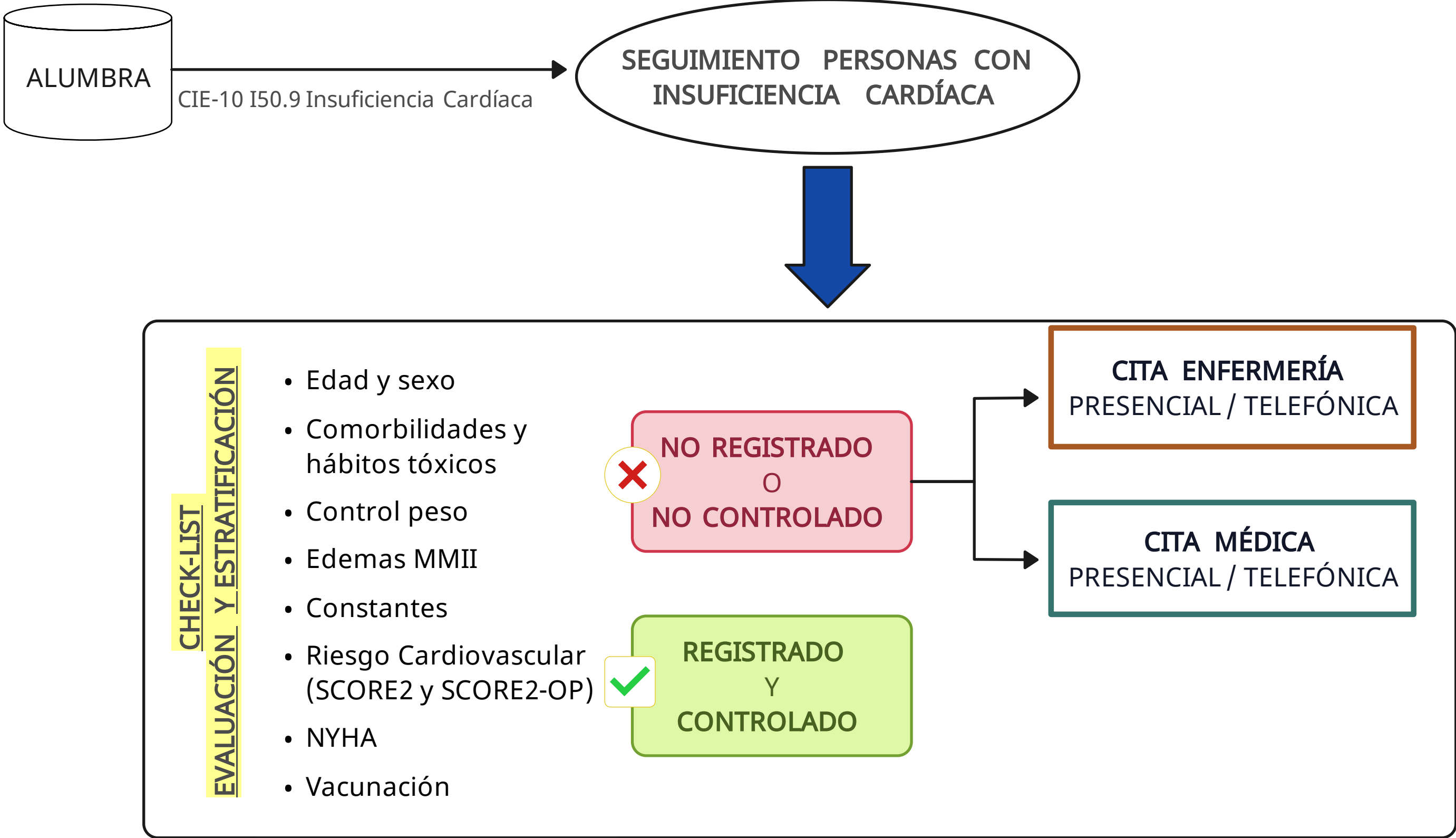


EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

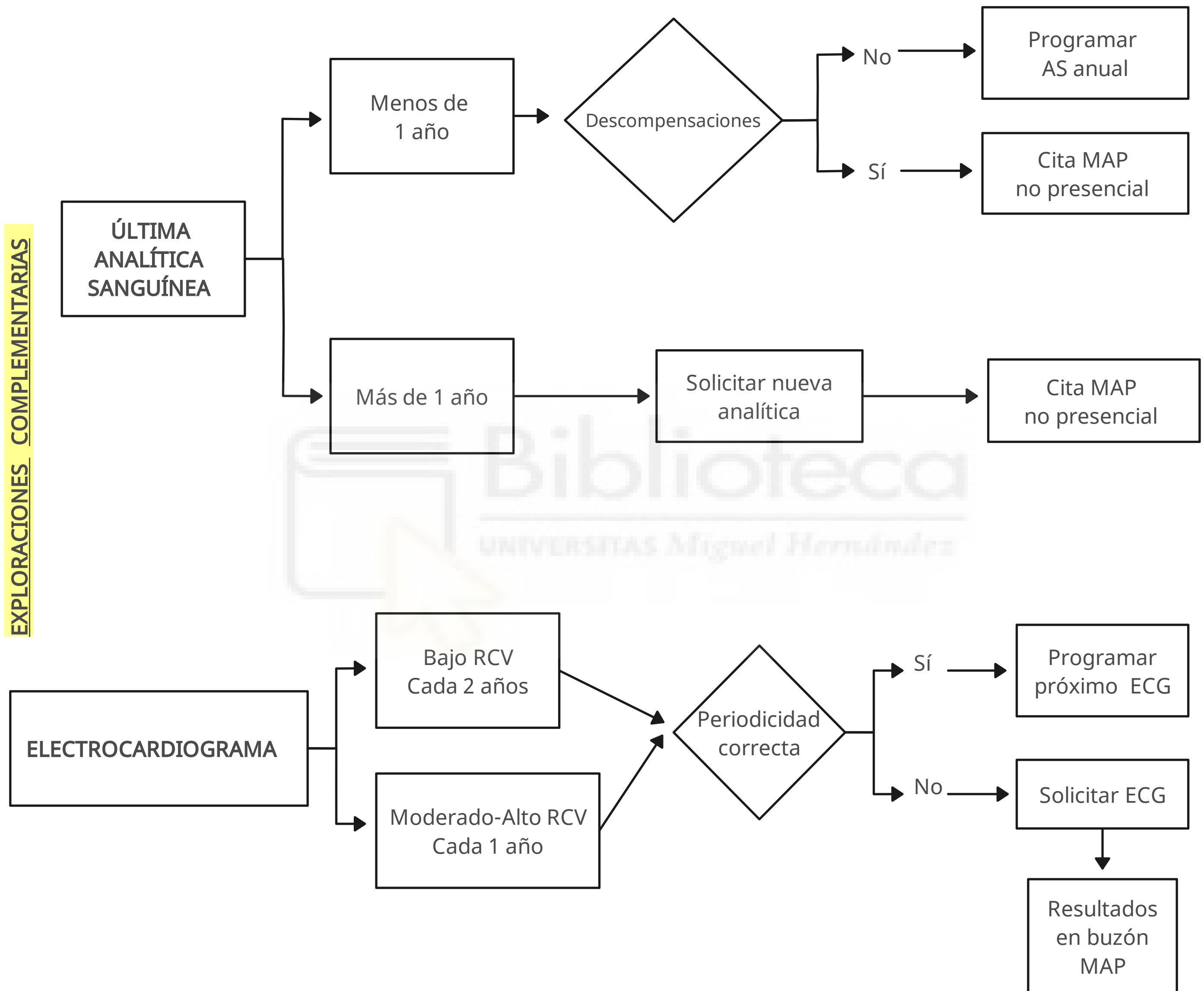




ANEXO 6: INSUFICIENCIA CARDÍACA



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS



SOSPECHA
INSUFICIENCIA CARDÍACA
(no aguda)

Hª CLÍNICA y ANAMNESIS

- Enfermedad coronaria
- HTA, DM tipo 2
- AP Fcos cardiotóxicos o radioterapia
- Fcos diuréticos
- Disnea (NYHA)
- Ortopnea y bendopnea
- Disnea paroxística nocturna

ANALÍTICA

- NT-proBNP >125pg/mL

ELECTROCARDIOGRAMA

- Cualquier alteración

EXPL. FÍSICA

- Crepitantes bibasales
- Edema MMII
- Soplo cardíaco
- Ingurgitación yugular
- BOSI (*bending oxygen saturation index*)

RX TÓRAX

- Cardiomegalia
- Redistribución vascular
- Edema intersticial o alveolar
- Derrame pleural

Un ECG normal hace muy poco probable el diagnóstico de IC

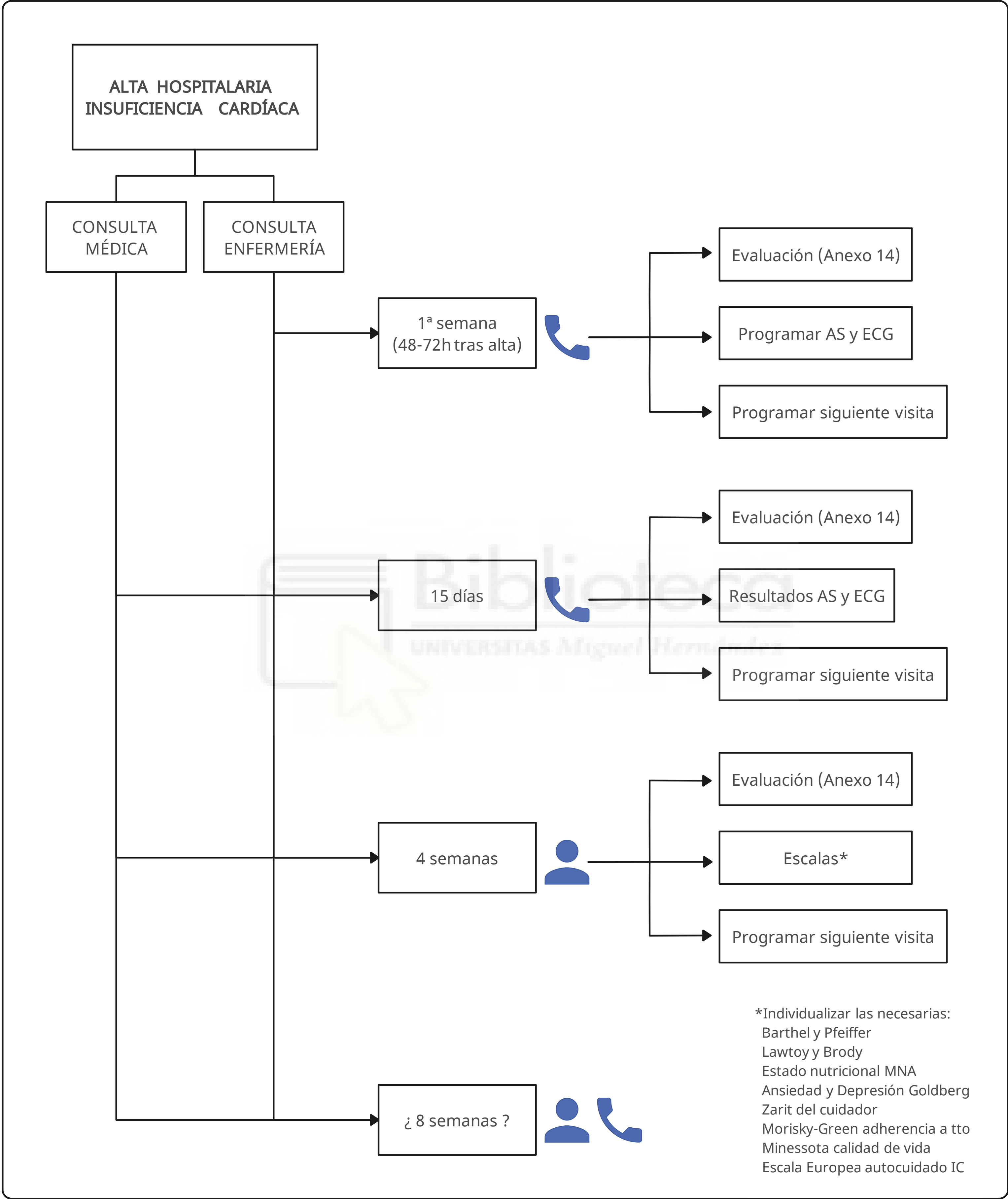
ECOCARDIOGRAFÍA

Confirma el diagnóstico

FEVI conservada
IC-FEc ≥50%

FEVI ligeramente reducida
IC-FElr 41 - 49%

FEVI reducida
IC-FEr ≤40%



ANEXO 7: SOLICITUD ANALÍTICA

DIABETES MELLITUS SEMESTRAL
Perfil Salud básico Perfil Diabetes Mellitus semestral Microalbuminuria
DIABETES MELLITUS ANUAL
Perfil Salud básico Perfil Diabetes Mellitus anual Perfil Dislipemia con/sin tratamiento Perfil Función renal estudio
HIPERTENSIÓN
Perfil Salud básico Perfil HTA seguimiento anual Perfil Función renal estudio Perfil Dislipemia con/sin tratamiento
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
Perfil Salud Básico Perfil Función renal estudio Perfil Dislipemia con/sin tratamiento Proteínas totales y albúmina Calcio y fósforo PTH (al menos 1 determinación)
OBESIDAD
Perfil Salud básico Perfil Función renal estudio Perfil HTA estudio inicial Perfil Dislipemia con/sin tratamiento TSH Vit D Proteínas totales y albúmina
INSUFICIENCIA CARDÍACA
Perfil Salud Básico Perfil Hipertensión anual Perfil Dislipemia con/sin tratamiento Hierro, Sat-T y ferritina TSH Péptido Natriurético (proBNP)

ANEXO 8: REGICOR

[Enlace Calculadora Regicor](#)

Edad 35-74	
Sexo	☐ Hombre ☒ Mujer
Fumador/a	☐ Sí ☒ No
Diabético/a	☐ Sí ☒ No
Colesterol total (mg/dl) 100-400	
Colesterol HDL (mg/dl) 20-120	
Tensión arterial sistólica (mmHg) 60-220	
Tensión arterial diastólica (mmHg) 30-140	
☐ ¿Es portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?	
☐ ¿Sufre una Neoplasia Mieloproliferativa como la Policitemia Vera o la Trombocitemia Esencial?	
Calcula	Informe
Limpia	
INSTRUCCIONES	
EXPLICACIONES	

Riesgo muy alto		≥15%
Riesgo alto		10-14,9%
Riesgo moderado		5-9,9%
Riesgo bajo		<5%

ANEXO 9: SCORE2 y SCORE2-OP

Tabla aplicable a población de **países de bajo riesgo incluido España** ([ver otras tablas](#))

SCORE2 y SCORE2-OP					< 50 años 50-69 años ≥ 70 años		
riesgo a 10 años de eventos CV					< 2,5% 2,5 a < 7,5% ≥ 7,5%		
(mortales y no mortales) en poblaciones					< 5% 5 a < 10% ≥ 10%		
con bajo riesgo cardiovascular					< 7,5% 7,5 a < 15% ≥ 15%		
					Mujeres Varones		
					No fumadoras Fumadoras No fumadoras Fumadoras		
					Colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad		

ANEXO 10: ESTADIO ERC

La S.E.N. acredita el interés científico de Nefroconsultor. La S.E.N. no se hace responsable de los resultados y consecuencias del uso de nefroconsultor, limitándose a la declaración de interés científico para la divulgación y aplicación de la Nefrología. Con el Aval Científico de



Sociedad Española de Nefrología

Las recomendaciones indicadas en la app en ningún caso sustituyen al criterio clínico

 **NefroConsultor**   



Edad años

Sexo ☒ ♂ ☐ ♀

Cr. plasmática mg/dL

Albuminuria
cociente A/CR mg/g

Raza negra ☐

Otros motivos >

Calcular

Pronóstico de la enfermedad renal crónica según filtrado glomerular y albuminuria (Clasificación KDIGO 2012)				Categorías por albuminuria persistente		
				Descripción e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal o aumento leve < 30 mg/g < 3 mg/mmol	Aumento moderado 30 a 300 mg/g 3 a 30 mg/mmol	Aumento grave > 300 mg/g > 30 mg/mmol
Categorías por filtrado glomerular (ml/min/1,73 m²) Descripción y rango	Grado 1	Normal o alto	≥ 90			
	Grado 2	Levemente disminuido	60 a 89			
	Grado 3a	Descenso leve a moderado	45 a 59			
	Grado 3b	Descenso moderado a grave	30 a 44			
	Grado 4	Descenso grave	15 a 29			
	Grado 5	Fallo o fracaso renal	< 15			

- riesgo bajo (si no hay otro marcador de enfermedad renal, no hay enfermedad renal crónica)
- riesgo moderadamente mayor
- riesgo alto
- riesgo muy alto

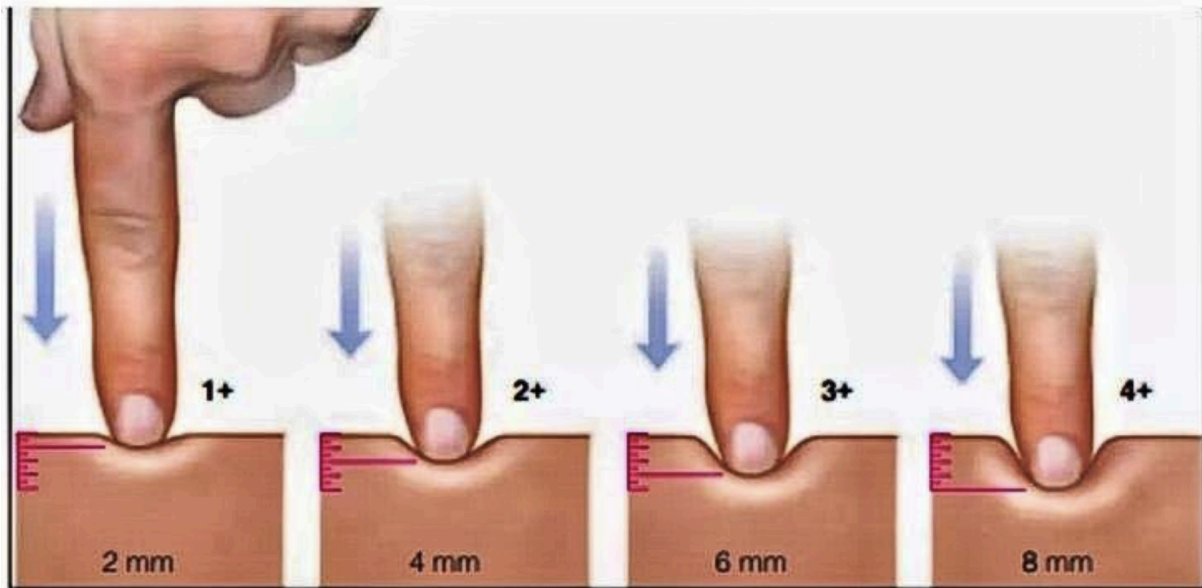
Mapa de calor de la Enfermedad Renal Crónica según KDIGO 2021. Fuente: National Kidney Foundation.

ANEXO 11: CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	ene.	feb.	mar.	abr.	may.	jun.	jul.	ago.	sep.	oct.	nov.	dic.	ene.26	feb.26	mar.26	abr.26	may.26	jun.26
desarrollo memoria																		
proyecto piloto 1 individual																		
análisis resultados																		
exposición memoria Gerencia																		
creación grupo trabajo SARAP																		
proyecto piloto 2 departamental																		
análisis resultados																		
reunión grupo trabajo y Gerencia																		
jornadas departamentales																		

Fase A		Proyecto Piloto 1
Fase B		Proyecto Piloto 2
Fase C		Proyecto Final

ANEXO 12: ESCALA DE EDEMA - SIGNO DE LA FÓVEA O GODET



GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
2mm	4mm	6mm	10mm
Desaparece al instante	Desaparecen en 15 seg	Recuperación en 1 minuto	Persiste más de 2 minutos

ANEXO 13: ESCALA DE DISNEA - NYHA

Clasificación funcional de la *New York Heart Association* basada en la gravedad de los síntomas y la actividad física

Clase I	Sin limitación de la actividad física. La actividad física ordinaria no causa problemas indebidos de disnea, fatiga o palpitaciones
Clase II	Leve limitación de la actividad física. Se siente cómodo en reposo, pero una actividad física ordinaria produce disnea, fatiga o palpitaciones
Clase III	Marcada limitación de la actividad física. Ausencia de malestar en reposo, pero cualquier actividad física produce disnea, fatiga o palpitaciones
Clase IV	Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin malestar. Puede haber síntomas en reposo. Si se lleva a cabo cualquier actividad física, aumenta la sensación de malestar

ANEXO 14: EVALUACIÓN IC

- ☐ Tensión Arterial < 135/85 mmHg y > 100/50 mmHg.
- ☐ Frecuencia cardíaca: <50lpm ajuste de Fcos cronotrópicos (Betabloqueante)
- ☐ Saturación de Oxígeno
- ☐ Peso: aumento 1-2Kg en 1-3 días signo de descompensación
- ☐ Perímetro abdominal

- ☐ Edemas: signos de godet
- ☐ Ingurgitación yugular

- ☐ Escala disnea NYHA
- ☐ Ortopnea
- ☐ Disnea / tos paroxística nocturna
- ☐ Bendopnea (al agacharse)

- ☐ Hidratación y diuresis
- ☐ Adherencia a tratamiento y necesidad de ajuste

ANALÍTICA INSUFICIENCIA CARDÍACA TRAS ALTA HOSPITALARIA

- ☐ Perfil Salud básico: función renal con Cr y FG (comprobar mejoría respecto ingreso); sodio y potasio
- ☐ Estudio Hipertensión anual: CAC
- ☐ Hierro, Sat-T (objetivo >20%) y ferritina (objetivo >100ng/mL)
- ☐ Péptido Natriurético (proBNP): comprobar descenso respecto ingreso
- ☐ CA125

ANEXO 15: CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (17)

Según el momento del proceso de salud-enfermedad:

- **Prevención** de enfermedades: consta de 3 niveles, según el momento del proceso sobre el que actúa.
 - **Primaria**: busca evitar que aparezca la enfermedad, dirigida a personas sanas. Actúa sobre los factores de riesgo promoviendo los hábitos saludables. Ejemplos son la vacunación, dieta mediterránea, ejercicio físico o la educación sexual.
 - **Secundaria**: trata de detectar precozmente enfermedades en sus fases iniciales asintomáticas, en personas aparentemente sanas pero pertenecientes a grupos de riesgo o con factores de desarrollar enfermedades. Trabaja mediante cribados y pruebas diagnósticas. Ejemplos son el screening de cáncer de mama, citologías para el VPH o parámetros analíticos como la glucosa en ayunas para detección de diabetes.
 - **Terciaria**: su objetivo es evitar complicaciones o progresión en personas con enfermedades crónicas ya establecidas o discapacidad/fragilidad. Dispone de tratamientos, rehabilitación y seguimiento como herramientas. Ejemplos son la rehabilitación cardíaca tras un infarto, la fisioterapia después de un ictus o los programas de educación terapéutica en EPOC.
- **Promoción** de la salud: busca mejorar la calidad de vida y el bienestar global, más allá de la ausencia de enfermedad. Basa sus acciones en fomentar estilos de vida saludables con un enfoque más participativo y comunitario. Ejemplos son los talleres de ejercicio físico o salud emocional y las intervenciones en escuelas y centros sociales.
- **Diagnóstico**: analíticas, cultivos, retinografías, electrocardiografía.
- **Tratamiento**: vía intravenosa, infiltraciones articulares, aerosoles.
- **Rehabilitación**: procesos traumatológicos, osteoarticulares.

Según la población y entorno:

- Salud infantil y del adolescente: revisión de niño sano, lactancia materna, salud bucodental.
- Atención a la mujer: prevención de cáncer cérvix, embarazo y puerperio.
- Población adulta: programas de crónicos, fisioterapia,
- Población mayor y/o frágil: cuidados paliativos, eutanasia
- Salud mental: psicología, terapia farmacológica.
- Atención a las conductas adictivas: tabaco, alcohol, ilegales.
- Atención comunitaria: talleres sobre hábitos de vida saludable.
- Atención domiciliaria: sintrom, extracción de muestras para laboratorio, administración de tratamientos.
- Procedimientos diagnósticos: analíticas, retinografías, espirometrías.
- Procedimientos terapéuticos: curas, infiltraciones, cirugía menor.



ANEXO 16: MATRIZ DAFO y CAME

MATRIZ DAFO

DEBILIDADES	AMENAZAS
Variabilidad en la práctica clínica: ausencia de protocolos clínicos y escasa actividad investigadora. Organización interna de bajo nivel: necesidad de personal, inestabilidad laboral, falta de referentes y líderes en gestión. Resistencia al cambio: resistencia a nuevos modelos organizativos. Desmotivación de profesionales: sobrecarga asistencial y ausencia de reconocimiento e incentivos. Falta de formación continuada. Deteriorada relación sanitario-paciente	Elevada prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Vulnerabilidad social: empobrecimiento y deterioro de los determinantes sociales de la salud (alimentación, ejercicio, acceso a recursos) Personal estructural insuficiente. Sostenibilidad del SNS: uso inadecuado de los servicios, cronificación mal controlada e hiperfrecuentación. Limitaciones del software corporativo y capacidad de implementar cambios a nivel burocrático.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Paciente colaborador e involucrado. Motivación del profesional y cultura de esfuerzo. Alto nivel formativo nacional. Creación de grupos de trabajo.	Inteligencia Artificial. Innovación en tecnologías de la información y comunicación. Modernización de infraestructuras.

MATRIZ CAME

CORREGIR	AFRONTAR
Inversión en formación, docencia e investigación. Búsqueda de referentes y líderes. Fomentar sesiones clínicas y de trabajo interno.	Mejora de las actividades sobre promoción y prevención en salud a nivel local. Reforzar la educación sanitaria al paciente para mejorar el uso del sistema. Impulsar la modernización digital.
MANTENER	EXPLOTAR
Afianzar la satisfacción del paciente. Creación de incentivos y reconocimiento laboral.	Introducción de herramientas TIC e IA en la práctica clínica habitual. Proyectos piloto.

ANEXO 17: INDICADORES SARAP

- ☐ registro cifras de TA en los últimos 12 meses
- ☐ registro de peso y talla en los últimos 12 meses
- ☐ registro de hábitos tóxicos en los últimos 12 meses
- ☐ cálculo Riesgo Cardiovascular (REGICOR/SCORE) en los últimos 12 meses
- ☐ solicitud de HbA1c en los últimos 6 meses y 12 meses
- ☐ solicitud de creatinina en sangre y CAC en orina en los últimos 12 meses
- ☐ solicitud de colesterol total y LDL en los últimos 12 meses
- ☐ solicitud de retinografía en los últimos 24 meses
- ☐ solicitud de electrocardiograma en los últimos 24 meses
- ☐ solicitud de Índice Tobillo Brazo en los últimos 5 años
- ☐ HbA1c en objetivo para personas con Diabetes Mellitus tipo 2
- ☐ tensión arterial en objetivo para personas con Hipertensión
- ☐ porcentaje de pacientes que cumplen con las pruebas periódicas solicitadas.
- ☐ nivel de adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.
- ☐ grado de satisfacción del paciente con el método de consulta empleado.
- ☐ grado de satisfacción del profesional con el método de trabajo realizado.