

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE
ANDALUCÍA ORIENTAL, CEUTA Y MELILLA

DISCURSO

Pronunciado por el

ILMO.SR. D. DIEGO AGUSTÍN VARGAS ORTEGA

En su recepción académica

**Propuesta de Modelo Asistencial en Atención Primaria para
el siglo XXI.**

Y contestación del EXMO. SR. D. BLAS GIL EXTREMERA. Académico de
Número.

En sesión celebrada en la Real Academia de Medicina y Cirugía de
Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla el 8 de Noviembre de 2024.



*Dedicado a todos aquellos que no están y que viven
en mi, hoy se están regocijando en el cielo.*

*Dedicado a todos aquellos que están y me han
acompañado en este vertiginoso camino,
empujandome con todo su cariño hasta aquí.*

*Dedicado a mi esposa Sonia y mis hijos Lucia y
Diego, sustento de mis emociones, cobijo de mis
sentimientos, faro en mi caminar, amor que
alimenta mi alma.*

<u>1. GRACIAS A LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL (RAMAO)</u>	3
CONMEMORACIÓN	3
TEMA PRINCIPAL	3
CONEXIÓN PERSONAL CON LA ATENCIÓN PRIMARIA	4
<u>2. ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SIGLO XXI</u>	6
CONCEPTOS Y PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	6
DESAFÍOS ACTUALES Y FUTUROS EN MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA	8
<u>3. CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA</u>	10
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA	10
LA NECESIDAD DE PROFESIONALES BIEN FORMADOS Y MOTIVADOS	12
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA	13
ÉXITOS EN LA BÚSQUEDA DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA	15
<u>4. HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA</u>	17
DEFINICIÓN DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA	17
ELEMENTOS CLAVE PARA UNA ATENCIÓN HUMANIZADA	17
LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: EMPATÍA, ESCUCHA ACTIVA Y RESPETO	18
DESAFÍOS DE LA DIGITALIZACIÓN Y LA TELEMEDICINA EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	19
LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA: CLAVE PARA UNA ATENCIÓN HUMANIZADA	21
<u>5. EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA</u>	23
DEFINICIÓN DE EFICIENCIA EN EL CONTEXTO SANITARIO	23
IMPLEMENTACIÓN DE AGENDAS MÁS FLEXIBLES	25
DELEGACIÓN DE TAREAS ADMINISTRATIVAS	26
SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES Y DIGITALIZACIÓN DE PROCESOS	27
IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: FACILITANDO LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y EVITANDO LA FRAGMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN.	28
USO ADECUADO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN: POTENCIANDO LA COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	30
IMPLEMENTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA OPTIMIZAR RECURSOS: TELEMEDICINA	30
APLICACIONES MÓVILES DE SALUD: EMPODERANDO A LOS PACIENTES Y MEJORANDO LA ATENCIÓN	32
LA GESTIÓN DE LA DEMANDA: UN ENFOQUE CLAVE PARA UNA ATENCIÓN PRIMARIA EFICIENTE Y SOSTENIBLE	33
<u>6. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO</u>	35

DEFINICIÓN DE SOSTENIBILIDAD EN EL CONTEXTO SANITARIO	35
SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA: UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS	36
PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: INVERSIÓN EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	38
FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	40
SOSTENIBILIDAD SOCIAL	41
7. REFLEXIÓN FINAL	42
<hr/>	
HACIA UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: ADAPTÁNDONOS A LAS NECESIDADES DEL SIGLO XXI	42
CONCLUSIÓN	44
8. BIBLIOGRAFÍA	46
<hr/>	
9. DISCURSO DE CONSTESTACIÓN POR EL ILUSTRÍSIMO DOCTOR BLAS GIL EXTREMERA, ACADÉMICO DE NÚMERO.	62

1. Gracias a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental (RAMAO)

Conmemoración

Excelentísimo Señor presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla, Excelentísimos e Ilustrísimos Señores y Señoras Académicos, Autoridades presentes, Señoras y Señores:

Es un profundo honor para mí dirigirme a ustedes en esta ocasión tan especial, en la que tengo el privilegio de ingresar como académico de esta prestigiosa institución. La Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla ha sido, desde su fundación, un referente en la generación y difusión del conocimiento médico, así como un espacio de encuentro y debate para los profesionales de la salud. Ser considerado digno de unirme a este selecto grupo de académicos es un reconocimiento que me llena de orgullo y gratitud. Agradezco profundamente la confianza depositada en mí y la generosidad con la que he sido acogido por los miembros de esta corporación. Asumo este honor con la responsabilidad y el compromiso de contribuir, desde mi experiencia y conocimiento. Estoy convencido de que, en un momento en el que la medicina enfrenta desafíos complejos, la labor de instituciones como ésta es crucial para liderar los avances científicos y fomentar un enfoque multidisciplinario que responda a las necesidades de nuestra sociedad.

Tema principal

Me gustaría centrar mi discurso en un tema que considero crucial para el futuro de la salud, y es el de dirigirnos "Hacia un Modelo Asistencial en Atención Primaria que

dé respuestas a las necesidades de salud del siglo XXI desde la perspectiva de la calidad, la humanización, la eficiencia y la sostenibilidad".

Como todos sabemos, la Atención Primaria se encuentra en un punto de inflexión. Los desafíos del siglo XXI, con una nueva realidad sociosanitaria caracterizada por un aumento de la comorbilidad y fragilidad ligada al envejecimiento, el impacto de los determinantes ligados a la salud: cambios en la población con pacientes más informados y que reclaman participar en las decisiones que afectan a su salud en una sociedad cada vez más digitalizada, las crisis sanitarias, como la reciente pandemia, exigen una profunda reflexión sobre el modelo asistencial actual. No solo se trata de optimizar los recursos existentes, sino de repensar la propia esencia de la Atención Primaria como puerta de entrada y eje vertebrador del sistema sanitario.

A lo largo de este discurso analizaremos cómo los ejes de Calidad, Humanización, Eficiencia y Sostenibilidad deben ser los pilares de este nuevo modelo asistencial, buscando una Atención Primaria capaz de enfrentar las necesidades presentes y afrontar los retos futuros.

Conexión personal con la Atención Primaria

Mi trayectoria académica y profesional siempre ha estado ligada a la Atención Primaria, trabajando y promoviendo los cuatro pilares en los que se fundamenta: Mi camino comienza con una formación que sentó las bases de lo que sería mi futuro profesional en Atención Primaria, una **diplomatura en Enfermería** y, posteriormente, una **licenciatura en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada**. Gracias a esta formación adquiriré un conocimiento profundo sobre la atención médica integral, que es el corazón del trabajo en Atención Primaria. La continuidad de mi formación,

alcanzando el **grado de Doctor en Medicina**, me permitió profundizar en el conocimiento científico y fortalecer mi capacidad de investigación, habilidades que sin duda enriquecen la labor del médico de Atención Primaria. Dediqué un periodo crucial de mi formación a **especializarme en Medicina Familiar y Comunitaria**. Esta elección no fue casual, sino un compromiso firme con la atención médica más cercana a la comunidad. La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria constituye la columna vertebral de la Atención Primaria, donde los profesionales se encargan de ofrecer atención continua y de calidad, abarcando desde la prevención el diagnóstico, el tratamiento y seguimiento de las enfermedades más comunes.

Mi vocación no se limitó al ejercicio clínico, sino que quise ampliar mis conocimientos en ámbitos complementarios. Así, cursé diversos **másteres y estudios de posgrado en gestión sanitaria, dirección de empresas, cardiología, urgencias y emergencias, y enfermedades como la EPOC y el asma**. Estas titulaciones me dotaron de herramientas esenciales para liderar equipos de salud y mejorar los servicios asistenciales, con un énfasis especial en la calidad de la atención prestada en el primer nivel asistencial, donde se atienden algunas de las patologías más prevalentes.

En mi trayectoria profesional, he tenido la oportunidad de desempeñar diversos cargos que han ampliado mi perspectiva del sistema de salud. He sido **Facultativo Especialista en Urgencias y Cuidados Críticos**, lo cual me permitió entender aún más las necesidades que surgen en el primer contacto con el paciente. También he ocupado puestos de responsabilidad como **director Gerente del Servicio Andaluz de Salud y director general de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud**.

Aunque estos roles tienen un enfoque amplio, siempre he trabajado con el objetivo de fortalecer la Atención Primaria como base del sistema sanitario.

Mi implicación con la Atención Primaria también se ha reflejado en mi participación en sociedades profesionales. Como **vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia** y **presidente de la Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia**, he promovido activamente el desarrollo y mejora de la medicina familiar y comunitaria, destacando siempre la importancia de la Atención Primaria en la salud de nuestra población. Finalmente, mi rol académico como **profesor de Medicina Familiar y Comunitaria** me ha permitido contribuir a la formación de las nuevas generaciones de médicos. Estoy convencido de que la docencia es uno de los pilares más importantes para asegurar un futuro donde la Atención Primaria siga siendo el eje central de la atención sanitaria.

2. Atención Primaria en el siglo XXI

Conceptos y principios de la Atención Primaria

La Atención Primaria se define como el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas [2]. Es la puerta de entrada y eje vertebrador del sistema sanitario, proporcionando una atención integral al individuo, accesible y continuada a lo largo de su vida. Primordialmente, la Atención Primaria se fundamenta en cuatro principios: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación [2] [6]. **Barbara Starfield**, desarrolló estos conceptos como pilares de un sistema de salud equitativo y eficiente. Su trabajo ha sido crucial para sentar las bases de una Atención Primaria que responde a las necesidades de salud pública.

La **Accesibilidad** implica que la atención sanitaria debe estar disponible para todas las personas, independientemente de su clase social, económica o lugar de residencia. Busca eliminar barreras para garantizar que todos los ciudadanos puedan acceder a servicios de salud de calidad [1][2][6]. Determina que la atención médica debe ser alcanzable para todos. Se traduce en la capacidad de obtener una cita con un profesional de la salud en un tiempo razonable, la disponibilidad de servicios de atención de urgencias y la eliminación de barreras arquitectónicas en los centros de salud

La **Longitudinalidad** se refiere a la continuidad de la atención a lo largo del tiempo, lo que favorece la creación de un vínculo estable entre el médico y el paciente, permitiendo una mayor comprensión de las necesidades de salud del individuo y de su familia, mejorando la precisión en la atención y el seguimiento [1][6]. Una Atención Primaria longitudinal reduce la morbilidad y la mortalidad en la población y optimiza el uso de los recursos sanitarios [1][6].

La **Integralidad** supone abordar todas las dimensiones de la salud, incluyendo aspectos físicos, mentales y sociales. La atención integral permite que las intervenciones sean más completas, considerando al paciente en su totalidad y no solo desde la perspectiva de una enfermedad específica [6]. Por ello, los profesionales deben ser capaces de tratar desde enfermedades comunes a afecciones mentales y coordinarse con otros niveles asistenciales y los servicios comunitarios para ofrecer una asistencia integral y centrada en la persona.

Por último, la Atención Primaria actúa como el eje central del sistema sanitario, asegurando **la Coordinación con otros niveles asistenciales**, como la atención

hospitalaria, la salud mental y los servicios sociales. La capacidad de integrar estos servicios mejora la eficacia del sistema y la experiencia del paciente [1]

Hoy en día la Atención Primaria se enfrenta al reto de fortalecerse para poder atender a las crecientes necesidades de salud de la población [2]. Diferentes fuentes evidencian la necesidad de mejorar la accesibilidad, optimizar la gestión de las agendas, reducir la burocracia y establecer nuevos roles profesionales e implementar las nuevas tecnologías para lograr una mayor eficacia y calidad en la atención [1][6]. Otro pilar clave es la humanización de la atención, priorizando la relación médico-paciente, la empatía y la escucha activa en un entorno cada vez más tecnificado [1].

En definitiva, la Atención Primaria debe evolucionar hacia un modelo asistencial que se adapte a las necesidades del siglo XXI, garantizando una atención de calidad, humanizada, eficiente y sostenible. Profundizar en estos principios es esencial para comprender la esencia de la Atención Primaria y su importancia en el sistema de salud.

Desafíos actuales y futuros en medicina de atención primaria

La Atención Primaria actual se enfrenta a una serie de desafíos sin precedentes que deben ser abordados para ajustarse a la nueva realidad. Muchos de los problemas actuales se han estado gestando en las últimas décadas, y se han visto agravados por la reciente crisis sanitaria de la COVID-19.

Uno de los principales desafíos es el **envejecimiento de la población**, un fenómeno global que tiene un impacto directo en los sistemas de salud. A medida que la esperanza de vida aumenta, también lo hace la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que plantea la necesidad de una atención médica más compleja y

continúa [6]. Este aumento de las enfermedades crónicas está directamente relacionado con otro reto importante: la **multimorbilidad**, es decir, la presencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona. Es un desafío para la Atención Primaria, ya que hay que tener en cuenta las interacciones entre las diferentes patologías, los tratamientos y el estilo de vida del paciente [6].

La **crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19** ha mostrado la importancia crucial de la Atención Primaria como primera línea de defensa del sistema sanitario [6]. Al mismo tiempo, también ha mostrado debilidades significativas en un modelo que a menudo funciona con una capacidad limitada, sometido a una presión asistencial sin precedentes, las **secuelas a largo plazo en la salud de la población**, lo que se ha denominado “COVID persistente”, todo esto unido a la alta presión de los servicios de salud y las demoras en la atención a otras patologías, plantea un escenario complejo que requiere soluciones innovadoras [5][6]. Para afrontar estos retos, la Atención Primaria del siglo XXI debe transformarse y contar con un compromiso serio en todos los ámbitos: institucional, profesional y social, para llevar a cabo las siguientes medidas:

- **Reforzar la inversión en la Atención Primaria.** Es indispensable aumentar la inversión en recursos humanos y materiales para poder abordar la creciente demanda de una población con necesidades de salud cada vez más complejas [6].
- **Adaptar el modelo asistencial a la cronicidad, multimorbilidad y la complejidad.** El modelo asistencial actual, orientado a la enfermedad aguda, debe cambiar [6]. Es necesario convertir su enfoque desde una atención mayoritaria a enfermedad aguda a una focalizada en situación crónica y multimorbilidad. Esto implica la creación de equipos de profesionales

multidisciplinares, la implementación de programas de atención domiciliaria, el desarrollo de la telemedicina y la formación de sus profesionales en nuevas competencias.

- **Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.** La coordinación entre la Atención Primaria, la asistencia hospitalaria, la salud mental y los servicios sociales ha de mejorar si queremos evitar la fragmentación de los servicios y la falta de continuidad asistencial [6].
- **Impulsar la investigación e innovación en Atención Primaria.** la investigación y la generación de conocimiento son fundamentales para el desarrollo de nuevas soluciones que mejoren tanto la atención a los pacientes como la sostenibilidad del sistema [6].

3. Calidad en la Atención Primaria

Definición de la Calidad Asistencial en Atención Primaria

En el contexto de la Atención Primaria, la calidad asistencial puede considerarse como un conjunto de características y atributos de los servicios de salud prestados a la población, con la prioridad de maximizar el bienestar del paciente, considerando siempre el uso responsable y eficiente de los recursos existentes. Para lograr este objetivo de calidad, debemos tener en cuenta una serie de elementos clave. Permítanme destacar algunos de ellos:

- **Efectividad:** En primer lugar, debemos asegurarnos de que nuestras acciones tengan un impacto real en la salud de las personas. Esto significa que los tratamientos y las estrategias preventivas que implementamos deben basarse en

la mejor evidencia científica disponible. **La efectividad se traduce en resultados tangibles que mejoran la salud de nuestros pacientes [7].**

- **Seguridad: la seguridad del paciente es innegociable.** Debemos crear un entorno seguro, donde se minimicen los riesgos de eventos adversos o errores médicos. La seguridad debe estar presente en todas las etapas del proceso asistencial, protegiendo tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud [8].
- **Orientación al Paciente: La Atención Primaria debe centrarse en las necesidades y preferencias de cada paciente.** No podemos olvidar que cada individuo es único, con sus propios valores, creencias y contexto social. Debemos ofrecer una atención personalizada, donde se tome en cuenta la individualidad del paciente a la hora de tomar decisiones sobre su salud [2][7].
- **Equidad:** Un sistema de salud justo es aquel que garantiza el acceso a la Atención Primaria para todos, sin importar su origen, género, condición socioeconómica o ubicación geográfica. **La equidad significa brindar las mismas oportunidades de atención y cuidado a toda la población [1][3].**
- **Eficiencia:** En un mundo con recursos limitados, debemos ser responsables y eficientes en su gestión. La eficiencia consiste en maximizar el impacto en la salud de la población utilizando los recursos disponibles de la mejor manera posible [3][7].
- **Oportunidad:** Para que la atención médica sea verdaderamente efectiva, debe ser oportuna. **Debemos reducir los tiempos de espera para la atención, tanto**

en la consulta como en la realización de pruebas diagnósticas o el acceso a tratamientos [2][7].

Es importante comprender que **estos elementos no funcionan de forma aislada.**

Un sistema de Atención Primaria de calidad debe integrarlos de manera armoniosa para ofrecer una atención integral y de calidad a la población.

La Necesidad de Profesionales Bien Formados y Motivados

Para hablar de la Atención Primaria, es crucial hablar de las personas que la hacen posible: nuestros profesionales de la salud. Su formación y motivación son la base de un sistema de salud fuerte y eficiente.

Necesitamos profesionales con conocimientos actualizados. La medicina avanza constantemente, y nuestros médicos necesitan acceso a la mejor evidencia científica. Deben estar al día en nuevas tecnologías y enfoques de atención, como la gestión de la multimorbilidad, la cronicidad, la atención centrada en la persona y la toma de decisiones compartida [6][7].

La formación en Atención Primaria es fundamental. Para que los estudiantes de medicina se sientan atraídos por este ámbito, es esencial que tengan una experiencia formativa satisfactoria en Atención Primaria. Se propone la creación de departamentos universitarios específicos de Medicina Familiar y Comunitaria, y una mayor presencia de la Atención Primaria en los programas formativos de otras especialidades [8]. **Pero no basta solo con conocimientos técnicos.** También necesitamos formar a nuestros profesionales en habilidades como el pensamiento crítico, la comunicación efectiva, la gestión de la incertidumbre y la toma de

decisiones compartida. Además, es crucial que sepan identificar y abordar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento [6].

Hablemos ahora de la motivación. No podemos olvidar que nuestros profesionales de la salud también son personas. La precariedad laboral, la sobrecarga asistencial, la burocracia excesiva y la falta de reconocimiento profesional son factores que los desmotivan. Para revertir esta situación, hay que seguir proponiendo mejoras, reducir la carga burocrática, estabilizar los contratos laborales y ofrecer oportunidades de desarrollo profesional [2].

También es importante mejorar la percepción social de la Atención Primaria. Debemos destacar su valor dentro del sistema sanitario y reconocer la labor de sus profesionales. Campañas de comunicación y la implicación de los propios profesionales en la difusión de la importancia de la Atención Primaria podrían contribuir a este objetivo [2][4].

Necesitamos un liderazgo sólido y una gestión eficiente en la Atención Primaria. Un liderazgo que apoye a los profesionales promueva la innovación y garantice un entorno de trabajo positivo y motivador [2][8].

Evaluación de la Calidad en la Atención Primaria

Como hemos mencionado, la calidad asistencial es la piedra angular de una Atención Primaria sólida y eficaz. Pero la calidad no se logra por casualidad, **requiere un esfuerzo constante y una mirada crítica que nos permita identificar áreas de mejora y optimizar nuestros recursos.** Para esto, la evaluación continua de la calidad asistencial es fundamental. El **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (MAPyC) [8]** nos brinda una hoja de ruta para alcanzar una

atención de calidad, con un enfoque integral que abarca la accesibilidad, la organización de los servicios, la gestión de recursos y la participación de los profesionales y la ciudadanía. ¿Y qué mecanismos tenemos a nuestra disposición para evaluar la calidad? Contamos con herramientas como **los indicadores de seguimiento**, que nos permiten visualizar el estado de la Atención Primaria y tomar decisiones informadas.

Algunos de estos indicadores son:

- **El número de consultas por persona asignada:** que refleja la accesibilidad y la capacidad de respuesta de los equipos de Atención Primaria.
- **La proporción de consultas domiciliarias:** que muestra nuestro compromiso con la atención al paciente en su entorno, especialmente a aquellos con dificultades de movilidad.
- **Los tiempos de espera para la atención:** que revelan la eficiencia en la gestión de la demanda.
- **El nivel de satisfacción de los pacientes:** que nos permite conocer su percepción sobre la calidad de la atención recibida.

Pero no podemos limitarnos solo a los números. **Es vital escuchar la voz de quienes viven día a día la realidad de la Atención Primaria: nuestros profesionales.** Ellos son los ojos y oídos del sistema, los que conocen las necesidades, los retos y las oportunidades de mejora. Fomentar su participación en la evaluación de la calidad nos enriquece con su experiencia y nos permite encontrar soluciones innovadoras.

Implementar un sistema de evaluación continua no es una tarea sencilla. Requiere un compromiso por parte de todos los actores, recordemos que **la evaluación no es un castigo, sino una oportunidad**. Una oportunidad para aprender de nuestros errores, para fortalecer nuestras virtudes y para construir una Atención Primaria más justa, eficiente y cercana a las necesidades de la población.

Éxitos en la Búsqueda de Calidad en Atención Primaria

Es importante reconocer y celebrar los **avances significativos** que se han logrado en la búsqueda de una Atención Primaria de calidad en Andalucía. Estos éxitos son un testimonio del esfuerzo, dedicación y compromiso de los profesionales del sector.

La Estrategia de Mejora de la Atención Primaria, implementada por el Servicio Andaluz de Salud, es un claro ejemplo del compromiso con la calidad. Esta estrategia, con su enfoque en siete líneas estratégicas, aborda áreas cruciales como la gestión de recursos humanos, el fomento de una vida saludable, la mejora de la experiencia del paciente, la atención al paciente crónico complejo, la optimización de la citación, la salud digital y la mejora de la capacidad diagnóstica.

La accesibilidad, un pilar fundamental de la Atención Primaria, ha experimentado notables mejoras. Se han optimizado y reorganizado las agendas, ampliando los canales de atención para los ciudadanos a través de plataformas como “ClicSalud+” y las Apps “Salud Andalucía” y “Salud Responde”[1][3]. Además, se ha implementado un sistema de gestión de citas pendientes para dar respuesta de forma más proactiva a la demanda [3]. La creación de **Centros de Salud Digitales** será un paso crucial para facilitar el acceso a consultas no presenciales, acercando la atención a los pacientes y ampliando la capacidad de respuesta del sistema [1].

El **Foro Andaluz de Médicos de Atención Primaria**, un espacio de diálogo y colaboración, ha impulsado propuestas clave para la mejora de la calidad. Entre ellas destaca la necesidad de reducir la carga burocrática que enfrentan los médicos, permitiéndoles dedicar más tiempo a la atención directa de sus pacientes. También se ha puesto énfasis en la importancia de la **formación especializada de los médicos de familia**, fomentando el interés por la docencia MIR en este ámbito [2].

La teleconsulta, una herramienta con un potencial enorme para transformar la Atención Primaria, se ha ido consolidando. Se ha trabajado en la clarificación de su marco jurídico y se ha promovido su implementación basada en el consenso, garantizando que los profesionales cuenten con la información, la capacitación y las herramientas necesarias para su uso efectivo [2].

Podemos resaltar algunos aspectos de estas experiencias.

- **Enfoque integral:** Las estrategias e iniciativas presentadas incluyen aspectos referidos a la gestión de recursos humanos, organización, accesibilidad, capacidad resolutive, continuidad asistencial y coordinación entre niveles asistenciales.
- **Evaluación y seguimiento:** Imprescindible monitorizar y evaluar el impacto y capacidad de mejora de las medidas para identificar áreas de mejora y ajustar las estrategias en función de los resultados.
- **Profesional Empowerment:** Por un lado, las propuestas del Foro Andaluz de Médicos de Atención Primaria recalcan la necesidad de contar con profesionales empoderados, que pueden actuar (y ya lo hacen) en la detección de problemas y la búsqueda de soluciones. Por otro, las propuestas el SAS también tienden a

hacer que finalmente el paciente viva la experiencia de atención de una manera más accesible, oportuna y personalizada, y de mayor calidad.

Es esencial mantener este impulso, reconociendo que la mejora de la calidad es un proceso continuo que requiere una reflexión constante y una voluntad firme de avanzar hacia un sistema de salud cada vez más fuerte, equitativo y sostenible. La Atención Primaria, con su capacidad para brindar una atención cercana, integral y centrada en la persona, debe seguir siendo la piedra angular de nuestro sistema de salud.

4. Humanización en la Atención Primaria

Definición de humanización en la Atención Primaria

La **humanización en la Atención Primaria** se centra en proporcionar un cuidado de salud que respete la dignidad, los valores y las necesidades de cada persona. Se busca que la relación entre los profesionales de salud y los pacientes sea más cercana, priorizando la empatía y la atención centrada en la persona. Esto implica adaptar los servicios para que no solo aborden los aspectos médicos, sino también los emocionales y sociales de los pacientes. El enfoque de humanización en la Atención Primaria también abarca la reducción de barreras administrativas, la mejora de la comunicación y la creación de un entorno acogedor, donde el paciente sienta que es escuchado y que sus necesidades son consideradas [2].

Elementos clave para una atención humanizada

Dentro de una atención sanitaria humanizada, se identifican diversos elementos clave, a saber:

- **Empatía:** en la relación médico-paciente, la empatía juega un papel crucial, ya que el médico debe ser capaz de comprender y compartir las emociones del paciente, poniéndose en su lugar y mostrando sensibilidad ante su situación [4].
- **Comunicación efectiva:** es esencial para una atención humanizada, estableciendo una comunicación bidireccional, clara y respetuosa, donde el profesional utilice un lenguaje sencillo al hablar con el paciente, promueva la escucha activa y favorezca la participación del paciente en la toma de decisiones [2][4].
- **Respeto a la autonomía del paciente:** implica, por otro lado, el respeto a la autonomía del paciente, es decir, a su derecho a tomar decisiones informadas sobre su salud, en función de sus valores, preferencias y circunstancias [6].
- **Atención centrada en la persona:** pone al paciente en el centro del proceso, considerando sus necesidades y personificando la atención a sus circunstancias [2][4][6].

La Relación Médico-Paciente en la Atención Primaria: Empatía, Escucha Activa y Respeto

La relación médico-paciente en la humanización de la Atención Primaria es crucial. En su artículo, "Reflexiones sobre la atención primaria del siglo XXI", Radolfi et al. enfatizan la necesidad de que los médicos de familia adquieran habilidades de comunicación eficaz que les permitan comprender las necesidades, valores y preferencias de los pacientes [6]. A este respecto, destacan las siguientes habilidades como esenciales: a través de la **empatía**, los médicos quieren ponerse en la perspectiva del paciente y comprender su experiencia y reaccionan con sensibilidad; a través de la **escucha activa**, los médicos desean prestar atención

consciente a lo que el paciente está comunicando verbal y no verbalmente, haciendo preguntas y mostrando interés en la experiencia del paciente; **respeto por el paciente**: los médicos deben reconocer la autonomía del paciente, valorar sus decisiones y respetar sus derechos incluso cuando la discrepancia se extiende a las instrucciones del médico. Estas habilidades son esenciales para el establecimiento de una relación de confianza con el paciente, lo que, a su vez, facilita la comunicación, la adherencia y la satisfacción con la atención recibida [6]. También se ha de poner el foco en el **trato personalizado en la Atención Primaria**. Esto implica considerar las circunstancias individuales del paciente, sociales, familiares y culturales y personalizar la atención en función de esas necesidades específicas, fomentando la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud, explicando claramente las opciones disponibles, con sus respectivos riesgos y beneficios. Debemos tener presente la necesidad de un enfoque “biopsicosocial”[2]. Este enfoque reconoce que los factores biológicos, psicológicos y sociales están interrelacionados y afectan la salud y la enfermedad, por lo que deben abordarse de manera integral para proporcionar atención de calidad.

Desafíos de la Digitalización y la Telemedicina en la Humanización de la Atención

La revolución digital ha irrumpido en el mundo de la medicina con la promesa de una atención más eficiente y accesible. La telemedicina, la digitalización de historiales médicos, la gestión online de citas... son solo algunas de las innovaciones que se abren paso en el panorama sanitario. Sin embargo, en este apasionante camino hacia el futuro, no debemos olvidar **el valor fundamental de la relación médico-paciente**, ese vínculo único que se teje sobre la confianza, la empatía y la escucha activa [2][3].

Es crucial, por tanto, que la tecnología se integre en la atención médica como un instrumento que enriquezca la experiencia del paciente, y no como una barrera que lo aleje del calor humano. La telemedicina, por ejemplo, ofrece oportunidades invaluable para acercar la atención a zonas rurales o a pacientes con dificultades de movilidad. No obstante, la **ausencia de contacto físico** puede suponer un reto a la hora de construir una relación de confianza y empatía. Para afrontar este desafío, es esencial que los profesionales desarrollen habilidades de comunicación digital que les permitan transmitir cercanía y seguridad a través de la pantalla [2][4][6].

Imaginemos a un paciente que recibe un diagnóstico complejo a través de una videollamada. Si bien la tecnología ha facilitado el acceso a la atención, la frialdad de la pantalla puede intensificar la angustia y la soledad en un momento tan vulnerable. Aquí es donde la **humanización** juega un papel crucial: un profesional que sepa transmitir empatía y contención a través de la comunicación no verbal, que se tome el tiempo para escuchar las preocupaciones del paciente y responder sus preguntas con claridad y sensibilidad, puede marcar la diferencia en su experiencia.

Es importante destacar que **la tecnología no puede sustituir la necesidad innata del ser humano de ser escuchado, comprendido y cuidado con calidez**. La automatización de procesos, si no se gestiona con sensibilidad, puede llevar a una deshumanización de la atención, convirtiendo al paciente en un simple número dentro de un sistema digitalizado.

Para evitar este riesgo, es fundamental:

- **Diseñar plataformas digitales centradas en el paciente:** intuitivas, fáciles de usar y que respeten su privacidad [1]

- **Formar a los profesionales en habilidades de comunicación digital:** para que puedan transmitir empatía y confianza a través de la pantalla [6]
- **Garantizar la accesibilidad digital para todos los pacientes:** superando la brecha digital y asegurando que nadie se quede atrás en el acceso a una atención de calidad [1][2][4].

La humanización de la atención médica en la era digital es un desafío que requiere la participación de todos los actores del sistema sanitario. **Es nuestra responsabilidad como profesionales y como sociedad velar por que la tecnología esté al servicio de las personas, y no al revés.** La tecnología se ha de convertir en un aliado de la humanización.

La Atención Integral e Integrada: Clave para una Atención Humanizada

La humanización de la atención sanitaria no se limita a una sonrisa amable o a un tono de voz cordial. Requiere un **enfoque integral e integrado que considere al paciente en su totalidad**, reconociendo sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Para lograrlo, la Atención Primaria debe evolucionar hacia un modelo que **rompa las barreras entre los diferentes niveles asistenciales** y fomente la **colaboración entre profesionales de diversas disciplinas** [2][6][7].

En primer lugar, la **atención integral implica comprender al paciente como un ser humano complejo**, no solo como un conjunto de síntomas o patologías. Debemos ir más allá del diagnóstico clínico y considerar el contexto social, familiar y emocional que influye en su salud y bienestar. Esto requiere que los profesionales de la salud desarrollen **habilidades de escucha activa y empatía**, que les permitan comprender la experiencia del paciente en su globalidad [2][6].

En segundo lugar, la **atención integrada se basa en la coordinación y la colaboración entre los diferentes niveles asistenciales**. No podemos concebir una atención humanizada si el paciente se siente perdido en un laberinto burocrático, rebotando entre especialistas y servicios sin una comunicación fluida entre ellos. La **Atención Primaria debe actuar como el eje vertebrador del sistema sanitario**, coordinando la atención con los hospitales, la salud mental, los servicios sociales y otros recursos comunitarios [2][6][7]. La **Historia Clínica Electrónica Compartida** es una herramienta fundamental para la atención integral e integrada. Permite que todos los profesionales involucrados en el cuidado del paciente tengan acceso a la información relevante, lo que facilita la toma de decisiones y la continuidad asistencial [2][7]. Imaginen a una paciente con una enfermedad crónica que requiere atención de diversos especialistas. En un modelo de atención integral e integrada, su médico de cabecera actuaría como **coordinador de su cuidado**, asegurando una comunicación fluida entre los diferentes profesionales y adaptando el plan de tratamiento a sus necesidades individuales. La **telemedicina** también puede jugar un papel importante en la atención integrada, facilitando la comunicación entre profesionales y permitiendo el seguimiento de pacientes a distancia [4].

En resumen, la humanización de la atención implica considerar al paciente como un todo, incluyendo sus necesidades físicas, emocionales y sociales, y coordinando la atención con otros niveles asistenciales. Un sistema de salud humanizado es aquel que se adapta a las necesidades del paciente, y no al revés. Es un sistema que reconoce la **dignidad y la individualidad de cada persona** y que busca brindar una atención compasiva, respetuosa y de calidad.

5. Eficiencia en la Atención Primaria

Definición de eficiencia en el contexto sanitario

En el ámbito sanitario, la eficiencia no se trata solo de hacer más con menos, sino de **obtener los mejores resultados posibles con los recursos disponibles**. Se trata de encontrar un equilibrio entre la calidad de la atención, el impacto en la salud de los pacientes y los costos, buscando siempre la sostenibilidad del sistema. La eficiencia implica optimizar el uso de los recursos, evitando el desperdicio y la duplicidad de esfuerzos. Imaginemos un sistema de atención primaria donde las citas se gestionan de forma inteligente, diferenciando entre las necesidades urgentes y las que pueden programarse a largo plazo. Un sistema donde la tecnología se utiliza para agilizar los trámites administrativos, liberando a los profesionales para que puedan dedicar más tiempo a la atención directa al paciente [1][4]. La **implementación de nuevas tecnologías**, como la telemedicina y la digitalización de procesos, es fundamental para avanzar hacia una atención más eficiente. La **coordinación entre los diferentes niveles asistenciales** también es crucial para una atención eficiente. Cuando la comunicación entre la atención primaria y los hospitales es fluida, se evitan duplicidades de pruebas, se agilizan los procesos de derivación y se mejora la continuidad asistencial [6]. Es importante destacar que **la eficiencia no debe comprometer la calidad de la atención**. Un sistema eficiente es aquel que, además de optimizar los recursos, se centra en las necesidades del paciente y busca su bienestar integral. Para lograr una atención primaria más eficiente, se pueden implementar diversas estrategias, como:

- **Agendas más flexibles:** adaptando los horarios de atención a las necesidades de los pacientes y ofreciendo diferentes modalidades de consulta, como la presencial, la telefónica o la telemática [2][3].
- **Delegación de tareas administrativas:** permitiendo que personal administrativo capacitado se encargue de tareas como la gestión de citas, la tramitación de recetas o la atención telefónica, liberando a los médicos y enfermeras para que puedan dedicar más tiempo a la atención clínica [2][3][4]
- **Simplificación de trámites y digitalización de procesos:** eliminando los trámites burocráticos innecesarios y utilizando plataformas digitales para la gestión de historiales médicos, la solicitud de citas o la comunicación con los pacientes [2][7][8].
- **Coordinación entre niveles asistenciales:** estableciendo protocolos claros de derivación y comunicación entre la atención primaria y los hospitales, y promoviendo la colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas [2][6].
- **Uso adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación:** implementando la telemedicina, la historia clínica electrónica compartida y otras herramientas digitales que faciliten la atención, la comunicación y la gestión de recursos [7].

La eficiencia en la atención primaria no es solo un objetivo deseable, sino una **necesidad imperante en el contexto actual**. A medida que las sociedades envejecen, las enfermedades crónicas aumentan y los recursos se vuelven más limitados, es fundamental que construyamos sistemas de salud sostenibles, capaces de brindar una atención de calidad a todos los ciudadanos.

Implementación de agendas más flexibles

La eficiencia en la AP se ve directamente afectada por la gestión de las agendas y por la burocracia existente. La rigidez en las citas y la carga administrativa del personal sanitario afecta negativamente tanto a la accesibilidad como a la satisfacción del paciente. Para mejorar este aspecto se propone la implementación de agendas flexibles que se adapten a las necesidades tanto de los pacientes como del propio sistema. Podemos identificar varias estrategias para lograrlo:

- **Sistemas de cita previa online:** la digitalización de la gestión de citas es fundamental para la flexibilidad y accesibilidad mencionadas. El poder solicitar, consultar y modificar citas médicas online a través de plataformas como “ClicSalud+” o la App “Salud Andalucía” permitiría a los pacientes gestionar su tiempo de forma más eficiente, reduciendo la carga de trabajo en los centros de salud [1].
- **Programación de citas con profesionales distintos al médico de familia:** Un algoritmo para reorientar la demanda de cita de medicina familiar a otros profesionales como enfermeras, trabajadores sociales o personal administrativo sería clave para optimizar la gestión de agendas. Este enfoque se basa en el concepto de “Consulta de Acogida de Enfermería”. Este algoritmo busca ofrecer una atención más rápida y eficiente al paciente optimizando a su vez el tiempo de los profesionales [2][4].
- **Gestión de citas administrativas:** la gestión de citas administrativas consume muchos minutos en la consulta. Crear agendas para gestiones administrativas que atiendan profesionales administrativos y que sean accesibles por canales

externos no solo incrementaría la eficiencia sino también la satisfacción de los pacientes, ya que esperarían menos para obtener la respuesta a una gestión [3].

- **Gestión de citas no acudidas:** Las citas no acudidas representan un problema para la eficiencia del sistema, ya que generan huecos en la agenda y aumentan el tiempo de espera para otros pacientes. Para mitigar esta problemática se han propuesto campañas de sensibilización ciudadana para fomentar la anulación o modificación de citas en caso de no poder acudir [3]. Adicionalmente, se plantea la monitorización de pacientes con múltiples citas futuras o con una alta frecuencia de consultas para identificar posibles anomalías y optimizar la asignación de citas [3].
- **Utilización de la Modalidad A de la continuidad asistencial:** Esta modalidad permite a los profesionales dedicar tiempo a actividades comunitarias, lo que podría contribuir a la prevención y promoción de la salud [4].

La implementación de estas medidas, junto con una gestión eficiente de los recursos humanos y una apuesta decidida por la tecnología, permitiría avanzar hacia un modelo de Atención Primaria más flexible, accesible y adaptado a las necesidades del siglo XXI.

Delegación de tareas administrativas

La delegación de tareas administrativas en la Atención Primaria es una estrategia clave para **optimizar el uso del tiempo de los profesionales sanitarios** y **mejorar la calidad de la atención al paciente**. En lugar de que médicos y enfermeras se vean desbordados por tareas administrativas, la delegación permite que puedan concentrar su talento y experiencia en lo que realmente importa: **el cuidado de la salud de las personas** [2][6].

Para que la delegación sea efectiva, se requiere un **enfoque estratégico** que involucre la creación de roles específicos, la formación adecuada del personal y la definición clara de competencias. La creación de un perfil de **administrativo sanitario con competencias específicas** para realizar tareas como la gestión de citas, la atención telefónica, la tramitación de documentos o la gestión de historias clínicas, es un paso fundamental. Este perfil profesional, con la formación adecuada, puede convertirse en un **valioso aliado para el equipo de salud**, liberando a médicos y enfermeras de tareas que pueden ser realizadas por personal no sanitario [2].

Es importante destacar que la delegación no implica una pérdida de control por parte del equipo médico, sino una **redistribución inteligente de tareas**. Los médicos y enfermeras siguen siendo responsables de la atención clínica del paciente, pero pueden confiar en que las tareas administrativas serán realizadas de forma eficiente y profesional por personal capacitado [4]. La **creación de agendas específicas para gestiones administrativas** es otra medida que puede contribuir a la eficiencia y la satisfacción del paciente. Estas agendas, atendidas por personal administrativo, permiten a los pacientes realizar trámites sin necesidad de cita con el médico o la enfermera, agilizando los procesos y reduciendo los tiempos de espera [3].

Simplificación de trámites y digitalización de procesos

En el camino hacia una Atención Primaria más humana y eficiente en el siglo XXI, la simplificación de trámites y la digitalización de procesos son pasos fundamentales. La experiencia práctica demuestra que estas medidas no solo **mejoran la eficiencia del sistema sanitario**, sino que también **incrementan la satisfacción del paciente y la calidad de la atención**.

¿Cómo se traduce esto en la experiencia del paciente? Imaginemos un sistema donde la solicitud de citas, la consulta de resultados de pruebas o la realización de trámites administrativos puedan hacerse desde la comodidad del hogar, sin necesidad de desplazamientos ni largas esperas. Un sistema donde la información médica esté disponible de forma clara, accesible y segura a través de plataformas digitales. **¿Y qué beneficios aporta a los profesionales sanitarios?** La digitalización de procesos y la delegación de tareas administrativas liberan a los médicos y enfermeras de una carga burocrática que les consume tiempo y energía. Esto les permite **dedicar más tiempo a la atención directa al paciente**, mejorando la calidad de la consulta y fortaleciendo la relación médico-paciente. Además, la digitalización **facilita el acceso a la información médica actualizada**, lo que permite una toma de decisiones más precisa y un seguimiento más efectivo de los pacientes.

Implementación de sistemas de referencia y contrarreferencia:
Facilitando la continuidad asistencial y evitando la fragmentación de la atención.

La implementación de sistemas de referencia y contrarreferencia eficientes entre la Atención Primaria y los hospitales es crucial para asegurar la continuidad asistencial y evitar la fragmentación del tratamiento de los pacientes. Un sistema de referencia es el proceso mediante el cual un médico especialista de Atención Primaria, tras una primera valoración, envía al paciente a un especialista en el hospital para una atención más específica.

Por otra parte, el sistema de contrarreferencia es el proceso de devolución de la responsabilidad de los cuidados del paciente al médico especialista de Atención

Primaria por parte del especialista hospitalario tras haber finalizado la atención junto con el informe detallado del diagnóstico, tratamiento y recomendaciones para su seguimiento.

Son varios los beneficios de una buena implementación:

- Se evita **la fragmentación de la atención**: Los sistemas de referencia y contrarreferencia evitan que el paciente se sienta perdido en el sistema de salud. El paciente sabe que su médico de cabecera está al tanto de su situación, incluso cuando está siendo atendido por un especialista.
- **Se mejora la comunicación entre los profesionales**: Al contar con un sistema formalizado de comunicación, los profesionales de la salud pueden intercambiar información de forma más eficiente, lo que beneficia la toma de decisiones clínicas y la calidad de la atención al paciente.
- **Se optimiza el uso de los recursos**: Al evitar duplicidades y asegurar la continuidad de la atención, los sistemas de referencia y contrarreferencia contribuyen a la eficiencia del sistema de salud.

Para que estos sistemas sean efectivos se requieren protocolos claros y sencillos, fáciles de entender y aplicar por parte de los profesionales; sistemas informáticos que faciliten la comunicación, como la historia clínica electrónica compartida y formación de los profesionales, capacitarlos para utilizar los sistemas de referencia y contrarreferencia de forma efectiva.

Uso adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación:

Potenciando la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales

En el ámbito de la salud, donde la colaboración entre profesionales es esencial, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se han convertido en una herramienta indispensable para mejorar la comunicación y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales. Las TIC actúan como un **punto que conecta a la Atención Primaria con los Hospitales**, facilitando el flujo de información entre profesionales y **asegurando una atención más integrada y eficiente para el paciente.**

Implementación de nuevas tecnologías para optimizar recursos:

Telemedicina

La **Telemedicina**, tal como se conoce, puede mejorar drásticamente la eficiencia y eficacia de la Atención Primaria. Las herramientas de teleconsulta, telemonitorización y teleasistencia permiten una mayor optimización de los recursos, mejoran la accesibilidad y el seguimiento del paciente y ofrecen una atención más cercana y eficiente.

La **Teleconsulta** permite la atención médica remota a través de videoconferencia o llamada telefónica. Es muy útil para resolver dudas, gestionar recetas y realizar seguimiento de pacientes crónicos. [2][3]. También para la comunicación entre niveles asistenciales [3][4][6] y para priorizar la atención de pacientes urgentes o con patologías graves, permitiendo una rápida evaluación inicial. [6]

Es importante destacar que la implantación de la teleconsulta debe ser consensuada entre los profesionales, con criterios de inclusión flexibles y tiempos de respuesta ágiles para no sobrecargar la labor del médico de Atención Primaria. Se necesita una plataforma digital unificada y fácil de usar, así como formación adecuada para los profesionales [4].

La **Telemonitorización** permite el seguimiento remoto de pacientes crónicos a través de dispositivos que registran y transmiten datos de salud, como la presión arterial, la glucosa o el peso. Esta herramienta facilita el control de la evolución del paciente y la detección temprana de posibles complicaciones [4]. Reduce la necesidad de visitas presenciales y hospitalizaciones y permite ajustar los tratamientos de forma personalizada y proactiva. La telemonitorización se va a incorporar para pacientes crónicos complejos. Su implementación requiere la selección de pacientes adecuados, la disponibilidad de dispositivos fáciles de usar y la formación de los profesionales en la interpretación de los datos.

La **Teleasistencia** ofrece servicios de apoyo y atención a personas mayores o con dependencia, a través de dispositivos de comunicación o sensores que permiten la detección de situaciones de riesgo, como caídas o problemas de salud. Esta herramienta permite la atención inmediata en caso de emergencia, mejorando la seguridad del paciente. Facilita la comunicación con familiares o cuidadores y permite el seguimiento de la actividad diaria del paciente, detectando cambios en su comportamiento o estado de salud [4].

La **Telemedicina** se presenta como una herramienta clave para optimizar recursos en la Atención Primaria y ofrecer una atención de mayor calidad. Su implementación, junto con la **formación adecuada de los profesionales y la participación del**

paciente, permitirá avanzar hacia un modelo de atención sanitaria más eficiente, accesible, personalizado y sostenible.

Aplicaciones móviles de salud: Empoderando a los pacientes y mejorando la atención

Las aplicaciones móviles de salud han emergido como una herramienta poderosa que puede transformar la atención médica y empoderar a los pacientes para participar activamente en el cuidado de su salud. Estas aplicaciones permiten a los pacientes acceder a información de salud confiable, realizar un seguimiento de sus condiciones, gestionar citas médicas, comunicarse con sus profesionales de la salud y acceder a una variedad de recursos y servicios de salud. Al brindarles a los pacientes un mayor control sobre su salud, las aplicaciones móviles pueden mejorar la adherencia al tratamiento, fomentar la prevención y la detección temprana de enfermedades, y promover estilos de vida más saludables.

¿De qué manera las aplicaciones móviles de salud pueden mejorar la atención médica?

- **Dando acceso a información médica de calidad.** Las aplicaciones móviles pueden proporcionar a los pacientes información confiable sobre enfermedades, tratamientos, medicamentos, consejos de salud y mucho más. Esto puede ayudar a los pacientes a comprender mejor su salud y tomar decisiones más informadas sobre su cuidado.
- **Permitiendo el seguimiento de sus condiciones médicas.** Muchas aplicaciones permiten a los pacientes registrar datos de salud importantes, como la presión arterial, el nivel de azúcar en sangre, el peso, los síntomas, la ingesta de

medicamentos y otros parámetros relevantes. Esta información puede ser compartida con los profesionales de la salud para un mejor seguimiento y control de las condiciones médicas.

- **Gestionando las citas médicas.** Las aplicaciones móviles pueden facilitar la programación y el seguimiento de citas médicas, así como el acceso a resultados de pruebas y otros documentos médicos.
- **Facilitando la comunicación con profesionales de la salud.** Algunas aplicaciones permiten a los pacientes comunicarse con sus médicos o enfermeras a través de mensajes seguros, videollamadas o consultas virtuales, lo que facilita la atención y el seguimiento.
- **Dando acceso a recursos y servicios de salud.** Las aplicaciones móviles pueden conectar a los pacientes con una amplia gama de recursos y servicios de salud, como grupos de apoyo, programas de bienestar, información sobre nutrición, ejercicio físico, atención mental y mucho más.

Es importante destacar que las aplicaciones móviles de salud no deben reemplazar la atención médica profesional. Sin embargo, utilizadas de forma responsable y complementaria a la atención médica tradicional, pueden ser una herramienta valiosa para empoderar a los pacientes y mejorar la calidad, la eficiencia y la accesibilidad de la atención médica.

La Gestión de la Demanda: Un Enfoque Clave para una Atención Primaria Eficiente y Sostenible

La gestión eficiente de la demanda se erige como un pilar fundamental para asegurar la eficiencia y sostenibilidad de la Atención Primaria, especialmente en un contexto

marcado por el aumento de las necesidades de salud, la escasez de recursos y las crecientes expectativas de los pacientes. En este sentido, es crucial optimizar el uso de los recursos disponibles, priorizando la atención a través de sistemas de citas eficientes y dirigiendo los recursos hacia aquellos pacientes que realmente los necesitan, como los pacientes crónicos, y evitando consultas o procedimientos innecesarios [1][2]. Además, una gestión de la demanda bien ejecutada puede mejorar significativamente la accesibilidad a la atención. Si se logra una gestión eficaz de la demanda, se reducen los tiempos de espera y se facilita el acceso a los servicios de Atención Primaria, garantizando una atención oportuna y satisfactoria para los pacientes [1][2][4].

Para lograr una gestión de la demanda eficiente, se pueden implementar estrategias en tres pilares fundamentales:3

- **Educación para la salud:** Proporcionar información clara y accesible a la población sobre enfermedades, tratamientos y hábitos de vida saludables. Una población informada es más autónoma y consciente, lo que permite prevenir enfermedades y gestionar mejor su propia salud.
- **Sistemas de triaje y derivaciones eficientes:** Implementar sistemas que permitan clasificar las necesidades de los pacientes y derivarlos al profesional o servicio más adecuado. Esto optimiza el uso de los recursos y asegura que cada paciente reciba la atención más apropiada para su caso [1][2][4].
- **Fortalecimiento de la comunicación entre el paciente y el equipo de salud:** Es fundamental establecer una comunicación fluida y bidireccional entre el paciente y el equipo de salud. Esto permite a los pacientes expresar sus

necesidades, resolver dudas y participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud.

Una gestión de la demanda eficiente en la Atención Primaria no solo optimiza los recursos y mejora la accesibilidad a la atención, sino que también empodera a los pacientes y contribuye a la construcción de un sistema de salud más sostenible y centrado en las necesidades de la población.

6. Sostenibilidad del sistema sanitario

Definición de sostenibilidad en el contexto sanitario

La sostenibilidad del sistema sanitario se ha convertido en uno de los grandes retos que enfrentamos en el siglo XXI. En un contexto marcado por el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la limitación de los recursos es fundamental construir un sistema sanitario que sea capaz de satisfacer las necesidades de salud presentes sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para atender a las suyas. En este sentido, la sostenibilidad en el ámbito sanitario abarca tres dimensiones interrelacionadas:

- **La sostenibilidad económica**, como la capacidad del sistema sanitario para utilizar los recursos de forma eficiente y responsable, asegurando su viabilidad financiera a largo plazo. Esto implica evitar el desperdicio, la duplicidad de esfuerzos y la utilización de procedimientos innecesarios. También implica optimizar la gestión de la demanda, priorizando la atención a los pacientes con mayores necesidades y fomentando la prevención y la promoción de la salud para reducir la incidencia de enfermedades.

- **La sostenibilidad social**, para garantizar la equidad y la justicia en el acceso a la salud para todos los ciudadanos, independientemente de su origen, condición socioeconómica o ubicación geográfica. Un sistema sanitario socialmente sostenible debe asegurar la cobertura universal, la atención integral y la participación ciudadana en la toma de decisiones que afectan a la salud.
- **La sostenibilidad ambiental**, que reconoce la interdependencia entre la salud humana y el medio ambiente. Un sistema sanitario ambientalmente sostenible debe minimizar su impacto ambiental, reduciendo la huella de carbono, gestionando adecuadamente los residuos sanitarios, promoviendo la eficiencia energética y fomentando prácticas que protejan el medio ambiente y los recursos naturales.

Construir un sistema de salud sostenible es una tarea compleja, pero fundamental para asegurar el bienestar de la población presente y futura. Es un desafío que nos convoca a todos a trabajar de forma conjunta, responsable y creativa para garantizar una atención sanitaria equitativa, eficiente y respetuosa con el medio ambiente.

Sostenibilidad Económica: Utilización Racional de los Recursos

La sostenibilidad económica del sistema sanitario es esencial para poder brindar una atención médica de calidad a todos los ciudadanos, ahora y en el futuro. Esto implica utilizar los recursos de manera inteligente y responsable, evitando el desperdicio y la duplicidad de esfuerzos.

¿Por qué es crucial hacer un uso racional de los recursos?

En primer lugar, porque los recursos son limitados. La financiación para la atención médica, los recursos humanos y la infraestructura sanitaria no son infinitos. Es necesario priorizar el uso de estos recursos, asegurándose que se destinen a aquellos pacientes que los necesitan con mayor urgencia y que se eviten las consultas o procedimientos innecesarios.

En segundo lugar, enfrentamos el desafío de una población que envejece. El aumento de la esperanza de vida y el crecimiento de la población conllevan un mayor consumo de recursos sanitarios. Es crucial optimizar la gestión de estos recursos para poder ofrecer una atención adecuada a una población cada vez más longeva.

En tercer lugar, asistimos a un aumento de las enfermedades crónicas. Estas enfermedades requieren un seguimiento a largo plazo y un uso intensivo de recursos. Una gestión eficiente de los recursos permite ofrecer la mejor atención posible a los pacientes crónicos, al mismo tiempo que se garantiza la sostenibilidad del sistema.

¿Qué estrategias podemos implementar para un uso racional de los recursos?

Una de las estrategias más importantes es la **prevención y la promoción de la salud**. Invertir en programas de prevención de enfermedades no solo mejora la salud de la población, sino que también reduce la necesidad de tratamientos costosos en el futuro. Promover estilos de vida saludables, como la alimentación equilibrada, el ejercicio físico regular y la prevención del consumo de tabaco, genera un impacto positivo a largo plazo tanto en la salud de las personas como en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Otra estrategia crucial es la **implementación de nuevas tecnologías**, que pueden ayudar a optimizar la gestión de los recursos y mejorar la eficiencia del sistema. La

telemedicina puede facilitar el acceso a la atención médica en zonas rurales o remotas, reducir la necesidad de desplazamientos y optimizar el tiempo de los profesionales de la salud.

La **digitalización de procesos administrativos** también es fundamental para un uso racional de los recursos. La historia clínica electrónica permite un acceso rápido y seguro a la información médica de los pacientes, evita la duplicidad de pruebas y facilita la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

En definitiva, el uso racional de los recursos es un compromiso ético y una necesidad imperante para asegurar un sistema sanitario sostenible. Es un desafío que nos convoca a todos, profesionales de la salud, gestores, responsables políticos y ciudadanos, a trabajar juntos para construir un sistema de salud más eficiente, equitativo y sostenible.

Prevención y Promoción de la Salud: Inversión en Programas de Prevención de Enfermedades

Como hemos visto, el uso responsable de los recursos es clave para la sostenibilidad económica del sistema. En este sentido, **invertir en programas de prevención de enfermedades** se convierte en una estrategia esencial, no solo por razones económicas, sino también sociales y ambientales.

Son muchos los beneficios de la promoción:

- **Reducción de la incidencia y prevalencia de enfermedades:** Un ejemplo claro es la efectividad de los programas de vacunación. Lo mismo ocurre con los

programas de detección temprana, donde la identificación precoz de una enfermedad facilita un tratamiento más efectivo y menos costoso.

- **Ahorro de costes sanitarios:** Si bien la inversión inicial en programas de prevención puede ser significativa, a largo plazo genera un ahorro considerable al disminuir la necesidad de tratamientos complejos y hospitalizaciones.
- **Mejora de la calidad de vida de la población:** La prevención no solo evita enfermedades, sino que también promueve hábitos saludables que mejoran la calidad de vida de las personas. Esto genera un impacto positivo en la sociedad, con personas más sanas, activas y productivas.
- **Mayor concienciación sobre la salud:** Las campañas de prevención y promoción de la salud contribuyen a que la población tome conciencia de la importancia de cuidar su salud y adoptar hábitos de vida saludables. Esto genera un cambio cultural positivo que beneficia a toda la sociedad.

¿Qué estrategias podemos implementar para una prevención efectiva?

La **educación para la salud** es un pilar fundamental. Proporcionar información clara, concisa y accesible sobre la importancia de una alimentación saludable, la práctica de ejercicio físico, la prevención del consumo de tabaco y alcohol, entre otros, es crucial para que la población adquiera hábitos de vida saludables.

La **Atención Primaria** juega un papel fundamental en este proceso. Las consultas médicas y de enfermería son espacios ideales para asesorar a los pacientes sobre hábitos de vida saludable y detectar factores de riesgo. También es vital **aprovechar las nuevas tecnologías** para difundir información, ofrecer herramientas de apoyo y facilitar la adopción de hábitos saludables.

La educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludables son inversiones a largo plazo, pero sus beneficios en términos de salud poblacional y sostenibilidad del sistema sanitario son innegables.

Fomento de Estilos de Vida Saludables

En el camino hacia un sistema de salud sostenible, el fomento de estilos de vida saludables es una pieza clave. No se trata solo de evitar enfermedades, sino de promover el bienestar integral de las personas. Los estilos de vida saludables tienen un impacto directo en nuestra salud. Una alimentación equilibrada, la práctica regular de ejercicio físico, el mantenimiento de un peso saludable, un sueño reparador y el manejo del estrés son pilares fundamentales para prevenir enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.

Al igual que para prevenir y promover la salud, la **educación para la salud** es esencial. Necesitamos proporcionar a la población información clara y accesible sobre los beneficios de los hábitos saludables y los riesgos de los nocivos. La **atención primaria** juega un papel fundamental. Las consultas médicas y de enfermería son oportunidades ideales para promover hábitos saludables, identificar factores de riesgo y ofrecer asesoramiento personalizado. La **creación de entornos saludables** facilita la adopción de hábitos saludables. Espacios verdes para la actividad física, menús saludables en comedores escolares y laborales, restricciones al consumo de tabaco en espacios públicos, son ejemplos de cómo el entorno puede influir positivamente en nuestras elecciones.

La **participación comunitaria** también es fundamental. Involucrar a la comunidad en el diseño e implementación de programas de promoción de la salud aumenta la participación y el compromiso de las personas. **Y las nuevas tecnologías** son aliadas poderosas. Las redes sociales, aplicaciones móviles y plataformas online pueden utilizarse para difundir información, ofrecer herramientas de apoyo y facilitar la adopción de hábitos saludables. El fomento de estilos de vida saludables es una responsabilidad compartida entre los profesionales de la salud, las instituciones, la comunidad y cada individuo. Se trata de construir una cultura de la salud que valore el bienestar integral y la prevención como pilares fundamentales.

Sostenibilidad social

Cuando hablamos de sostenibilidad en nuestro sistema sanitario, no podemos dejar de lado la **dimensión social**, que es quizás la más importante. La sostenibilidad social implica mucho más que ofrecer servicios; significa garantizar que cada persona, sin importar su origen, condición socioeconómica o lugar de residencia, tenga acceso equitativo a la salud. Es asegurar que nadie quede atrás, que cada paciente se sienta acompañado y que cada comunidad, por pequeña o lejana que sea, reciba la atención que merece. Un sistema sanitario verdaderamente sostenible es aquel que **entiende la salud como un derecho universal** y no como un privilegio. Significa ir más allá de la cobertura universal y brindar una atención integral, que incluya la prevención, el tratamiento y el seguimiento, respondiendo a todas las necesidades de la población de manera justa y oportuna. Este compromiso con la equidad no solo mejora los resultados en salud, sino que también fortalece el tejido social y la confianza en nuestras instituciones.

Pero esto no puede lograrse sin **la participación de la ciudadanía**. Debemos dar voz a los pacientes y a las comunidades, invitándolos a ser parte del proceso de toma de decisiones en lo que respecta a su salud. Es escuchando sus experiencias y comprendiendo sus realidades como realmente podemos diseñar políticas públicas que sean efectivas y sensibles a las necesidades de todos. La sostenibilidad social es también una cuestión de corresponsabilidad, donde cada persona se convierte en protagonista del cuidado de su salud y del sistema que lo sostiene. Si queremos construir un sistema sanitario resiliente y humano, debemos seguir promoviendo la participación ciudadana, la justicia social y la atención equitativa. Así lograremos no solo un sistema más fuerte y eficiente, sino uno que inspire confianza y cuide verdaderamente de las personas, tal como lo merecen [7][8].

7. Reflexión final

Hacia un Nuevo Modelo Asistencial en Atención Primaria: Adaptándonos a las Necesidades del Siglo XXI

El sistema de salud actual se encuentra en un punto crucial. Los desafíos del siglo XXI, como el envejecimiento de la población, la multimorbilidad, las crisis sanitarias y las expectativas de una sociedad en constante cambio, nos obligan a replantear el modelo asistencial tradicional, particularmente en la Atención Primaria, base fundamental de nuestro sistema sanitario. Debemos construir un nuevo paradigma que responda de manera efectiva a las necesidades presentes y futuras, garantizando la calidad, la humanización, la eficiencia y la sostenibilidad de la atención.

Este nuevo modelo asistencial debe basarse en un enfoque integral, donde el paciente, en toda su complejidad biopsicosocial, se sitúe en el centro de la atención.

Podemos identificar 5 claves para un nuevo modelo:

1. Promover una atención centrada en la persona:

- Considerar las necesidades individuales del paciente, sus valores y preferencias, respetando su autonomía y fomentando su participación en la toma de decisiones.
- Brindar una atención integral que abarque no solo los aspectos biológicos, sino también las dimensiones psicológicas y sociales de la salud.
- Desarrollar habilidades de comunicación efectiva para construir una relación de confianza entre el profesional y el paciente.

2. Impulsar la eficiencia en la gestión de recursos:

- Optimizar la gestión de la demanda: diferenciar entre tipos de citas y enviar al paciente al profesional adecuado.
- Simplificar los trámites administrativos y digitalizar los procesos para liberar tiempo al profesional para la atención al paciente.
- Implementar nuevas tecnologías: La teleconsulta, la historia clínica electrónica compartida, las aplicaciones móviles de salud y la telemonitorización permiten mejorar la eficiencia y reducir costes a largo plazo.

3. Fortalecer la coordinación entre los niveles asistenciales:

- Establecer protocolos de derivación y comunicación fluida entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria para garantizar la continuidad asistencial.
- Impulsar la teleconsulta como herramienta para la comunicación entre niveles y la atención de pacientes en zonas rurales o con dificultades de movilidad.

4. Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario:

- Utilizar los recursos de manera responsable, evitando el desperdicio y la duplicidad de pruebas o tratamientos.
- Promover la prevención y la educación para la salud: Una población informada y con hábitos saludables reduce la necesidad de atención médica costosa.
- Asegurar una financiación adecuada y equitativa para garantizar la viabilidad del sistema a largo plazo.

5. La transformación digital como aliada.

La transformación digital es un elemento clave en este proceso de cambio. Las nuevas tecnologías nos brindan herramientas que pueden mejorar la eficiencia, la accesibilidad y la calidad de la atención. Es importante aprovechar el potencial de la salud digital, pero sin perder de vista la importancia del contacto humano y la relación médico-paciente.

Conclusión

Este discurso se ha enfocado en cuatro ejes fundamentales: calidad, humanización, eficiencia y sostenibilidad, los cuales son la base sobre la cual debemos construir el futuro de nuestra sanidad.

Empecemos con la **Calidad**. La atención en la Atención Primaria no solo debe ser un servicio, sino una garantía inquebrantable de seguridad, eficacia y cercanía. Es esencial que cada paciente sienta que recibe una atención oportuna y adaptada a sus necesidades. Para ello, necesitamos implementar sistemas de evaluación y mejora continua, y garantizar la formación constante de nuestros profesionales, porque ellos son la clave para alcanzar la excelencia en el cuidado.

La **Humanización** es, sin duda, un pilar que no puede ser olvidado. La relación entre el médico y el paciente debe estar basada en la empatía, la escucha activa y el respeto. No podemos permitir que los avances tecnológicos se conviertan en una barrera; al contrario, deben ser un recurso que nos ayude a acercar la atención a las personas. La telemedicina, por ejemplo, debe ser utilizada para fortalecer la humanización, facilitando el acceso al cuidado sin que se pierda el contacto humano.

En cuanto a la **Eficiencia**, es fundamental para la sostenibilidad del sistema. La gestión eficiente de recursos, la reducción de la burocracia y la mejora en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales son acciones esenciales para garantizar que cada persona reciba la atención que necesita, cuando la necesita. Proyectos como la optimización de las agendas, la digitalización de procesos y la gestión eficiente de citas son pasos importantes hacia un uso más racional y efectivo de los recursos.

Por último, la **Sostenibilidad** no es solo un reto económico, sino también ambiental y social. Debemos asumir nuestra responsabilidad de minimizar el impacto que la actividad sanitaria tiene sobre el medio ambiente. Esto significa adoptar medidas concretas, como la reducción de desplazamientos innecesarios, la gestión adecuada de los residuos y la promoción de prácticas que favorezcan un uso responsable de los recursos.

Para concluir, quiero hacer una **reflexión sobre el futuro de la Atención Primaria**.

En un sistema sanitario equitativo y sostenible, la Atención Primaria es la base. Es la puerta de entrada y el eje vertebrador del sistema de salud, el lugar donde los pacientes encuentran un vínculo de confianza con sus profesionales de referencia y donde se resuelven la mayoría de sus necesidades de salud. En un contexto de

envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y nuevas demandas en salud, su rol se vuelve más crucial que nunca.

Para enfrentar estos desafíos, debemos fortalecer la Atención Primaria con recursos humanos y tecnológicos. Es imperativo aumentar la inversión en la formación de profesionales, mejorar sus condiciones y dotar a los centros de salud con la tecnología necesaria para brindar una atención de calidad. El camino hacia un sistema sanitario preparado para el futuro pasa por una Atención Primaria fuerte, es decir, de calidad, humanizada, eficiente y sostenible.

8. Bibliografía

Para la redacción de este discurso, he utilizado una serie de documentos y he realizado búsquedas de artículos científicos, como material de lectura para apoyar el discurso. Partí de varios documentos que consideraba estratégicos, todos ellos referenciados en el discurso, ya que "se ha utilizado parte de su contenido".

1. Servicio de Coordinación de Sistemas de Información. Centro de salud digital. Servicio Andaluz de Salud; 2023.
2. Real Academia de Medicina de Sevilla, Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, & Real Academia de Medicina de Cádiz. (2023). *Documento estratégico del Foro Andaluz de Médicos de Atención Primaria 2023*. Actualidad Médica, 108(819), suplemento 1.
3. Consejería de Salud y Consumo, Servicio Andaluz de Salud. (2023, diciembre 9). *Informe actuaciones accesibilidad agendas atención primaria*. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo.
4. Servicio Andaluz de Salud. (2023, diciembre 7). *Informe de seguimiento: Estrategia de mejora de la Atención Primaria. Claves para su implantación. Fase 3: Priorización corporativa*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

5. Servicio Andaluz de Salud. (2023). *Monitorización de la Atención Primaria. Proyecto Venturi: Análisis de la posición de Andalucía con respecto al resto de Comunidades Autónomas y a nivel nacional*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
6. Rotaeché del Campo, R., & Gorroño-goitia Iturbe, A. (2022). *Reflexiones sobre la atención primaria del siglo XXI*. *Atención Primaria Práctica*, 4, 100159. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100159>
7. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2021, diciembre 15). *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023: Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria*. Ministerio de Sanidad.
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019, abril 10). *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Las lecturas de apoyo han sido artículos científicos, las búsquedas las he hecho usando los términos: "atención primaria y calidad", "atención primaria y humanización", "atención primaria y eficiencia", y "atención primaria y sostenibilidad", limitando los términos al título de los documentos para evitar que los resultados se dispersaran demasiado. También busqué artículos relacionados con "atención primaria y estrategias". Di prioridad a la literatura de síntesis, como revisiones sistemáticas y scoping reviews. Me centré en la temporalidad de los últimos cinco años (2019-2024), enfocándome principalmente en experiencias de países europeos, aunque también consideré algunos estudios de otros países en menor medida.

Calidad en la Atención Primaria

- Title: Quality in general practice; Authors: Eide, Torunn Bjerve, Risør, Torsten; Journal: Scandinavian journal of primary health care; Date: 2024/09//undefined; DOI: 10.1080/02813432.2024.2379481; Volume: 42; Issue: 3; Start Page: 365; End Page: 366
- Title: What are the challenges to quality in modern, hybrid general practice? A multi-site longitudinal study.; Authors: Payne, Rebecca Elizabeth, Dakin, Francesca, MacIver, Ellen,

Swann, Nadia, Pring, Tabitha, Clarke, Aileen, Kalin, Asli, Moore, Lucy, Ladds, Emma, Wherton, Joseph, Rybczynska-Bunt, Sarah, Husain, Laiba, Hemmings, Nina, Wieringa, Sietse, Greenhalgh, Trisha; Journal: The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners; Date: 2024/08/08/; DOI: 10.3399/BJGP.2024.0184; Start Page: BJGP.2024.0184

- Title: Quality improvement work in general practice: a Norwegian focus group study.; Authors: Eide, Torunn Bjerve, Skjeie, Holgeir, Høye, Sigurd; Journal: Scandinavian journal of primary health care; Date: 2024/07/23/; DOI: 10.1080/02813432.2024.2380920; Start Page: 1; End Page: 9
- Title: Proactive advance care planning conversations in general practice: a quality improvement project.; Authors: Winnifriith, Tabitha, Millington-Sanders, Catherine, Husbands, Emma, Haros, Jane, Ballinger, Helen; Journal: BMJ open quality; Date: 2024/07/08/; DOI: 10.1136/bmjoq-2023-002679; Volume: 13; Issue: 3
- Title: Undercounting diagnoses in Australian general practice: a data quality study with implications for population health reporting.; Authors: Canaway, Rachel, Chidgey, Christine, Hallinan, Christine Mary, Capurro, Daniel, Boyle, Douglas Jr; Journal: BMC medical informatics and decision making; Date: 2024/06/05/; DOI: 10.1186/s12911-024-02560-w; Volume: 24; Issue: 1; Start Page: 155
- Title: Service Quality and Related Factors in Primary Health Care Services: A Cross-Sectional Study.; Authors: Değer, Mehmet Sait, İşsever, Halim; Journal: Healthcare (Basel, Switzerland); Date: 2024/05/08/; DOI: 10.3390/healthcare12100965; Volume: 12; Issue: 10
- Title: Barriers to and enablers of quality improvement in primary health care in low- and middle-income countries: A systematic review.; Authors: Odhus, Camlus Otieno, Kapanga, Ruth Razanajafy, Oele, Elizabeth; Journal: PLOS global public health; Date: 2024///; DOI: 10.1371/journal.pgph.0002756; Volume: 4; Issue: 1; Start Page: e0002756
- Title: Single-handed versus multiple-handed general practices: A cross-sectional study of quality outcomes in England.; Authors: Holdroyd, Ian, Chadwick, William, Harvey-Sullivan, Adam, Bartholomew, Theodore, Massou, Efthalia, Tzortziou Brown, Victoria, Ford, John; Journal: Journal of health services research & policy; Date: 2024/07//undefined; DOI: 10.1177/13558196231218830; Volume: 29; Issue: 3; Start Page: 201; End Page: 209

- Title: The impact of collaborative organisational models and general practice size on patient safety and quality of care in the English National Health Service: A systematic review.; Authors: Kovacevic, Lana, Naik, Ravi, Lugo-Palacios, David G., Ashrafian, Hutan, Mossialos, Elias, Darzi, Ara; Journal: Health policy (Amsterdam, Netherlands); Date: 2023/12//undefined; DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104940; Volume: 138; Start Page: 104940
- Title: Development and validation of primary health care quality assessment tool.; Authors: Farrokhi, Pouria, Zarei, Ehsan, Bagherzadeh, Rafat, Irannejad, Behrooz, Hashjin, Asgar Aghaei; Journal: BMC health services research; Date: 2023/10/26/; DOI: 10.1186/s12913-023-10162-x; Volume: 23; Issue: 1; Start Page: 1156
- Title: Assessing care quality in general practice: a qualitative study of GPs in Ireland.; Authors: Chan, Aaron, Hickey, Louise, Finucane, Kieran, Brennan, John; Journal: BJGP open; Date: 2024/04//undefined; DOI: 10.3399/BJGPO.2023.0104; Volume: 8; Issue: 1; Start Page: BJGPO.2023.0104
- Title: Digital Health Interventions to Improve Access to and Quality of Primary Health Care Services: A Scoping Review.; Authors: Erku, Daniel, Khatri, Resham, Endalamaw, Aklilu, Wolka, Eskinder, Nigatu, Frehiwot, Zewdie, Anteneh, Assefa, Yibeltal; Journal: International journal of environmental research and public health; Date: 2023/09/28/; DOI: 10.3390/ijerph20196854; Volume: 20; Issue: 19
- Title: Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review.; Authors: Endalamaw, Aklilu, Khatri, Resham B., Erku, Daniel, Nigatu, Frehiwot, Zewdie, Anteneh, Wolka, Eskinder, Assefa, Yibeltal; Journal: BMC health services research; Date: 2023/08/23/; DOI: 10.1186/s12913-023-09917-3; Volume: 23; Issue: 1; Start Page: 893
- Title: The role of quality improvement collaboratives in general practice: a qualitative systematic review.; Authors: Knight, Andrew Walter, Tam, Chun Wah Michael, Dennis, Sarah, Fraser, John, Pond, Dimity; Journal: BMJ open quality; Date: 2022/05//undefined; DOI: 10.1136/bmjopen-2021-001800; Volume: 11; Issue: 2
- Title: Developing evidenced-based quality assessment checklist for real practice in primary health care using standardized patients: a systematic review.; Authors: Wang, Jianjian, Zhao, Shuaxiang, Xu, Dong Roman, Estill, Janne, Lv, Meng, Zhao, Siya, Zhang, Ming, Cai, Yiyuan, Liao, Jing, Lu, Yun, Wang, Ruixin, Wang, Xiaohui, Chen, Yaolong; Journal: Annals of palliative

medicine; Date: 2021/07//undefined; DOI: 10.21037/apm-21-712; Volume: 10; Issue: 7; Start Page: 8232; End Page: 8241

- Title: What drives general practitioners in the UK to improve the quality of care? A systematic literature review.; Authors: Ahmed, Kanwal, Hashim, Salma, Khankhara, Mariyam, Said, Ilhan, Shandakumar, Amrita Tara, Zaman, Sadia, Veiga, Andre; Journal: BMJ open quality; Date: 2021/02//undefined; DOI: 10.1136/bmj-oq-2020-001127; Volume: 10; Issue: 1

Humanización en la Atención Primaria

- Title: Patients values regarding primary health care: a systematic review of qualitative and quantitative evidence.; Authors: Pratiwi, Agnes Bhakti, Padmawati, Retna Siwi, Mulyanto, Joko, Willems, Dick L.; Journal: BMC health services research; Date: 2023/04/25/; DOI: 10.1186/s12913-023-09394-8; Volume: 23; Issue: 1; Start Page: 400
- Title: Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice.; Authors: Dineen-Griffin, Sarah, Garcia-Cardenas, Victoria, Williams, Kylie, Benrimoj, Shalom I.; Journal: PloS one; Date: 2019///; DOI: 10.1371/journal.pone.0220116; Volume: 14; Issue: 8; Start Page: e0220116
- Title: The impact of collaborative organisational models and general practice size on patient safety and quality of care in the English National Health Service: A systematic review.; Authors: Kovacevic, Lana, Naik, Ravi, Lugo-Palacios, David G., Ashrafian, Hutan, Mossialos, Elias, Darzi, Ara; Journal: Health policy (Amsterdam, Netherlands); Date: 2023/12//undefined; DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104940; Volume: 138; Start Page: 104940
- Title: The effect of general practice team composition and climate on staff and patient experiences: a systematic review.; Authors: Abrams, Ruth, Jones, Bridget, Campbell, John, de Lusignan, Simon, Peckham, Stephen, Gage, Heather; Journal: BJGP open; Date: 2024/04//undefined; DOI: 10.3399/BJGPO.2023.0111; Volume: 8; Issue: 1; Start Page: BJGPO.2023.0111
- Title: Developing evidenced-based quality assessment checklist for real practice in primary health care using standardized patients: a systematic review.; Authors: Wang, Jianjian, Zhao, Shuaxiang, Xu, Dong Roman, Estill, Janne, Lv, Meng, Zhao, Siya, Zhang, Ming, Cai, Yiyuan, Liao, Jing, Lu, Yun, Wang, Ruixin, Wang, Xiaohui, Chen, Yaolong; Journal: Annals of palliative

- medicine; Date: 2021/07//undefined; DOI: 10.21037/apm-21-712; Volume: 10; Issue: 7; Start Page: 8232; End Page: 8241
- Title: Which patients miss appointments with general practice and the reasons why: a systematic review.; Authors: Parsons, Joanne, Bryce, Carol, Atherton, Helen; Journal: The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners; Date: 2021/06//undefined; DOI: 10.3399/BJGP.2020.1017; Volume: 71; Issue: 707; Start Page: e406; End Page: e412
 - Title: A systematic review of patient complaints about general practice.; Authors: O'Dowd, Emily, Lydon, Sinéad, Madden, Caoimhe, O'Connor, Paul; Journal: Family practice; Date: 2020/07/23/; DOI: 10.1093/fampra/cmz082; Volume: 37; Issue: 3; Start Page: 297; End Page: 305
 - Title: A new model of patient-centred care for general practitioners: results of an integrative review.; Authors: Brickley, Bryce, Sladdin, Ishtar, Williams, Lauren T., Morgan, Mark, Ross, Alyson, Trigger, Kellie, Ball, Lauren; Journal: Family practice; Date: 2020/03/25/; DOI: 10.1093/fampra/cmz063; Volume: 37; Issue: 2; Start Page: 154; End Page: 172
 - Title: People-centred primary health care: a scoping review.; Authors: Khatri, Resham B., Wolka, Eskinder, Nigatu, Frehiwot, Zewdie, Anteneh, Erku, Daniel, Endalamaw, Aklilu, Assefa, Yibeltal; Journal: BMC primary care; Date: 2023/11/09/; DOI: 10.1186/s12875-023-02194-3; Volume: 24; Issue: 1; Start Page: 236
 - Title: Effect of interventions for the well-being, satisfaction and flourishing of general practitioners-a systematic review.; Authors: Naehrig, Diana, Schokman, Aaron, Hughes, Jessica Kate, Epstein, Ronald, Hickie, Ian B., Glozier, Nick; Journal: BMJ open; Date: 2021/08/18/; DOI: 10.1136/bmjopen-2020-046599; Volume: 11; Issue: 8; Start Page: e046599
 - Title: The Role of Object Relations in the Physician-Patient Relationship in a Primary Care Setting.; Authors: Porcerelli, John H., Richardson, Laura A., Huprich, Steven K.; Journal: The Journal of nervous and mental disease; Date: 2024/09/01/; DOI: 10.1097/NMD.0000000000001799; Volume: 212; Issue: 9; Start Page: 507; End Page: 512
 - Title: Assessing the Longitudinal Impact of Physician-Patient Relationship on Functional Health.; Authors: Olaisen, R. Henry, Schluchter, Mark D., Flocke, Susan A., Smyth, Kathleen A., Koroukian, Siran M., Stange, Kurt C.; Journal: Annals of family medicine; Date:

Eficiencia en la Atención Primaria

- Title: Remote Consultations in General Practice; Authors: Vodička, Staša, Zelko, Erika; Journal: Zdravstveno varstvo; Date: 2022/12//undefined; DOI: 10.2478/sjph-2022-0030; Volume: 61; Issue: 4; Start Page: 224; End Page: 230
- Title: Effectiveness and safety of asynchronous telemedicine consultations in general practice: a systematic review.; Authors: Leighton, Cara, Cooper, Alison, Porter, Annavittoria, Edwards, Adrian, Joseph-Williams, Natalie; Journal: BJGP open; Date: 2024/04//undefined; DOI: 10.3399/BJGPO.2023.0177; Volume: 8; Issue: 1; Start Page: BJGPO.2023.0177
- Title: Inequalities in general practice remote consultations: a systematic review.; Authors: Parker, Ruth F., Figures, Emma L., Paddison, Charlotte Am, Matheson, James Idm, Blane, David N., Ford, John A.; Journal: BJGP open; Date: 2021/06//undefined; DOI: 10.3399/BJGPO.2021.0040; Volume: 5; Issue: 3; Start Page: BJGPO.2021.0040
- Title: Communication during telemedicine consultations in general practice: perspectives from general practitioners and their patients.; Authors: Nguyen, Amy D., White, Sarah J., Tse, Tim, Cartmill, John A., Roger, Peter, Hatem, Sarah, Willcock, Simon M.; Journal: BMC primary care; Date: 2024/09/04/; DOI: 10.1186/s12875-024-02576-1; Volume: 25; Issue: 1; Start Page: 324
- Title: Training needs for staff providing remote services in general practice: a mixed-methods study.; Authors: Hyde, Emma; Journal: The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners; Date: 2024/03//undefined; DOI: 10.3399/bjgp24X736533; Volume: 74; Issue: 740; Start Page: 109
- Title: Primary Health Care Interventions for Potentially Preventable Ear, Nose, and Throat Conditions in Rural and Remote Areas: A Systematic Review.; Authors: O'Neill, Susan, Begg, Stephen, Hyett, Nerida, Spelten, Evelien; Journal: Ear, nose, & throat journal; Date: 2024/04/22/; DOI: 10.1177/01455613241245198; Start Page: 1455613241245198
- Title: Use of telemedicine in general practice in Europe since the COVID-19 pandemic: A scoping review of patient and practitioner perspectives.; Authors: Walley, David, McCombe, Geoff, Broughan, John, O'Shea, Conor, Crowley, Des, Quinlan, Diarmuid, Wann, Catherine,

- Crowley, Tadhg, Cullen, Walter; Journal: PLOS digital health; Date: 2024/02//undefined; DOI: 10.1371/journal.pdig.0000427; Volume: 3; Issue: 2; Start Page: e0000427
- Title: Incidence of remote consultation on general practitioners' antibiotic prescriptions in 2021: a French observational study.; Authors: Rullier, Cécile, Tarazona, Vincent, De Bandt, David; Journal: BJGP open; Date: 2024/07//undefined; DOI: 10.3399/BJGPO.2023.0196; Volume: 8; Issue: 2; Start Page: BJGPO.2023.0196
 - Title: The place of remote consultation in modern general practice.; Authors: Payne, Rebecca, Dakin, Francesca; Journal: The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners; Date: 2024/01//undefined; DOI: 10.3399/bjgp24X735873; Volume: 74; Issue: 738; Start Page: 7; End Page: 8
 - Title: Remote Communications between Patients and General Practitioners: Do Patients Choose the Most Effective Communication Routes?; Authors: Morag, Ido, Kedmi-Shahar, Efrat, Arad, Dana; Journal: International journal of environmental research and public health; Date: 2023/12/16/; DOI: 10.3390/ijerph20247188; Volume: 20; Issue: 24
 - Title: Protocol: How can people with social care needs be supported through processes of digital care navigation to access remote primary care? A multi-site case study in UK general practice of remote care as the 'new normal'.; Authors: Hughes, Gemma, Rybczynska-Bunt, Sarah, Shasha'h, Sara, Greene, Sarah, Shaw, Sara, Greenhalgh, Trisha; Journal: NIHR open research; Date: 2023//; DOI: 10.3310/nihropenres.13385.1; Volume: 3; Start Page: 17
 - Title: The "Lazio ADVICE" telemedicine platform: First results of general practitioners' usage, facilitators and barriers in the Local Health Authority Roma 1.; Authors: Barbara, Andrea, Villani, Leonardo, Lombardo, Paolo, Parente, Paolo, Gemma, Antonella, Angeletti, Debora, Chiriaco, Tiziana, Mastromattei, Antonio, Akselrod, Svetlana, Goletti, Mauro, Rosa, Enrico Di, De Vito, Corrado; Journal: Digital health; Date: 2023/12//Jan undefined; DOI: 10.1177/20552076231174099; Volume: 9; Start Page: 20552076231174099
 - Title: Telemedicine in Swedish primary health care; Authors: Rockler Meurling, Carl, Adell, Elisabet, Wolff, Moa, Calling, Susanna, Milos Nymberg, Veronica, Borgström Bolmsjö, Beata; Journal: BMC health services research; Date: 2023/02/08/; DOI: 10.1186/s12913-023-09133-z; Volume: 23; Issue: 1; Start Page: 129

- Title: Protocol: Remote care as the 'new normal'? Multi-site case study in UK general practice.; Authors: Greenhalgh, Trisha, Shaw, Sara E., Alvarez Nishio, Anica, Booth, Amy, Byng, Richard, Clarke, Aileen, Dakin, Francesca, Davies, Roz, Faulkner, Stuart, Hemmings, Nina, Husain, Laiba, Kalin, Asli, Ladds, Emma, Moore, Lucy, Rosen, Rebecca, Rybczynska-Bunt, Sarah, Wherton, Joseph, Wieringa, Sietse; Journal: NIHR open research; Date: 2022///; DOI: 10.3310/nihropenres.13289.1; Volume: 2; Start Page: 46
- Title: Need-based care of multi-morbid patients; Authors: Borchers, Peggy, Piller, Steve, Böhme, Mandy, Voigt, Karen, Bergmann, Antje; Journal: BMC family practice; Date: 2021/10/08/; DOI: 10.1186/s12875-021-01537-2; Volume: 22; Issue: 1; Start Page: 198
- Title: Workload and workflow implications associated with the use of electronic clinical decision support tools used by health professionals in general practice: a scoping review.; Authors: Fletcher, Emily, Burns, Alex, Wiering, Bianca, Lavu, Deepthi, Shephard, Elizabeth, Hamilton, Willie, Campbell, John L., Abel, Gary; Journal: BMC primary care; Date: 2023/01/20/; DOI: 10.1186/s12875-023-01973-2; Volume: 24; Issue: 1; Start Page: 23
- Title: Co-Designing a Primary Care Breathlessness Decision Support System: General Practitioners Requirements Analysis, Workflow Assessment and Prototype Development.; Authors: Sunjaya, Anthony Paulo, Martin, Allison, Jenkins, Christine; Journal: Studies in health technology and informatics; Date: 2021/05/07/; DOI: 10.3233/SHTI210103; Volume: 279; Start Page: 149; End Page: 156
- Title: The changing shape of English general practice: a retrospective longitudinal study using national datasets describing trends in organisational structure, workforce and recorded appointments.; Authors: Pettigrew, Luisa M., Petersen, Irene, Mays, Nicholas, Cromwell, David; Journal: BMJ open; Date: 2024/09/03/; DOI: 10.1136/bmjopen-2023-081535; Volume: 14; Issue: 8; Start Page: e081535
- Title: Investigating How the Use of Technology Can Reduce Missed Appointments: Quantitative Case Study at a General Practitioner Surgery.; Authors: Sides, Teresa, Kbaier, Dhoha; Journal: Journal of medical Internet research; Date: 2024/07/29/; DOI: 10.2196/43894; Volume: 26; Start Page: e43894
- Title: Cross-sectional analyses of online appointment booking and repeat prescription ordering user characteristics in general practices of England in the years 2018-2020.; Authors: Alturkistani, Abrar, Greenfield, Geva, Beaney, Thomas, Norton, John, Costelloe, Ceire E.;

Journal: BMJ open; Date: 2023/10/12/; DOI: 10.1136/bmjopen-2022-068627; Volume: 13; Issue: 10; Start Page: e068627

- Title: Behaviourally informed, patient-led interventions to reduce missed appointments in general practice: a 12-month implementation study.; Authors: Bull, Shirley L., Frost, Nicki, Bull, Eleanor R.; Journal: Family practice; Date: 2023/02/09/; DOI: 10.1093/fampra/cmz064; Volume: 40; Issue: 1; Start Page: 16; End Page: 22
- Title: Is the shift to urgent appointments in general practice what patients really want?; Authors: Armitage, Richard; Journal: The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners; Date: 2022/03//undefined; DOI: 10.3399/bjgp22X718673; Volume: 72; Issue: 716; Start Page: 122
- Title: 'Missingness' in health care: Associations between hospital utilization and missed appointments in general practice. A retrospective cohort study.; Authors: Williamson, Andrea E., McQueenie, Ross, Ellis, David A., McConnachie, Alex, Wilson, Philip; Journal: PloS one; Date: 2021///; DOI: 10.1371/journal.pone.0253163; Volume: 16; Issue: 6; Start Page: e0253163
- Title: Usefulness, Ease of Use, Ease of Learning and Users' Satisfaction of E-Prescription and E-Appointment Systems for Primary Health Care.; Authors: Kontogiannatou, Agathi, Liaskos, Joseph, Gallos, Parisis, Mantas, John; Journal: Studies in health technology and informatics; Date: 2019/07/04/; DOI: 10.3233/SHTI190055; Volume: 262; Start Page: 210; End Page: 213
- Title: A method for measuring continuity of care in day-to-day general practice: a quantitative analysis of appointment data.; Authors: Sidaway-Lee, Kate, Gray, Denis Pereira, Evans, Philip; Journal: The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners; Date: 2019/05//undefined; DOI: 10.3399/bjgp19X701813; Volume: 69; Issue: 682; Start Page: e356; End Page: e362
- Title: Highlighting efficiency and redundancy in the Royal Australian College of General Practice standards for accreditation.; Authors: McNaughton, David, Mara, Paul, Jones, Michael; Journal: Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association; Date: 2024/06//undefined; DOI: 10.1071/AH24043; Volume: 48; Issue: 3; Start Page: 228; End Page: 234
- Title: Strategies for achieving efficiency in the general practitioner's everyday life.; Authors: Giang, Kok-Wing, Lilja, Josefine L.; Journal: Scandinavian journal of primary health care; Date:

Sostenibilidad del sistema sanitario

- Title: Harnessing fast and slow thinking to ensure sustainability of general practice and functional universal health coverage in Australia.; Authors: Douglas, Kirsty A., Dykgraaf, Sally Hall, Butler, Danielle C.; Journal: The Medical journal of Australia; Date: 2023/04/17/; DOI: 10.5694/mja2.51883; Volume: 218; Issue: 7; Start Page: 288; End Page: 290
- Title: General practitioner workforce sustainability to maximise effective and equitable patient care: a realist review protocol.; Authors: Park, Sophie, Owen-Boukra, Emily, Burford, Bryan, Cohen, Tanya, Duddy, Claire, Dunn, Harry, Fadia, Vacha, Goodman, Claire, Henry, Cecily, Lamb, Elizabeth I., Ogden, Margaret, Rapley, Tim, Rees, Eliot, Vance, Gillian, Wong, Geoff; Journal: BMJ open; Date: 2024/05/21/; DOI: 10.1136/bmjopen-2023-075189; Volume: 14; Issue: 5; Start Page: e075189
- Title: The concentration of complexity: case mix in New Zealand general practice and the sustainability of primary care.; Authors: Dowell, Anthony, Betty, Bryan, Gellen, Chris, Hanna, Sean, Van Houtte, Chris, MacRae, Jayden, Ranchhod, Dipan, Thorpe, Justine; Journal: Journal of primary health care; Date: 2022/12//undefined; DOI: 10.1071/HC22087; Volume: 14; Issue: 4; Start Page: 302; End Page: 309
- Title: Financial sustainability strategies of public primary health care centres in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina.; Authors: Rakic, Severin, Djudurovic, Aljosa, Antonic, Darijana; Journal: The International journal of health planning and management; Date: 2021/09//undefined; DOI: 10.1002/hpm.3262; Volume: 36; Issue: 5; Start Page: 1772; End Page: 1788
- Title: 30 years of primary health care reforms in Estonia: The role of financial incentives to achieve a multidisciplinary primary health care system.; Authors: Habicht, Triin, Kasekamp, Kaija, Webb, Erin; Journal: Health policy (Amsterdam, Netherlands); Date: 2023/04//undefined; DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104710; Volume: 130; Start Page: 104710
- Title: Cluster-randomised trial of the Effectiveness of Quality Incentive Payments in General Practice (EQUIP-GP): Prescribing of medicines outcomes.; Authors: Peterson, Gregory M., Radford, Jan, Russell, Grant, Zwar, Nicholas, Mullan, Judy, Batterham, Marijka, Mazza, Danielle,

- Eckermann, Simon, Metusela, Christine, Saunder, Timothy, Kitsos, Alex, Bonney, Andrew;
Journal: Research in social & administrative pharmacy : RSAP; Date: 2023/05//undefined; DOI:
10.1016/j.sapharm.2023.01.011; Volume: 19; Issue: 5; Start Page: 836; End Page: 840
- Title: Effectiveness of Quality Incentive Payments in General Practice (EQuIP-GP) cluster randomized trial: impact on patient-reported experience.; Authors: Bonney, Andrew, Russell, Grant, Radford, Jan, Zwar, Nicholas, Mullan, Judy, Batterham, Marijka, Mazza, Danielle, Peterson, Gregory, Eckermann, Simon, Metusela, Christine; Journal: Family practice; Date: 2022/05/28/; DOI: 10.1093/fampra/cmab157; Volume: 39; Issue: 3; Start Page: 373; End Page: 380
 - Title: Effect of a financial incentive on responses by Australian general practitioners to a postal survey: a randomised controlled trial.; Authors: Zucca, Alison C., Carey, Mariko, Sanson-Fisher, Rob W., Rhee, Joel, Nair, Balakrishnan Kichu R., Oldmeadow, Christopher, Evans, Tiffany-Jane, Chiu, Simon; Journal: The Medical journal of Australia; Date: 2022/06/20/; DOI: 10.5694/mja2.51523; Volume: 216; Issue: 11; Start Page: 585; End Page: 586
 - Title: Achieving better quality care in general practice: are incentives the answer?; Authors: Ahmed, Kanwal, Hashim, Salma, Khankhara, Mariyam, Said, Ilhan, Shandakumar, Amrita, Zaman, Sadia, Veiga, Andre; Journal: The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners; Date: 2020/06//undefined; DOI: 10.3399/bjgp20X711461; Volume: 70; Issue: suppl 1; Start Page: bjgp20X711461
 - Title: Establishing clinical governance model in primary health care: A systematic review.; Authors: Ghavamabad, Leila Hosseini, Vosoogh-Moghaddam, Abbas, Zaboli, Rouhollah, Aarabi, Mohsen; Journal: Journal of education and health promotion; Date: 2021///; DOI: 10.4103/jehp.jehp_1299_20; Volume: 10; Start Page: 338
 - Title: A new model of patient-centred care for general practitioners: results of an integrative review.; Authors: Brickley, Bryce, Sladdin, Ishtar, Williams, Lauren T., Morgan, Mark, Ross, Alyson, Trigger, Kellie, Ball, Lauren; Journal: Family practice; Date: 2020/03/25/; DOI: 10.1093/fampra/cmz063; Volume: 37; Issue: 2; Start Page: 154; End Page: 172
 - Title: Total triage model in general practice: a systematic review of the opportunities and challenges.; Authors: Rolfe, Sam, Park, Sophie, Yurtoglu, Nesrin, Owen, Emily; Journal: The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners;

Estrategia de Atención Primaria

- Title: Evaluating the impact of the 2010 Swedish choice reform in primary health care on avoidable hospitalization and socioeconomic inequities: an interrupted time series analysis using register data.; Authors: Gustafsson, Per E., Fonseca-Rodríguez, Osvaldo, San Sebastián, Miguel, Burström, Bo, Mosquera, Paola A.; Journal: BMC health services research; Date: 2024/08/23/; DOI: 10.1186/s12913-024-11434-w; Volume: 24; Issue: 1; Start Page: 972
- Title: Correction: Trajectories of primary health care utilization: a 10-year follow-up after the Swedish Patient Choice Reform of primary health care.; Authors: Kohnke, Hannes, Zielinski, Andrzej, Beckman, Anders, Ohlsson, Henrik; Journal: BMC health services research; Date: 2024/03/18/; DOI: 10.1186/s12913-024-10858-8; Volume: 24; Issue: 1; Start Page: 349
- Title: The role(s) of community health workers in primary health care reform in Kerala, before and during the COVID 19 pandemic: a qualitative study.; Authors: Sankar D, Hari, Joseph, Jaison, Benny, Gloria, Surendran, Surya, Sharma, Santosh Kumar, Nambiar, Devaki; Journal: Frontiers in health services; Date: 2024///; DOI: 10.3389/frhs.2024.1321882; Volume: 4; Start Page: 1321882
- Title: A novel application of interrupted time series analysis to identify the impact of a primary health care reform on intersectional inequities in avoidable hospitalizations in the adult Swedish population.; Authors: Gustafsson, Per E., Fonseca-Rodríguez, Osvaldo, Castel Feced, Sara, San Sebastián, Miguel, Bastos, João Luiz, Mosquera, Paola A.; Journal: Social science & medicine (1982); Date: 2024/02//undefined; DOI: 10.1016/j.socscimed.2024.116589; Volume: 343; Start Page: 116589
- Title: Trajectories of primary health care utilization: a 10-year follow-up after the Swedish Patient Choice Reform of primary health care.; Authors: Kohnke, Hannes, Zielinski, Andrzej, Beckman, Anders, Ohlsson, Henrik; Journal: BMC health services research; Date: 2023/11/23/; DOI: 10.1186/s12913-023-10326-9; Volume: 23; Issue: 1; Start Page: 1294
- Title: Generating Political Priority for Primary Health Care Reform in Romania.; Authors: Wang, Huihui, Chukwuma, Adanna, Comsa, Radu, Dmytraczenko, Tania, Gong, Estelle, Onofrei, Lidia;

- Journal: Health systems and reform; Date: 2021/07/01/; DOI: 10.1080/23288604.2021.1898187; Volume: 7; Issue: 2; Start Page: e1898187
- Title: The 2017 Primary Health Care (PHC) reform in Greece: Improving access despite economic and professional constraints?; Authors: Emmanouilidou, Maria; Journal: Health policy (Amsterdam, Netherlands); Date: 2021/03//undefined; DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.12.017; Volume: 125; Issue: 3; Start Page: 290; End Page: 295
 - Title: Location and primary health care reform.; Authors: Ma, Gemma C., Ward, Jeanette E.; Journal: The Medical journal of Australia; Date: 2020/08//undefined; DOI: 10.5694/mja2.50675; Volume: 213; Issue: 3; Start Page: 111; End Page: 113.e1
 - Title: Citizen Preferences for Primary Health Care reform in Greece.; Authors: Souliotis, K., Tsimtsiou, Z., Golna, C., Nikolaidi, S., Lionis, C.; Journal: Hippokratia; Date: 2019/09//Jul undefined; Volume: 23; Issue: 3; Start Page: 111; End Page: 117
 - Title: The impact of primary health care reform on hospital emergency department overcrowding: Evidence from the Portuguese reform.; Authors: Almeida, Alvaro, Vales, Joana; Journal: The International journal of health planning and management; Date: 2020/01//undefined; DOI: 10.1002/hpm.2939; Volume: 35; Issue: 1; Start Page: 368; End Page: 377
 - Title: [Primary health care reform in Portugal, 2005-2018: the future and challenges of coming of age].; Authors: Lapão, Luís Velez, Pisco, Luís; Journal: Cadernos de saude publica; Date: 2019/08/12/; DOI: 10.1590/0102-311X00042418; Volume: 35Suppl 2; Issue: Suppl 2; Start Page: e00042418
 - Title: Strategies to strengthen the resilience of primary health care in the COVID-19 pandemic: a scoping review.; Authors: Mosadeghrad, Ali Mohammad, Afshari, Mahnaz, Isfahani, Parvaneh, Ezzati, Farahnaz, Abbasi, Mahdi, Farahani, Shahrzad Akhavan, Zahmatkesh, Maryam, Eslambolchi, Leila; Journal: BMC health services research; Date: 2024/07/25/; DOI: 10.1186/s12913-024-11278-4; Volume: 24; Issue: 1; Start Page: 841
 - Title: Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence.; Authors: Endalamaw, Aklilu, Khatri, Resham B., Erku, Daniel, Zewdie, Anteneh, Wolka, Eskinder, Nigatu, Frehiwot, Assefa, Yibelta; Journal: BMC primary care; Date: 2024/03/27/; DOI: 10.1186/s12875-024-02336-1; Volume: 25; Issue: 1; Start Page: 99

- Title: Implementation Strategies for Knowledge Products in Primary Health Care: Systematic Review of Systematic Reviews.; Authors: Uwizeye, Claude Bernard, Zomahoun, Hervé Tchala Vignon, Bussièrès, André, Thomas, Aliko, Kairy, Dahlia, Massougbojji, José, Rheault, Nathalie, Tchoubi, Sébastien, Philibert, Leonel, Abib Gaye, Serigne, Khadraoui, Lobna, Ben Charif, Ali, Diendéré, Ella, Langlois, Léa, Dugas, Michèle, Légaré, France; Journal: Interactive journal of medical research; Date: 2022/07/11/; DOI: 10.2196/38419; Volume: 11; Issue: 2; Start Page: e38419
- Title: Strategies to facilitate effective caring for patients in primary health care clinics.; Authors: Nesengani, Tinswalo, Downing, Charlene, Poggenpoel, Marie, Stein, Chris; Journal: Curationis; Date: 2021/11/30/; DOI: 10.4102/curationis.v44i1.2201; Volume: 44; Issue: 1; Start Page: e1; End Page: e8
- Title: Perceptions of strategies to facilitate caring for patients in primary health care clinics.; Authors: Nesengani, Tinswalo V., Downing, Charlene, Poggenpoel, Marie, Stein, Chris; Journal: African journal of primary health care & family medicine; Date: 2021/02/18/; DOI: 10.4102/phcfm.v13i1.2652; Volume: 13; Issue: 1; Start Page: e1; End Page: e9
- Title: Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice.; Authors: Dineen-Griffin, Sarah, Garcia-Cardenas, Victoria, Williams, Kylie, Benrimoj, Shalom I.; Journal: PloS one; Date: 2019///; DOI: 10.1371/journal.pone.0220116; Volume: 14; Issue: 8; Start Page: e0220116
- Title: The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review.; Authors: Myloneros, Thanos, Sakellariou, Dikaios; Journal: BMC health services research; Date: 2021/07/01/; DOI: 10.1186/s12913-021-06678-9; Volume: 21; Issue: 1; Start Page: 628
- Title: 30 years of primary health care reforms in Estonia: The role of financial incentives to achieve a multidisciplinary primary health care system.; Authors: Habicht, Triin, Kasekamp, Kaija, Webb, Erin; Journal: Health policy (Amsterdam, Netherlands); Date: 2023/04//undefined; DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104710; Volume: 130; Start Page: 104710
- Title: Urgent reforms for general practice in Italy.; Authors: Garattini, Livio, Padula, Anna; Journal: European journal of internal medicine; Date: 2019/06//undefined; DOI: 10.1016/j.ejim.2019.04.004; Volume: 64; Start Page: e17

- Title: Challenges in the implementation of primary health care reforms: a qualitative analysis of stakeholders' views in Turkey.; Authors: Espinosa-González, Ana Belén, Normand, Charles; Journal: BMJ open; Date: 2019/07/19/; DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027492; Volume: 9; Issue: 7; Start Page: e027492
- Title: Quality improvement in general practice: what do GPs and practice managers think? Results from a nationally representative survey of UK GPs and practice managers.; Authors: Gosling, Jennifer, Mays, Nicholas, Erens, Bob, Reid, David, Exley, Josephine; Journal: BMJ open quality; Date: 2021/05//undefined; DOI: 10.1136/bmjoq-2020-001309; Volume: 10; Issue: 2
- Title: Quality improvement work in general practice; a Norwegian focus group study.; Authors: Eide, Torunn Bjerve, Skjeie, Holgeir, Høye, Sigurd; Journal: Scandinavian journal of primary health care; Date: 2024/07/23/; DOI: 10.1080/02813432.2024.2380920; Start Page: 1; End Page: 9
- Title: [Organization and practice in family medicine. What's new in the 2024 literature?].; Authors: Cohidon, Christine, Senn, Nicolas; Journal: Revue medicale suisse; Date: 2024/05/08/; DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.873.932; Volume: 20; Issue: 873; Start Page: 932; End Page: 939

DISCURSO DE CONTESTACIÓN POR EL ILMO. SR. D. BLAS GIL EXTREMERA, ACADÉMICO DE NÚMERO

Excmo. Sr. Presidente de esta Real Corporación., Excmos. e Ilmos. Sras. y Sres. Académicos, Sras. y Sres, Dr. D. Diego Agustín Vargas Ortega, Queridos amigos.

Este es un momento de especial alegría y satisfacción personal por acoger en esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla al Dr. Vargas Ortega y, somos testigos de este brillante acontecimiento que vive nuestro amigo, en compañía de su esposa Sonia María, sus hijos y familiares que nos acompañan.

Especialmente, me siento muy honrado y agradecido de ser quien proceda a dar a nuestro amigo Diego, el merecido recibimiento a esta Real Corporación como nuevo Miembro de Número.

Tuve la fortuna de conocer al Dr. Vargas Ortega hace largo tiempo; primero cuando era alumno en la asignatura de Patología y Clínica Médicas, y más adelante como doctorando con el trabajo de Tesis Doctoral titulado “Factores de riesgo cardiovascular en la enfermedad hipertensiva” que alcanzó la máxima calificación y que tuve el honor de dirigir.

En la brillante y sólida trayectoria de nuestro amigo, que he seguido de cerca, destacan los siguientes méritos: Diplomado Universitario en Enfermería, Licenciado en Medicina, Doctor en Medicina por la Universidad de Granada, Máster en Cuidados Clínicos y Urgencias, Master en Calidad Asistencial, en Cardiología Avanzada, y en Gestión y Dirección de Empresas, respectivamente; posee el título de Experto Propio universitario en liderazgo profesional, en Gestión de los Servicios Sanitarios, Experto propio en EPOC y asma por la Universidades de Granada, Murcia, Católica de Murcia, Internacional de Andalucía y de Alcalá de Henares.

La Ley 2/1988, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, establece que la Atención Primaria es el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía y se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Los

centros de atención primaria donde se ofrece la asistencia sanitaria son de tres tipos: *Centros de Salud, Consultorios locales y consultorios auxiliares*; y por último, los dispositivos de *Urgencias y Emergencias* de atención primaria; formados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria, que engloban los Servicios de urgencias, equipos móviles, equipos de cuidados avanzados y las ambulancias de transporte urgente.

El Dr. Vargas posee la Acreditación ANECA como Profesor Ayudante Doctor en el Área de Medicina de Familia y Comunitaria. Es Médico General de Familia, Área de la Unidad de Hospitalización y Urgencias del Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. Tutor de Médicos Internos Residentes y Coordinador de Formación e Investigación. Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, y Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud. Actualmente desempeña la Dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en Granada.

El Dr. Vargas ha sido ponente en Congresos Nacionales e Internacionales, y ha desarrollado actividades docentes en Formación Médica Continuada para Instituciones públicas y privadas.

Su discurso versa especialmente sobre la Atención Primaria: conceptos y principios, retos actuales y futuros; Calidad en la Atención, Humanización, Eficiencia, Sostenibilidad, Reflexión final y bibliografía.

Del amplio conjunto de ítems del discurso ofrecido deseo destacar los términos *humanización y competencia*. Según la RAE, la segunda acepción de humanización es “movimiento renacentista que propugna el retorno a la cultura grecolatina como medio de restaurar los valores humanos”. En otras palabras, concepción integradora de los valores de la persona.

Debe recordarse, por otro lado, que la profesión médica se inició en la antigüedad más remota con la figura del adivino, sacerdote o exorcista; de manera que medicina y religión estuvieron trabadamente relacionadas durante muchos siglos. Aquellas primitivas creencias se basaban en el pensamiento mágico, combinación de ritos y conceptos que iban más allá de la relación causa-efecto; sin embargo, han transcurrido miles de años y algunas ideas pretéritas siguen ancladas en prosélitos de la cultura occidental. La medicina griega con Empédocles (495-435 a.C.) precursor

de Hipócrates (460-377 a.C.) aportó un notable progreso al pensamiento médico. Fue el primero en abandonar las ideas teúrgicas (especie de magia de los antiguos gentiles mediante la cual pretendían tener comunicación con las divinidades y operar prodigios). Empédocles afirmaba que el enfermar era el desequilibrio de los cuatro elementos vitales: *tierra, aire, fuego y agua*. Hipócrates, en cambio, estableció el concepto de Salud como el equilibrio o eucrasia de los cuatro humores biológicos: *sangre, moco, bilis amarilla y bilis negra*. Con Hipócrates surgió por primera vez y de forma muy sutil el concepto de cantidad o de dosis en la medicina: “Se debe buscar una medida, peso o número que sirva de regla uniforme”.

A grandes rasgos hay que señalar la Edad Media y en el Renacimiento, la figura estelar de Paracelso (1493-1591) que estableció el puente de unión entre la medicina galénica y la medicina moderna. El siglo XVII representó el individualismo científico. La gran aportación fue de Thomas Sydenham (1624-1689) que reclamaba el regreso a la cuidadosa observación clínica: “Id a la cabecera del enfermo, sólo entonces sabréis algo sobre la enfermedad”, y continuaba: “nadie fue tratado por mí de modo distinto a como me hubiera gustado ser tratado de haber contraído igual dolencia”. Hay una interrogante que todo médico no debe olvidar pese a los importantes progresos científicos de nuestros días: “¿Cuál es tu deber? El enfermo, no la enfermedad”.

El siglo XVIII representó el desarrollo de las teorías y sistemas. A Marie François Xavier Bichat (1771-1802) se le puede considerar como el padre de la Anatomía Patológica. En la medicina de aquel siglo germinó la idea de curar a los pacientes de forma sencilla y eficaz. En Edimburgo, el Prof. John Brown (1735-1788) proponía la teoría de la “excitabilidad”, de manera que las enfermedades se clasificarían según el organismo humano fuese estimulado por exceso o por defecto. John Brown trabajó con William Cullen (1710-1790) sobre la teoría de que todos los tejidos pueden ser “excitables”; de esta manera, la salud dependía de la acción de “ciertos poderes” sobre las estructuras orgánicas internas y externas. Según los casos, Brown recomendaba como potenciales antagonicos, el uso de sedantes o de estimulantes. Su doctrina fue recibida con alto interés en la Europa de su tiempo.

El siglo XIX viene señalado por el progreso científico. La enfermedad en los siglos XX y XXI, está caracterizada por destacados avances y un desarrollo creciente de la

ciencia y la tecnología. Para la actual consideración holística, el enfermar es un todo (ánima y cuerpo) no por parcelas orgánicas. Tradicionalmente, la actividad clínica ha ido dirigida secularmente en sentido descendente: del médico al paciente, considerado aquel en un plano jerárquico superior; pero ha sido principalmente a partir de los años setenta del pasado siglo, cuando el enfermo ha empezado a tomar parte activa y coprotagonismo de su propia enfermedad.

La *competencia profesional* es el primer deber hacia el enfermo. No debe olvidarse que atender a un paciente no consiste en aplicar fríamente los conocimientos científicos y tecnológicos, sino que debe entenderse y valorarse que ese cuerpo que tratamos de curar es la parte material, la envoltura tangible, mortal y biológica de una *persona*; en tanto, que lo más auténtico del ser – el alma, la psique – es la que siente y sufre la enfermedad. Ante el paciente que deposita su confianza en nosotros como solución o remedio a sus dolencias, estamos obligados a responder con eficacia, profesionalidad y efectividad. Ese armónico equilibrio de requisitos y cualidades pueden resumirse en tres palabras de profundo significado: *ciencia, arte y competencia profesional*. Esta competencia u “oficio” vendría a ser el conjunto de saberes orientados a restaurar las alteraciones de un organismo enfermo. Pero la actuación del médico, y en general, del personal sanitario, debe ser sutil, imperceptible y humanizado. Desde la sonrisa franca y sincera al saludo afectuoso y educado, o desde la exploración clínica cuidadosa a las palabras amables.

Ciencia es el “vehículo humano que conduce al conocimiento a través del proceso del saber”. Con el saber se adopta especial actitud ante las cosas, intentando penetrar en la sustancia de las mismas. El conocimiento humano es de ambiciones totalitarias y de sus relación con cada uno de los aspectos de la realidad cósmica, surgen las correspondientes ciencias clasificadas en dos grandes apartados: Por el *objeto*, se consideran : 1) Ciencias Naturales que se ocupan del mundo exterior; 2) Ciencias de la Cultura; 3) Ciencias psicológicas; 4) la Historia como ciencia del pasado, y 5) Ciencias abstractas. Por la *finalidad* hay que distinguir ciencias puras y ciencias aplicadas.

La medicina es una ciencia aplicada, natural y del espíritu; su campo alcanza al mundo interior y exterior humano. En la medicina de nuestros días ocupan un lugar hegemónico ciertos procesos patológicos frecuentes como hipertensión arterial –

estudiada por nuestro nuevo Académico –; diabetes mellitus, ictus cerebral, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cáncer y COVID.

Respecto a la *docencia* que ha venido impartiendo el Dr. Vargas Ortega, exige distintas aptitudes. Estas se mejoran con los años y se aquilatan con las experiencias previas. Goza de plena vigencia el viejo aforismo: “aprendamos nosotros mismos antes de enseñar a los demás”. El análisis crítico de lo que hacemos y cómo lo hacemos aporta una información positiva para cada nueva situación. Pero, alcanzar una meta no debe representar el final del camino, ni tampoco un estado de autocomplacencia; más bien, es todo lo contrario, un trampolín, un punto de partida para nuevos proyectos orientados a mejorar la calidad docente y la investigación.

La medicina ofrece numerosos problemas planteados en el presente y para el futuro inmediato. Aunque es mucho lo alcanzado en el devenir histórico, y, más aun lo que queda por conocerse sobre la etiología, patogenia, fisiopatología, diagnóstico en la terapéutica con nuevas moléculas y desprovistas de efectos secundarios, a veces molestos y desagradables e incluso nocivos; y todo ello, en pos de la prescripción y terapéutica individualizada.

Cuando a un afamado artista, Herbert von Karajan (1908-1989), le preguntaron, en su última etapa, si aún le quedaba algún proyecto por realizar, respondió con prontitud; “necesitaría, al menos, 150 años para ver concluidas algunas de las ideas que tengo en mi cabeza”.

Respecto a la ética médica, ha existido desde la época de la antigua Grecia hasta nuestros días. Hipócrates (460-370 a.C.) es considerado el padre de la práctica y la ética médica modernas. Fue uno de los primeros en clasificar las enfermedades en diferentes categorías y variedades, como *crónicas y agudas*. No obstante, la consideración de la ética como ahora la conocemos comenzó a formarse en los siglos XVIII y XIX. El médico, filósofo y escritor inglés Thomas Percival (1740-1804) hizo la contribución más significativa a esta materia en occidente, posterior a Hipócrates. En 1803 publicó el *Código de Ética Médica*, que “afirmaba la autoridad moral y la independencia de los médicos al servicio de los demás, la responsabilidad de cuidar de los enfermos y enfatizaba el honor individual”. La ética de Percival sirvió de fuente esencial para el código de la Asociación Médica Americana (AMA) adaptado en 1874. La Ética Médica se basa en cuatro principios que considerados simultáneamente

permiten tomar las mejores decisiones para los pacientes; a saber, *beneficiario* (todo procedimiento debe ir en beneficio del paciente), no *maleficiencia*, “lo primero no hacer daño” (Primum non Nocere); *autonomía*, los pacientes deben poder tomar decisiones sobre su enfermedad y su tratamiento; *justicia*, en la atención a los pacientes deben reconocerse sus derechos y las leyes vigentes.

En la trayectoria profesional del Dr. Vargas hay dos etapas. En la primera, desde los primeros años post-licenciatura dedicados a la atención de los pacientes de patologías diversas. La segunda es la crónica de la aventura política de la gestión y organización en el ámbito sanitario a partir del año 2019, y, siempre con el objetivo final de buscar el bien, en sentido positivo hacia el paciente y su entorno. Los avances tecnológicos sirven para el progreso de la ciencia de Esculapio; pero, hasta donde debemos sacrificar nuestra individualidad respecto a la proliferación de lo tecnológico.

La historia de la medicina es la deslumbrante epopeya por vencer la enfermedad y la muerte, aliviar el dolor e impartir el don de sanar. Se trata de un viaje iniciático, una experiencia de la historia y de la vida real. “Los que están sanos no tienen necesidad de médico, sino los enfermos”.

En épocas remotas la humanidad aprendió a conocer el concepto del tiempo y la forma de vivirlo. Según Paracelso: “¿Cómo podíamos contemplar las doce horas del día y desentendernos de la jornada restante?” Ayer, hoy y mañana están incardinados en el espíritu de toda persona. Desde tiempos muy lejanos, la medicina se ocupa de esta triada temporal. La *anamnesis* expresa el ayer del paciente. El presente es el diagnóstico, situación a la que el médico se enfrenta a diario. El futuro lo aventura el pronóstico. Respecto a la situación actual de la medicina, se ha avanzado espectacularmente en el conocimiento de ciertas patologías, la farmacología ha dado pasos agigantados en la terapéutica de numerosos procesos; así mismo, la prevención es un capítulo cada vez más conocido y desarrollado. Es sabido que cada avance científico va inexorablemente unido a nuevos interrogantes, constantes retos en un proceso secular sin fin. Así pues, los caminos que conducen al futuro pertenecen al mundo inextricable u oculto. Así lo manifestaba Johan Wolfgang von Goethe (1749-1832), el más grande entre los poetas de su patria y uno de los más grandes de todos los países y todos los tiempos, en su obra *Egmont*.

“Como fustigados por espíritus invisibles, los caballos del Sol buscan el tiempo con el ligero carro de nuestro hado; y a nosotros sólo nos queda armarlos de valor, sostener firmemente las riendas, y desviar las ruedas hacia la derecha o hacia la izquierda. A dónde se va ¿quién lo sabe? ¡Si apenas cabe recordar de donde se viene!”

El individuo y su circunstancia sintetizan toda trayectoria vital. La unión de estos dos mundos inescrutables, registra en el libro del destino cada periplo personal. ¿Hacemos nuestra propia historia?, o más bien ¿ésta viene trazada desde el principio de los tiempos? Si el artista, el científico o el erudito, nacen o se hacen, no parece tener una respuesta sencilla o excluyente. Las fuerzas hereditarias del individuo se fusionan por un extraño arcano poder, en el crisol de las cosas adquiridas.

Querido Diego, a partir de este momento eres Académico para siempre de esta Real Corporación. Con mi mayor afecto, te ofrezco mi mano y el cordial abrazo de bienvenida a esta prestigiosa Institución.

HE DICHO

BIBLIOGRAFÍA

- Gil Extremera B. *Sinopsis histórica y vivencias de la Medicina Interna*; Gráficas del Sur S.A.; Granada, 1994.
- Gil Extremera B. *La Medicina, pasado y presente*. Ed. Alhulia; Salobreña, Granada, 1994
- Gil Extremera B. *Enfermedad, Historia y proceso creador*. Ed. Doyma, S.L. Madrid, 2002
- Aguirre Muñoz J; Sánchez Luque JJ; Toquero de la Torre F; García Ruiz A; Villanueva Cañadas E; Gil Extremera B; et al. *Foro. La prescripción en Andalucía: consideraciones ético – legales*. Fundación CMC. Ed. San Pablo, S.L. Córdoba, 2006
- Gil Extremera B. *Historia de la Medicina Interna*. Ed. Universidad de Granada, 2009
- Gil Extremera B. *Hypertension and Stroke*. Lambert Academic Publishing. Saarbrücken, Germany, 2017

- Gil Extremera B (editor). *Recent Advances in Alzheimer Research. Alzheimer Disease: Pathological and Clinical Findings*. Volume 3. Bentham eBook imprint, Singapore, 2019
- Gil Extremera B. *Mozart. Historial médico y creación*. Ed. Alhulia, Salobreña, Granada, 2023