



Gestión de la demanda y educación sanitaria

Rafael Bravo Toledo
Médico de Familia

Madrid 6 de octubre de 2025

*Claves para la Sostenibilidad y liderazgo estratégico
de la Atención Primaria*



Gestión de la demanda y educación sanitaria

Dos conceptos
especialmente
incomodos por no
decir irritantes



educación sanitaria en gestión de la demanda

**La solución tópica y típica.
+ educación – demanda ¿esta seguro?**

No hay mucha evidencia de buena calidad de que funcione.

intervenciones multicomponentes respaldadas por
infraestructura organizativa y trabajo en equipos.
Escasos resultados concretos en salud.

Mejorar la valoración de la Medicina de Familia y Comunitaria

Hemos tenido las mejores campañas

mejor campaña educativa será interna y siendo eficientes.

Medidas educativas cariñosas o coercitivas

a la búsqueda de la “bala mágica”.



El sistema de control de carros de supermercado mediante monedas o llaves, que bloquea la rueda para asegurar su retorno, como una solución para evitar que los carritos fueran robados o abandonados

Gestión de la demanda y educación sanitaria





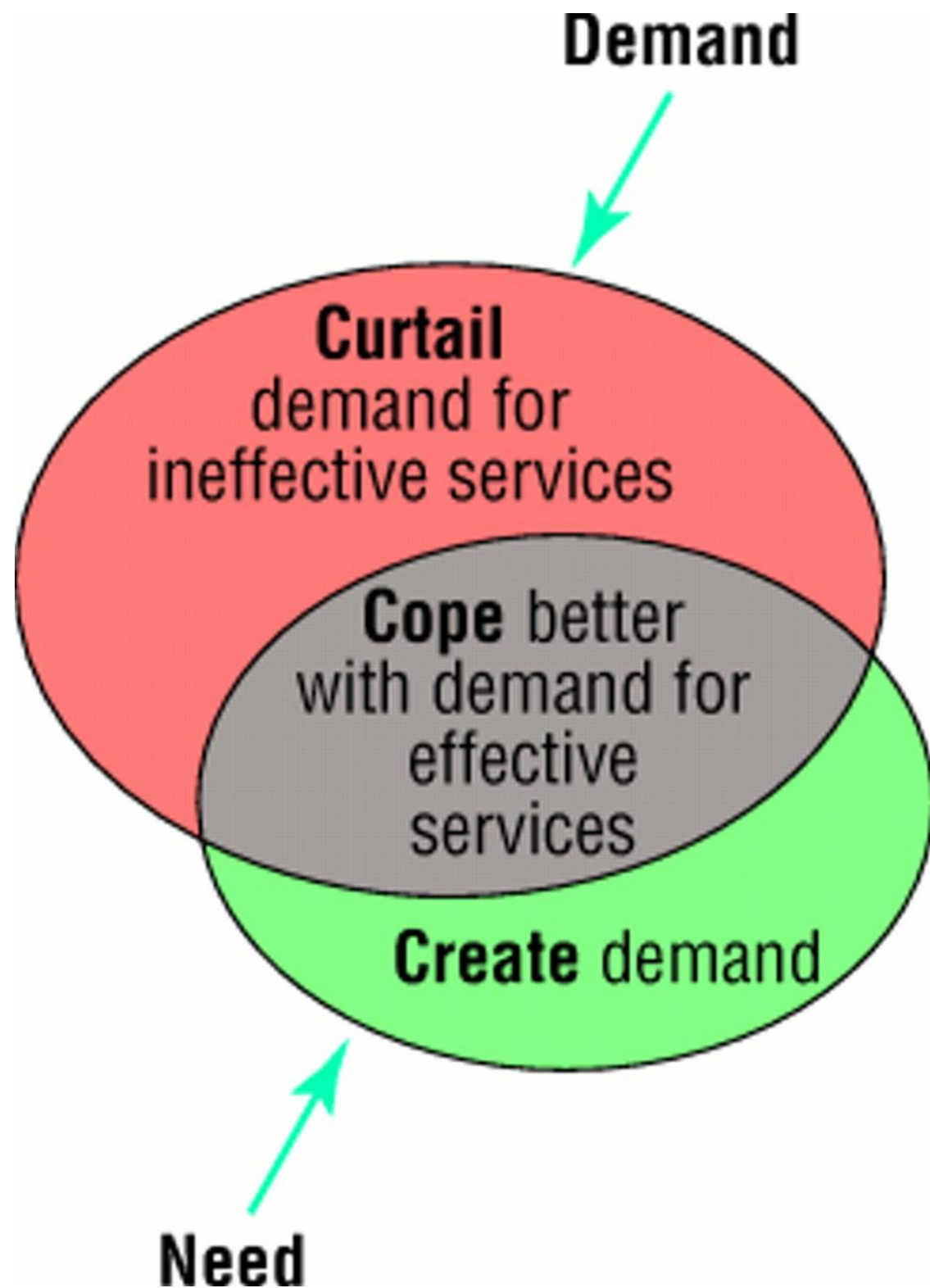
educación sanitaria en gestión de la demanda

**La solución tópica y típica.
+ educación – demanda ¿esta seguro?**

No hay mucha evidencia de buena calidad de que funcione.

Las intervenciones educativas multicomponentes — concretamente, la **facilitación de la práctica**, la **auditoría y retroalimentación**, y la **atención en equipo**— son eficaces para mejorar los resultados organizativos en la atención primaria, pero su eficacia comparativa y su uso óptimo dependen del contexto y de las características de su implementación.

Aunque no son lo que entendemos como educación sanitaria ni a la población.



La gestión de la demanda es el proceso de identificar dónde, cómo, por qué y quién demanda asistencia sanitaria, y luego decidir cuáles son los mejores métodos para gestionar esta demanda (lo que puede significar **reducirla** –*curtail*-, **afrontarla** –*cope*- o **crearla** –*create*-) de manera que se pueda desarrollar el sistema sanitario más rentable, adecuado y equitativo.



Se trata de hacer un uso más adecuado de los servicios de salud (no necesariamente reduciéndolos o abaratándolos).

<https://doi.org/10.1136/bmj.316.7145.1665>

Tendencia en la percepción de la necesidad, según actor del acontecimiento

REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

La presión asistencial

A. Ruiz Tellez

El interés por la presión asistencial nunca decrece, dado el conflicto permanente de la sociedad de consumo, fuertemente regida por las leyes de la oferta y la demanda. Sin embargo, aunque el sistema sanitario nace por la presencia de necesidades sanitarias y con el objeto de resolverlas, el avance y el desarrollo de la sociedad genera nuevas percepciones de necesidad de dificultosa definición y atribución para los sistemas sanitarios.

Y es que, desde hace tiempo, las necesidades que se atienden en los sistemas sanitarios han dejado de ser patrimonio exclusivo del profesional para ser creadas o modificadas por cualquiera de los agentes que intervienen en el fenómeno sanitario: profesionales, ciudadanos, industria, políticos, científicos, medios de comunicación, etc. Ya se hablaba hace años^{1,2} de la necesidad real, de la diagnosticable, de la diagnosticada, de la percibida, de la expresada, de la atendida, etc, pero también se mostraba el concepto de la morbilidad no real percibida por el entorno para demostrar la emergencia de las necesidades sanitarias percibidas como tales, sin base epidemiológica.

Respecto al fenómeno asistencial, la frecuentación o la presión asistencial se dispone de interesantes reflexiones teóricas³⁻⁷ que nos orientan sobre las variables que las modulan. Entre se clasifican en factores predisponentes de necesidad percibida (sociodemográficos, sociopsicológicos, como

edad, sexo, etnia, estado civil, la familia, la cultura, la «cultura sanitaria»⁸, el número de enfermedades simultáneas, las actitudes, las creencias, el dinero, etc.) y factores facilitadores (accesibilidad geográfica, organizacional, económica, características del médico, de la organización, etc.). A pesar de ello, lo cierto es que no se dispone del modelo explicativo adecuado que permita a los sistemas sanitarios orientar, en primer lugar, los comportamientos profesionales o gestores, y en segundo lugar, las inversiones lógicas. Esto se debe, seguramente, al desfase secular de adaptación de los sistemas sanitarios a los complejos cambios comportamentales de una sociedad civil que se apoya en el concepto de hombre posmoderno multifacético y en continua evolución y, por tanto, «fuera de lógicas», claro que de la lógica de años atrás.

Antes de decidir qué camino tomar, parece conveniente realizar un vuelo de altura para mirar con distancia y observar que no siempre y en todas partes se vivencia de manera tan negativa como en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español el sintagma «presión asistencial». La reciente emergencia de la emigración médica española a otros países europeos ha mostrado la percepción foránea de fenómeno asistencial. Por poner un ejemplo cercano, lo que en España se considera un desastre, en Francia es una dicha. Si Ud., querido colega, desea reducir sus fracasos en nuestra vecina Galiia, escuchará, como oferta atractiva y tentadora, frases como la siguiente: «No se preocupe, ésta es una buena plaza, la población acude mucho al médico». La epidemia gripal es para el SNS español un momento de crisis, de saturación, de mal humor profesional. Para nuestros colegas galos de atención primaria es una bendición (la *conquête*, es decir, la vendimia), pues con esta sola epidemia se inclinan favorablemente las cuentas de resultados de las sociedades civiles privadas, que son la

LECTURA SÚMMA

✓ El desarrollo de la sociedad genera nuevas percepciones de necesidad de dificultosa definición y atribución para los sistemas sanitarios.

✓ El concepto de la morbilidad no real percibida por el entorno para demostrar la emergencia de las necesidades sanitarias percibidas como tales, sin base epidemiológica.

✓ La frecuentación o la presión asistencial se clasifican en factores predisponentes de necesidad percibida y factores facilitadores.

✓ No siempre y en todas partes se vivencia de manera tan negativa como en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español el sintagma «presión asistencial».

Módulo de Familia. Instituto de COM. Vitoria, España

Comunicación

Angel Ruiz Tellez

Unidad 5.1 y 5.2

©2009 Vitoria Alava, España

Como decíamos: angustia y desconfianza

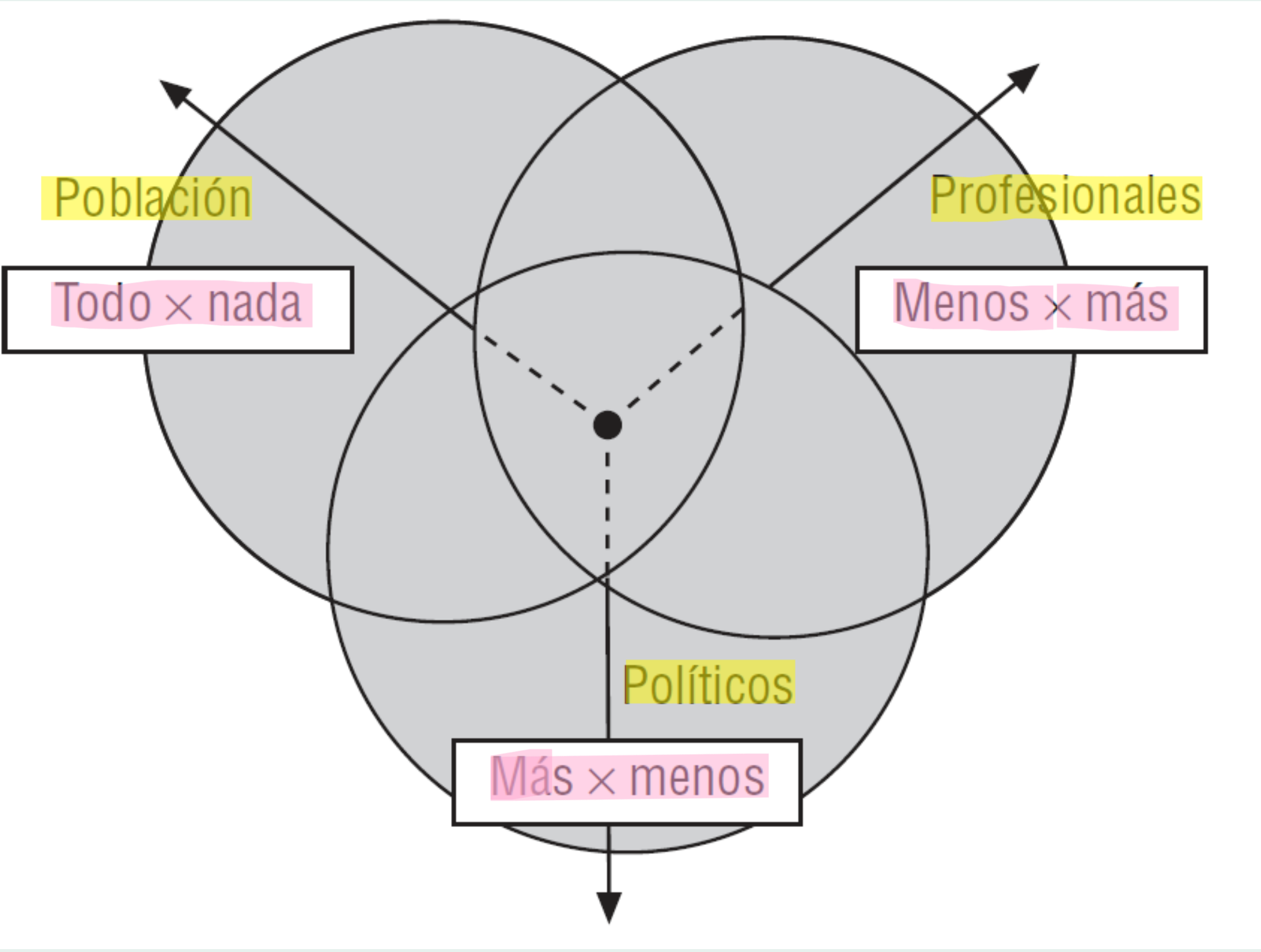
Manuscrito recibido el 16 de septiembre de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 16 de septiembre de 2003.

87

| Aten Primaria 2004;33(3):145-8 | 145

Ruiz Tellez A. La presión asistencial. Aten Primaria 2004;33(3):145-8

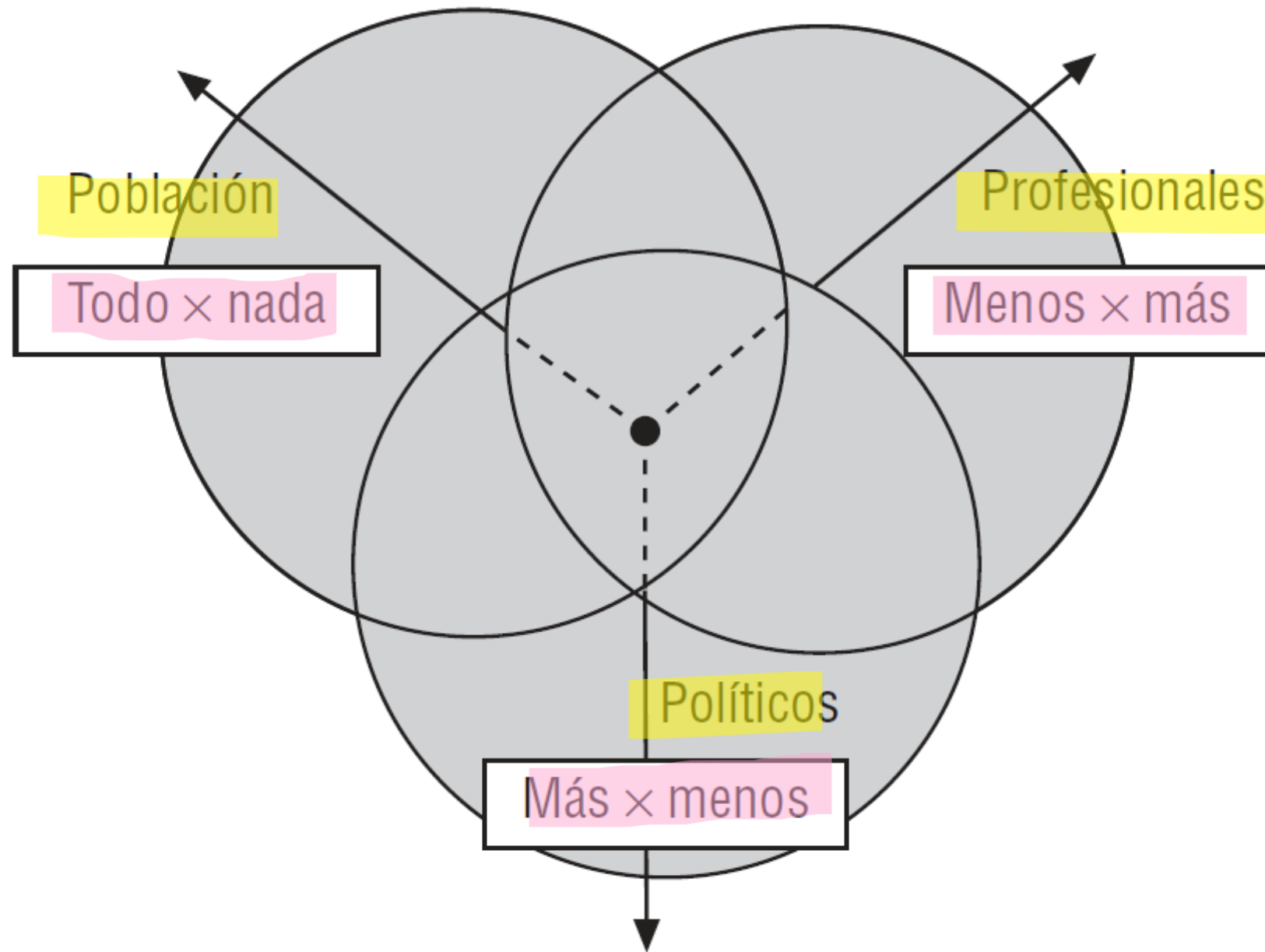
Gestión de la demanda y educación sanitaria



**Demanda
a la carta**

***culpables
médicos y
administración***

***Pues que
pongan mas
médicos***



**Reducir la
demanda**

***Es paciente
dependiente***

***Reducir el
tiempo/
numero de
pacientes***

**Satisfacer la demanda
*da igual, o la culpa es de los profesionales
inventos que atacan la longitudinalidad***

Trinidad **quiere ver a su médico**; quedó con él que cuando volviera del pueblo pasaría por la consulta para control de sus enfermedades crónicas y revisar la medicación.

Pepe **quiere ver a su médico**; desde hace diez días tiene un dolor en el pecho, aunque se le pasa en 5 o 10 minutos. A veces se acompaña de sudores, mareos. Le ha sucedido tres o cuatro veces. Se hacía el remolón porque temía que su médico le regañara por no tomarse las pastillas del colesterol y la tensión, pero ahora no tiene más remedio.

Asún **quiere ver a su médico**, necesita un informe de dependencia para su madre, pero no sabe dónde acudir; la TS le ha dicho que “lo hace el de cabecera”.

Trinidad, Pepe y Asún **quieren ver a su médico**

¿Necesitan los tres ser citados con la misma celeridad?

¿Necesitan los tres ser citados con el médico?

Trinidad, Pepe y Asún **quieren ver a su médico**

¿Necesitan los tres ser citados con la misma celeridad?

¿Necesitan los tres ser citados con el médico?

NO

¿Qué opciones tienen Trini, Pepe y Asún?

Que opciones tienen Trinidad, Pepe y Asún

- cita / contacto por teléfono
- móvil o web
- acudir al centro - hablar con auxiliares administrativas



SaludMadrid Servicio Madrileño de Salud
Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid

Cita sanitaria en Atención Primaria

miércoles, 1 de octubre de 2025 [Acceder](#)

< Atrás Estás en: Cita sanitaria en Atención Primaria >> [Acceso al servicio](#) A- | A+>

Acceso a la cita sanitaria en Atención Primaria

Si la cita es para un menor de 16 años, el DNI/NIE que debe introducir es el del adulto que se haga responsable de la cita. Nueva modalidad de citación para consultas no presenciales por **vía telefónica**.

Código de identificación personal autonómico:

Fecha de nacimiento: día mes año

DNI / NIE: con letra


[Acceder](#)

Información básica sobre Protección de Datos











Responsable	Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.
Finalidad	Planificación y gestión de la asistencia sanitaria pública.
Legitimación	Obligación legal (RGPD 6.1.c).
Destinatarios	No se cederán datos salvo obligación legal.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, cuando sean aplicables.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en el siguiente enlace: Aqui .

 Para más información, puede contactar con el teléfono de información general de la Comunidad de Madrid 012.

[W3](#) [W42-A6](#) [W42-B6](#) [Accesibilidad](#) [Información Técnica](#) [Mapa web](#) Copyright © Comunidad de Madrid

← **Gestionar cita** 

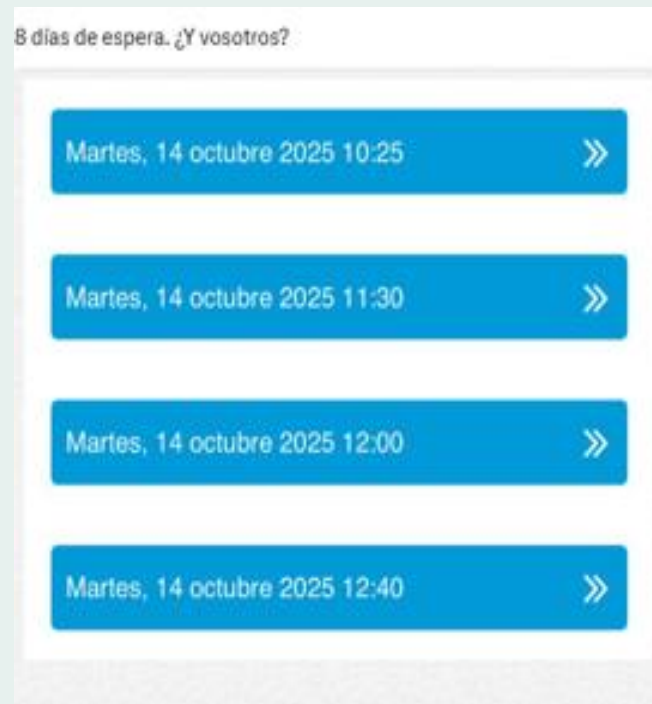
ALMUDENA MADROÑO DEL OSO

Medicina de Familia / Pediatría  Atención Primaria	Enfermería  Atención Primaria
Primera consulta  Atención Hospitalaria	Vacunación Antigripal  Atención Primaria
Coronavirus  Atención Primaria	Prevecolon  Programa preventivo
DEPRECAM  Programa preventivo	Matrona  Atención Primaria
Trabajo social  Atención Primaria	Odontología  Atención Primaria



Que opciones tienen Trinidad, Pepe y Asún

- cita / contacto por teléfono
- móvil o web
- acudir al centro - hablar con auxiliares administrativas



**Solo una de las opciones
es una interacción
personal
y ¡que interacción!**

Que opciones tienen Trinidad, Pepe y Asún



**Solo una de las opciones
es una interacción
personal
y ¡que interacción!**

Un auxiliar administrativo que si que es una persona humana 😊
atado de pies y manos (no puede gestionar con una agenda
rígida la demanda/modular citas, no le deja la administración, los
profesionales y la indolencia de algunos compañeros)

Todo aboca a



**o cualquier nombre de fantasía
con que se quiere evitar el
denominar consulta sin el
termino urgencias**

Experiencias para compartir



El administrativo con el médico de familia

Juana Mora Martínez
Administrativo de familia.

Lorenzo Arribas Mir
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CS La Chana. Granada.

Hoy hay médicos de familia (MF) abrumados en sus consultas por las tareas burocráticas. Tareas básicas, ya sea en papel o formato electrónico, la «anteúltima» trampa, ineludibles, con sus elementos positivos, van en detrimento del trabajo clínico si recaen solo en el MF. Los ordenadores no han eliminado la burocracia, y han creado una nueva variedad. La «penúltima» trampa es un perverso concepto de acto único que algunos gestores, y también MF, entienden como que en un solo despacho, en una sola consulta, por supuesto la del MF, se haga todo (recibir, historiar, explorar, diagnosticar, informar, recetar, derivar, pedir pruebas complementarias y citar para ellas y para una visita de resultados, imprimir informes, entregar todo tipo de instrucciones y «etcétera»). Otra cosa diferente es solucionarle al paciente en el día, en una sola visita al centro, todo lo posible, pero entre todos. La «última» trampa es una carrera desbocada por el control de calidad y la evaluación del trabajo del MF, el profesional más «monitoreado» de todo el sistema sanitario, con carreras profesionales complejísticas en algunas comunidades autónomas, que le hacen invertir mucho de su tiempo en farragosos sistemas de registro impuestos por la organización. Hoy, a pesar de los avances tecnológicos, y de sus aportaciones positivas, la consulta del MF, si no se toman medidas, está condenada a soportar una burocracia excesiva. Eso sí, «más moderna».

El pasado 17 de mayo se publicó un artículo especial, en la revista *New England Journal of Medicine*, sobre la evolución del médico de Atención Primaria en EE.UU.². Susan Okie, profesora de medicina de familia en la Facultad de Medicina de la Universidad Georgetown, de Washington, analiza un futuro crítico, con muchos de los elementos que acabamos de comentar. Pero parece que hay reacciones, y se habla de «reinventar la medicina de familia»³. Un tiempo excesivo dedicado a la burocracia por los MF es un gran error, un auténtico despilfarro que hay que cortar.

En el año 2004 realizamos una reestructuración general de nuestro centro, mediante un funcionamiento pleno de unidades de atención familiar, médico-enfermera-administrativo, como referentes de atención personalizada para la población. Los pacientes tienen unos espacios específicos donde se ubican su MF, su enfermera de familia (EF) y su administrativo de familia (AF). No es un espacio virtual ni general, se tra-

ta de un auténtico espacio personalizado de trabajo en el que los tres tipos de profesionales interaccionan, y se ubican muy próximos (figura 1), en despachos contiguos. Sus horarios son los mismos, los tres tipos de profesionales coinciden plenamente en la misma jornada laboral. El acto único, bien entendido, es un objetivo primordial, la desburocratización de la consulta médica se desarrolla plenamente (el MF podría trabajar sin papeles ni impresora), y todos los profesionales quedan más cercanos a los pacientes.

Los AF abandonan los mostradores y se ubican junto a la consulta del MF en un despacho que permite la privacidad en sus contactos con los pacientes. El AF tiene su cupo de pacientes, equivalente a dos cupos de MF, y estos son su población de referencia. Realiza una labor de secretaría personalizada. Su puesto de trabajo dispone de ordenadores conectados a la red del centro y del hospital de referencia y teléfonos con acceso directo para sus pacientes.

Las funciones del AF pueden ser múltiples. Ejemplos de tareas que pueden desarrollar desde este puesto se recogen en la tabla 1.

El AF se ha convertido en una pieza clave, que hay que potenciar y formar⁴. Su trato personalizado, ser referente para los pacientes, ha sido el cambio más radical. Sus relaciones con los pacientes son mucho más ricas, y así son notablemente más valiosos como profesionales. Pero muchas de estas tareas, gran parte de su eficacia, no podría desarrollarse sin ser un paso obligado tras muchas de las consultas del MF. Con este modelo, los MF se dedican solo a escribir en la historia clínica. En un apartado de la historia electrónica, «Plan de actuación», accesible a los AF, los MF dejan escrito de forma detallada el tratamiento, las pruebas complementarias que

FIGURA 1

Disposición de las consultas de médico (M), enfermera (E) y administrativo (A) de familia

M	E	A	E	M
Sala de espera			Sala de espera	

co de familia

as derivadas de consulta. Pero sin entrar en las historias clínicas, los AF no pueden dar apoyo en el trabajo diario de los centros sanitarios. Secretaria viene de secreto. Habrá casos en los que el MF bloquee actuaciones que nadie más podrá ver. Cómo se diseñen las historias clínicas electrónicas es importante. Pero siempre, y mientras tanto, debe haber acceso para el AF, ya que si no, no podría realizar su labor. Y no pasa nada porque el paciente se dirija al final de la consulta a otro despacho, donde se complete la faceta administrativa de la consulta médica. ¡Ya está bien de MF consumiendo tiempo en llenar formularios de papel o electrónicos, informando sobre dónde dirigirse, imprimiendo documentos y hojas informativas, etc.! Si hacen esto, les queda menos tiempo para sus anamnesis, para explorar e informar, para añadir actividades preventivas al margen del motivo de consulta, para estar concentrados en la complejidad del trabajo clínico del generalista y de la entrevista clínica. Si los AF no manejan la historia clínica, y no complementan en su despacho privado la consulta, esto va en detrimento del trabajo clínico del MF, y sobre todo, en detrimento de la salud de los pacientes.

En nuestro centro, solo queda en un mostrador a la entrada, un solo recepcionista, tras el desarrollo de la secretaría personalizada. Es un servicio de información general para ayudar a los usuarios a moverse por el centro⁵. Recibe las urgencias, da apoyo administrativo a los cupos pediátricos cuando los padres no tienen MF en el centro, y resuelve algunas eventualidades.

Este modelo ha permitido que en un centro de salud 50 profesionales trabajemos en mejores condiciones. Han desaparecido las colas y aglomeraciones, y la mayoría de los pacientes parecen satisfechos con la atención más personalizada. Los MF siguen ocupados, sobre todo con tareas clínicas. Nos parece increíble cómo estuvimos trabajando en el periodo 1985-2004, 19 años con burocracia en las consultas, cuando lo comparamos con cómo lo estamos haciendo desde 2004, ya 8 años con este nuevo modelo.

Existe la consulta del MF sin tareas administrativas.

Los lectores que quieran disponer de más información pueden visualizar los siguientes videos:

<http://vimeo.com/24003123>
<http://vimeo.com/24002545>
<http://vimeo.com/24073092>
<http://iv.congresocronicos.org/multimedia/videos/>

Bibliografía

1. Newton J, Hunt J, Stirling J. Human resource management in general practice: survey of current practices. *Br J Gen Pract.* 1996;46: 81-5.
2. Okie S. The Evolving Primary Care Physician. *N Engl J Med.* 2012;366:1849-53.
3. Dentzer S. Reinventing Primary Care: A Task That Is Far "Too Important To Fail". *Health Aff.* 2010;29(5):757. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0410
4. Carrol J. Working with... the receptionist. *Practitioner.* 1988;232 (1459):1276-8.
5. Arber S, Sawyer L. The role of receptionist in general practice: a "dragon behind the desk"? *Soc Sci Med.* 1985;20(9):911-21.

TABLA 1

Tareas del administrativo de familia

Renovación de tratamientos
Actualización de recetas electrónicas
Partes de incapacidad temporal
Tramitar informes varios
Citas
Control de la sala de espera
Informar de retrasos de consulta
Limar tensiones
Atender llamadas telefónicas
Subsanar errores
Detectar excepciones
Mantenimiento de la consulta
Apoyo a enfermería
Apoyo médico
Gestión de analíticas
Mantener la base de datos de usuarios
Mantener las historias clínicas
Escanear pruebas complementarias externas para incorporar a la historia clínica informatizada
Visados
Recibir urgencias
Localización de pacientes
Gestionar las agendas de MF y EF
Gestión de pruebas complementarias
Informar a los pacientes
Tramitar las citas con otros especialistas
Localizar a EF y MF
Tareas preventivas, especialmente captación de pacientes
Gestión del correo
Y mucho más...

EF: enfermera de familia; MF: médico de familia.

Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices

Brian McKinstry, Jeremy Walker, Clare Campbell, David Heaney and Sally Wyke

SUMMARY

Background: General practitioners (GPs) in the United Kingdom have recently begun to adopt the use of telephone consultation during daytime surgery as a means of managing demand, particularly requests for same-day appointments. However, it is not known whether the strategy actually reduces GP workload.

Aim: To investigate how the use of telephone consultations impacts on the management of requests for same-day appointments, on resource use, indicators of clinical care, and patient perceptions of consultations.

Design of study: Randomised controlled trial.

Setting: All patients (n = 388) seeking same-day appointments in each surgery in two urban practices (total population = 10 420) over a four-week period.

Method: The primary outcome measure was use of doctor time for the index telephone or face-to-face consultation. Secondary outcomes were subsequent use of investigations and of services in the two-week period following consultation, frequency of blood pressure measurement and antibiotic prescriptions, and number of problems considered at consultation. Patient perceptions were measured by the Patient Enablement Instrument (PEI) and reported willingness to use telephone consultations in the future.

Results: Telephone consultations took less time (8.2 minutes versus 6.7 minutes; diff = 1.5, 95% confidence interval [CI] = 0.6 to 2.4, P = 0.002). Patients consulting by telephone re-consulted the GP more frequently in the two weeks that followed (0.6 consultations versus 0.4 consultations; diff = 0.2, 95% CI = 0.0 to 0.3, P = 0.01). Blood pressure was measured more often in the group of patients managed face-to-face (25/188 [13.3%] versus 12/181 [6.6%]; diff = 6.7%, 95% CI = 0.6% to 12.7%). There was no significant difference in patient perceptions or other secondary outcomes.

Conclusion: Use of telephone consultations for same-day appointments was associated with time saving, and did not result in lower PEI scores. Possibly, however, this short-term saving was offset by higher re-consultation and less use of opportunistic health promotion.

Keywords: telephone consultation; GP workload; appointments; randomised controlled trial.

B McKinstry, MD, director, Lothian Primary Care Research Network. J Walker, MSc, researcher; and D Heaney, MA, research manager, Department of Community Health Sciences, Edinburgh University. C Campbell, MRCP, principal in general practice, Broxburn Health Centre, West Lothian. S Wyke, PhD, foundation director, Scottish School of Primary Care.

Address for correspondence

Dr Brian McKinstry, Lothian Primary Care Research Network, Department of Community Health Sciences, University of Edinburgh, Levinson House, 20 West Richmond Street, Edinburgh EH8 9DX. E-mail: brian.mckinstry@ed.ac.uk

Submitted: 8 March 2001; Editor's response: 8 June 2001; final acceptance: 21 August 2001.

©British Journal of General Practice, 2002, 52, 306-310.

Introduction

Recent changes in out-of-hours primary care have resulted in a large number of consultations being managed by telephone alone.¹⁻³ More recently, as a means of managing demand, general practitioners (GPs) in the United Kingdom have started to use this technique to manage daytime consultations, particularly requests for same-day appointments⁴ and the telephone has become the first point of contact with primary care for most patients.⁵ However, a number of questions have been raised about the impact of managing requests for same-day appointments by telephone by GPs, such as whether GP workload is actually decreased;^{6,9} whether prescribing, in particular for antibiotics, is increased;¹⁰⁻¹² whether the quality of care is adversely affected;^{9,13,14} and whether patients experience better access to care.^{13,14-16} The primary hypothesis addressed by this study is that management of same-day appointment requests via the telephone results in a significant difference in resource use (i.e. doctor time) relative to conventional surgery consultations.

Method

Protocol

With ethical permission, the study was advertised using a poster in the waiting rooms of the two practices in West Lothian that took part in the study. Patients who used the telephone to request same-day appointments for themselves or for their children were randomly allocated to one of two groups. The first group was given a face-to-face appointment on that day. The second group was told that the doctor would telephone them back later that morning, and, after discussion, would either offer them advice or treatment on the telephone or, if necessary, would arrange to see the patient later in the day. Patients specifically asking to speak to the doctor by telephone for advice, those deemed very urgent cases, and those with no contact telephone number were to be excluded.

The primary outcome measure was use of doctor time, measured in minutes for the index telephone or face-to-face consultation. Secondary outcome measures were also considered. Other aspects of resource use were estimated by examining subsequent use of services in the two-week period following the index consultation, use of laboratory tests, and X-rays. Indicators of clinical care were measured by frequency of blood pressure measurement, number of problems considered, and antibiotic prescription. Patient perceptions of consultations were measured by the Patient Enablement Instrument (PEI)¹⁷ and patients' willingness to use telephone consultations in the future.

El uso de consultas telefónicas para citas en el mismo día se asoció con un ahorro de tiempo y no dio lugar a puntuaciones PEI* más bajas. Sin embargo, es posible que este ahorro a corto plazo se viera compensado por un mayor número de nuevas consultas y un menor uso de la promoción de la salud oportunista

<https://bjgp.org/content/52/477/306.long>

* Patient perceptions were measured by the Patient Enablement Instrument (PEI)

CUANDO NECESITES A TU
**ENFERMERA/O DE
ATENCIÓN PRIMARIA,**
PIDE CITA PREVIA



Puedes hacerlo a través de:

CENTRO DE SALUD ONLINE

App

Disponible para iOS y Android

Página web

<https://saludextremadura.ses.es/csonline/>



TELÉFONO GRATUITO
900 100 737

- Lunes a Viernes: de 7:00 a 22:00 h.
- Sábados, domingos y festivos: de 9:00 a 22:00 h.

CENTRO DE SALUD

TELÉFONO DE
CITA PREVIA DE
TU CENTRO DE
SALUD

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Servicios Sociales



Dirección General de
Asistencia Sanitaria

Casi dos mil novecientos usuarios han hecho uso del nuevo sistema de cita previa en Enfermería en atención primaria del Servicio Extremeño de Salud (SES), tras las primeras 24 horas de puesta en funcionamiento.

Un total de 2.898 usuarios han hecho uso del **nuevo** sistema de cita previa en Enfermería en atención primaria del Servicio Extremeño de Salud (SES), tras las primeras 24 horas de puesta en funcionamiento.

16/03/2024 | [Útimas Noticias](#)

Fútbol

El Atlético, líder tras ganar al Barça en el último minuto —P47 Y 48

RADIOGRAFÍA A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

El 59% de los centros citan más tarde de lo indicado para la salud

● Más de la mitad de los ambulatorios atienden pasadas las 48 horas fijadas por el Gobierno y las autonomías ● Madrid, Comunidad Valenciana, Baleares y Canarias arrojan los peores datos

MONTSE HIDALGO
Madrid

Más de la mitad de los centros de salud en España, el 59%, citan a los pacientes pasadas las 48 horas, porcentaje que en Madrid, Comunidad Valenciana, Baleares

y Canarias se eleva por encima del 85%, según los datos que ha reunido EL PAÍS a través de solicitudes a Transparencia de las comunidades. Incumplen así el objetivo que se impulsieron en 2019 el Gobierno y las autonomías para ga-

rantizar la atención no urgente en menos de dos días por el impacto que tiene para la salud y el sistema sanitario. Los peores datos se concentran en la Comunidad Valenciana, donde el 59% de los ambulatorios citan pasados los cinco

días desde la petición y algunos llegan hasta los 14 de demora mediana. La insuficiente inversión, la falta de médicos y el envejecimiento están tras esta realidad de la que se salvan Asturias y Castilla y León.

—P40 Y 41



Connoción en Alemania. El canciller Olaf Scholz visitó ayer Magdeburgo, bajo el impacto del atropello presuntamente cometido por un médico saudí crítico con el islam y simpatizante de extrema derecha. Hay cinco muertos y 200 heridos. **FLIP/SAGER (EFE)** —P10 Y 11

Regreso al horror en la Siria de El Asad

EL PAÍS accede con tres expresos a la prisión de Saidnaya, conocida como el “matadero humano”

ANTONIO PITA
Saidnaya

A la entrada de la prisión siria de Saidnaya luce una elocuente pintada: “Ni olvidamos, ni perdonamos”. Abdelnafah, de 27 años; Manyub Adnan Isali, de 34, y el menor Walid Tubayi, encerrados en distintos momentos en esa cárcel y ahora libres, no saben quién la firma, pero la sienten casi suya. Hoy, dos semanas después de la caída de Bachar el



Abdelnafah, en la celda que ocupó durante seis años. **ÁLVARO GARCÍA**

Asad, regresan con miedo a esta prisión conocida como el “matadero humano”, donde, cuentan, fueron torturados. “Me empieza a faltar el aire”, dice Abdelnafah. Allí, prácticas como la *silla alemana*, donde se forzaba la espalda del recluso hasta quebrar su columna, eran rutina. Saidnaya es el símbolo del horror del régimen, que ahora se destaca en forma de fosas comunes y más de 150.000 desaparecidos.

—P2 A 4

La última crisis en EE UU exhibe el poder de Musk y las debilidades de Trump

La agónica negociación de esta semana augura trabas para el presidente

IKER SEISDEDOS
Washington

La agónica negociación en EE UU para evitar el cierre del Gobierno —que habría dejado sin sueldo en Navidad a 875.000 funcionarios— deja claro que Donald Trump no lo tendrá fácil para impulsar su agenda cuando regrese a la Casa Blanca el 20 de enero. El episodio augura una accidentada relación con la Cámara de Representantes, que los republicanos dominan por una raquítica mayoría, y revela la gran influencia política de Elon Musk, el hombre más rico del planeta, que a golpe de tuits tumbó un acuerdo negociado durante meses.

—P6 Y 7

—EDITORIAL EN PÁGINA 18

La crónica

Las disputas entre aliados complican aún más la legislatura de Sánchez

—P22

Ideas

Bienvenido al Congreso, señor Feijóo

Soledad Gallego-Díaz

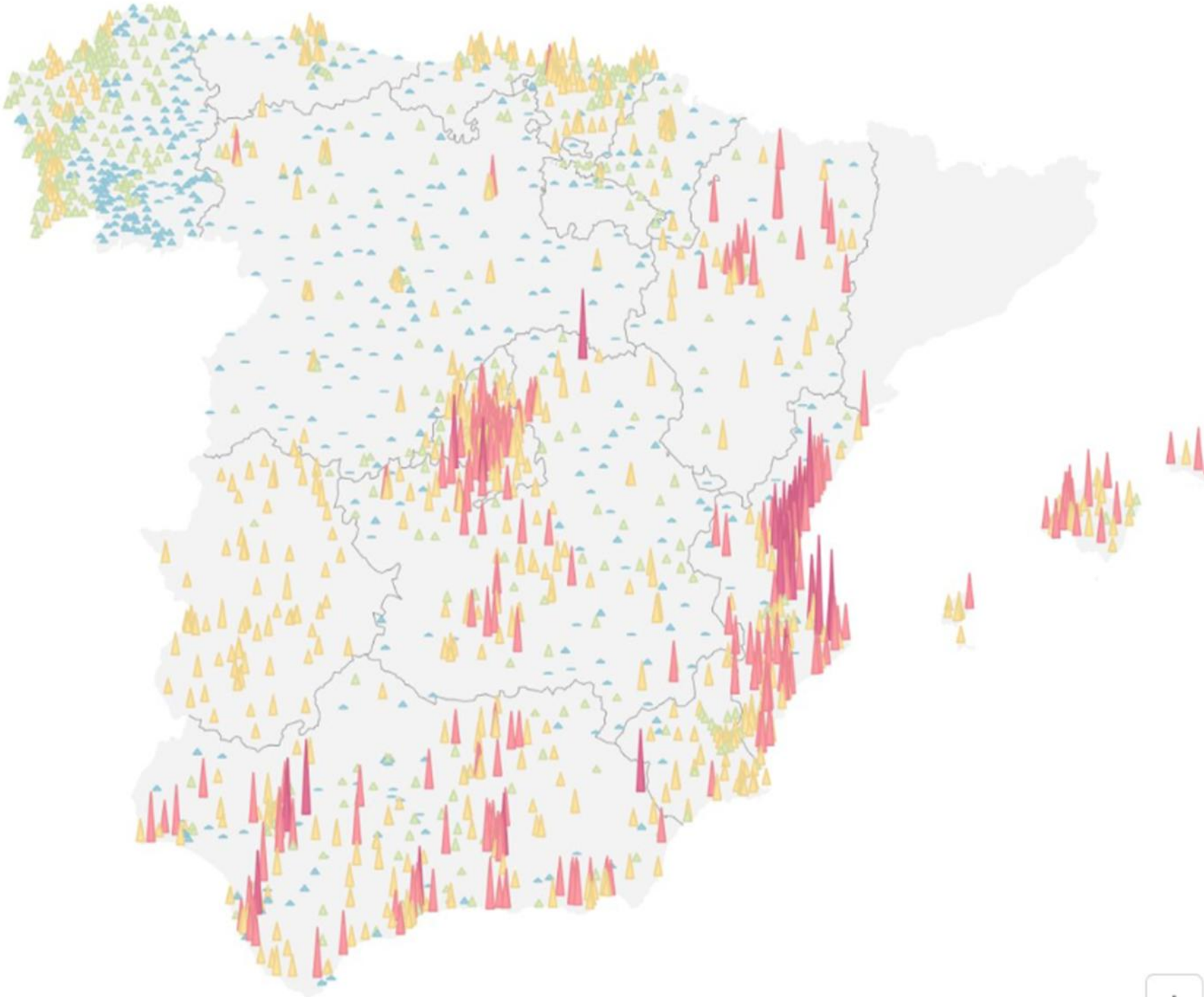
Oriol Junqueras
Presidente de ERC

“ERC no tiene interés en un Gobierno de extrema derecha”

—P24

Negocios

Previsiones de compra y alquiler: la crisis de la vivienda se agravará en 2025



Siete dimensiones de la Candidacy framework para lograr el acceso a la asistencia sanitaria

1. Identificación de la candidatura
2. Navegación
3. Permeabilidad de los servicios
4. Apariciones en servicios
5. Adjudicaciones
6. Ofertas y resistencia
7. Condiciones de funcionamiento



Si quiere modificar la utilización en atención primaria, actúe (también) sobre la oferta

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

**Si quiere modificar la utilización en atención primaria, actúe sobre la oferta.
Hay gorriones (pacientes) e inductores (médicos), pero los segundos cambian
más la dinámica de las consultas**

Dijk CEV, Berg BVD, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Bakker DH.

Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice.
Health Econ. 2013;22:340-52 DOI:10.1002/hec.

<https://equipocesca.org/wp-content/uploads/2013/10/GCS-demanda-inducida-oct-2013.pdf>

HEALTH ECONOMICS

Health Econ. (2012)

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/hec.2801

MORAL HAZARD AND SUPPLIER-INDUCED DEMAND: EMPIRICAL EVIDENCE IN GENERAL PRACTICE[†]

CHRISTEL E. VAN DIJK^{a,*}, BERNARD VAN DEN BERG^b, ROBERT A. VERHEIJ^a, PETER SPREEUWENBERG^a,
PETER P. GROENEWEGEN^{a,c} and DINNY H. DE BAKKER^{a,d}

^a*NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht, the Netherlands*

^b*Centre for Health Economics, University of York, York, UK*

^c*Utrecht University, Department of Sociology, Department of Human Geography, Utrecht, the Netherlands*

^d*Tilburg University, Scientific Centre for Transformation in Care and Welfare (TRANZO), Tilburg, the Netherlands*

ABSTRACT

Changes in cost sharing and remuneration system in the Netherlands in 2006 led to clear changes in financial incentives faced by both consumers and general practitioner (GPs). For privately insured consumers, cost sharing was abolished, whereas those socially insured never faced cost sharing. The separate remuneration systems for socially insured consumers (capitation) and privately insured consumers (fee-for-service) changed to a combined system of capitation and fee-for-service for both groups. Our first hypothesis was that privately insured consumers had a higher increase in patient-initiated GP contact rates compared with socially insured consumers. Our second hypothesis was that socially insured consumers had a higher increase in physician-initiated contact rates. Data were used from electronic medical records from 32 GP-practices and 35 336 consumers in 2005–2007. A difference-in-differences approach was applied to study the effect of changes in cost sharing and remuneration system on contact rates. Abolition of cost sharing led to a higher increase in patient-initiated utilisation for privately insured consumers in persons aged 65 and older. Introduction of fee-for-service for socially insured consumers led to a higher increase in physician-initiated utilisation. This was most apparent in persons aged 25 to 54. Differences in the trend in physician-initiated utilisation point to an effect of supplier-induced demand. Differences in patient-initiated utilisation indicate limited evidence for moral hazard. Copyright © 2012 John Wiley & Sons, Ltd.

Received 20 August 2010; Revised 5 January 2012; Accepted 10 January 2012

KEY WORDS: supplier-induced demand; moral hazard; general practice; remuneration system; cost sharing; managed competition; panel data; the Netherlands

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.2801>

Changes in the remuneration system for general practitioners: effects on contact type and consultation length

Christel E. van Dijk · Robert A. Verheij ·
Hans te Brake · Peter Spreeuwenberg ·
Peter P. Groenewegen · Dinny H. de Bakker

Received: 6 February 2012 / Accepted: 23 January 2013 / Published online: 28 February 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Abstract In The Netherlands, the remuneration system for GPs changed in 2006. Before the change, GPs received a capitation fee for publicly insured patients and fee for service (FFS) for privately insured patients. In 2006, a combined system was introduced for all patients, with elements of capitation as well as FFS. This created a unique opportunity to investigate the effects of the change in the remuneration system on contact type and consultation length. Our hypothesis was that for former publicly insured patients the change would lead to an increase in the proportion of home visits, a decrease in the proportion of telephone consultations and an increase in consultation length relative to formerly privately insured patients. Data were used from electronic medical records from 36 to 58 Dutch GP practices and from 532,800 to 743,961 patient contacts between 2002 and 2008 for contact type data. For

consultation length, 1,994 videotaped consultations were used from 85 GP practices in 2002 and 499 consultations from 16 GP practices in 2008. Multilevel multinomial regression analysis was used to analyse consultation type. Multilevel logistic and linear regression analyses were used to examine consultation length. Our study shows that contact type and consultation length were hardly affected by the change in remuneration system, though the proportion of home visits slightly decreased for privately insured patients compared with publicly insured patients. Declaration behaviour regarding telephone consultations did change; GP practices more consistently declared telephone consultations after 2006.

Keywords Consultation length · Consultation type · Remuneration system · General practice · The Netherlands

En los Países Bajos, el sistema de remuneración de los médicos generales cambió en 2006.....

.....



El acceso al medico de familia (y a el centro de salud) no es ~~sele~~ una cuestión de **oferta** o **rapidez** de las citas.



Tiene que ver con cómo perciben las personas sus síntomas (y algunas cosas más) y la capacidad de la medicina de familia para ayudarlas, en un entorno complejo y con recursos limitados.



No hay gerencia o IA que pueda hacer esto, ni siquiera los gigantescos centros de salud con administrativos pertrechados tras mamparas de metacrilato, enfermeras indolentes y médicos cuyo único objetivo parece ser acabar cuanto antes para irse a casa.



Esto solo lo consiguen PERSONAS administrativas, enfermeras y médicas, trabajando en pequeños equipos, al unisonó con una misión común.