

# Webinar Atención Primaria Soluciones conocidas, ¿por dónde empezar?



# Crisis de la Atención primaria “soluciones” desde el centro de salud.

Rafael Bravo Toledo  
médico de familia, jubilado.

Madrid

Josep Casajuana y Juan Gérvias  
(Directores)

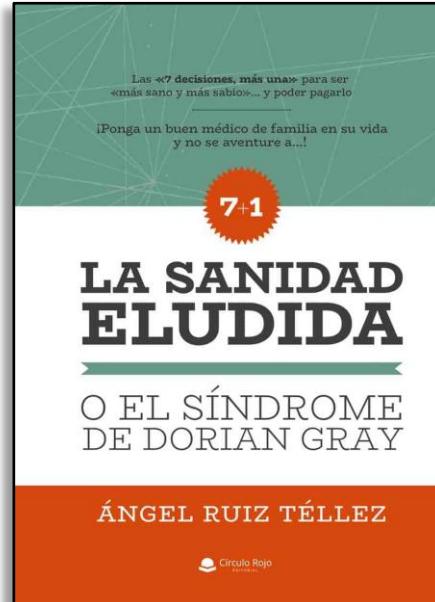
# La renovación de la Atención Primaria desde la consulta

Springer Healthcare

## Opinión

# Andreu Segura y Amando Martín Zurro

FIRMAS



### Editorial

#### La crisis sanitaria en la sanidad pública: una llamada urgente a la acción

Isabel María Paúles Cuesta<sup>a,\*</sup>, Jonatan Alonso Morte<sup>b</sup>, Laura Cardona Monzón<sup>c</sup>, María Asunción Gracia Aznar<sup>d</sup>, Paola Martínez Ibáñez<sup>e</sup>, Cristina Ruiz Morollón<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Amando Loriga. Caspe (Zaragoza). <sup>b</sup>Centro de Salud de María de Huerva (Zaragoza). <sup>c</sup>Centro de Salud de Tauste (Zaragoza). <sup>d</sup>Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza. <sup>e</sup>Centro de Salud Fuentes Norte. Zaragoza. <sup>f</sup>Centro de Salud de Hijar (Zaragoza). Grupo de Trabajo de Estilos de Vida y Determinantes de Salud de la SEMG.

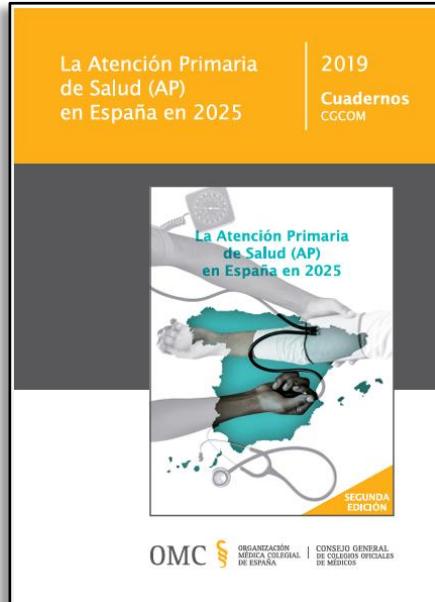
Madrid  
EXCLUSIVA Los audios del accidente | La primera llamada de Atocha a la intervención del Alvia accidentado

**Crisis de la atención primaria en Madrid: cuando alcanzar el malestar del resto de España es un objetivo deseable**

El abandono y la incompetencia, a lo largo de muchos años, lleva a que la sanidad pública acabe siendo una sanidad para pobres y una pobre sanidad



La presidenta de la Comunidad



Fundación Gaspar Casal

Hacia una Atención Primaria Estratégica y Líder  
¿Cómo hacer frente al reto del Paciente Crónico Pluripatológico para caminar hacia el bienestar poblacional?

Lo más visto

Quiénes somos

AMNISTÍA INTERNACIONAL  
Actuamos por los derechos humanos en todo el mundo

Inicio > En qué estamos > Blog

## La atención primaria está en crisis: la salud no puede esperar

Por Amnistía Internacional, 28 de octubre de 2025

La atención primaria debería ser el pilar de cualquier sistema de salud. Es el primer lugar al que acudimos cuando algo no va bien, el espacio donde se detectan los síntomas a tiempo, se previenen enfermedades y se cuida de la salud en su dimensión más cotidiana y cercana.

Si embargo, en ocasiones, las citas tardan días, a veces semanas. Los centros de salud están saturados, muchos carecen de personal suficiente y otros directamente han cerrado o funcionan a medio gas.

## La crisis actual ¿es irreversible?

Salvador Casado Buendía<sup>a,\*</sup> y Isabel Núñez Lozano<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Consultorio local Miraflores de la Sierra, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Navalcarnero, Madrid, España





# En un congreso de medicina de familia durante el COVID

**17 de junio de 2021**

ACTIVIDADES EN DIRECTO EN STREAMING EL 17 DE JUNIO

## 12:45 – 13:45 **El programa de JLQ**

Un espacio para la reflexión sobre la oportunidad que la pandemia nos está dando para repensar y regenerar nuestra querida Atención Primaria. En esta ocasión, apostamos por un debate original y participativo en el que contaremos con un magnífico moderador y tres tertulianos de lujo.

Moderador: Jose Luis Quintana Gómez. Médico de Familia y Comunitaria

Tertulianos/as:

Andrea Artime Artime. Médica de Familia y Comunitaria

Mar Álvarez Villalba. Médica de Familia y Comunitaria

Rafael Bravo Toledo. Médico de Familia y Comunitaria

# Un modelo de gestionar la atención primaria

jerárquico

piramidal

funcionarial

estamental

obsoleto

poco participativo

Incapaz de innovar y de cambiar

poco flexible

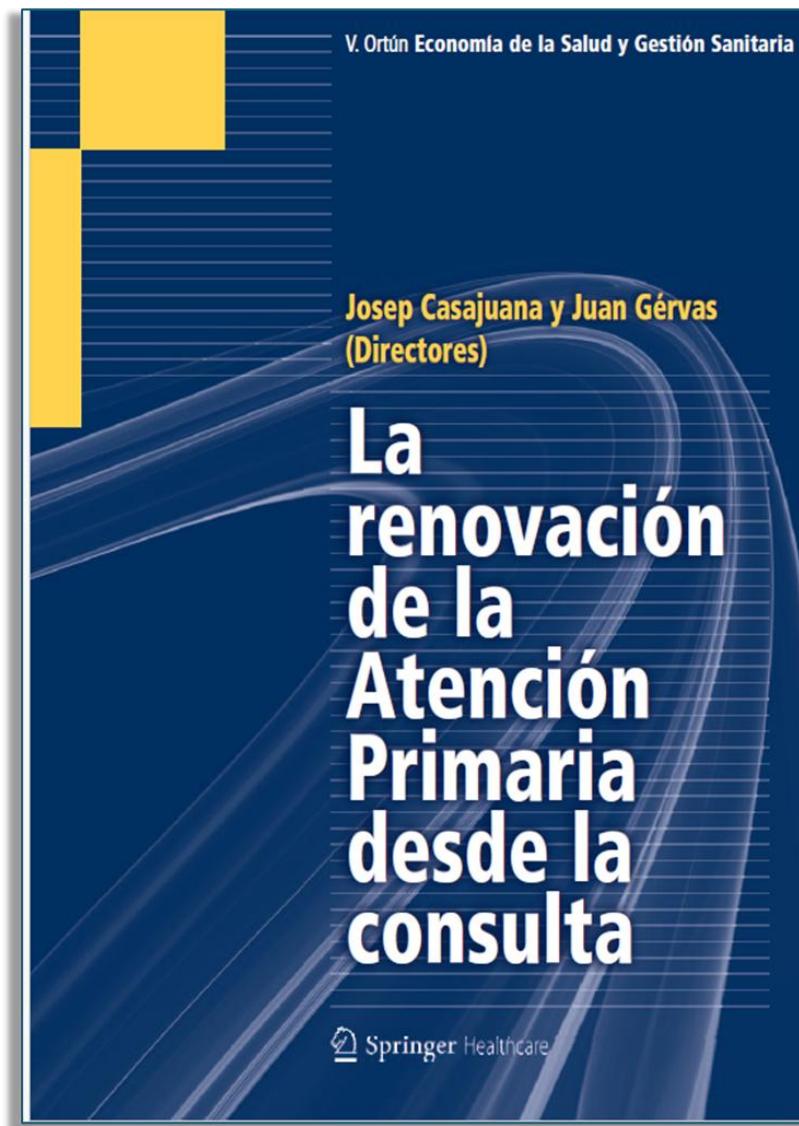
con escasa capacidad ejecutiva

y sobre todo.....

Ineficiente y poco útil en la actualidad



## Tres principios básicos para cambiar nuestra práctica



### Primum non nocere

En el siglo XXI este sigue siendo el principio fundamental de la actividad sanitaria. Se logra cuando se trabaja con prevención cuaternaria, es decir, cuando se busca evitar el daño que provoca la actuación sanitaria: evitar todo lo innecesario, pues nunca se justifica el mal que causa, y a la vez prever, disminuir y paliar el daño que también causa la actividad necesaria.

No existe intervención sanitaria que carezca de efectos adversos; por supuesto, pueden producir daño hasta las simples palabras, los consejos, como bien se demostró con el consejo para que los niños durmieran boca abajo para evitar la muerte súbita del bebé (de hecho aumentó con tal recomendación). La prevención tiene que perder el halo de "inocencia", pues son ya demasiados los daños (y muertos) provocados por las actividades preventivas; sirva de ejemplo el impacto de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia (miles de cánceres de mama, de embolias, de ictus y de infartos de miocardio).

### Equidad

En el acceso y en el proceso de atención. Los servicios hay que ofrecerlos según necesidades de individuos y poblaciones, no según la capacidad de pagar, ingenio en la demanda y/o manipulación del sistema sanitario. Equidad vertical y horizontal para ofrecer más atención a quien más la necesita y la misma atención a necesidades similares.

Equidad en el acceso, con flexibilidad que evite barreras, por ejemplo, a quien trabaja, o a los "insignificantes" (pobres, prostitutas, drogadictos, vagabundos y otros). Y equidad en el proceso, de forma que una vez que se toma contacto con el sistema sanitario los profesionales son capaces de ofrecer un trato apropiado a las necesidades, con independencia de la cultura, dominio del idioma, conducta sexual, raza y demás. Se trata de minimizar el efecto de la "ley de cuidados inversos" (quien más servicios precisa menos recibe, y esto se cumple más intensamente cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario).

### Generalismo

Los profesionales deberían "girar" alrededor del paciente (y no al contrario) para ofrecer el máximo de servicios en el momento. Esto requiere gran accesibilidad, flexibilidad, polivalencia, longitudinalidad y capacidad de coordinación (intra-equipo y con otros niveles y sectores). También se precisa de cierta tecnología, del saber utilizarla apropiadamente (el *know how*) y de un contexto que amplíe, sin límites y con responsabilidad,

# Primus utilis esse

THE YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE 51 (1978), 655-667

## ***Primum Utilis Esse:*** **The Primacy of Usefulness in Medicine**

LAWRENCE J. NELSON

*Health Policy Program, University of California,  
San Francisco, School of Medicine*

Received June 27, 1978

---

La famosa y a menudo citada máxima "No hacer daño" no debería considerarse el primer principio de la ética médica. Los documentos de la tradición hipocrática y la experiencia clínica indican que un primer principio más apropiado y útil sería "**Ante todo, ser útil**". El concepto de utilidad descansa implícitamente en el corazón mismo de la medicina y de la relación médico-paciente. El incumplimiento de este concepto socava la relación médico-paciente, disuelve la distinción entre charlatanes y médicos y destruye la integridad de la profesión médica. La determinación de un tratamiento médico útil pertenece tanto a los médicos como a los pacientes. Toda decisión de iniciar, continuar o interrumpir una acción diagnóstica o terapéutica tiene un componente de valor médico y personal; el primero pertenece propiamente a los médicos y el segundo a los pacientes. **Practicar la medicina con la intención de producir beneficios y ser útil al paciente es mucho más fundamental que practicar la medicina para evitar daños.**

# Primus utilis esse

THE YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE 51 (1978), 655-667

## ***Primum Utilis Esse:*** **The Primacy of Usefulness in Medicine**

LAWRENCE J. NELSON

*Health Policy Program, University of California,  
San Francisco, School of Medicine*

Received June 27, 1978

**Por encima de todo se útil o no hagas daño**

**[y si no puedes al menos] no hagas daño**

# ¿Te imaginas que vas a una cafetería y no hay café?

- Pues los mismo es cuando vas tu centro de salud y no te ve, tu medico
- Cuando te ven en una consulta de absorción
- Cuando las visitas a domicilio las hace una empresa
- Cuando lo único que sale en la tele con el apellido “a domicilio” es la hospitalización
- Cuando hay una lista de espera superior a dos días
- Cuando no puedes hablar con tu enfermera, que la enfermera no habla con tu medico y que la administrativa no habla con ninguno de los dos
- Que estas en un sitio en donde todos tienen prisa excepto cuando se meten en una habitación misteriosa
- Cuando te encuentras rodeado de mamparas, carteles imperativos, gente que no te mira, monitores de TV que pitán y vomitan un número que nunca es el tuyo.

*y como un centro de salud o los profesionales que trabajan en el pueden ser útiles*

## **Hacer**

- Atributos de la atención primaria
- Paciente en el centro
- Autonomía organizativa
- Reorganizando continuamente los flujos y cargas de trabajo
- Incorporando nuevos roles y/o profesionales
- Aprovechando los activos de salud
- Sistemas de información adaptados

## **NO hacer**

- Olvidar los atributos fundamentales de la AP
- Toda gira alrededor del trabajador
- Organización impuesta (agenda)
- Medicomesas y enfermesas. Inmovilismo, corporativismo, tocahuevismo.
- Incorporación de profesionales por presión lobbies
- «El centro de salud ~~+~~ es el único centro de salud»
- Tecnosolucionismo

*y como un centro de salud o los profesionales que trabajan en el pueden ser útiles*

## **Hacer**

- Atributos de la atención primaria
- Paciente en el centro
- Autonomía organizativa
- **Reorganizando continuamente los flujos y cargas de trabajo**
- **Incorporando nuevos roles y/o profesionales**
- Aprovechando los activos de salud
- Sistemas de información adaptados

## **NO hacer**

- Olvidar los atributos fundamentales de la AP
- Toda gira alrededor del trabajador
- Organización impuesta (agenda)
- Medico y enfermesas. Inmovilismo, corporativismo, tocahuevismo.
- Incorporación de profesionales por presión lobbies
- «El centro de salud ~~es~~ es el único centro de salud»
- Tecnosolucionismo

## How Many Patients Should a Family Physician Have?

$$\frac{\text{No. of available visits per day} \times \text{no. of days worked per year}}{\text{Average no. of visits per patient per year}}$$

Nº de visitas disponibles por día **X** N.º de días trabajados al año /  
media. de visitas por paciente y año

$$CT = 30 \times 235 / 4,25 = 1658$$

# workload formula

Nº de visitas disponibles por día X N.º de días trabajados al año /  
media. de visitas por paciente y año

$$30 \times 235 / 4,25 = 1658$$

incrementar el número de  
huecos disponibles

ofrecer citas más cortas  
trabajar mas horas

trabajando más días al año

reduciendo el número medio de  
visitas por paciente al año

# workload formula

Nº de visitas disponibles por día X N.º de días trabajados al año /  
media. de visitas por paciente y año

$$30 \times 235 / 4,25 = 1658$$

~~incrementar el número de huecos disponibles  
ofrecer citas más cortas  
trabajar mas horas~~

Redistribuir los huecos entre estamentos  
Ampliación modalidad de Citas  
Agendas flexibles y adaptables

Redefinir accesibilidad-Límite inteligente  
al acceso a la agenda médica  
Citas tiempo variables según  
necesidades

# La agenda es del médico, pero no todo es del médico

Aten Primaria. 2011;43(10):516-523



Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)



ORIGINAL

## Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? <sup>☆</sup>

Jesús Millas Ros<sup>a,\*</sup> Antxon Otegui Recio<sup>b</sup> Sofía Pérez Gil<sup>c</sup>

María Jesús Arzuaga Arambarri<sup>d</sup> José Manuel Martínez Eizaguirre<sup>e</sup>

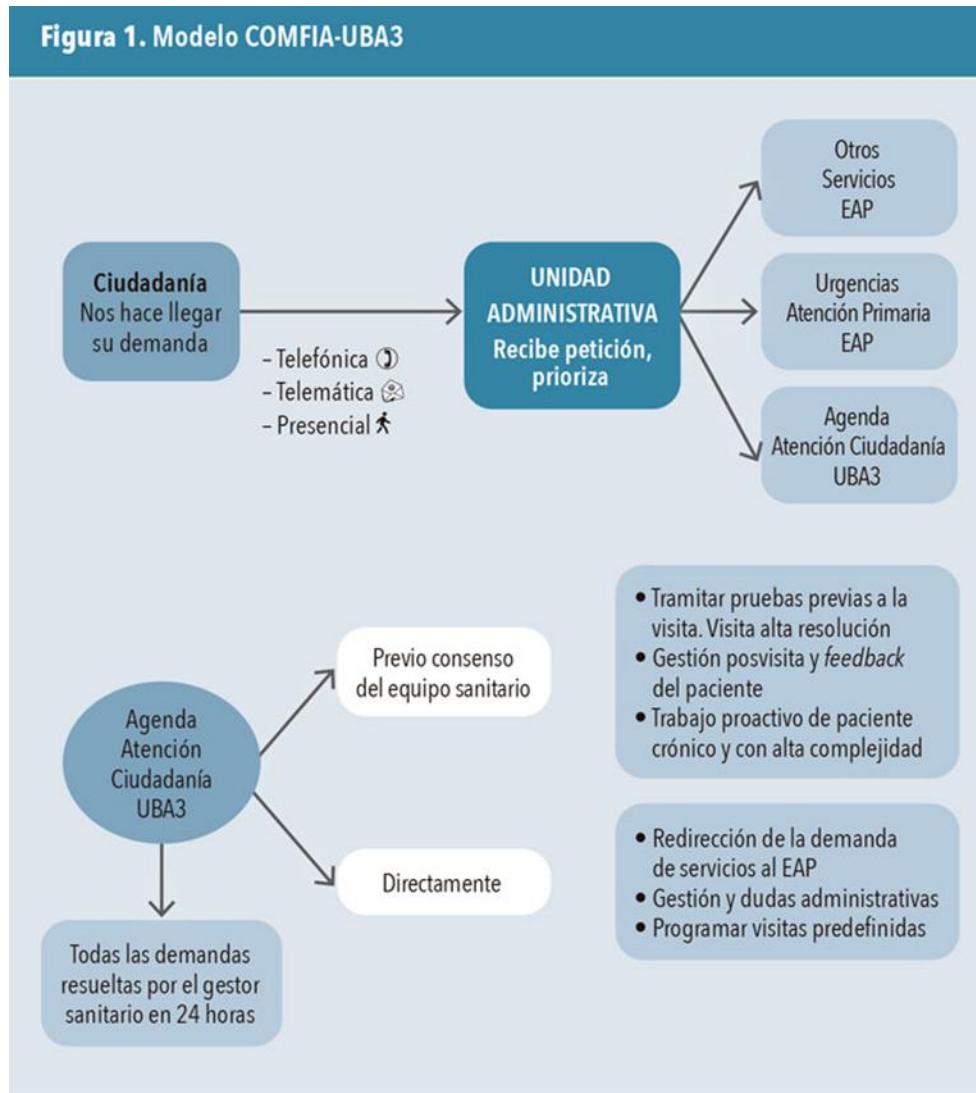
Maria Jesús Insausti Carretero<sup>f</sup>, Miembros del Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Gipuzkoa (CGO)<sup>◊</sup>



## La figura clave

- Ayuda en la consulta
- UAF Unida de atención familiar con medico de familia, enfermera de familia y administrativo de familia
- Asistente clínico de EASP Sandanya
- Asistente clínico/gestor de salud, proyecto CONFIA.UBA 3
- Proyecto CAIROS

Figura 1. Modelo COMFIA-UBA3



EAP: equipo de Atención Primaria; UBA: unidad básica asistencial.

## Asistente Clínico – Nuevo perfil

- Formación específica (conjunta entre CoMB, Hospital Sant Joan de Deu de Pediatría y EAP Sardenya)
- Acceso a la historia clínica
- Cada paciente tiene un MF, enfermera y asistente clínico de referencia



## 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 «antepenúltima» 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,史istoriar, 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 solucionar 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 «monitorizado» de todo el sistema sanitario, con carreras profesionales complejísimas 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<sup>2</sup>. 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»<sup>3</sup>. 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 formar<sup>4</sup>. 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	

21 DICIEMBRE 2012

## Hola soy Juani o el valor de las personas en los centros sanitarios

Hola, buenas tardes, soy Juani...



Y no, no es la Juani, ni siquiera Juani, como ella dice, es Doña Juana...

## 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.

# Administrativa de la UAF

Abandona mostrador  
Se ubica junto al MF y EF



# ¡ Hago tareas médicas administrativas !



No estoy en el  
catastro, ni en  
hacienda

# Soy secretaria de un médico



# Lo que se ha hecho en enfermería

- Tendencia especialización
- Dispensarizar tareas
- Enfermería de enlace
- Cupo libre enfermera
- Sectorización
- Equipo independiente
- De todo, menos .....

**Apostar por trabajo conjunto.**  
**Equipos médico enfermera.**

**Potenciar lo mejor.**  
**Enfermera de Familia.**



*y como un centro de salud o los profesionales que trabajan en el pueden ser útiles*

## **Hacer**

- Atributos de la atención primaria
- Paciente en el centro
- Autonomía organizativa
- Reorganizando continuamente los flujos y cargas de trabajo
- Incorporando nuevos roles y/o profesionales
- Aprovechando los activos de salud
- Sistemas de información adaptados

## **NO hacer**

- Olvidar los atributos fundamentales de la AP
- Toda gira alrededor del trabajador
- Organización impuesta (agenda)
- Medico y enfermesas. Inmovilismo, corporativismo, tocahuevismo.
- Incorporación de profesionales por presión lobbies
- «El centro de salud ~~no~~ es el único centro de salud»
- Tecnosolucionismo

**¡¡Por favor!!**

**NUEVAS FORMAS  
DE GESTION**



## Equipos de Atención Primaria autogestionados, ¿utopía o visión de futuro?

Josep M.ª Coll Benejam

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Verge del Toro. Maó.

Gaspar Tamborero Cao

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coll d'en Rabassa. Palma de Mallorca.



## La Autogestión, la reforma evaluada

Dr. Jaume Sellarès Sallas

EAP Sardenya



SCMaMFyC semFYC

[https://rafabravo.blog/wp-content/uploads/2025/11/ponencia-jaumesemfyc\\_mad25.pdf](https://rafabravo.blog/wp-content/uploads/2025/11/ponencia-jaumesemfyc_mad25.pdf)

### Puntos clave

- No se dispone de una evaluación completa y convincente de los distintos tipos de centros autogestionados, por lo que a priori no podemos ni desecharlos, ni replicarlos de forma acrítica.
- La mejora de los mecanismos de evaluación de los centros autogestionados es una tarea prioritaria.
- El debate sobre la autogestión, en ocasiones, se ha centrado más en argumentos ideológicos que en el razonamiento científico.
- Existen grupos profesionales, políticos y empresariales que pueden considerar la autogestión como un negocio que difícilmente sería compatible con la deseable eficiencia social.
- No hay soluciones universales, sino óptimos locales. Ante la ausencia de pruebas de que la gestión privada sea mejor que la pública, la elección de una u otra dependerá de múltiples factores locales y del entorno.
- Existen fórmulas organizativas intermedias entre las estrictamente públicas y las estrictamente privadas.
- Es preferible iniciar experimentos selectivos, y aprender por ensayo y error, que adoptar actitudes inmovilistas. Estas experiencias serán siempre planificadas e integradas en un «proyecto de implantación».
- La autogestión no es ni la panacea para la Atención Primaria (AP) ni el «café para todos», pero aporta elementos útiles que añaden valor y ventajas adicionales a la gestión «tradicional».
- La credibilidad de los centros autogestionados se incrementará si están presentes dos principios ineludibles: la rendición de cuentas y la transparencia en la gestión.
- La participación activa de los profesionales de AP (y de sus representantes) es necesaria en todo el proceso de autogestión: planificación, desarrollo y evaluación.

## Equipos de Atención Primaria autogestionados, ¿utopía o visión de futuro?

Josep M. Coll Benejam

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Verge del Toro. Maó.

Gaspar Tamborero Cao

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Coll d'en Rabassa. Palma de Mallorca.



- Existen **fórmulas organizativas intermedias** entre las estrictamente públicas y las estrictamente privadas.
- Es preferible **iniciar experimentos selectivos**, y aprender por ensayo y error, que adoptar actitudes inmovilistas. Estas experiencias serán siempre planificadas e integradas en un «proyecto de implantación».
- La autogestión no es ni la panacea para la Atención Primaria (AP) ni el «café para todos», pero **aporta elementos útiles** que añaden valor y ventajas adicionales a la gestión «tradicional».
- La credibilidad de los centros autogestionados se incrementará si están presentes dos principios ineludibles: **la rendición de cuentas y la transparencia en la gestión**.
- La **participación activa de los profesionales de AP** (y de sus representantes) es necesaria en todo el proceso de autogestión: planificación, desarrollo y evaluación.

# The myths of NHS privatisation: a commentary on factoids, policy zombies and category errors

Steve Iliffe<sup>1</sup>  and Richard Bourne<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Emeritus Professor, Research Department of Primary Care and Population Health, University College London, London NW3 2PF, UK

<sup>2</sup>Policy Advisor, House of Lords, London, SW1A 0PW, UK

Corresponding author: Steve Iliffe. Email: [s.iliffe@ucl.ac.uk](mailto:s.iliffe@ucl.ac.uk)

Cuando las ideas se aceptan como hechos, aunque no sean ciertas, se convierten en **factoides**

Salvar el NHS es una **política zombi**, una idea intelectualmente muerta y fallida que, sin embargo, persiste.

**Categorizar** lo que se entiende por privatizacion

- Los pacientes vienen a que le resolvamos problemas de salud
- Bueno y también problemas de la administración, de la empresa, familiares, sociales por que somos *médicos públicos y chicas para todo*
- No se los resolvemos o hacemos difícil esta resolución = No estamos siendo útiles
- Si ponemos la ideología organizativa por delante, no estamos siendo útiles
- Si ponemos intereses corporativos o de identidad profesional por delante no estamos siendo útiles
- Si ponemos las cuestiones profesionales por encima de todo , no estamos siendo útiles
- Si nos somos capaces de acercarnos a un domicilio no estamos siendo útiles
- Si nos anclamos a privilegios laborales/sindicales no estamos siendo útiles
- Si no cambiamos lo que esta mal, si no olvidamos lo que esta obsoleto, y si nos ponemos a la innovación y la cambio, no estamos siendo útiles

Si seguimos así, **no** somos  
suficientemente útiles  
y encima hacemos algún daño