

CAIROS y la transformación del SAS

Qué está ensayando Cataluña y qué pondría sobre la mesa en Andalucía

Nacho Vallejo Maroto

Médico internista con experiencia en dirección sanitaria

Proyecto Kairos Andaluz

27 de septiembre de 2026

Índice

1 Por qué miro ahora hacia Cataluña.....	3
2 Qué es CAIROS y cómo ha empezado a trabajar	4
3 Qué podemos decir de sus resultados	7
4 Andalucía tiene piezas con las que empezar.....	8
5 Qué aprendería de CAIROS para cambiar la atención	10
6 Cómo debería trabajar un comité andaluz	14
7 Las primeras decisiones que tomaría	18
8 Qué aportan algunas experiencias internacionales.....	19
9 Los límites que conviene reconocer desde el principio	20
10 Qué me haría pensar que estamos avanzando.....	21
Fuentes y alcance del documento	22
Referencias.....	22

Este documento recoge mi lectura de CAIROS y sus posibles implicaciones para Andalucía. Parte de una inquietud concreta: entender qué ha puesto en marcha Cataluña y qué decisiones podrían tener sentido en el sistema en el que trabajo, ahora que la Administración andaluza anuncia una etapa de transformación y un comité de expertos.

Mi conclusión provisional es que Andalucía tiene instrumentos con los que empezar. El aprendizaje catalán invita a dar a equipos concretos capacidad y apoyo para resolver problemas definidos, comprobar sus efectos y decidir qué merece mantenerse. Para hacerlo, el diseño del comité importa tanto como la elección de los primeros proyectos.

Escribo desde mi experiencia como médico internista y desde mis responsabilidades previas de dirección médica en el sistema sanitario andaluz. Este documento expresa una reflexión personal y se ofrece como aportación técnica individual al debate sobre la reforma del SAS. No representa la posición de ninguna sociedad científica, institución académica ni organismo público. Los ejemplos andaluces que desarrollo son propuestas de trabajo. Las fuentes y sus límites se recogen al final, con referencias numeradas en el texto.

1 Por qué miro ahora hacia Cataluña

En Andalucía se está abriendo una conversación que me interesa seguir con atención. Han cambiado responsables del Servicio Andaluz de Salud y, junto con ese relevo, aparece una voluntad pública de revisar cómo se organiza la atención. En una reciente intervención de la gerente del SAS en la Escuela Andaluza de Salud Pública he reconocido asuntos que atraviesan mi trabajo y muchas de mis reflexiones: cronicidad, transversalidad, continuidad, procesos compartidos y capacidad para probar cambios.

La comunicación oficial del 24 de septiembre de 2026 recoge esa orientación y recuerda el anuncio de un comité de expertos. Habla de un sistema más transversal y coordinado, de envejecimiento y cronicidad, y del papel de la digitalización. Esa noticia acredita una intención institucional. No detalla el mandato del comité, su composición ni sus facultades. La referencia a CAIROS que motiva esta reflexión procede de la intervención escuchada y del contexto del proyecto; no atribuyo a la noticia un contenido que no incorpora. [1]

Me parece un momento que merece trabajo. Un cambio de responsables puede permitir revisar prioridades, recuperar propuestas detenidas y escuchar a personas distintas. También puede consumir su energía en reorganizar cargos y producir un lenguaje nuevo. Desde fuera del diseño institucional, todavía resulta prematuro saber qué recorrido tendrá esta etapa. Sí podemos preparar mejor las preguntas y las decisiones que debería afrontar.

La primera pregunta es sencilla. Si Cataluña está sirviendo de referencia, ¿qué están haciendo allí? CAIROS lleva aproximadamente dos años de actividad. Hay tiempo suficiente para reconstruir su trayectoria, distinguir sus instrumentos y observar dificultades. Algunas actuaciones siguen siendo tempranas. El interés del caso consiste precisamente en mirar una reforma mientras intenta pasar a la práctica.

Yo ya había escrito sobre CAIROS en septiembre de 2025. Me interesaban la autonomía de los equipos, la cobertura institucional para sostener cambios y la posibilidad de aprender de otras comunidades. Vuelvo ahora a ese texto con más documentación y con preguntas más concretas. El reconocimiento de una buena orientación necesita acompañarse de un examen de lo que se ha autorizado, lo que se está haciendo y lo que sabemos de sus efectos. [2]

Mi lugar desde el que mirar es bastante definido. Soy internista y mi trayectoria ha sido, sobre todo, asistencial. He trabajado también como subdirector médico y director médico de un área de gestión sanitaria en Sevilla. Esa experiencia me permite reconocer una dificultad desde posiciones distintas. En la consulta veo qué le sucede a una persona cuando la organización no acompaña sus necesidades. Desde una dirección he conocido parte del trabajo necesario para modificar un circuito, acordar una agenda o conseguir que varias unidades actúen de manera coherente.

Esa doble experiencia tiene límites. No me convierte en especialista en financiación autonómica, derecho administrativo o relaciones laborales. Tampoco me da una visión completa de Atención Primaria, de los cuidados comunitarios o de los servicios sociales. Me obliga, más bien, a escuchar a quienes conocen esos ámbitos y a formular las propuestas con suficiente precisión para que puedan discutirse con ellos.

El ejercicio que quiero hacer se parece al que haría al conocer una forma distinta de organizar un hospital. Si escucho la experiencia de las áreas de conocimiento de Vall d'Hebron, me pregunto qué dificultad intentan resolver y dónde encuentro una dificultad semejante en el Virgen del Rocío. Después puedo examinar qué recursos y relaciones habría que cambiar aquí. El nombre de la estructura llega más tarde.

Con CAIROS quiero hacer ese recorrido. Comprender su propuesta, reconocer lo que me resulta familiar y llegar a decisiones que pueda explicar sin refugiarme en palabras como transformación o gobernanza. Al terminar, me gustaría poder conversar con una fisioterapeuta, una enfermera, un médico de familia, un paciente o una gerente sobre qué podría cambiar en su trabajo y en la atención que reciben las personas.

2 Qué es CAIROS y cómo ha empezado a trabajar

Una respuesta a problemas ya descritos

CAIROS es el Comité de Evaluación, Innovación y Reforma Operativa del Sistema de Salud de Cataluña. Fue creado mediante el Acuerdo GOV/203/2024, de 25 de septiembre, como órgano asesor adscrito al Departament de Salut. Lo preside Manel del Castillo. Su composición incorpora experiencia clínica y directiva, enfermería, economía, derecho y la perspectiva de pacientes. Tiene una secretaría técnica y una oficina técnica de apoyo. [3, 7]

La propuesta inicial se apoya en diagnósticos anteriores sobre el sistema catalán. La documentación presentada en diciembre de 2024 describe dificultades de acceso, cambios demográficos, tensiones profesionales y una organización que tiene que adaptarse a una complejidad creciente. Distingue tres ámbitos de actuación: preservar los principios de la macrogestión, transformar la mesogestión y facilitar la microgestión clínica. Sitúa buena parte de la intervención en ese espacio intermedio: la gestión de centros, la organización de los servicios, los incentivos y las relaciones entre quienes planifican y quienes prestan atención. [4]

Esa elección se comprende mejor con un ejemplo. Una persona puede necesitar que su equipo de Primaria resuelva una duda con un especialista, ajuste un tratamiento y mantenga seguimiento en casa. La respuesta depende de reglas de acceso, tiempo profesional e información compartida. Hay bastante trabajo organizativo entre la gran política sanitaria y la decisión clínica individual. CAIROS intenta actuar en ese espacio.

Su punto de partida merece atención: utilizar conocimiento ya acumulado para formular actuaciones que puedan probarse. Eso exige seleccionar. Un programa que intente resolver simultáneamente todo lo que aparece en los informes previos acaba necesitando una capacidad que probablemente no tiene. Priorizar también obliga a explicar por qué una necesidad importante tendrá que esperar.

Quién propone y quién puede hacer efectivo el cambio

El comité aporta criterio y propone prioridades. Los Equipos de Transformación Operativa, o ETO, se conciben como grupos que convierten esas prioridades en proyectos, con liderazgo de

implementación, expertos, gestión del proyecto y evaluación. La oficina técnica proporciona apoyo al trabajo. La decisión política, los contratos, los recursos y la ejecución requieren la intervención de los órganos competentes del Departament, CatSalut y las entidades proveedoras. [3, 4, 7]

CatSalut desempeña una función de financiación y contratación de servicios dentro de un sistema con proveedores de distinta naturaleza. El Institut Català de la Salut es uno de ellos. También participan otras entidades. Esta pluralidad importa: un acuerdo sobre continuidad asistencial puede necesitar compromisos entre organizaciones diferentes, con sus propias direcciones y reglas. El acuerdo de la prueba de los CSIR reconoce esa realidad y exige formalización con las entidades. [7]

La capacidad del comité depende de cómo se relacionan esas piezas. Puede formular una propuesta razonable y encontrar que necesita una decisión de personal, un ajuste presupuestario o un cambio informático. Para que llegue a la consulta, alguien tiene que asumir cada una de esas actuaciones. El prestigio de sus integrantes facilita interlocución, pero no reemplaza las competencias de quienes deben aprobarlas.

Hay un matiz relevante. En el programa general CAIROS tiene naturaleza asesora. Dentro de la prueba de los CSIR, el acuerdo de 2025 le asigna además seguimiento, instrucciones de ajuste y evaluación. Por eso sería inexacto describirlo como un grupo que solo emite recomendaciones. También lo sería atribuirle autoridad general sobre plantillas, presupuesto o regulación sanitaria. [7]

Las líneas de trabajo en un lenguaje reconocible

El programa inicial reúne diez líneas y veinticinco medidas. Abarca simplificación administrativa, tecnología e inteligencia artificial, investigación e innovación, competencias profesionales, organización de Primaria, apoyo a profesionales, prevención, integración de la atención, resultados relevantes para pacientes y creación de los CSIR. Son ámbitos de trabajo con distinto desarrollo. [5]

Se pueden leer desde situaciones cotidianas. Reducir burocracia significa revisar qué trámites necesitan intervención clínica. Desarrollar competencias exige organizar el trabajo para que cada profesión aporte lo que sabe hacer. Mejorar la capacidad de Primaria implica disponer de acceso, apoyo especializado y seguimiento suficientes. Integrar la atención obliga a mirar qué ocurre cuando el paciente cambia de servicio o vuelve a casa.

La línea digital tampoco puede entenderse de forma aislada. Un asistente que redacta un borrador de consulta modifica una parte del trabajo. Su utilidad depende de la calidad del texto, del esfuerzo de revisión y de su incorporación a la historia clínica. El cambio organizativo aparece cuando el equipo decide qué hará con el tiempo que realmente se libere.

Hay medidas financieras que precisan otra lectura. Vincular parte del pago a resultados busca que una organización tenga razones para mejorar aquello que importa al paciente. Asignar recursos según población y necesidades pretende ajustar la financiación a la responsabilidad asistencial. Son opciones que pueden cambiar incentivos, pero requieren decisiones técnicas complejas. En este documento me interesa su consecuencia clínica y organizativa. El diseño económico concreto necesita especialistas y datos que aquí no están disponibles.

Los CSIR como lugares donde probar otra forma de organizar Primaria

Los Centros de Salud Integral de Referencia, CSIR, son equipos de Atención Primaria existentes seleccionados para ensayar cambios. No hace falta imaginar edificios nuevos. La convocatoria recibió 116 candidaturas y la selección de 27 equipos se anunció el 20 de marzo de 2025. El interés de los equipos muestra disposición a presentar proyectos; todavía no demuestra que las intervenciones funcionen. [6, 7]

La prueba fue autorizada después por el Acuerdo GOV/171/2025, de 1 de julio. Esta secuencia importa para entenderla: primero se seleccionaron los centros y después se aprobó el marco común. El anexo II enumera dieciséis medidas para la prueba de los CSIR, aunque el preámbulo habla de quince; sigo aquí la numeración del anexo. Este catálogo reformula y concreta parte del programa inicial de veinticinco medidas en una prueba centrada en equipos de Primaria. La atención hospitalaria, intermedia y de salud mental que la presentación de 2024 reservaba para un segundo ciclo no se regula en este acuerdo. CAIROS presentó en octubre de 2025 una segunda etapa centrada en la integración territorial mediante las Áreas Integradas de Salud (AIS), cuyo desarrollo se examina más adelante. [4, 7, 25]

El catálogo permite trabajar sobre organización de la demanda y de las agendas, desarrollo profesional, capacidad resolutoria, relación con otros servicios, atención domiciliaria y resultados. También contempla márgenes económicos y reconocimientos retributivos temporales. Su alcance potencial supera, por tanto, la simple libertad para cambiar horarios de consulta. [7]

Pero la aplicación necesita concreción. CatSalut y cada entidad proveedora deben acordar las medidas, las condiciones, los recursos y los resultados esperados. Las entidades han de adoptar los actos que correspondan dentro de sus competencias. El marco no permite deducir que todos los centros tengan el mismo presupuesto, hayan aplicado todas las medidas o puedan contratar de la misma manera. Tampoco suspende la legislación laboral o de contratación durante el piloto. [7]

Aquí encuentro una enseñanza práctica. Cuando se habla de autonomía, el contenido debería poder expresarse con verbos: organizar, reservar, acceder, reasignar, acordar o adquirir. Después hay que precisar quién puede hacerlo, sobre qué recurso y con qué límites. Dos equipos pueden tener una etiqueta idéntica y una capacidad de actuación muy diferente.

La relación oficial de convenios de CatSalut documenta acuerdos de adscripción firmados entre finales de noviembre y el 1 de diciembre de 2025. El acuerdo regulador fija la duración de la prueba en un año desde el último acuerdo, con posibilidad de una prórroga máxima de otro año. Había experiencias comunicadas antes de esa formalización. Por ejemplo, en julio de 2025 se anunció el despliegue del proyecto de Salt, centrado en organización, inteligencia artificial y atención a pacientes crónicos. No hubo necesariamente una fecha única de inicio para todas las actuaciones. [7–9]

Momento	Qué permite afirmar
Septiembre de 2024	Se crea el comité asesor y comienza la construcción del programa.
Diciembre de 2024	Se presentan diez líneas de acción y veinticinco medidas iniciales.
Marzo de 2025	Se anuncian los veintisiete equipos seleccionados para actuar como CSIR.
Julio de 2025	Se autoriza la prueba y se publica su marco; se comunican actuaciones locales.
Noviembre y diciembre de 2025	Se formalizan acuerdos de adscripción con las entidades proveedoras.
Septiembre de 2026	Hay balances preliminares y actuaciones con grados distintos de desarrollo.

La cronología ayuda a ajustar expectativas. Dos años de existencia del comité no equivalen a dos años de exposición de cada paciente a todas las medidas. A la vez, la actividad temprana exige poder explicar qué se hizo antes y después de los acuerdos, para evaluar la intervención que realmente recibió cada centro.

La ampliación de la mirada al territorio y a los cuidados

La integración territorial aparece como otra línea de desarrollo. Las Áreas Integradas de Salud, AIS, buscan que la planificación considere conjuntamente los servicios que atienden a una población. La documentación institucional propone integración domiciliaria, atención ambulatoria compartida y adecuación de las carteras hospitalarias. El problema al que se dirige es reconocible: los recursos de un territorio pueden estar próximos físicamente y seguir funcionando con prioridades separadas. [11]

A 27 de septiembre de 2026 conviene ser preciso con el calendario. En su balance del 21 de septiembre de 2026, el presidente de CAIROS sitúa el comienzo de las pruebas de las AIS en el primer trimestre de 2027. Esa referencia reciente aconseja tratar los mapas, las candidaturas y los proyectos preparatorios como pasos distintos de una implantación territorial consolidada. [10]

El Pla Cura dirige la atención hacia otro punto concreto: la tramitación de la dependencia y su relación con sanidad y servicios sociales. Su interés para esta lectura está en aproximar actuaciones que una familia vive como una sola necesidad. Una valoración más ágil puede ser útil; el resultado completo incluye que la ayuda necesaria llegue, que resulte adecuada y que alguien acompañe el proceso.

Por eso, al mirar estas iniciativas, me interesa saber si cambia algo que pueda reconocer una familia: menos valoraciones repetidas, menos documentos que transportar, un interlocutor identificable o una ayuda que comienza a tiempo. La reorganización territorial y la simplificación administrativa tendrán que demostrar su utilidad en ese recorrido.

3 Qué podemos decir de sus resultados

La documentación permite afirmar que CAIROS ha generado propuestas, selección de equipos, acuerdos y actuaciones locales. Son avances institucionales concretos. Para juzgar sus resultados asistenciales necesitamos otra información: qué intervención recibió cada centro, durante cuánto tiempo, con qué medios y frente a qué situación se compara.

El balance firmado por Manel del Castillo el 21 de septiembre comunica una mejora preliminar del indicador de accesibilidad en 48 horas, del 48 al 62 por ciento, y una evolución favorable de la satisfacción. También refiere una reducción de la tramitación de dependencia en la experiencia de Víc, de más de cuatrocientos días a menos de sesenta. Son resultados comunicados por quien preside el programa. En esa tribuna no se presenta el detalle metodológico necesario para estimar cuánto del cambio puede atribuirse a las medidas. [10]

Estos datos justifican seguir la experiencia. Para valorarlos con mayor seguridad hacen falta la definición de cada indicador, la población incluida, la situación de partida y los cambios simultáneos en recursos o demanda. En dependencia, además, habría que conocer cuándo se inicia la prestación efectiva. Una resolución administrativa y la llegada de cuidados al domicilio son resultados relacionados, pero diferentes.

El acuerdo de los CSIR encarga a CAIROS el seguimiento trimestral y la evaluación mediante información basal, informes periódicos y memorias finales. AQuAS, la agencia catalana de calidad y evaluación, presta apoyo y colaboración. Se prevé un documento de conclusiones que debe publicarse. El acuerdo permite ajustes, contempla el cese de la prueba y regula una posible prórroga. No establece una evaluación externa vinculante encomendada en exclusiva a AQuAS. [7]

Esta lectura me ha obligado a corregir una atribución de mi texto de 2025, donde presenté la evaluación con mayor independencia de la que permite asegurar el acuerdo. Mantengo la importancia de evaluar. Ahora formularía con más cuidado quién lo hace, cómo se protege su criterio y qué consecuencias tiene el resultado. [2, 7]

La experiencia con el escriba digital Relisten ilustra otra distinción. El estudio publicado en JMIR AI en marzo de 2026 encontró factibilidad de uso y aceptación profesional. Sin embargo, la falta de datos utilizables de tiempo documental en el grupo control impidió establecer el ahorro comparativo. Es un resultado útil para diseñar nuevas pruebas, con un límite explícito sobre eficiencia. Por sí solo tampoco permite atribuir un efecto al conjunto de CAIROS. [12]

También existen objeciones profesionales. Metges de Catalunya expresó desde diciembre de 2024 dudas sobre carga laboral, financiación y garantías de algunas medidas. Esa posición representa una perspectiva sindical, no una evaluación del programa. Sus preguntas obligan a revisar si la reorganización dispone de medios suficientes y si alguna mejora se consigue desplazando trabajo hacia otros profesionales. [13]

Mi valoración provisional es que CAIROS ha conseguido abrir un espacio de intervención y convertir parte de sus propuestas en instrumentos reconocibles. Todavía necesitamos conocer mejor la profundidad y la distribución de los cambios, sus costes y su continuidad. Una conclusión negativa general sería tan prematura como proclamar el éxito de la reforma.

Para Andalucía, este estado de desarrollo tiene una consecuencia práctica. Podemos aprender del diseño y de los obstáculos que van apareciendo mientras esperamos resultados más completos. Cada propuesta que tomemos como referencia deberá conservar su propia pregunta de evaluación. La experiencia catalana proporciona razones para ensayar; la decisión de extender una medida necesita evidencia sobre esa medida y sobre el contexto en el que se aplicará.

4 Andalucía tiene piezas con las que empezar

Al trasladar la mirada a Andalucía encuentro un sistema que lleva años intentando responder a problemas parecidos. Tenemos unidades de gestión clínica, áreas de gestión sanitaria, procesos asistenciales integrados, contratos programa y sistemas de información. También hay equipos que han desarrollado relaciones de colaboración sin esperar a que una reforma les pusiera nombre. Una

propuesta nueva debería comenzar conociendo ese trabajo y preguntando por qué unas experiencias se mantienen y otras dependen de personas concretas.

La diferencia institucional con Cataluña importa. El SAS reúne bajo una organización común gran parte de la provisión pública andaluza. Eso puede facilitar determinadas decisiones compartidas. No elimina las separaciones entre niveles, centros y servicios, ni incorpora por sí mismo los recursos sociales. Compartir organización, historia clínica o territorio deja trabajo pendiente para construir una responsabilidad asistencial común.

Las UGC ofrecen un punto de partida especialmente cercano. En Atención Primaria, el Decreto 197/2007 regula su organización y sus acuerdos de gestión, con objetivos, recursos, evaluación y desarrollo de la autonomía. Es un marco específico de Primaria. La situación de una unidad hospitalaria requiere examinar sus propios instrumentos y decisiones de organización; sería poco riguroso atribuir a todas las UGC las mismas facultades por compartir denominación. [15]

Mi pregunta sobre ellas es muy concreta. ¿Qué puede decidir hoy una unidad y qué necesita elevar a otra instancia? ¿Tiene acceso a información útil? ¿Puede dedicar tiempo a rediseñar un proceso? ¿Quién responde cuando el resultado depende de otra unidad? La respuesta seguramente variará entre centros. Conviene averiguarlo antes de declarar agotado el modelo o de presentar como novedad capacidades que ya existen en algunos lugares.

Las áreas de gestión sanitaria aportan otra experiencia. La orden de febrero de 2013 que creó varias de ellas integró la gestión de Atención Primaria y hospitalaria en ámbitos territoriales definidos. Esa proximidad directiva puede ayudar, aunque habrá que comprobar cómo se traduce en presupuestos, agendas, responsabilidades clínicas y decisiones cotidianas. La integración formal es una condición de trabajo; su utilidad se observa en lo que sucede entre servicios. [16]

Los procesos asistenciales integrados expresan una aspiración semejante desde el recorrido del paciente. Permiten acordar qué debería ocurrir. En la práctica, un proceso puede estar bien descrito y carecer de alguien que revise las interrupciones, consiga cambios o sostenga el seguimiento. Por eso me interesaría recuperar algunos procesos prioritarios y mirar su funcionamiento real, empezando por lo que profesionales y pacientes identifican como una dificultad repetida.

El contrato programa del SAS para 2025, en su versión publicada y actualizada en enero de 2026, incluye objetivos de acceso, resultados, continuidad y eficiencia. InfoWEB reúne información que puede apoyar el seguimiento de la actividad y los resultados. Son instrumentos disponibles. Su existencia no permite asegurar que cada equipo reciba datos oportunos, comparables y suficientemente próximos a sus decisiones. Esa utilidad habría que contrastarla con quienes trabajan con ellos. [17, 18]

Hay, además, una estructura reciente que debe tenerse en cuenta. El Decreto 189/2026 atribuye a la Dirección Gerencia del SAS facultades sobre organización, alianzas, proyectos compartidos y niveles de autonomía de las UGC. La Dirección General de Transformación e Infraestructuras tiene funciones de análisis, propuesta, coordinación y seguimiento de la transformación. Otras direcciones conservan competencias asistenciales, de personal, económicas y digitales. [14]

Un comité de expertos tendría que establecer desde el principio su relación con esos órganos. Sería difícil avanzar si una oficina propone proyectos y otra instancia, ajena a su preparación, debe resolver después todos los problemas de ejecución. La relación debería permitir que quien tiene competencia participe a tiempo, conozca la prioridad y se comprometa con una respuesta.

Pieza existente	Pregunta para decidir cómo utilizarla
UGC	Qué decisiones puede tomar, con qué recursos y sobre qué resultados responde.
Área de gestión sanitaria o relación entre centros	Quién resuelve las dependencias entre Primaria, hospital y otros servicios.
Proceso asistencial integrado	Dónde se interrumpe el recorrido y quién puede corregirlo.
Contrato programa	Qué compromisos compartidos favorece y qué exigencias habría que revisar.
Sistemas de información	Qué datos llegan al equipo, con qué demora y para qué decisión sirven.

Mi punto de partida sería, por tanto, una revisión práctica de estas capacidades. Escoger algunos problemas permitiría comprobar qué puede resolverse con instrumentos actuales, qué exige modificarlos y qué necesita una decisión de mayor alcance. El aprendizaje de CAIROS debería ayudarnos a realizar esa comprobación con un mandato claro y apoyo suficiente.

5 Qué aprendería de CAIROS para cambiar la atención

Dar contenido a la autonomía de los equipos

Los CSIR hacen visible una cuestión que Andalucía podría trabajar a través de sus propias unidades. La analogía es funcional: elegir equipos, acordar cambios, facilitar su aplicación y evaluar resultados. No presupone identidad jurídica entre un CSIR y una UGC, ni aconseja trasladar el mismo catálogo de medidas.

Antes de ampliar la autonomía de una unidad, le pediría que identificase dos o tres decisiones que hoy dificultan la atención. Una puede ser reservar tiempo para consultas entre profesionales. Otra, reorganizar quién responde a determinadas demandas. Una tercera, disponer de información sobre lo que ocurre después del alta. Cada dificultad debe describirse con un ejemplo y con el cambio que el equipo cree necesario.

Después comprobaría dónde está la capacidad para resolverla. A veces la dirección local ya puede actuar y necesita ordenar una prioridad. Otras veces la decisión afecta a varias unidades o requiere una autorización de personal, presupuesto, contratación o sistemas. Esta revisión evita prometer una autonomía genérica que se vuelve pequeña cuando aparece el primer obstáculo.

Tipo de decisión	Forma de abordarla
La unidad o su dirección ya tiene capacidad para adoptarla	Explicitar el margen disponible, acordar su uso y revisar los efectos.
Depende de varios equipos o centros	Formalizar compromisos recíprocos, responsables y una vía para resolver desacuerdos.
Requiere una autorización o un cambio de reglas	Identificar el órgano competente, preparar la propuesta y obtener una respuesta motivada.

El resultado podría incorporarse al acuerdo de gestión o al instrumento que jurídicamente proceda. Imagino un documento breve que describa el problema, las decisiones autorizadas, los recursos, las

obligaciones de cada parte y la evaluación. Una adenda puede recoger compromisos válidamente adoptados; su firma no crea competencias ni excepciones que el ordenamiento no permita. El apoyo jurídico debe ayudar a determinar el instrumento adecuado.

También distinguiría autonomía clínica, organizativa y económica. La primera no resuelve la falta de personal ni garantiza acceso a una prueba. La segunda puede mejorar mucho el trabajo, aunque tiene límites cuando depende de otros servicios. La tercera requiere reglas de responsabilidad, contabilidad y control que no conviene improvisar. El margen apropiado puede ser distinto para organizar una agenda, comprar equipamiento o establecer una condición retributiva.

La autonomía necesita una contrapartida proporcionada. Un equipo que recibe capacidad de decisión debe explicar qué hizo y qué efectos observó. La dirección debe responder por los apoyos comprometidos. Esa reciprocidad es importante: resulta difícil pedir resultados locales cuando las decisiones necesarias permanecen fuera del alcance del equipo y nadie responde por ellas.

Tampoco todos los centros parten de una situación comparable. Una unidad estable puede preparar un proyecto con más facilidad que otra con vacantes y mucha rotación. Si seleccionamos solo a quienes presentan la mejor memoria, podemos concentrar oportunidades donde ya existen mejores condiciones. Reservaría apoyo para territorios y centros con dificultades, ajustando el alcance del proyecto a su capacidad y reforzando primero aquello que impide trabajar.

Una persona pluripatológica vuelve a casa

Pensemos en una situación hipotética, muy reconocible en Medicina Interna. Una persona mayor con varias enfermedades crónicas ingresa por una descompensación. Durante la hospitalización cambia su tratamiento, pierde autonomía y necesita ayuda que antes no tenía. El día del alta, la cuestión clínica inmediata puede estar resuelta mientras sigue siendo incierto cómo se organizarán los cuidados en casa.

El informe puede estar disponible en la historia y, aun así, quedar preguntas sin respuesta. ¿Ha sabido el equipo de Primaria que esa persona ha vuelto? ¿Se entiende qué medicamentos se suspendieron y por qué? ¿Quién revisará una prueba pendiente? ¿A quién puede recurrir la familia si aparecen dificultades? ¿Existe una necesidad social que nadie ha comenzado a tramitar? Estas preguntas permiten concretar qué entendemos por continuidad.

Propondría trabajar con una población definida por complejidad y riesgo, acordada por hospital y Primaria. La selección debe ser manejable y revisable. No todas las altas necesitan la misma intensidad de seguimiento. Los equipos tendrían que identificar qué circunstancias justifican una actuación adicional y qué información permite reconocerlas a tiempo.

El primer cambio sería acordar qué debe quedar preparado antes del alta. Un plan comprensible, medicación conciliada, asuntos pendientes con responsable y una forma de contacto adecuada a la necesidad del paciente. Si la situación exige ayuda social o cuidados domiciliarios, hay que identificar quién puede valorar y activar esa respuesta. La familia debería conocer el plan y tener ocasión de explicar si puede llevarlo a cabo.

El segundo cambio sería asegurar la recepción y la respuesta. En casos seleccionados, enviar información y comprobar que alguien la ha recibido son actuaciones distintas. La prioridad del seguimiento la decidirían los profesionales según el riesgo y la situación real. El proyecto debería acordar cómo se organiza ese trabajo, qué tiempo requiere y qué ocurre cuando el recurso previsto no está disponible.

El tercero sería mantener una vía de consulta y de retorno. Primaria necesita poder resolver con el hospital una duda que, sin interlocución, puede terminar en una derivación evitable. El hospital debe conocer cuándo su plan resulta inviable en el domicilio. Eso exige reglas sencillas sobre qué consultas se atienden, quién las recibe y cómo se responde. La colaboración personal ayuda mucho, pero un circuito debe poder funcionar cuando cambian quienes lo sostienen.

Aquí la autonomía de una UGC hospitalaria resulta insuficiente por sí sola. El proyecto necesita el compromiso de las unidades de Primaria implicadas, de enfermería, de las direcciones y, cuando corresponda, de los servicios sociales. Cada parte debe conocer qué trabajo asume y qué recurso aporta. Si el hospital reduce consultas a costa de una carga que Primaria no puede absorber, el problema aparecerá en otro lugar.

Empezaría en un ámbito acotado, con equipos que compartan pacientes y puedan reunirse. Mediría si la información llega, si los pendientes tienen responsable y si pacientes y cuidadores saben a quién acudir. Revisaría las visitas a Urgencias y los reingresos durante un periodo definido, por ejemplo los primeros treinta días, interpretando la complejidad de los casos y los cambios simultáneos. Ese plazo sería una elección de evaluación del proyecto, no una regla clínica para todas las personas.

También mediría el trabajo que genera. Tiempo de enfermería, consultas entre profesionales, contactos con familias y actuaciones de Primaria forman parte del coste de ofrecer mejor atención. Una experiencia puede merecer la pena aunque no reduzca el gasto total. La revisión de Baxter y colaboradores encontró señales favorables en experiencia, calidad y acceso con modelos de atención integrada, mientras los resultados sobre utilización y costes fueron más variables. Eso aconseja explicitar qué beneficio se persigue y qué recursos necesita. [19]

Para mí, la prueba decisiva sería poder reconstruir varios recorridos completos. Conocer dónde mejoró la atención y dónde el circuito volvió a fallar. Los indicadores permiten observar el conjunto; la revisión de casos ayuda a entender qué hay que cambiar. Ambos deberían llegar a una reunión con capacidad para tomar decisiones.

Revisar las consultas sucesivas sin perder continuidad

Otro ejemplo surge de las consultas hospitalarias. Una parte de las revisiones tiene una justificación clara. En otras, la indicación puede haberse debilitado, seguir una rutina o responder a la dificultad para cerrar un seguimiento con garantías. Merece la pena revisar esta situación, especialmente cuando convive con demoras para una primera valoración.

La pregunta inicial sería qué aportará la próxima consulta a ese paciente. Puede existir una decisión pendiente, un tratamiento que requiere control especializado o una situación inestable. También puede tratarse de una persona estable cuyo seguimiento sería adecuado en Primaria si dispone de

un plan, los recursos necesarios y una vía de consulta ante cambios. Esa valoración es clínica y debe incorporar las circunstancias y preferencias del paciente.

Un proyecto sensato elegiría un grupo concreto y revisaría sus necesidades. Hospital y Primaria acordarían criterios de continuidad, información que debe acompañar el cambio y condiciones de retorno. Habría que saber si el seguimiento propuesto añade trabajo, si exige formación o pruebas y cómo se resolverán las dudas. La decisión sobre una revisión hospitalaria no puede tomarse mirando solo la agenda del hospital.

Después comprobaríamos qué ocurre con el tiempo liberado. Si el objetivo es mejorar el acceso, las agendas deben reflejarlo de forma verificable. Si se emplea para consultas complejas, apoyo a Primaria o revisión de resultados, también debe constar. Una reducción de revisiones carece de significado suficiente sin saber qué atención se ofrece a cambio y cómo evolucionan los pacientes.

La evaluación incluiría primeras visitas y demoras, nuevas derivaciones de los mismos pacientes, consultas urgentes, carga en Primaria y percepción de seguridad. Revisaría de manera específica a quienes encuentran barreras digitales, tienen poca red familiar o viven lejos. Una medida puede resultar cómoda para la organización y dificultar el acceso de determinados grupos.

Este trabajo se relaciona con la reducción de prácticas de escaso valor. La evidencia disponible muestra resultados diferentes según la intervención y el ámbito; una revisión de revisiones encontró un soporte más claro en algunas estrategias sobre antibióticos y opioides que en pruebas de laboratorio o imagen. No permite deducir que cualquier campaña para reducir actividad vaya a mejorar la atención. Hay que identificar la práctica, ofrecer una alternativa y vigilar consecuencias. [22]

Profesiones y tecnología dentro del mismo proceso

Las nuevas formas de trabajar deben aprovechar mejor las competencias existentes. Enfermería aporta valoración, cuidados, seguimiento, educación y coordinación. Fisioterapia puede intervenir en procesos donde su acceso oportuno cambia el recorrido. Los profesionales administrativos conocen muchas de las dificultades de acceso y pueden resolver gestiones que hoy interrumpen innecesariamente la actividad clínica. Cada propuesta necesita revisar competencias, formación, apoyo y responsabilidad.

Es importante escuchar a quienes asumirán el trabajo. Un circuito puede parecer razonable en una reunión directiva y fracasar porque depende de información que no llega, de una agenda inexistente o de una responsabilidad mal definida. La participación temprana permite detectar esos problemas y reconocer tareas que habitualmente quedan fuera de las estadísticas.

Tengo un interés especial por el escriba digital en la consulta de Medicina Interna. Documentar consume atención y tiempo. Un sistema que prepare un borrador fiel podría ser útil, siempre que su revisión, integración y uso resulten asumibles. La prueba tendría que observar la calidad del registro, los errores, el tiempo total de documentación y corrección, el trabajo que queda fuera de la jornada y la experiencia del paciente.

El resultado publicado de Relisten ayuda a formular esa evaluación: muestra posibilidades de uso, pero deja sin resolver una comparación sólida del ahorro de tiempo. [12] Para una experiencia andaluza acordaría con los equipos digitales, jurídicos y de seguridad las condiciones de uso de la información, la supervisión clínica y la integración. Haría explícitas la información al paciente y las alternativas que correspondan. El ahorro anunciado por un proveedor tendría que contrastarse en nuestro trabajo real.

Finalmente, preguntaría qué mejora asistencial queremos conseguir con la herramienta. Puede ser prestar más atención a la conversación, terminar la documentación dentro de la jornada o disponer de tiempo para un paciente complejo. Esa finalidad debería orientar la prueba y evitar que cada minuto liberado se convierta, de forma automática, en una nueva exigencia de actividad.

Incorporar a pacientes desde el diseño

La participación de pacientes y cuidadores debería comenzar al definir el problema. En el alta pueden mostrar que un plan técnicamente correcto resulta incomprensible o impracticable. En las consultas pueden explicar qué les tranquiliza del seguimiento y qué dificulta desplazarse. En una herramienta digital pueden señalar aspectos de confianza y de la relación clínica que el equipo no había considerado.

Para participar hacen falta información comprensible, tiempo y una tarea definida. Conviene incluir voces con experiencias distintas y prever cómo se escuchará a quienes no suelen acudir a reuniones. Las asociaciones aportan un conocimiento valioso, que puede complementarse con entrevistas, revisión de recorridos y participación directa de personas afectadas por el proceso elegido.

La revisión de Lloyd y colaboradores muestra que los efectos de la participación en el diseño de servicios se han evaluado de manera desigual y con limitaciones. [21] Hay razones de legitimidad para contar con quienes reciben la atención. Además, podemos comprobar su aportación de forma concreta: qué decisión cambió, qué dificultad se detectó y cómo se respondió. Ese registro haría más exigente y útil la participación.

6 Cómo debería trabajar un comité andaluz

El anuncio de un comité abre una oportunidad y una pregunta de diseño. Su utilidad dependerá de la relación entre el encargo, las personas, el tiempo disponible y la capacidad institucional para responder a sus propuestas. Me parece prematuro empezar por una lista de nombres. Antes habría que escribir qué se espera del grupo durante su primer año y qué condiciones tendrá para hacerlo.

Un mandato que pueda comprobarse

Propondría un mandato inicial acotado. Seleccionar pocos problemas relevantes, preparar actuaciones viables, acompañar su puesta en marcha y presentar recomendaciones de continuidad, modificación o extensión. El comité también debería identificar barreras que excedan un proyecto y elevarlas a quien pueda resolverlas. Cada función necesita un producto reconocible y una fecha de revisión.

El documento de constitución tendría que aclarar su naturaleza y sus límites. Qué puede recomendar, qué seguimiento realizará, qué información recibirá y cómo se relacionará con las direcciones del SAS. Si se le atribuyen funciones operativas adicionales, deberían quedar definidas mediante los instrumentos que correspondan. Una denominación ambiciosa sirve de poco cuando no se conoce el camino que seguirá una propuesta.

También fijaría una obligación de respuesta institucional. Una recomendación puede aceptarse, requerir modificaciones o rechazarse por razones justificadas. Lo importante es que reciba una respuesta de quien tiene competencia, dentro de un plazo acordado y con explicación suficiente. Ese compromiso daría al comité una capacidad práctica que el prestigio de sus miembros, por sí solo, no proporciona.

Su primer informe debería describir decisiones y dificultades. Qué se ha autorizado, qué sigue pendiente, qué recurso falta y qué han aprendido los equipos. La actividad del comité se entendería mejor a través de esos hechos que mediante el número de reuniones, comparecencias o documentos elaborados.

Un núcleo pequeño con perspectivas suficientes

Me inclino por un núcleo estable de unas diez o doce personas, como punto de partida discutible y ajustable al mandato. Es una propuesta de funcionamiento, sin pretensión de que exista un tamaño óptimo demostrado. Debe permitir preparación, deliberación y seguimiento sin que cada reunión se convierta en una sucesión de intervenciones breves.

El criterio principal de selección sería qué conocimiento aporta cada persona y qué trabajo puede asumir. Buscaría experiencia asistencial actual, capacidad para modificar procesos, conocimiento de la gestión pública y disposición a revisar las propias propuestas. Parte de los integrantes puede reunir varias de estas condiciones. También conviene que existan perspectivas externas capaces de cuestionar hábitos que dentro del sistema se dan por inevitables.

Las siguientes capacidades deberían estar presentes desde el comienzo. La tabla describe necesidades del trabajo; no establece una plaza automática para cada profesión o institución.

Perspectiva necesaria	Aportación al trabajo del comité
Atención Primaria y comunidad	Acceso, continuidad, domicilio y relación con el entorno.
Atención hospitalaria	Complejidad clínica, capacidad resolutoria y relación entre especialidades y niveles.
Enfermería y cuidados	Dependencia, autocuidado, seguimiento y carga de pacientes y cuidadores.
Pacientes y ciudadanía	Experiencia, prioridades, barreras de acceso y aceptabilidad de los cambios.
Gestión e implementación	Organización del trabajo, recursos, acuerdos y resolución de obstáculos.
Evaluación y datos	Preguntas evaluables, indicadores útiles e interpretación de resultados.
Conocimiento económico y jurídico	Viabilidad, costes, responsabilidades y condiciones para ampliar una medida.

El conocimiento de servicios sociales, salud pública, transformación digital y otras profesiones debe incorporarse según los problemas elegidos, mediante presencia en el núcleo o apoyo estable a los proyectos. La composición tendrá que reflejar diversidad territorial y de entornos de trabajo. Un grupo muy homogéneo puede compartir convicciones y dejar sin ver dificultades relevantes.

Dar entrada a pacientes desde el inicio requiere cuidar su capacidad efectiva de intervenir. Procuraría evitar que una sola persona tenga que representar toda la experiencia de la ciudadanía

frente a un grupo de profesionales. Su participación necesita preparación, apoyo y unas condiciones materiales que la hagan posible. Lo mismo ocurre con un profesional asistencial que deba acudir fuera de su jornada y después recuperar toda su actividad.

Representación e interlocución

Los colegios profesionales, las sociedades científicas, las organizaciones sindicales y las asociaciones tienen conocimiento, legitimidad e interlocutores que deben ser escuchados. La presidencia de una entidad no debería constituir, por sí sola, un derecho a ocupar un puesto en el núcleo operativo. Tampoco sería razonable prescindir de ese conocimiento para construir un grupo aislado de las organizaciones con las que tendrá que trabajar.

Propondría un espacio de interlocución más amplio, con una periodicidad y una agenda explícitas. Podría revisar prioridades, aportar objeciones y discutir los resultados antes de decisiones de extensión. Sus aportaciones deberían quedar registradas y recibir respuesta. Los grupos de proyecto permitirían, además, incorporar a profesionales y organizaciones directamente relacionados con cada actuación.

Hay materias que conservan sus cauces propios. Las decisiones laborales que requieran negociación deben recorrerlos. El comité puede preparar análisis y facilitar acuerdos, pero su composición no sustituye la representación ni los procedimientos exigibles. Aclararlo desde el principio ayudaría a que la participación tuviera una función útil y unas expectativas realistas.

Una presidencia con criterio y tiempo disponible

La presidencia debería combinar credibilidad profesional, capacidad de escuchar y habilidad para convertir desacuerdos en decisiones de trabajo. Necesita interlocución con la autoridad política y con quienes gestionan el sistema. También debe poder comunicar una dificultad o un resultado desfavorable sin sentir que con ello compromete su propia posición.

Veo ventajas en una persona con suficiente independencia respecto de la gestión diaria del SAS, siempre que conozca bien la sanidad pública y disponga de un vínculo ejecutivo claro con ella. Esa distancia puede facilitar preguntas incómodas y proteger el tiempo del comité. Una presidencia interna también puede funcionar si tiene dedicación real, respaldo y capacidad para distinguir la tarea del comité de sus otras responsabilidades.

La cuestión decisiva es qué trabajo dejará de hacer quien asuma esta función. Añadirle a una agenda ya ocupada puede reducir la presidencia a convocar reuniones y representar públicamente al grupo. Si la persona mantiene otras responsabilidades, habría que redistribuirlas de forma explícita y asegurar un equipo que pueda preparar, seguir y resolver asuntos entre reuniones.

Publicaría los criterios de selección, las funciones, la dedicación y los conflictos de interés relevantes. Evitaría confundir reconocimiento profesional con disponibilidad operativa. Hay personas de gran prestigio que pueden aportar mejor como asesoras puntuales, y profesionales menos visibles que saben cómo conseguir que un cambio llegue al trabajo diario.

Conexión ejecutiva y oficina técnica

El comité necesita un patrocinio institucional identificable. La Consejería y la Dirección Gerencia del SAS deberían acordar qué prioridades respaldan y cómo se resolverán los asuntos que afectan a varias direcciones. La conexión con la Dirección General de Transformación e Infraestructuras tendría que definirse aprovechando sus funciones vigentes. [14] La responsabilidad de cada órgano debe seguir siendo reconocible cuando participen varios en un proyecto.

Junto a ello, hace falta una oficina técnica con trabajo continuado. Su tamaño dependerá de la cartera elegida. Como mínimo debe poder gestionar proyectos, preparar información, apoyar la evaluación y coordinar el acceso a conocimiento jurídico, económico, de personal y digital. Esas capacidades pueden combinar dedicación propia con apoyos comprometidos de unidades existentes. Lo esencial es que haya personas, tiempo y prioridades acordadas.

La oficina prepararía decisiones. Antes de llevar un obstáculo al comité, debería poder describirlo, identificar quién puede resolverlo y presentar opciones. Mantendría un registro sencillo de compromisos, plazos y dependencias. Los equipos asistenciales necesitan saber a quién acudir y qué respuesta pueden esperar; no deberían descubrir en cada ocasión cómo orientarse entre servicios centrales.

Cada proyecto contaría, a su vez, con un grupo operativo reducido. Incluiría profesionales que realizan el trabajo, responsables con capacidad para organizarlo, pacientes cuando corresponda y apoyo de la oficina. Tendría una persona encargada de la implementación y otra referencia para la evaluación, con funciones claras. El tiempo dedicado debe incorporarse a la planificación del trabajo. Una reforma que solo avanza fuera de la jornada tendrá dificultades para sostenerse.

Evaluación con criterio propio y publicidad útil

Separaría con claridad el impulso del proyecto y el juicio sobre sus resultados. Las personas que lo desarrollan tienen conocimiento imprescindible, pero la evaluación debe poder contrastar su interpretación. Esto exige acceso a datos, métodos acordados antes de conocer los resultados y capacidad para publicar hallazgos desfavorables. La independencia depende de esas condiciones, además de la entidad que figure en el encargo.

Recurriría a capacidades evaluadoras existentes y completaría las que falten. Según el proyecto, podrían participar unidades del propio sistema, instituciones académicas u otros equipos con experiencia. La elección debe atender a la pregunta y a los posibles conflictos de interés. Ninguna denominación institucional garantiza, por sí sola, un juicio independiente.

El marco del MRC para intervenciones complejas resulta útil porque obliga a examinar contexto, viabilidad, incertidumbres, implementación y resultados. [20] En términos prácticos, significa saber qué se pretendía cambiar, qué llegó a hacerse y por qué funcionó de manera distinta en cada lugar. Un resultado medio favorable puede ocultar centros donde faltaron condiciones básicas.

Publicaría un seguimiento breve de la cartera y una revisión periódica más completa. Se deberían conocer los proyectos iniciados, los demorados, los modificados y los cerrados, junto con sus

motivos. La evaluación del propio comité formaría parte del encargo: al terminar un periodo inicial, habría que decidir si su forma de trabajar sigue siendo necesaria y qué conviene cambiar.

7 Las primeras decisiones que tomaría

El comienzo debería producir una cartera pequeña y explicable. Propondría elegir dos o tres problemas con impacto reconocible en la atención y posibilidades razonables de intervención. La continuidad tras el alta y la revisión de determinados seguimientos hospitalarios son dos candidatos desarrollados en este texto. Un tercero podría abordar una carga administrativa frecuente, si se identifica una actuación concreta y capacidad para resolverla.

No los daría por seleccionados desde este documento. Los contrastaría con pacientes, equipos y direcciones, utilizando información disponible sobre magnitud, desigualdades y posibilidades de mejora. La selección debe explicar a quién beneficia, qué cambiará en el trabajo y qué recursos requiere. Los proyectos digitales se incluirían cuando contribuyan a resolver uno de esos problemas, con su evaluación específica.

Elegir equipos y preparar condiciones

Buscaría un primer grupo limitado de centros con diversidad suficiente para aprender. Debería haber liderazgo local, disposición a colaborar y una dirección que asuma compromisos. Añadiría apoyo a algún entorno con dificultades relevantes, siempre que sea posible crear condiciones mínimas para participar. El conjunto tendría que permitir distinguir lo que depende de una intervención de lo que depende de un equipo excepcional.

Una convocatoria puede ayudar a conocer propuestas, pero la capacidad para redactar una memoria no debería dominar la selección. Usaría un formulario breve y conversaciones de trabajo sobre el problema. Visitar los centros y observar el recorrido de varios pacientes probablemente aportaría información que no aparece en un documento bien presentado.

Antes del inicio, cada proyecto debería disponer de una ficha acordada. Incluiría población, cambio propuesto, responsables, recursos, decisiones autorizadas, calendario y evaluación. Recogería también qué tiene que dejar de hacerse o reorganizarse para liberar tiempo. Esa ficha debe ser útil para quienes trabajan, con un detalle técnico adicional disponible cuando sea necesario.

La línea de partida se mediría con datos suficientes para la pregunta. Algunas actuaciones necesitarán comparar centros o periodos; otras comenzarán con una prueba de viabilidad. El diseño lo decidiría el equipo evaluador según las posibilidades reales, evitando prometer conclusiones causales que la información no podrá sostener. Los criterios para continuar, adaptar o detener la experiencia deberían discutirse antes de empezar.

Un arranque posible en cien días

Los primeros cien días pueden servir como referencia de organización, sin convertirlos en una fecha mágica. El plazo real dependerá de contrataciones, disponibilidad profesional y decisiones pendientes. Durante ese periodo esperaríamos ver una secuencia como esta:

Periodo orientativo	Trabajo que debería quedar hecho	Decisión o responsabilidad principal
Primer mes	Mandato, dedicación, oficina técnica y cauce de respuesta institucional.	Consejería y Dirección Gerencia del SAS.
Primer y segundo mes	Selección razonada de problemas y equipos, con participación de pacientes.	Comité y direcciones implicadas.
Segundo y tercer mes	Acuerdos de trabajo, recursos, línea de partida y evaluación prevista.	Órganos competentes y responsables de los proyectos.
Alrededor del tercer mes	Inicio de las actuaciones preparadas y relación pública de las pendientes.	Equipos locales, oficina técnica y comité.

La secuencia admite solapamientos. Si una mejora está dentro de las competencias ordinarias y tiene condiciones para comenzar, el comité no debería convertirse en una autorización adicional. Su intervención debe facilitar el trabajo, especialmente cuando hay dependencias o barreras que el equipo no puede resolver solo.

Revisar y decidir mientras se trabaja

Durante la puesta en marcha, la oficina mantendría contacto frecuente con los responsables locales. El comité revisaría los obstáculos que necesitan una decisión, con una periodicidad compatible con la cartera. Un asunto pendiente tendría un responsable de respuesta y una fecha de revisión. Si requiere una modificación normativa o una decisión presupuestaria, habría que reconocerlo y ajustar las expectativas del proyecto.

Los cambios introducidos durante la prueba deberían registrarse. Si un centro incorpora personal, modifica criterios de inclusión o recibe una nueva herramienta, esa información ayuda a interpretar los resultados. Adaptar una intervención puede ser una decisión adecuada; evaluar exige conocer qué versión se aplicó en cada momento.

Al completar una primera etapa, cada proyecto debería recibir una decisión explícita. Mantenerlo localmente, modificarlo, estudiarlo durante más tiempo, ampliarlo o cerrarlo son opciones distintas. La extensión necesita valorar beneficio, costes, capacidad profesional, soporte informático y condiciones de otros centros. Una experiencia mantenida gracias a trabajo extraordinario de unas pocas personas puede enseñarnos mucho, pero requerirá recursos adicionales para generalizarse.

Empezaría la ampliación por entornos donde puedan reproducirse las condiciones esenciales y aprenderse las adaptaciones necesarias. Publicaría esas condiciones para que otros equipos sepan qué se les pide y qué apoyo recibirán. La difusión de una buena práctica debería llevar consigo la información que permite sostenerla.

8 Qué aportan algunas experiencias internacionales

La comparación internacional puede ayudarnos a formular preguntas. Me interesa cuando permite entender un problema organizativo y sus condiciones de respuesta. Resulta menos útil cuando una experiencia se convierte en una marca que parece garantizar resultados en cualquier sistema.

El plan inglés Fit for the Future, publicado en julio de 2025, propone desplazar atención hacia la comunidad, desarrollar la transformación digital y reforzar la prevención. Vincula esos propósitos

con cambios en organización, profesionales, financiación y transparencia. Es una orientación de política sanitaria; su publicación no acredita que los resultados previstos se hayan conseguido. [23]

Encuentro una relación con nuestros ejemplos. Acercar atención a la comunidad obliga a revisar qué capacidad necesita Primaria, qué apoyo presta el hospital y cómo se distribuyen los recursos. Digitalizar requiere decidir qué proceso mejora y quién se beneficia. Prevenir demanda continuidad y conocimiento de la población, además de actuaciones clínicas oportunas. Esas preguntas son útiles aunque la organización inglesa sea diferente.

Irlanda del Norte ofrece otra referencia para pensar el comité. El panel que elaboró en 2016 Systems, Not Structures estuvo presidido por Rafael Bengoa y reunió a cinco integrantes, con experiencia local e internacional. Contó con asesoramiento específico en servicios sociales y un equipo de apoyo. El encargo era clínicamente orientado y pretendía contribuir al debate sobre la configuración de los servicios. [24]

Ese caso muestra una forma de combinar un núcleo reducido con conocimientos y apoyos adicionales. La comparación termina ahí: la existencia del panel no demuestra que ese tamaño sea óptimo ni permite atribuirle todos los cambios posteriores. Para Andalucía, la pregunta aprovechable es qué capacidades deben estar dentro del comité, cuáles necesita de manera continuada y cuáles puede convocar según el problema.

La literatura sobre atención integrada y sobre intervenciones complejas añade una advertencia práctica. Bajo un mismo nombre caben actuaciones distintas, aplicadas con recursos y relaciones diferentes. [19, 20] Por eso, al visitar una experiencia, preguntaría qué decisiones cambió, cuánto tiempo profesional utilizó, qué dificultades aparecieron y qué dejó de hacerse. Esa información suele ser más transferible que el organigrama final.

Mi forma de aprender de fuera sería llevar un problema bien descrito, observar cómo lo afrontaron otros y volver con hipótesis que puedan probarse aquí. Andalucía también puede aportar experiencias propias a esa conversación. Hacerlas visibles exige documentar su funcionamiento, sus límites y las condiciones que permitieron mantenerlas.

9 Los límites que conviene reconocer desde el principio

Una reforma organizativa tiene un alcance importante y limitado. Puede reducir esperas evitables, mejorar la comunicación, aprovechar competencias y ordenar decisiones. Hay dificultades que exigen más recursos, estabilidad de plantilla, cambios tecnológicos o medidas que superan la capacidad de un comité. Reconocerlas permite dirigir cada problema al lugar adecuado.

Cuando falta personal para cubrir una necesidad acreditada, reorganizar el trabajo puede ayudar, pero habrá que decidir también cómo atender esa carencia. La propuesta debería estimar la carga que añade y la capacidad disponible. Un piloto sostenido mediante prolongaciones de jornada o favores entre profesionales puede dar una imagen engañosa de su viabilidad.

La dimensión económica requiere distinguir el coste de iniciar una intervención y el de mantenerla. Formación, sustituciones, sistemas, evaluación y coordinación consumen recursos. Algunos

beneficios pueden aparecer en otro servicio o más adelante. Para decidir si merece la pena, necesitamos un análisis que refleje esos movimientos y que valore resultados relevantes para pacientes. El ahorro inmediato no puede ser la única medida del éxito.

Hay también una cuestión de equidad. Ampliar capacidad local puede facilitar respuestas ajustadas al territorio, pero conviene mantener garantías comunes de acceso, calidad y derechos. Las diferencias que surjan deben observarse y justificarse. Un centro con menos recursos para innovar no debería quedar condenado a recibir más tarde las mejoras que necesita.

La evaluación tiene sus límites. La demanda cambia, las plantillas varían y aparecen otras medidas al mismo tiempo. Es posible obtener señales favorables sin poder calcular con precisión cuánto se debe a una intervención. En ese caso corresponde explicar la incertidumbre y decidir qué información adicional hace falta. Ocultarla debilita decisiones futuras.

Este documento tampoco resuelve el diseño jurídico y económico de cada propuesta. Lo que intenta es llevar las preguntas a un grado suficiente de concreción para que esos especialistas puedan trabajar con los equipos. La respuesta a una barrera puede requerir un acuerdo ordinario, otra forma de organizar los recursos o una modificación de reglas. Averiguarlo forma parte del proyecto.

10 Qué me haría pensar que estamos avanzando

A los seis meses me gustaría poder conversar con los equipos participantes y obtener respuestas concretas. Qué han podido cambiar, qué apoyo han recibido y qué obstáculo sigue sin resolverse. Esperaría encontrar tiempo profesional reconocido, una línea de partida y decisiones institucionales que expliquen por qué el proyecto puede continuar.

Alrededor del primer año buscaría cambios perceptibles para pacientes y profesionales. Personas que regresan a casa con un plan comprensible y un interlocutor; seguimientos revisados con garantías; consultas entre niveles que reciben respuesta; documentación que exige menos esfuerzo sin perder calidad. Son ejemplos de resultados que habría que medir y comprender en su contexto.

También querría conocer las experiencias que no mejoraron o tuvieron que detenerse. Qué se aprendió, qué coste tuvieron y qué decisión se tomó después. Un programa que puede reconocer una dificultad y corregirla ofrece información valiosa al resto del sistema. La transparencia debería permitir esa conversación sin convertir cada revisión en una disputa sobre el prestigio de sus promotores.

A los dos años preguntaría qué ha conseguido mantenerse fuera de los equipos iniciales. Si las mejoras requieren apoyos permanentes, deberían estar incorporados a la planificación. Si un cambio solo funciona en determinadas condiciones, habría que saber cuáles son. El comité tendría que explicar su aportación y proponer cómo continuar, modificar su mandato o integrar sus funciones en la organización ordinaria.

Mi interés por CAIROS nace de esa posibilidad de aprender mientras se cambia. Cataluña ha construido un espacio de trabajo, ha seleccionado equipos y ha desarrollado instrumentos que merecen atención. Su recorrido sigue abierto. Andalucía puede examinarlo desde su propia

experiencia, utilizando sus UGC, sus áreas, sus procesos y la capacidad de quienes conocen el trabajo cotidiano.

La propuesta que defendería ahora es empezar por pocos problemas relevantes, acordar la capacidad necesaria para afrontarlos y sostener el trabajo hasta poder juzgar sus efectos. Un comité pequeño, con dedicación y apoyo técnico, puede ayudar si tiene una relación efectiva con quienes deben decidir. Para que merezca la pena, esa relación debe terminar produciendo cambios que los equipos y los pacientes puedan reconocer.

Vuelvo al alta de la persona pluripatológica. Si el plan llega a quien debe recibirlo, alguien asume los pendientes y la familia sabe cómo pedir ayuda, habremos mejorado una parte importante de la atención. Mi interés por la organización sanitaria acaba volviendo a escenas como esa. Ahí es donde me gustaría comprobar el recorrido de esta nueva etapa.

Fuentes y alcance del documento

La redacción integra los documentos de trabajo del proyecto Kairos Andaluz, su matriz de afirmaciones y las fases previas de contraste. Los utiliza como material preparatorio. Para las afirmaciones decisivas sobre regulación, calendario y resultados se han revisado fuentes institucionales, normas y publicaciones originales, junto con posiciones explícitamente atribuidas a sus autores.

El cierre de la revisión es el 27 de septiembre de 2026. Las páginas institucionales pueden actualizarse. El balance de CAIROS publicado el 21 de septiembre se incorpora como comunicación de su presidente; no se equipara a una evaluación independiente. Los ejemplos andaluces, el tamaño sugerido del comité y el calendario de arranque son propuestas del autor, pendientes de contraste con las personas y los órganos implicados.

Las revisiones científicas seleccionadas ayudan a discutir mecanismos y condiciones de implementación. Esta lectura no constituye una revisión sistemática nueva ni permite trasladar automáticamente resultados a Andalucía.

Nota de transparencia sobre el uso de inteligencia artificial

Este documento se ha elaborado con apoyo de herramientas de inteligencia artificial para la investigación y la redacción. La verificación de fuentes, los criterios interpretativos y la responsabilidad sobre el contenido son exclusivamente del autor.

Referencias

- [1] Servicio Andaluz de Salud. Junta y UNIA apuestan por la formación para afrontar con liderazgo los nuevos retos sanitarios. 24 de septiembre de 2026. [Noticia institucional](#).
- [2] Vallejo Maroto N. CAIROS un momento de oportunidad para la sanidad catalana. Medium. 30 de septiembre de 2025. [Texto del autor](#).
- [3] Generalitat de Catalunya. CAIROS. Funcions i composició. Página institucional consultada el 26 de septiembre de 2026. [Composición y funciones](#).

- [4] Departament de Salut. Innovació i reforma del sistema de salut. Presentación de las líneas iniciales de CAIROS. 19 de diciembre de 2024. [Presentación institucional](#).
- [5] Generalitat de Catalunya. CAIROS. Mesures. Página institucional consultada el 26 de septiembre de 2026. [Líneas y medidas del programa](#).
- [6] Institut Català de la Salut. Comunicació sobre la selecció de los 27 equipos participantes en el modelo CSIR. 20 de marzo de 2025. [Noticia institucional](#).
- [7] Generalitat de Catalunya. Acord GOV/171/2025, d'1 de juliol, pel qual s'autoritza la prova pilot per a la implementació dels centres de salut integral de referència. DOGC núm. 9446, de 3 de julio de 2025. Incluye el anexo de medidas. [Texto publicado en el DOGC reproducido por EBA Centelles](#).
- [8] CatSalut. Relació de convenis. Documentación del Consell de Direcció de 16 de febrero de 2026. Contiene los acuerdos de adscripción a la prueba de los CSIR. [Relación oficial de convenios](#).
- [9] CatSalut. L'atenció primària de Salt implanta el projecte CSIR de reforma del model de salut. 9 de julio de 2025. [Comunicación del despliegue local](#).
- [10] Del Castillo M. Dos años de CAIROS: reformar para preservar. Redacción Médica. 21 de septiembre de 2026. Tribuna del presidente de CAIROS. [Balance de su promotor](#).
- [11] Generalitat de Catalunya. CAIROS. Projectes i documents. Página institucional consultada el 26 de septiembre de 2026. [Documentación sobre integración territorial](#).
- [12] Fuster-Casanovas A y cols. Evaluating Patient and Professional Satisfaction and Documentation Time Reduction Through AI-Driven Automatic Clinical Note Generation in Primary Care: Proof-of-Concept Study. JMIR AI. 2026;5:e80549. Publicado el 24 de marzo de 2026. [doi:10.2196/80549](#).
- [13] Metges de Catalunya. Las propuestas del CAIROS generan muchas incógnitas y abundan en soluciones que no reducen la sobrecarga de los profesionales. 20 de diciembre de 2024. Posición sindical. [Comunicado](#).
- [14] Junta de Andalucía. Decreto 189/2026, de 30 de julio. Estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. En particular, artículos 24 y 28 sobre organización y transformación en el SAS. [Texto del BOJA](#).
- [15] Junta de Andalucía. Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. En particular, artículos 24 a 27. [Texto del BOJA](#).
- [16] Junta de Andalucía. Orden de 13 de febrero de 2013 por la que se crean determinadas Áreas de Gestión Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. BOJA núm. 36, de 20 de febrero de 2013. [Texto del BOJA](#).
- [17] Servicio Andaluz de Salud. Contrato programa 2025. Versión actualizada el 23 de enero de 2026. [Documento del SAS](#).
- [18] Servicio Andaluz de Salud. InfoWEB. Ayuda Digital. Página consultada el 26 de septiembre de 2026. [Descripción institucional de la aplicación](#).
- [19] Baxter S y cols. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Services Research. 2018;18:350. [doi:10.1186/s12913-018-3161-3](#).
- [20] Skivington K y cols. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;374:n2061. [doi:10.1136/bmj.n2061](#).
- [21] Lloyd N, Kenny A, Hyett N. Evaluating health service outcomes of public involvement in health service design in high-income countries. BMC Health Services Research. 2021;21:364. [doi:10.1186/s12913-021-06319-1](#).
- [22] Kien C y cols. Effectiveness of de-implementation of low-value healthcare practices: an overview of systematic reviews. Implementation Science. 2024;19:56. [doi:10.1186/s13012-024-01384-6](#).
- [23] Department of Health and Social Care. Fit for the Future. 10 Year Health Plan for England. Julio de 2025. [Plan y documentación institucional asociada](#).
- [24] Department of Health, Northern Ireland. Systems, Not Structures. Changing Health and Social Care. Informe del panel de expertos presidido por Rafael Bengoa. 25 de octubre de 2016. [Informe y composición del panel](#).
- [25] Generalitat de Catalunya. CAIROS: Millorant el sistema de salut de Catalunya. Página institucional, apartado sobre la segunda etapa presentada en octubre de 2025. Consultada el 27 de septiembre de 2026. <https://web.gencat.cat/ca/generalitat/com-ens-organitzem/departaments/salut/innovacio-reforma-sistema-salut-cairos>