



ANEXO I

CONVOCATORIA DE BBPP 2025-2026

ENTIDAD SOLICITANTE: Centro de Salud Malvarrosa	
NOMBRE DE LA ENTIDAD: Centro de Salud Malvarrosa	
DOMICILIO: Calle Isabel de Villena, 2 - Pabellón C Código Postal: 46011 Localidad: Valencia Provincia: Valencia Comunidad Autónoma: Comunidad Valenciana Teléfono: 963 17 82 70 Correo electrónico: cs_malvarrosa@gva.es	
NOMBRE, APELLIDOS Y PUESTO DE TRABAJO DEL COORDINADOR DEL CENTRO QUE PRESENTA LA PROPUESTA: Sofía Inmaculada Bauer Izquierdo	
TELÉFONO: 617535168 PUESTO DE TRABAJO: Jefa de zona	EMAIL*: bauer_sof@gva.es
NOMBRE, APELLIDOS Y PUESTO DE TRABAJO DE LAS PERSONAS QUE COLABORAN EN LA PROPUESTA: Esther Martinez Cotillas – Coordinadora de enfermería Amparo López – Jefa equipo administrativo	

*Se utilizará este email para las comunicaciones con el Centro

ANEXO II

Área a la que se presenta:Marco Estratégico de Atención Primaria Número del área: 3 Temática dentro del área: Gestión integral de la demanda asistencial en Atención Primaria Letra dentro de la temática: C
TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA: MODELO MALVARROSA: Gestión Integral de la Demanda Asistencial con Enfoque en Cronicidad Avanzada y Participación Comunitaria - Una Experiencia de Excelencia Certificada ISO 9001
Justificación de la propuesta: El Centro de Salud Malvarrosa atiende una población adscrita de 18661 personas en un barrio urbano con importante carga de cronicidad, vulnerabilidad socioeconómica y elevada utilización de los servicios sanitarios. En los últimos años se había observado un incremento progresivo de la demanda, con sobrecarga de agendas, aumento de la demora para cita en atención primaria y riesgo de inequidad en el acceso, especialmente en personas mayores frágiles y con enfermedad crónica avanzada. Esta situación generaba insatisfacción en la población y en los profesionales, y dificultaba el desarrollo de actividades comunitarias y de prevención. Ante esta necesidad, el equipo impulsó un modelo estructurado de gestión integral de la demanda asistencial que combina la reorganización de agendas, la priorización clínica, el refuerzo de la atención domiciliaria y el trabajo comunitario. La propuesta se alinea con el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria del SNS, al reforzar la longitudinalidad, mejorar la accesibilidad y potenciar el papel de la atención primaria como eje del sistema. La buena práctica se sustenta en varios elementos diferenciales: certificación ISO 9001 del centro, existencia de un plan de reducción de demora 2025-2027 aprobado en el equipo, sistema de identificación y seguimiento de pacientes con enfermedad crónica avanzada mediante NECPAL y valoración funcional con índice de Barthel, y un programa consolidado de actividades comunitarias y Consejo de Salud activo. Estos componentes permiten integrar la gestión de la demanda con una atención proactiva a la cronicidad y con la participación de la comunidad. La relevancia de la propuesta radica en que aborda simultáneamente la demora en las citas, la adecuada atención a pacientes complejos y la coordinación con el entorno comunitario, utilizando recursos ya disponibles y estructuras consolidadas del centro. Su diseño facilita la replicabilidad en otros equipos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, al basarse en herramientas de uso común (agendas, registros clínicos, identificación de crónicos y espacios comunitarios) y en la organización del trabajo multiprofesional. Además, el modelo incorpora indicadores asistenciales y de proceso que permiten el seguimiento continuado y la mejora progresiva, garantizando su sostenibilidad a medio plazo.
Contenido de la propuesta (máximo 500 palabras): La buena práctica “Modelo Malvarrosa de gestión integral de la demanda asistencial” se articula en torno a tres ejes: organización de la demanda, atención a la cronicidad avanzada y acción comunitaria. En el primer eje se ha revisado la estructura de agendas médicas y de enfermería, diferenciando claramente la cita programada, la atención no demorable y los huecos reservados para atención domiciliaria y

actividades comunitarias. Se ha definido un circuito interno de asignación de citas que prioriza a los pacientes vulnerables, con especial atención a personas mayores frágiles, pacientes inmovilizados y casos identificados como NECPAL.

En el ámbito de la cronicidad avanzada, el centro dispone de un registro estructurado de pacientes identificados con herramienta NECPAL y de valoraciones funcionales mediante índice de Barthel, lo que permite planificar visitas domiciliarias periódicas y adaptar la intensidad de los cuidados. Se han establecido horarios específicos para la atención domiciliaria por parte de medicina y enfermería, integrados en las agendas ordinarias, lo que facilita la continuidad asistencial y evita que la atención en el domicilio dependa solo de la demanda reactiva. El seguimiento se documenta en la historia clínica electrónica y se coordina con el equipo de trabajo social y otros recursos del departamento cuando es necesario.

El tercer eje corresponde a la actividad comunitaria y a la participación social. El Centro de Salud Malvarrosa cuenta con un Consejo de Salud activo, con reuniones periódicas y actas disponibles, que sirve como espacio de planificación y evaluación compartida con representantes vecinales y de otros recursos del barrio. Además, el equipo desarrolla sesiones grupales y actividades comunitarias estructuradas, con un volumen anual de horas recogido en la memoria del centro, orientadas a educación sanitaria, promoción de estilos de vida saludables y apoyo a cuidadores.

Para garantizar la calidad del proceso, la práctica se apoya en la certificación ISO 9001 del centro, que incorpora procedimientos escritos, revisión periódica de indicadores y un sistema de mejora continua. El plan de reducción de la demora 2025-2027 define objetivos cuantificables y responsables para cada línea de actuación, integrando la gestión de la demanda, la atención domiciliaria y la actividad comunitaria. La coordinación entre profesionales se refuerza mediante sesiones clínicas, comisiones internas y canales de comunicación establecidos, lo que permite ajustar la organización según la evolución de los datos y la experiencia del equipo

Población diana / ámbito de aplicación

La buena práctica se desarrolla en el Centro de Salud Malvarrosa, que atiende una población adscrita de 18661 personas en un entorno urbano con importante carga de cronicidad y vulnerabilidad socioeconómica. La población diana principal son las personas adultas y mayores con enfermedades crónicas, especialmente quienes presentan multimorbilidad, fragilidad, dependencia funcional o criterios de enfermedad crónica avanzada, identificados mediante herramienta NECPAL y valorados con índice de Barthel. Se incluye también a sus cuidadores y al conjunto de usuarios que utilizan la consulta no demorable o presentan dificultades de acceso al sistema. El ámbito de aplicación es el propio centro de salud y su zona básica, e integra la atención presencial en consulta, la atención domiciliaria programada y las actividades comunitarias y grupales coordinadas a través del Consejo de Salud

Metodología

La metodología se basa en la organización del trabajo del equipo de atención primaria utilizando los recursos existentes del Centro de Salud Malvarrosa y los sistemas de información corporativos. En primer lugar se revisó la estructura de agendas de medicina y enfermería para diferenciar claramente la cita programada, la atención no demorable y los huecos reservados para visitas domiciliarias y actividad comunitaria, de acuerdo con el plan de reducción de demora del centro. Paralelamente se consolidó un registro de pacientes con enfermedad crónica avanzada mediante herramienta NECPAL y de su situación funcional con índice de Barthel, que se emplea para planificar la atención domiciliaria. La coordinación

interna se asegura mediante reuniones periódicas del equipo y comisiones ya existentes, y la información se registra en la historia clínica electrónica, lo que permite el seguimiento de la actividad y la evaluación de los indicadores definidos en la memoria del centro
Objetivos El objetivo general de la buena práctica es mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención en el Centro de Salud Malvarrosa mediante un modelo integral de gestión de la demanda que integre la consulta presencial, la atención domiciliaria y la actividad comunitaria. Como objetivos específicos se plantean: reducir la demora para cita en atención primaria dentro de los límites definidos en el plan de reducción de la demora del centro; organizar la atención a las personas con enfermedad crónica avanzada identificadas con NECPAL y valoradas con índice de Barthel, garantizando visitas domiciliarias programadas según su situación clínica y funcional; favorecer la continuidad asistencial y la coordinación entre los distintos profesionales del equipo; y consolidar la participación comunitaria a través del Consejo de Salud y de las sesiones grupales, alineando las actividades con las necesidades detectadas en la memoria del centro y en la población adscrita.
Actuaciones realizadas Se ha llevado a cabo una revisión y reorganización de las agendas de medicina y enfermería para diferenciar claramente la cita programada, la atención no demorable y los tramos reservados para atención domiciliaria y actividad comunitaria, de acuerdo con el plan de reducción de la demora del centro. Se ha implantado un registro sistemático de pacientes con enfermedad crónica avanzada mediante herramienta NECPAL y se ha incorporado la valoración funcional con índice de Barthel en la historia clínica, utilizándose para priorizar y programar visitas domiciliarias. Se han establecido horarios específicos de atención en el domicilio, integrados en las agendas ordinarias de los profesionales. En el ámbito comunitario, se mantienen reuniones periódicas del Consejo de Salud y se desarrollan sesiones grupales y actividades comunitarias recogidas en la memoria del centro, con participación de distintos perfiles profesionales y de representantes de la comunidad.
Indicadores Para el seguimiento de la buena práctica se utilizan indicadores obtenidos de los sistemas de información corporativos y de la memoria del centro. Entre ellos destacan: porcentaje de citas de medicina y enfermería con demora igual o inferior a cinco días, según los datos de ABUCASIS; número de pacientes con enfermedad crónica avanzada identificados mediante herramienta NECPAL registrados en la historia clínica; número de pacientes con valoración funcional mediante índice de Barthel; número de visitas domiciliarias registradas por medicina y enfermería; y número de horas anuales dedicadas a sesiones grupales y actividades comunitarias recogidas en la memoria del centro. De forma complementaria se monitoriza la asistencia y participación en el Consejo de Salud mediante el número de reuniones celebradas y sus actas correspondientes, lo que permite valorar la consolidación de la participación comunitaria vinculada al modelo de gestión de la demanda.
Recursos La buena práctica se desarrolla utilizando los recursos humanos y materiales ya disponibles en el Centro de Salud Malvarrosa. El equipo multiprofesional está compuesto por médicos de familia, pediatras, enfermeras y personal administrativo, cuya estructura organizativa está recogida en el Reglamento de Régimen Interno del centro. Se utilizan los sistemas de información corporativos existentes: historia clínica electrónica (ABUCASIS) para el registro de pacientes, agendas digitales para la programación de citas y visitas domiciliarias, y herramientas de comunicación interna ya implantadas. Los espacios físicos del centro (consultorios, sala de espera, espacio para sesiones grupales) se emplean para las diferentes modalidades de atención. La infraestructura se completa con la

certificación ISO 9001 vigente, que proporciona procedimientos, protocolos y sistemas de mejora continua ya estructurados en el centro
Basada en la evidencia La buena práctica se alinea con las recomendaciones del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Nacional de Salud, que prioriza la mejora de la accesibilidad, la atención a la cronicidad y la participación comunitaria como ejes de transformación del primer nivel asistencial. La reorganización de la demanda mediante agendas diferenciadas, la utilización de herramientas de estratificación como NECPAL para la identificación de pacientes con enfermedad crónica avanzada y la valoración funcional con índices como Barthel son estrategias reconocidas en la literatura como elementos clave para una atención proactiva y centrada en las personas. Del mismo modo, la incorporación de actividades comunitarias estructuradas y de órganos de participación como el Consejo de Salud responde a la evidencia disponible sobre el impacto de la acción comunitaria en la salud de la población y en la eficiencia de los servicios de atención primaria.
Equidad La buena práctica contribuye a mejorar la equidad en el acceso a la atención primaria en la zona básica de salud de Malvarrosa, caracterizada por la presencia de población envejecida y situaciones de vulnerabilidad socioeconómica. La reorganización de la demanda y la reserva de espacios específicos en las agendas para atención domiciliaria permiten garantizar la asistencia a personas con limitaciones funcionales o dificultades para desplazarse al centro, identificadas mediante herramienta NECPAL y valoración con índice de Barthel. La priorización de estos pacientes en la programación de citas reduce el riesgo de retrasos en la atención de los casos más complejos. Además, el mantenimiento de un Consejo de Salud activo y de actividades comunitarias y grupales facilita la participación de distintos colectivos y ayuda a detectar barreras de acceso, de modo que las acciones del centro puedan adaptarse a las necesidades reales de la población atendida.
Sostenibilidad La buena práctica se apoya en la estructura organizativa y los recursos habituales del Centro de Salud Malvarrosa, por lo que su mantenimiento no requiere inversiones extraordinarias ni la creación de dispositivos específicos adicionales. Las actuaciones se integran en las agendas ordinarias de medicina y enfermería, en los circuitos de atención domiciliaria ya existentes y en la actividad del Consejo de Salud y de las comisiones internas del centro. La certificación ISO 9001 y el plan de reducción de la demora 2025-2027 proporcionan un marco estable de procedimientos, indicadores y revisión periódica que facilita la mejora continua del modelo sin aumentar la carga burocrática. El uso de los sistemas de información corporativos para el registro de NECPAL, Barthel, visitas domiciliarias y actividad comunitaria permite monitorizar la práctica de forma rutinaria, favoreciendo su continuidad y la posibilidad de introducir ajustes en función de los resultados obtenidos.
Transferibilidad La buena práctica es fácilmente transferible a otros centros de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, ya que se basa en elementos organizativos y herramientas de uso habitual: agendas de medicina y enfermería, sistemas de cita, historia clínica electrónica, identificación de pacientes crónicos avanzados con NECPAL y valoración funcional con índice de Barthel. No requiere recursos tecnológicos específicos ni estructuras extraordinarias, sino la reorganización de la demanda y la integración de la atención domiciliaria y comunitaria en la actividad ordinaria del equipo. El modelo se apoya en documentos formales del centro (plan de reducción de la demora, reglamento interno, procedimientos derivados de la certificación ISO 9001) que pueden

adaptarse como guía para otros equipos. La existencia de indicadores definidos y de registros sistemáticos facilita que otros centros puedan reproducir el esquema, monitorizar resultados y ajustar la implantación a las características de su propia población y organización.

Efectividad

La efectividad de la buena práctica se valora mediante los indicadores asistenciales y de actividad que el centro ya monitoriza de forma rutinaria. Entre ellos destaca el seguimiento del porcentaje de citas de medicina y enfermería con demora igual o inferior a cinco días, registrado en ABUCASIS, que permite comprobar la evolución de la accesibilidad tras la reorganización de agendas y de los circuitos de atención.

Asimismo, el registro de pacientes con enfermedad crónica avanzada identificados con NECPAL, las valoraciones funcionales mediante índice de Barthel y el número de visitas domiciliarias documentadas permiten evaluar el grado de cobertura de la población más frágil y la adecuación de la atención en el domicilio. La memoria del centro recoge también la actividad comunitaria y las reuniones del Consejo de Salud, lo que facilita valorar la consolidación de este componente del modelo y su impacto organizativo.

1.

2. Eficiencia (máximo 150 palabras)

La buena práctica se ha diseñado para obtener el máximo impacto sin requerir recursos adicionales, reorganizando la demanda y la atención domiciliaria dentro de las agendas y estructuras ya existentes del Centro de Salud Malvarrosa. La diferenciación de tipos de cita (programada, no demorable, domiciliaria y comunitaria), junto con la priorización basada en NECPAL y Barthel, permite concentrar el esfuerzo profesional en las personas con mayor complejidad clínica y social, evitando visitas presenciales poco resolutivas y contactos reactivos repetidos. La coordinación con el Centro de Emergencia para mujeres víctimas de violencia de género y con las unidades de apoyo del departamento optimiza el uso de recursos especializados, al facilitar derivaciones adecuadas y evitar duplicidades. El uso de los sistemas de información corporativos y del sistema de calidad ISO 9001 permite registrar y explotar los datos sin procesos paralelos, contribuyendo a una gestión eficiente del tiempo y de la información

3. Participación multidisciplinar (máximo 150 palabras)

El modelo se sustenta en la participación coordinada de todo el equipo del Centro de Salud Malvarrosa, integrado por medicina de familia, pediatría, enfermería, trabajo social, matrona, personal administrativo, TCAE y unidades de apoyo como USSYR, fisioterapia y psicología clínica. La organización descrita en el Manual de acogida y en el Reglamento interno establece unidades médico-enfermera, comisiones de trabajo y espacios formales de reunión donde se analizan los datos y se acuerdan cambios organizativos. El protocolo con el Centro de Emergencia para mujeres víctimas de violencia de género concreta las funciones de cada perfil: recogida de información y acogida en el recurso residencial, regulación de la situación sanitaria y administrativa, asignación de profesionales de referencia y seguimiento coordinado de mujeres y menores. Esta participación multidisciplinar favorece una atención integral, coherente y continuada a lo largo del proceso asistencial.

4. Colaboración intersectorial (máximo 150 palabras)

La práctica incorpora una colaboración intersectorial estructurada entre el Centro de Salud Malvarrosa y el Centro de Emergencia para mujeres víctimas de violencia de género de Valencia, recurso residencial financiado por la Generalitat Valenciana y gestionado por una entidad social especializada. El protocolo conjunto define circuitos de derivación, intercambio de información sanitaria con garantías legales y coordinación entre el equipo del CEM (psicología, trabajo social, educadoras) y los profesionales de atención primaria. Además, se mantienen vínculos habituales con otros dispositivos del territorio, como la Unidad de Salud Mental, la Unidad de Conductas Adictivas, la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y los servicios sociales municipales, que permiten abordar de forma integral situaciones de violencia, vulnerabilidad y riesgo en mujeres y menores. Esta red intersectorial refuerza la continuidad asistencial y la protección social más allá del ámbito estrictamente sanitario

5. Evaluación (máximo 150 palabras)

La buena práctica se evalúa utilizando los indicadores asistenciales recogidos en los sistemas corporativos (ABUCASIS) y en la Memoria anual del Centro de Salud Malvarrosa, junto con la información procedente del protocolo CEM y de las comisiones internas. Se monitoriza la demora en las citas de medicina y enfermería, el número de pacientes identificados con NECPAL, las valoraciones de Barthel, la actividad domiciliaria y comunitaria y la actividad derivada del circuito de violencia de género (citas urgentes, derivaciones a salud mental, UCA y planificación familiar). Estos datos se revisan periódicamente en reuniones de equipo, en la Comisión de Urgencias y en la Comisión de Calidad, donde se identifican desviaciones y se proponen ajustes organizativos. El Consejo de Salud aporta la visión de la comunidad y de otros recursos del barrio, incorporando sus observaciones a la planificación y a la revisión de los circuitos cuando se considera necesario.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: Se adjunta un único PDF comprimido que incluye la memoria completa de la buena práctica del Centro de Salud Malvarrosa junto con anexos esenciales: extracto del Manual de Acogida y del Reglamento interno, certificado ISO 9001 y flujograma del protocolo de coordinación con el Centro de Emergencia para mujeres víctimas de violencia de género, protocolo de menores no acompañados, como evidencias de la organización, la calidad, los resultados obtenidos y la coordinación intersectorial del modelo