

EL HOSPITAL DEL FUTURO



EL HOSPITAL DEL FUTURO

Un proyecto de la Sociedad Española de Medicina Interna para el Sistema Nacional de Salud. Elaborado con la colaboración de la Fundación IMAS.
2019-2020

COMITÉ DIRECTOR DEL PROYECTO

DIRECTOR CIENTÍFICO

- Ricardo Gómez Huelgas. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna. Jefe de Servicio Hospital Regional Universitario de Málaga.

COMITÉ DIRECTOR

- Raquel Barba. Jefa de Servicio de Medicina Interna y Gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles).
- Xavier Corbella. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Bellvitge. Secretario General de la European Federation of Internal Medicine.
- Javier García Alegría. Director del Área Médica de la Agencia Sanitaria Costa del Sol (Marbella, Málaga).
- M^a Teresa Herranz. Jefa de Sección de Medicina Interna del Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia). Ex-Consejera de Sanidad de la Región de Murcia.
- Ignacio Vallejo. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Coordinador del Grupo de Trabajo “Paciente pluripatológico y edad avanzada” de la SEMI.

DIRECTOR TÉCNICO DEL PROYECTO

- Javier Elola Somoza. Director de la Fundación IMAS.

GRUPO DE TRABAJO “LA MEDICINA INTERNA Y EL MÉDICO INTERNISTA EN EL HOSPITAL DEL FUTURO”

COORDINADOR

- Jesús Díez Manglano. Hospital Royo Villanova (Zaragoza). Vicepresidente 1º de la Sociedad Española de Medicina Interna.

GRUPO DE TRABAJO

- José M. Porcel, Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lérida).
- Julio Sánchez Álvarez. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Antonio Zapatero Gaviria. Jefe de Servicio de Medicina Interna y Director Médico del Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Javier Moreno Díaz. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Huesca. Secretario del Grupo de Trabajo de Formación de la SEMI.
- Montserrat Chimeno Viñas. Servicio de Medicina Interna Complejo Asistencial de Zamora. Presidenta de la Sociedad Castellano-Leonesa-Cántabra de Medicina Interna.
- María Isabel Pérez Soto. Jefa del Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinalopó (Elche).
- Máximo Bernabeu Wittel. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).
- Emilio Casariego Vales. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti (Lugo).
- Ana Maestre Peiró. Hospital de Vinalopó (Elche). Tesorera de la Sociedad Española de Medicina Interna.
- Juani Carretero Gómez. Jefa de Servicio. Hospital de Zafra. Vicepresidenta 2ª de la Sociedad Española de Medicina Interna.
- Carlos Lumbreras Bermejo. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid). Secretario General de la Sociedad Española de Medicina Interna.
- Carmen Suarez. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

GRUPO DE TRABAJO “ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICA Y AGUDAMENTE ENFERMO EN EL HOSPITAL DEL FUTURO”

COORDINADOR

- Ricardo Gómez Huelgas. Jefe de Servicio Hospital Regional Universitario de Málaga. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna.

GRUPO DE TRABAJO

- Albert Ariza. Presidente electo de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Cuidados Agudos Cardiovasculares. Sociedad Española de Cardiología (SEC)
- Diego Ayuso. Secretario del Consejo General de Enfermería.
- José Luis Baquero. Foro Español de Pacientes.
- Fernando Carballo. Presidente de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME).
- Oliver Marín-Peña. Representante de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT).
- Germán Peces Barba. Vicepresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).
- Víctor Soria Aledo. Asociación Española de Cirujanos (AEC).
- Josep Trenado Álvarez. Secretario de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Sociedad Española de Neurología (SEN).
- Unidades Coronarias (SEMICYUC).

GRUPO DE TRABAJO “ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO Y DE EDAD AVANZADA”

COORDINADOR

- Ricardo Gómez Huelgas. Jefe de Servicio Hospital Regional Universitario de Málaga. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna.

GRUPO DE TRABAJO

- Alianza General de Pacientes.
- José Luis Baquero. Foro Español de Pacientes.
- Fernando Carballo. Presidente de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME).
- José Luis Cobos. Secretario del Consejo General de Enfermería.
- Magdalena Domínguez. Gerente del Consejo General de Trabajo Social.
- Josep Farrés. Sociedad española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
- Alfredo de Pablos. Asociación de Pacientes con Pluripatología y Crónicos.
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes.
- José Antonio Quevedo. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).
- Francisco José Saez. Coordinador GdT en Gestión de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).
- José Antonio Serra Rexach. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).

ÍNDICE

PARTE I. EL HOSPITAL DEL FUTURO

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | ANTECEDENTES | 12 |
| 2. | OBJETIVOS..... | 15 |
| 3. | TENDENCIAS Y CAMBIOS EN EL ENTORNO | 16 |
| 3.1. | ENTORNO ECONÓMICO. POR QUÉ LA GESTIÓN CLÍNICA ES UN MEDIO PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS | 16 |
| 3.2. | PROFESIONALISMO. EL FUNDAMENTO ÉTICO COMPROMETIDO CON LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA ASISTENCIA SANITARIA..... | 17 |
| 3.3. | EL ENVEJECIMIENTO Y LA CRONICIDAD COMO GRAN RETO PARA EL SNS Y LA NECESIDAD DE UN CAMBIO EN EL MODELO ASISTENCIAL..... | 20 |
| 3.4. | LAS PROYECCIONES EPIDEMIOLÓGICAS PREDICEN UN INCREMENTO DE LA CARGA DE ENFERMEDAD..... | 24 |
| 3.5. | LAS EXPECTATIVAS DE LOS CIUDADANOS..... | 25 |
| 3.6. | EL CIUDADANO Y EL PACIENTE COMO GESTORES DE SALUD..... | 27 |
| 3.7. | LA INNOVACIÓN FARMACÉUTICA Y TECNOLÓGICA | 28 |
| 3.8. | LA “DIGITALIZACIÓN” EN SANIDAD..... | 29 |
| 3.9. | ¿CUÁLES SON LAS “SEÑALES” DEL ENTORNO HACIA LOS HOSPITALES? RESUMEN..... | 31 |
| 4. | LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN EL SNS..... | 34 |
| 4.1. | DESIGUALDADES INTERTERRITORIALES EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y EN RESULTADOS EN SALUD | 34 |
| 4.2. | SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS DEL SNS. EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO Y AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO..... | 35 |
| 4.3. | ASOCIACIÓN ENTRE VOLUMEN Y RESULTADOS..... | 37 |
| 4.4. | SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS DEL SNS. GESTIÓN POR PROCESOS..... | 39 |
| 4.5. | REDES DE UNIDADES ASISTENCIALES | 40 |
| 4.6. | MEDICIÓN DE RESULTADOS Y COSTES. EL RETO DE LA TRANSPARENCIA..... | 41 |
| 4.7. | ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN EL SNS SOBRE EL “HOSPITAL DEL FUTURO”? | 42 |
| 5. | PROPUESTA DE LÍNEAS DE DESARROLLO DEL HOSPITAL DEL FUTURO..... | 43 |
| 5.1. | EVITAR LA UNIFORMIDAD | 45 |
| 5.2. | EL HOSPITAL EN EL MARCO DE LA RED ASISTENCIAL | 45 |
| 5.3. | ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL | 47 |
| 5.3.1. | ÁREAS ASISTENCIALES..... | 47 |
| 5.3.2. | ÁREAS CLÍNICAS DE SOPORTE ASISTENCIAL..... | 49 |

| | | |
|--------|--|----|
| 5.4. | UNA REFERENCIA A OTROS ASPECTOS DE LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN NO ESTRICTAMENTE “ASISTENCIALES” | 51 |
| 5.4.1. | EL “NUEVO” HOSPITAL Y LA ORGANIZACIÓN “DUAL” | 51 |
| 5.4.2. | CONTROL DE GESTIÓN..... | 51 |
| 5.4.3. | SISTEMAS DE INFORMACIÓN. DIGITALIZACIÓN..... | 52 |
| 5.5. | ESTÁNDARES RELATIVOS A LA “EXPERIENCIA DEL PACIENTE” Y LOS DISTINTOS DOMINIOS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL..... | 53 |
| 5.6. | ESTÁNDARES RELATIVOS A LA GESTIÓN CLÍNICA | 54 |
| 5.7. | LA NECESIDAD DE DESARROLLAR INDICADORES DE RESULTADOS..... | 55 |
| 6. | CONCLUSIONES Y PROPUESTAS..... | 57 |
| 6.1. | CONCLUSIONES | 57 |
| 6.2. | PROPUESTAS..... | 58 |
| 6.3. | EL PAPEL DE LA MEDICINA INTERNA Y DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS EN EL HOSPITAL DEL FUTURO..... | 60 |
| 6.4. | EPILOGO..... | 63 |
| | ANEXO 1. EL NUEVO MODELO DE ASISTENCIA “CLÍNICA” PROPUESTO EN EL FUTURE HOSPITAL | 64 |
| | ANEXO 2. DECÁLOGO DE PACIENTES DE LA DECLARACIÓN DE BARCELONA..... | 67 |
| | ANEXO 3. ESTÁNDARES DE GESTIÓN CLÍNICA. ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDAMENTE ENFERMO HOSPITALIZADO | 68 |
| | ANEXO 4. ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO..... | 70 |

PARTE II. LA ASISTENCIA AL PACIENTE AGUDA Y CRÍTICAMENTE ENFERMO

| | | |
|---------|--|----|
| II.1. | ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE AGUDO..... | 74 |
| II.1.1. | EVIDENCIA DISPONIBLE EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL..... | 74 |
| II.2. | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 81 |
| II.1.1. | CONCLUSIONES | 81 |
| II.1.2. | PROPUESTAS..... | 82 |

PARTE III. LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

| | |
|---|----|
| III. 1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO..... | 86 |
| III.1.1. EVIDENCIA DISPONIBLE EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL..... | 86 |
| III.1.2. EL HOSPITAL EN EL MARCO DE LA RED ASISTENCIAL. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO..... | 87 |
| III.1.3. LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PROPUESTA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”. LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO..... | 88 |
| III.1.4. EL RETO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL..... | 90 |
| III.1.5. ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO..... | 91 |
| III.1.6. EL PAPEL DEL CIUDADANO Y DEL PACIENTE..... | 94 |
| III.1.7. INFORMACIÓN, TRANSPARENCIA Y FINANCIACIÓN..... | 94 |
| III. 2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 95 |

PARTE IV. EL PAPEL DE LA MEDICINA INTERNA Y DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS EN EL HOSPITAL DEL FUTURO

| | |
|---|-----|
| IV.1. ANTECEDENTES..... | 98 |
| IV.1.1. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO..... | 100 |
| IV.1.2. ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO..... | 100 |
| IV.2. LA MEDICINA INTERNA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA..... | 101 |
| IV.2.1. DIVERSIDAD ORGANIZATIVA, NECESARIA. VARIABILIDAD NO JUSTIFICADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, INDESEABLE..... | 102 |
| IV.2.2. EL HOSPITAL EN EL MARCO DE LA RED ASISTENCIAL..... | 102 |
| IV.2.3. LA MEDICINA INTERNA EN LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PROPUESTA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”..... | 103 |
| IV.2.4. EL RETO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL..... | 105 |
| IV.2.5. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA MEDICINA INTERNA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”..... | 105 |
| IV.3. LA ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES DE MEDICINA INTERNA..... | 112 |
| IV.3.1. INTERNISTAS EN EL SNS..... | 112 |
| IV.3.2. ESTRUCTURA DE EDAD Y GÉNERO DE LOS INTERNISTAS EN EL SNS..... | 113 |
| IV.3.3. RELACIONES CONTRACTUALES..... | 115 |
| IV.3.4. LA DIVISIÓN TECNOLÓGICA POR EDAD Y GÉNERO..... | 116 |
| IV.3.5. ESTIMACIÓN DE LAS NECESIDADES DE MÉDICOS INTERNISTAS..... | 117 |

| | | |
|----------|--|-----|
| IV.3.6. | LA TASA DE REPOSICIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS..... | 119 |
| IV.4. | EL PERFIL DEL MÉDICO INTERNISTA EN LA SANIDAD DEL FUTURO | 121 |
| IV.4.1. | PROFESIONALISMO..... | 122 |
| IV.4.2. | CONOCIMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO Y SOCIAL..... | 122 |
| IV.4.3. | GESTIÓN CLÍNICA..... | 123 |
| IV.4.4. | CONTINUIDAD ASISTENCIAL..... | 123 |
| IV.4.5. | COMPETENCIAS EN LIDERAZGO Y GESTIÓN DE EQUIPOS..... | 123 |
| IV.4.6. | COMPETENCIAS EN DIGITALIZACIÓN..... | 124 |
| IV.4.7. | COMPETENCIAS EN INTERACCIÓN CON PACIENTES Y ASOCIACIONES DE PACIENTES..... | 125 |
| IV.4.8. | COMPETENCIAS EN INVESTIGACIÓN..... | 125 |
| IV.4.9. | COMPETENCIAS DOCENTES Y EN FORMACIÓN..... | 126 |
| IV.4.10. | COMPETENCIAS ESPECÍFICAS..... | 126 |
| IV.4.11. | COMPETENCIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO..... | 127 |
| IV.4.12. | COMPETENCIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE AGUDO..... | 127 |
| IV.5. | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 129 |
| | REFERENCIAS..... | 133 |

TABLAS

| | | |
|------------|---|-----|
| TABLA 1. | ORIENTACIONES PARA EL DISEÑO DEL HOSPITAL DEL FUTURO..... | 43 |
| ANEXO 2. | TABLA 1. DECLARACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE PACIENTES Y VOLUNTARIOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD..... | 67 |
| ANEXO 3. | TABLA 1. ESTÁNDARES DE GESTIÓN CLÍNICA. ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDAMENTE ENFERMO HOSPITALIZADO..... | 68 |
| TABLA 2.1. | ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDAMENTE ENFERMO HOSPITALIZADO..... | 78 |
| TABLA 3.1. | EL CAMBIO CONCEPTUAL DEL “HOSPITAL”..... | 88 |
| TABLA 4.1. | EL CAMBIO CONCEPTUAL DEL “HOSPITAL”..... | 103 |
| TABLA 4.1. | DIFERENCIAS EN LA ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS POR VOLUMEN DE HOSPITAL..... | 114 |
| TABLA 4.2. | TIPOLOGÍA DE CONTRATOS POR VOLUMEN DE HOSPITAL..... | 116 |
| TABLA 5.1. | ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION (ACGME) CORE COMPETENCIES..... | 121 |

FIGURAS

| | |
|--|-----|
| FIGURA 1. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA AJUSTADA A RIESGO POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN HOSPITALES DE “BAJO” Y “ALTO” VOLUMEN | 37 |
| FIGURA 2. EL HOSPITAL EN RELACIÓN CON LAS REDES DE UNIDADES ASISTENCIALES | 47 |
| FIGURA 3. MATRIZ DE ÁREAS “ASISTENCIALES” Y CLÍNICAS..... | 50 |
| FIGURA 4. JERARQUIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESTADOS ⁸ | 56 |
| FIGURA 2.1. ORGANIZACIÓN MATRICIAL DEL HOSPITAL. MATRIZ DE ÁREAS “ASISTENCIALES” Y CLÍNICAS..... | 77 |
| FIGURA 3.1. ORGANIZACIÓN MATRICIAL DEL HOSPITAL. MATRIZ DE ÁREAS “ASISTENCIALES” Y CLÍNICAS..... | 89 |
| FIGURA 4.1. ESTRUCTURA DE EDAD Y SEXO DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS EN LAS UMI..... | 114 |
| FIGURA 4.2. DIFERENCIAS EN LA ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS POR VOLUMEN DE HOSPITAL..... | 115 |

PARTE I.
EL HOSPITAL DEL FUTURO



1. ANTECEDENTES

En 1987 se publicó el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprobaba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el extinto INSALUD. La norma obedecía a la corriente “gerencialista” de gestión de los servicios sanitarios públicos, creando una estructura de gestión piramidal, con un gerente a la cabeza y tres direcciones (médica, de enfermería y de gestión). Sin embargo, el Real Decreto 521/1987 no otorgaba a los hospitales autonomía alguna de gestión, manteniéndolos como centros de gasto del INSALUD. El Real Decreto 571/1990 completó la reforma de la gestión de la asistencia especializada, adscribiendo los ambulatorios de especialidades al hospital de su área sanitaria. Desde 1987 hasta la actualidad se ha mantenido básicamente la estructura organizativa y de gestión de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS). La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, avaló formas de gestión pública distintas a las administrativas que, a pesar de que la información disponible parece mostrar que son más eficientes^{1,2,(1)}, no se han generalizado. Los intentos de organizar los hospitales en base a las “unidades de gestión clínica” tampoco han fructificado, salvo en centros muy específicos -Hospital Clínic de Barcelona^{3,4,5,(2)}, y los “institutos” creados por el INSALUD⁶ tienen una autonomía muy limitada.

⁽¹⁾ No nos estamos refiriendo aquí a formas de gestión “indirecta”, mediante concesiones administrativas públicas, que tienen otro marco de debate.

⁽²⁾ La organización del Hospital Clínic se basa en un sistema asistencial en forma de institutos y centros enfocados al paciente. De esta manera, realiza una asistencia lo más personalizada posible, avanza hacia una gestión descentralizada e implanta progresivamente el modelo de gestión clínica o managed care, con responsabilidad creciente de los profesionales sanitarios en la gestión de recursos. Los 11 institutos y centros, organizados por especialidades, son:

- Centro de Diagnóstico Biomédico, CDB
- Centro de Diagnóstico por la Imagen Clínic, CDIC
- Instituto Clínic Cardiovascular, ICCV
- Instituto Clínic de Especialidades Médicas y Quirúrgicas, ICMEQ
- Instituto Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, ICGON
- Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabólicas, ICMDDM
- Instituto Clínic de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas, ICMHO
- Instituto Clínic de Medicina Interna y Dermatología, ICMiD
- Instituto Clínic de Neurociencias, ICN
- Instituto Clínic de Nefrología y Urología, ICNU
- Instituto Clínic de Oftalmología, ICOF
- Instituto Clínic Respiratorio, ICR

Disponible en: <https://www.hospitalclinic.org/es/el-clinic/modelo-organizativo/institutos-centros-y-servicios>, consultado el 25.01.19.

Frente a la limitada capacidad innovadora del SNS, existe una tendencia internacional a introducir profundas reformas en los sistemas sanitarios, incluidos los “servicios nacionales de salud” de los países desarrollados. En búsqueda de “añadir valor” a la gestión sanitaria^{7-9,(3)}, son numerosas las iniciativas de reforma de los hospitales públicos en países con sistemas sanitarios similares al SNS. La organización del Karolinska Hospital se fundamenta en los “bloques de procesos” identificados^{10,(4)}; y la de los hospitales daneses en la “gestión departamental” (unidades clínicas)¹¹⁻¹³. En el Reino Unido, el Royal College of Physicians (RCP) ha propuesto las reformas organizativas y de gestión para adaptar los hospitales a las necesidades actuales y del futuro inmediato¹⁴. La misma existencia de “hospital” está cuestionada¹⁵.

El presente informe, “Visión del Hospital en la Sanidad del s. XXI” tiene como antecedentes inmediatos dos trabajos previos. El primero, como análisis marco de la elaboración de los estándares de las unidades de Medicina Interna¹⁶, “Visión de la Medicina Interna en la sanidad del s. XXI”¹⁷ señalaba que “difícilmente se puede elaborar un documento sobre estándares similar a *Consultant physicians working with patients*¹⁸, sin que exista una visión de las características de “*Future Physician*”¹⁹ o del “*Future Hospital*”¹⁴ y, por tanto, se centraba en el análisis de las “amenazas” y “oportunidades” que el entorno genera para la Medicina Interna en España y el Sistema Nacional de Salud (SNS). El segundo trabajo, elaborado para la Sociedad Española de Cardiología, “La Cardiología y el Cardiólogo del Futuro”²⁰, analizó -entre otros aspectos- los factores que previsiblemente influirán en la configuración de la sanidad y, por tanto, de la cardiología del futuro. Asimismo, los trabajos de la Fundación IMAS para varias sociedades científicas, incluyendo la SEMI, ofrecen una información relevante para analizar las tendencias de la sanidad y, especialmente, de los hospitales del SNS²¹⁻²⁷.

El informe “*Future Hospital*” situaba al hospital general de agudos dentro de la red asistencial y proponía organizar el hospital en relación con dos grandes líneas

⁽³⁾ Conviene, probablemente, reproducir aquí la estrategia para “añadir valor” propuesta por Porter: 1. Organización en unidades de gestión clínica; 2. Medir resultados y costes por paciente; 3. Financiar por procesos “completos”; 4. Integrar la prestación de servicios de diferentes centros; 5. Extender los servicios “excelentes” geográficamente; y 6. Implantar una plataforma de sistemas de información.

⁽⁴⁾ “patient’s health care journey”. Los bloques (“themes”), son: envejecimiento; cáncer; salud de la mujer e infancia; cardiovascular; inflamación e infección; neurociencias; traumatología y rehabilitación. Disponible en: <https://www.karolinska.se/en/karolinska-university-hospital/about-karolinska/our-operating-model/about-our-thematic-organisation/>; consultado el 08.01.19.

asistenciales: la interfaz hospital-comunidad y el “núcleo” de asistencia “aguda”, lo que llevaba a cambios importantes en la estructura de gestión hospitalaria. Muchas de las propuestas de “*Future Hospital*” son probablemente aplicables -adaptándolas- a la configuración del SNS. Sin embargo, parece razonable hacer una reflexión sobre el entorno específico en el que se va a desenvolver el SNS en el futuro inmediato y cuál debe ser la configuración del hospital general en dicho contexto, siendo este uno de los objetivos de este informe.

En los más de 30 años transcurridos desde la publicación del RD 521/1987 se han producido importantes cambios poblacionales, económicos, sociales, etc. en la sociedad española. Si los servicios públicos deben responder a las necesidades y demandas de la población, los hospitales (en la práctica, todo el sistema sanitario público) tienen la obligación de introducir profundas reformas para adaptarse a esos cambios. Las reformas precisas requieren un cambio de paradigma, pues “añadir valor” en sanidad (es decir, prestar aquellos servicios que mejoran la salud) exige sustituir el enfoque gerencialista de los 80 por el de gestión clínica ⁽⁵⁾. La propuesta de estas reformas es el otro objetivo general de este documento.

⁽⁵⁾ “Gestión Clínica” es un término desacreditado en España, por su orientación economicista que, en la mayoría de los casos, no se ha acompañado de una transferencia de autonomía a los profesionales. Este documento mantiene el término porque existe una literatura internacional que lo avala, y adopta la definición que en su día elaboró FACME y la Alianza para el Desarrollo de la Gestión Clínica en el SNS (2013): **descentralizar el poder y la responsabilidad de la toma de decisiones de gestión hacia los profesionales, mejorando la relación entre la calidad y el coste de los servicios** (<http://facme.es/informacion/comunicados/>). Los principios para el desarrollo de la gestión clínica se expresan en el siguiente decálogo:

1. Prestar asistencia sanitaria de acuerdo con los principios del SNS y del correspondiente servicio de salud de la Comunidad Autónoma.
2. Promover una atención integral centrada en el paciente.
3. Debe permitir la transferencia de responsabilidad y riesgos a través de la autonomía de gestión.
4. Facilitar el control y evaluación del Servicio de Salud, mediante una gestión e información transparente.
5. Conllevar una gestión guiada por la eficiencia clínica.
6. Incorporar un modelo de incentivos ligados a la calidad y eficiencia.
7. Debe promover la innovación e investigación, permitiendo el desarrollo de alianzas con la Universidad, la industria, etc.
8. Contribuir a garantizar un modelo de formación pre y postgrado de alta calidad.
9. Tiene que reutilizar los ahorros que se generen para mejoras que reviertan en la atención sanitaria y ayuden a conseguir los fines sociales del sistema sanitario público.
10. Fomentar alianzas con la sociedad civil (asociaciones de pacientes, ONG, etc.).

2. OBJETIVOS

Los objetivos principales de este informe son:

1. Analizar las tendencias y cambios del entorno que influirán sobre las necesidades de asistencia sanitaria y, en relación con esta, la estructura, procesos y estándares de la atención en el hospital general de agudos del SNS en el inmediato futuro.
2. Revisar la evidencia disponible, especialmente la relativa al SNS, sobre aspectos organizativos y de gestión que se asocian con una mayor eficiencia y calidad en la asistencia sanitaria.

No se analizan en este informe aspectos relativos a la investigación y desarrollo, docencia y formación continuada, no porque no se consideren relevantes e inseparables de la actividad asistencial, sino por focalizarlo en los aspectos de organización asistencial.

3. TENDENCIAS Y CAMBIOS EN EL ENTORNO ⁽⁶⁾

3.1. ENTORNO ECONÓMICO. POR QUÉ LA GESTIÓN CLÍNICA ES UN MEDIO PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS

El gasto sanitario público sobre el PIB en España es uno de los más bajos de la Unión Europea de los 15. Las previsiones económicas de la OCDE para 2018 y 2019 sitúan el crecimiento del PIB de España en cifras ligeramente superiores al 2%⁽⁷⁾, mientras que la tendencia de gasto sanitario en todos los países de la OCDE es crecer a un ritmo superior al del PIB²⁸. La tensión entre la tendencia inflacionista del gasto sanitario y las políticas de consolidación fiscal hacen previsible que se mantengan los controles sobre el gasto sanitario público, así como una mayor exigencia en empleo eficiente de los recursos públicos que se dedican a la sanidad y “*accountability*” (rendir cuentas sobre la utilización de los mismos).

España ha sido uno de los países de la OCDE que más ha recortado el gasto sanitario per cápita²⁹. El programa de estabilidad y del plan presupuestario 2019-22 del Reino de España (2018-2021) prevé un ligero crecimiento del gasto sanitario público hasta el 6,4% en 2030 ⁽⁸⁾.

En un entorno económico que no predice incrementos sustanciales de financiación y con unos factores de crecimiento del gasto sanitario (envejecimiento, cronicidad, multimorbilidad, innovación farmacéutica y tecnológica, expectativas ciudadanas) que empujan hacia una mayor demanda asistencial y un mayor gasto sanitario, la alternativa a los recortes (estrategia seguida por el SNS en el período 2009-2014) es el incremento de la eficiencia, aspecto que será recurrente a lo largo de este análisis. Hay una creciente evidencia de que la implicación de los médicos en la gestión aumenta la calidad y la eficiencia en la gestión sanitaria^{30,31}, mientras que el “gerencialismo” parece tener una

⁽⁶⁾ Actualizado de: “Visión del Hospital en la Sanidad del s. XXI” (2016) y “La Cardiología y el Cardiólogo del Futuro” (2018).

⁽⁷⁾ <http://www.oecd.org/economy/spain-economic-forecast-summary.htm>

⁽⁸⁾ http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/170503_np_estabilidad.pdf.

limitada eficacia³². **El hospital del futuro en el SNS deberá organizarse de forma que promueva la implicación de los profesionales en su gestión y esta premisa no tiene solamente justificación en la mejora de la calidad y eficiencia, sino que tiene un fundamento ético: el profesionalismo.**

El hospital del futuro en el SNS deberá organizarse de forma que promueva la implicación de los profesionales en su gestión para mejorar la calidad y aumentar la eficiencia de los servicios sanitarios

3.2. PROFESIONALISMO. EL FUNDAMENTO ÉTICO COMPROMETIDO CON LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Existe una marcada tendencia en los países occidentales desarrollados hacia el profesionalismo y la autorregulación^{33,34}, actividades que desarrollan en general las sociedades científicas. En 2002, la *American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*, la *American College of Physicians Foundation* y la *European Federation of Internal Medicine* publicaron conjuntamente "*Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*"³⁵. Profesionalismo se entiende como la base del contrato de la medicina con la sociedad. Sus principios fundamentales son ⁽⁹⁾:

- La **primacía del bienestar del paciente**. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no deben poner en peligro este principio.
- La **autonomía del paciente**. Los médicos deben tener respeto por la autonomía del paciente. Los médicos deben ser honestos con sus pacientes y darles la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. Las decisiones de los pacientes sobre su cuidado deben prevalecer, siempre y cuando esas decisiones estén en consonancia con la práctica ética y no conduzcan a demandas de atención inapropiada.
- La **justicia social**. La profesión médica debe promover la justicia en el sistema de atención de salud, incluida la distribución equitativa de los recursos sanitarios. Los

⁽⁹⁾ <http://www.abimfoundation.org/~media/Foundation/Professionalism/Physician%20Charter.ashx?la=en>

médicos deben trabajar activamente para eliminar la discriminación en la atención de salud, ya sea por motivos de raza, sexo, nivel socioeconómico, etnia, religión, o cualquier otra categoría social.

Estos principios fundamentales conllevan los siguientes compromisos:

- Con la competencia profesional.
- De honestidad con los pacientes.
- De confidencialidad.
- De mantener relaciones apropiadas con los pacientes.
- Con la mejora de la calidad de la asistencia.
- Con la mejora en la accesibilidad a la asistencia.
- Con la justa distribución de unos recursos finitos.
- Con el conocimiento científico.
- Con el mantenimiento de la confianza mediante la gestión de los conflictos de interés.
- Con las responsabilidades profesionales. Como miembros de una profesión, se espera que los médicos trabajen en colaboración para maximizar la atención al paciente y participar en los procesos de autorregulación.

Con independencia de otras iniciativas de la SEMI y otras sociedades científicas, como la recertificación, el establecimiento de estándares y procesos de acreditación de Unidades de Medicina Interna (UMI), recomendaciones de “no hacer”, etc. el compromiso con la calidad y eficiencia conlleva no solo asumir responsabilidades de gestión, sino que esta sea guiada por los valores del profesionalismo (“las necesidades del paciente en primer lugar”)³¹. *Future Physician* anticipa “una creciente presión para aplicar medidas ‘contundentes’ de productividad sobre el personal y los procedimientos... estas medidas distan de ser perfectas y fracasan en tomar debidamente en cuenta la calidad de la asistencia”, y llama la atención sobre la necesidad de que los médicos se centren en la “efectividad” más que en el “coste-efectividad” (eficiencia). En este sentido, la “gestión clínica” puede ser considerada por las administraciones públicas como una herramienta exclusivamente encaminada al ahorro, sin tener en cuenta los indicadores de calidad y, en definitiva, la eficiencia. Por

el contrario, la gestión clínica entronca con los valores del profesionalismo y con los principios éticos de la Medicina³⁶. La mejora de la eficiencia también descansa en los cambios en las conductas de los pacientes y ciudadanos, sustituyendo el modelo tradicional de los pacientes como “consumidores” del sistema sanitario por el de “productores” de su propia asistencia sanitaria³⁷.

El hospital del futuro en el SNS deberá diseñar sus servicios en función de los principios fundamentales del profesionalismo (primacía del bienestar del paciente, autonomía del paciente y justicia social)

Para prestar servicios centrados en el paciente, el hospital debe¹⁴:

- Satisfacer los estándares asistenciales fundamentales.
- Valorar la experiencia del paciente tanto como la efectividad clínica.
- Establecer claramente la responsabilidad de la asistencia para cada paciente y comunicársela.
- Establecer como norma una buena comunicación con y sobre el paciente.
- Proveer un efectivo y oportuno acceso a la asistencia, incluyendo citas, pruebas, tratamiento y traslados fuera del hospital.
- Adecuar los servicios para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes, incluyendo a los pacientes vulnerables.
- Diseñar la asistencia para facilitar el autocuidado y la promoción.
- Garantizar que todos los pacientes tengan un plan asistencial que refleje sus necesidades individuales, clínicas y de soporte.
- Establecer sistemas estandarizados para garantizar las transiciones asistenciales.
- Evitar los traslados de habitación de los pacientes, salvo que esto sea preciso para su asistencia.
- Apoyar a los profesionales para que proporcionen una asistencia segura, compasiva y comprometida con la mejora de la calidad. Crear un entorno y una cultura de seguridad en las unidades en los centros sanitarios.

3.3. EL ENVEJECIMIENTO Y LA CRONICIDAD COMO GRAN RETO PARA EL SNS Y LA NECESIDAD DE UN CAMBIO EN EL MODELO ASISTENCIAL

La expectativa de vida en España ha aumentado más rápido que en muchos otros países, siendo en la actualidad la segunda más alta de la OCDE (83,2 años en España y 83,4 años en Japón). Este progreso ha sido impulsado por las grandes reducciones en la mortalidad de enfermedades cardiovasculares tanto entre hombres como entre mujeres³⁸. El INE prevé que en el año 2050 la población de mayores de 65 años prácticamente se duplique, siendo el incremento porcentual mayor en los tramos de edad más altos, llegando a multiplicarse por casi 8 veces el de mayores de 95 años⁽¹⁰⁾. El aumento de la población más envejecida incrementará la frecuentación hospitalaria, pudiendo hacer insostenible el SNS si no se produce un cambio de modelo asistencial.

De mantenerse las actuales tasas de frecuentación, los ingresos en las salas de Medicina Interna se duplicarán en 2050 respecto de 2013 (entre 2005 y 2015 se ha incrementado un 53%). La misma tendencia de aumento de ingresos tendrán otras especialidades médicas, como la cardiología²⁰ y, probablemente, la neumología, si bien más atenuada al tratar ambas especialidades a poblaciones con edad media algo inferior. Aumentos importantes de ingresos hospitalarios son previsibles también en especialidades quirúrgicas, como la traumatología. Como consecuencia del envejecimiento poblacional, los pacientes atendidos por el sistema sanitario son progresivamente más mayores, con mayor prevalencia de comorbilidades^{23,24}, como la desnutrición^{39,40} o la demencia, más frágiles⁴¹⁻⁴⁴ y en los que el proceso de hospitalización puede agravar su vulnerabilidad⁴⁵⁻⁴⁷. La mayor necesidad de cuidados tenderá a aumentar la proporción de pacientes que requieran niveles de cuidados^{148,(11)}.

Las experiencias internacionales muestran que el manejo sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas reduce la frecuentación y las estancias hospitalarias, así como disminuye la tasa de consultas urgentes y el consumo de medicamentos⁴⁹⁻⁵².

⁽¹⁰⁾ INE. Proyecciones de población 2014-2064. Estimación propia.

⁽¹¹⁾ Nivel 1: pacientes trasladados a planta desde unidades de cuidados críticos; pacientes que requieren monitorización o cuidados más frecuentes (ejemplos: observación cada 4 horas; administración continua de O₂; nutrición parenteral); etc.); pacientes que requieren el soporte del servicio de "cuidados intensivos ampliados". Fuente: 48.

El envejecimiento poblacional provocará un aumento de los ingresos hospitalarios de pacientes con edades muy avanzadas, con mayor prevalencia de comorbilidades, fragilidad y dependencia, lo que tenderá a aumentar la duración de la estancia, así como la necesidad de cuidados (mayor proporción de niveles de cuidados 1 que en la actualidad), debiendo adecuar las cargas de trabajo, especialmente de enfermería, a la complejidad.

El hospital del futuro en el SNS deberá insertarse dentro de una red de servicios que garantice la continuidad e integralidad de la asistencia, desarrollando programas de atención sistemática al paciente crónico complejo.

Para llevar a cabo el cambio de modelo sanitario, la Medicina Interna y la Atención Primaria deben desarrollar un papel primordial en el proceso de continuidad asistencial de los pacientes crónicos complejos^{42,55}, así como la enfermería, entre otros aspectos potenciando el papel de la enfermera de enlace o gestora de casos⁵⁵, facilitando una mayor coordinación entre el hospital y los sistemas sociosanitarios. El desarrollo conjunto de un plan de acción personalizado que incorpore al paciente y a otros profesionales (como el trabajador social) debe servir de hoja de ruta para la planificación de la atención sanitaria teniendo en cuenta las necesidades reales de las personas y sus circunstancias personales y familiares.

El grupo de trabajo que elaboró *“Future physician”* concluyó que el cambio más importante para los médicos es el de una rutina dominada por intervenciones puntuales para tratar enfermedades episódicas (asistencia “fragmentada”) a otra presidida por el trabajo en colaboración con un número creciente de pacientes con enfermedades crónicas, ayudando a mantener la estabilidad en sus estilos de vida (asistencia “integrada”). Esto implica la colaboración con los individuos, pero también con comunidades de pacientes con el mismo diagnóstico. Estas comunidades, típicamente formadas y sostenidas *“online”* y por medios de comunicación social, serán cada vez más importantes para el auto-manejo y el soporte mutuo de las enfermedades crónicas. Los médicos necesitarán habilidades “digitales” para conectar con estas comunidades y sentirse cómodos compartiendo los medios que ellas elijan¹⁹.

Future Hospital propuso un nuevo modelo de asistencia sanitaria, del que se derivaban profundos cambios organizativos; este “nuevo modelo” se basa en los siguientes principios ⁽¹²⁾:

- Equipos asistenciales hospitalarios que operan a lo largo del continuo asistencial.
- Equipos asistenciales 7 días a la semana en el hospital.
- Equipos asistenciales 7 días a la semana en la comunidad.
- La continuidad de la asistencia como norma.
- Equipos médicos estables en todas las salas de hospitalización y en los servicios de guardia, enfocados en la atención integral de los pacientes.
- Acceso a la atención especializada coordinada para todos los pacientes.
- Apoyo de las subespecialidades médicas.
- Intensidad de la atención adecuada a las necesidades clínicas y de apoyo de los pacientes.
- Apoyo de Medicina Interna para todos los pacientes hospitalizados, especialmente los pacientes quirúrgicos⁵³.
- Desarrollo de alternativas al ingreso hospitalario y apoyo a los pacientes para facilitar el alta.
- Atención prestada por equipos médicos especializados en entornos comunitarios.
- Atención holística (social y sanitaria) a los pacientes vulnerables.

De estos principios se derivan las siguientes propuestas organizativas dirigidas a garantizar la continuidad asistencial:

- Crear una División Médica que supervise, colabore y coordine los servicios médicos especializados en todo el hospital, así como en el ámbito extrahospitalario ⁽¹³⁾.
- Aumentar el enfoque ambulatorio en la atención a los procesos agudos (hospital de día, hospitalización a domicilio)⁵⁴, apoyo a la recuperación y alta precoz (movilización precoz del paciente, evitar el uso de pañales, prevención de los cuadros confusionales, etc.), con apoyo al paciente:

⁽¹²⁾ La traducción es libre, para adaptarla al contexto del SNS. En el anexo 1 se reproducen íntegramente estas propuestas en su redacción original.

⁽¹³⁾ El equivalente en el SNS pueden ser las “Direcciones de Continuidad Asistencial”, sin embargo, éstas generalmente dependen de la Gerencia, en lugar de la “Dirección Médica”.

- La asistencia ambulatoria a los procesos agudos debe ser la opción predeterminada, salvo que esté indicado el ingreso hospitalario por razones clínicas.
- Se debe planificar la recuperación del paciente desde el momento del ingreso. Esto requiere una revisión proactiva y comunicación con los pacientes, animándolos a una autogestión eficaz de su enfermedad.
- Se deben implantar sistemas de alta temprana con apoyo del paciente y sus cuidadores, lo que puede implicar el desarrollo de equipos de hospitalización a domicilio o el soporte desde Atención Primaria, así como equipos que evalúen las necesidades asistenciales y de apoyo de los pacientes en su domicilio.
- Desarrollar nuevos sistemas de trabajo en colaboración con la Atención Primaria y prestar servicios especializados extrahospitalarios. Las “unidades de pluripatológicos” en Medicina Interna⁵⁵, así como programas de atención sistemática a pacientes crónicos complejos con patologías específicas, como la insuficiencia cardíaca^{56,57}, estarían dentro de esta línea de actuación, así como potenciando el papel de la enfermera de enlace o gestora de casos⁵⁸.
- Desarrollar sistemas que permitan a los hospitales convertirse en el centro de la experiencia clínica y la tecnología de apoyo para su área de influencia, en particular en relación con el diagnóstico y el tratamiento. La información clínica electrónica y los sistemas compartidos de laboratorio⁵⁹ e imagen⁶⁰ están incluidos dentro de esta línea.
- Realizar una evaluación geriátrica global en personas mayores frágiles que acuden a la urgencia hospitalaria.
- Desarrollar enlaces con los servicios psiquiátricos para mejorar la asistencia a las personas con problemas de salud mental.

La continuidad asistencial debe comprender las etapas finales de la vida, prestando soporte al paciente mediante equipos de cuidados paliativos, que en la medida de lo posible faciliten los cuidados necesarios en el entorno familiar y social del paciente^{55,61}. “Future Physician” prevé que “la prestación de asistencia se moverá más cerca del hogar del paciente... pocas personas con condiciones crónicas requerirán acudir al hospital de forma pautada. Las consultas ambulatorias tenderán a desaparecer en muchas especialidades. Cuando se precise una consulta, ésta puede realizarse a distancia,

utilizando nuevas tecnologías o en los centros de salud y no ser necesariamente ser presencial”^{19,(14)}.

3.4.LAS PROYECCIONES EPIDEMIOLÓGICAS PREDICEN UN INCREMENTO DE LA CARGA DE ENFERMEDAD

El cáncer, las enfermedades del área del corazón y las cerebrovasculares son las principales causas de muerte en España⁶². El envejecimiento poblacional y la alta prevalencia en nuestro país de factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo, el empeoramiento de los hábitos alimenticios⁶³, el consumo de alcohol y el tabaquismo^{64,(15)}, hacen prever (de no hacer una política más eficaz en salud poblacional) un aumento de la carga de enfermedad en la población española. Los factores de riesgo son más prevalentes en niveles socioeconómicos más deprimidos^{65,66}, lo que probablemente generará más desigualdades en los niveles de salud de la población.

En relación con la carga derivada de la demencia y a la fragilidad, las proyecciones disponibles muestran un notable incremento vinculado a la evolución demográfica analizada en el apartado anterior^{41,42,67}. La combinación entre las proyecciones demográficas y las tendencias en salud muestra un escenario marcado por un notable aumento de la cronicidad, discapacidad, dependencia y fragilidad⁶⁸, para el que no está preparado el actual modelo sanitario español (ni su prácticamente nula relación con la dependencia) ni -probablemente- los profesionales.

Las tendencias de salud muestran un incremento de factores de riesgo, lo que tenderá a aumentar la carga de enfermedad de la población española. El hospital del futuro en el SNS deberá comprometerse con la salud poblacional, colaborando en acciones de educación para la salud y preventivas en el ámbito comunitario.

¹⁴ Posiblemente cabría añadir “ni necesariamente por un médico”.

⁽¹⁵⁾ La encuesta EDADES⁶⁴ la prevalencia del consumo diario de tabaco en 2017 se situaba en el 34% (población: mayores de 14 y menores de 65 años), retornando a las cifras de 1997, previas a la Ley “antitabaco”. Los niveles de consumo de alcohol se mantienen altos en toda la serie, siendo un factor de riesgo asociado a otras comorbilidades frecuentemente encontrado en hombre jóvenes (18-44 años) dados de alta de las salas de Medicina Interna (datos todavía no publicados).

3.5. LAS EXPECTATIVAS DE LOS CIUDADANOS

Las expectativas de los ciudadanos con respecto al sistema sanitario probablemente convergerán con las de los ciudadanos de los países de la Europa de los 15, en donde son elementos relevantes: 1. la capacidad de elección del usuario, basada en la transparencia sobre el funcionamiento de los servicios; 2. la capacidad del paciente para decidir sobre las alternativas diagnósticas y terapéuticas, sustentada en una información veraz sobre la enfermedad, resultados esperados y calidad de vida⁶⁹; 3. La corresponsabilidad del paciente como productor de salud (se volverá a este concepto más adelante); y 4. La capacidad de respuesta de los servicios sanitarios para adaptarse a las preferencias de los usuarios, incluyendo la rapidez en la atención.

La previsión es que las demandas de capacidad de elección y transparencia de la información, de decisión, de inmediatez de respuesta y de mayor confortabilidad hostelera tenderán a aumentar en el inmediato futuro y que, además, atenderlas será un factor crítico para la legitimación social del sistema^{70,71}. NICE ha desarrollado unos estándares de calidad basados en la “experiencia del paciente”⁷², que atiende a estos aspectos, y el *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) incorpora indicadores de resultados basados en la experiencia del paciente⁽¹⁶⁾. JAMA publicó en 2013 el editorial “*Talking to patient in the 21th Century*”⁷³ que revisa los cambios que los profesionales médicos tendrán que incorporar para adaptarse a los nuevos modelos de práctica clínica. La principal buena práctica sería conseguir que el paciente formulara todas las preguntas que necesite realizar. Otros cambios estarían relacionados con la necesidad de tomar decisiones compartidas, herramientas de comunicación directa e inmediata entre profesionales y pacientes, y la propuesta de una nueva agenda clínica de investigación realizada con los pacientes. El diseño de entornos sanitarios más amigables para el paciente y familiares forma parte de esta adaptación a las demandas de los pacientes, mejorando a la vez los resultados en salud.

Gracias a internet y las nuevas tecnologías, aparecerán nuevos modelos de prestación de servicios sanitarios. Los usuarios esperan resultados inmediatos y el acceso a su analítica, imágenes, etc. No deberían esperar una semana para disponer de

⁽¹⁶⁾ <https://www.ichom.org/why-measure-outcomes/>

una imagen radiológica, de eco o un resultado de laboratorio, o solicitar un permiso de trabajo para sacarse sangre para laboratorio, hacerse una radiografía o revisar los resultados. Portales que integren la historia electrónica y otros sistemas de información departamental o de imagen (PACS) y de laboratorio, tendrán un papel central en la satisfacción y la experiencia del paciente. La telemedicina y el uso de aplicaciones diagnósticas en teléfonos “móviles” inteligentes también jugarán un papel relevante en el futuro sobre este aspecto. Se desarrollará una asistencia basada en la web proveyendo acceso fuera del horario laboral normal, fines de semana y noches.

Las expectativas de los ciudadanos se canalizan en movimientos asociativos y asociaciones de pacientes, cada vez más organizadas y profesionalizadas, que tendrán un papel creciente como interlocutores. Por otra parte, el sistema sanitario deberá adaptarse a las demandas de una ciudadanía más interesada en participar y más exigente, que quiere involucrarse más en la gestión de su salud y que ha nacido en la era digital, por lo que demandará una interacción/comunicación por medios electrónicos más activa.

Para satisfacer las nuevas formas de asistencia será necesario que los profesionales desarrollen y adquieran competencias digitales. Esta demanda precisaría de estrategias de formación promovidas por las instituciones. La integración de marcas profesionales potentes y su reconocimiento en tiempo, recursos e incentivos, puede ser un elemento dinamizador de la incorporación de las redes sociales como punto de encuentro entre pacientes, profesionales y organizaciones. La gestión conjunta entre sanitarios, expertos en comunicación, junto con otros roles profesionales como podría ser el caso de *community managers* propios, puede suponer un salto cualitativo que garantice una mayor visibilidad de las instituciones y la madurez de estas nuevas formas de interacción-asistencia.

3.6. EL CIUDADANO Y EL PACIENTE COMO GESTORES DE SALUD

La educación para la salud, el autocuidado y la implicación de los familiares como co-proveedores forman parte de las estrategias para aumentar la eficiencia de la asistencia sanitaria y disminuir los costes^{51,52}. Desde la percepción del paciente como ciudadano se exige cada vez más transparencia de las instituciones, éstas -todas ellas y especialmente las que deberían tener la consideración de interés público- deben estar abiertas a la rendición de cuentas con acceso público a sus resultados. Una dimensión conexas a las tendencias descritas es la emergencia, cada vez en mayor medida, de conflictos o problemas de índole ética.

La incorporación de la toma de decisiones compartidas, tanto en fase diagnóstica como terapéutica, puede ser un ámbito de aplicación del principio de autonomía del paciente y de la atención centrada en la persona. El objetivo de la toma compartida de decisiones sería “llegar juntos a una conclusión que tenga sentido intelectual (basado en la evidencia científica), emocional (que sirva en la vida del paciente) y práctico (que nos permita ejecutar la decisión y convertirla en realidad)”⁷⁴.

La digitalización será una potente herramienta para incorporar a pacientes y ciudadanos en la gestión de su salud, así como el disponer de la historia clínica compartida en repositorios de acceso controlado pero común o universal. La interacción con el paciente a través de sus terminales digitales estará principalmente dirigida a educación para la salud, autogestión y diagnóstico y servicios “*on line*”^{75,76}.

La incorporación de la persona en el mismo plano que el profesional en la definición de entornos sanitarios más amigables para el paciente y familiares, puede ser una herramienta más para conseguir una verdadera atención centrada en el paciente. El desarrollo hospitalario de comisiones de participación que permitan incorporar la experiencia del paciente en un marco de relación directa con la gobernanza de las instituciones puede ser una forma efectiva y formal de integrar la visión de la persona con el objetivo de mejorar la atención sanitaria.

El hospital del futuro en el SNS deberá incorporar al paciente (y, en su caso, cuidador) como un agente activo en el manejo de su salud, adaptarse a las demandas de los ciudadanos e incorporar a las asociaciones de pacientes como agencias interesadas en la gestión del centro.
El desarrollo de un estándar de calidad basado en la experiencia del paciente puede ser un elemento que contribuya a impulsar el cambio en esta dirección.

3.7. LA INNOVACIÓN FARMACÉUTICA Y TECNOLÓGICA

La introducción de tecnología se ha identificado como el factor más relevante de crecimiento del gasto sanitario en los países occidentales desarrollados⁷⁷, explicando hasta un 50% del crecimiento del gasto en la segunda mitad del siglo XX⁷⁸, y su importancia probablemente se mantendrá en el futuro inmediato⁷⁹. Los distintos informes del Instituto de Prospectiva sobre la introducción de las tecnologías en sanidad han señalado algunos aspectos que se muestran relevantes para la facilitar la incorporación y el uso eficiente de la tecnología: la flexibilidad, el desarrollo de equipos multidisciplinares, el rediseño de las competencias profesionales, la formulación y diseño de carreras profesionales y el desarrollo de perfiles de puestos de trabajo que reflejen e incorporen los cambios tecnológicos⁸⁰⁻⁸⁴.

El documento *“Future physician”*¹⁹, cita los proyectos del gobierno británico que sugieren el logro de avances significativos en los próximos años en nuevos medicamentos, especialmente para el cáncer, así como en los próximos 10 años avances en nanotecnología, robótica y en el cribaje e ingeniería genética, y en los 20 años venideros en medicamentos biotecnológicos, implantes electromédicos y tecnología de las células-madre. ¿Cómo afectarán estos avances a la asistencia sanitaria? Una propuesta de acercamiento a esta prospectiva pueden ser las siguientes predicciones:

- El aumento del intervencionismo endovascular o por otras vías, reemplazando a la cirugía abierta, así como el incremento de la cirugía laparoscópica y mínimamente invasiva, y una mayor integración entre modalidades de imagen (TAC, RM, Eco, Rx, MN) para la planificación y la realización de los procedimientos intervencionistas. Estas tendencias reducirán, para la cirugía mayor y, en general, para los procedimientos intervencionistas, los tiempos de estancia hospitalarios o los harán ambulatorios.

Las innovaciones tecnológicas tenderán a reducir las estancias y “ambulatorizar” los procedimientos intervencionistas, lo que llevará una menor necesidad de camas de hospitalización convencional, a un aumento de los recursos físicos dedicados a la actividad ambulatoria intervencionista y, probablemente, a una intensificación de la asistencia (mayores recursos humanos y tecnológicos por fracción de tiempo en el hospital).

- Monitores sencillos, pequeños y portátiles (también los “weareables”) sustituirán a los monitores tradicionales. Los monitores podrán facilitar nuevos datos, incluyendo la vigilancia de la mejoría o empeoramiento de la salud del paciente debido a cambios en el estilo de vida, nuevos tratamientos, etc. Estos datos estarán disponibles para revisión y almacenamiento en las historias electrónicas, pudiendo ser automatizado como parte de la más amplia tendencia del “internet de las cosas” y la inteligencia artificial probablemente jugará un papel en la monitorización de estos datos y el desarrollo de alertas en pacientes de alto riesgo.

Las innovaciones tecnológicas facilitarán el manejo comunitario y domiciliario de pacientes crónicos complejos, así como el seguimiento de pacientes con factores de riesgo elevado.

3.8. LA “DIGITALIZACIÓN” EN SANIDAD

La innovación tecnológica como factor transformador de la asistencia sanitaria se extiende también a las tecnologías relacionadas con la “digitalización”⁽¹⁷⁾. Por su potencial factor de impacto sobre la organización y gestión de la asistencia sanitaria se les dedica este subapartado. En un trabajo patrocinado por el Observatorio de Prospectiva Industrial y la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitarias⁸⁵, se prevé una transformación progresiva del modelo sanitario hasta evolucionar en un sistema integrado, en cuyo centro esté situado el paciente. Esta visión es muy similar al del *National Health Service* inglés⁸⁶. Al igual que en otros sectores de la industria y de los servicios, la “digitalización” tendrá un enorme impacto en la sanidad:

- Facilitando una atención integral, centrada en el paciente.
- Potenciando el automanejo y el trabajo compartido con comunidades de pacientes.
- Desarrollando la “Medicina de Precisión”, gracias al Big Data y al Data Analytics.
- Mejorando la precisión en el diagnóstico con la ayuda de la Inteligencia Artificial.
- Mejorando el tratamiento con la robótica y la “Realidad Virtual”.

⁽¹⁷⁾ Se utiliza este término que engloba los avances en las TIC; “Big Data”; Data Analytics; “Internet of Things”; Machine Learning; Inteligencia Artificial; 3D Printing; Robótica; y Realidad Virtual.

- Estableciendo nuevas formas de comunicación con el paciente y reduciendo los tiempos de respuesta.
- Aumentando la eficiencia del sistema.

La informática y la inteligencia artificial se alimentarán del manejo de grandes volúmenes de datos ("*big data*"), impulsando nuevas formas de gestión de la asistencia sanitaria. El análisis de grandes volúmenes de datos poblacionales permitirá asimismo identificar a pacientes de alto riesgo susceptibles de cribaje y adopción de medidas preventivas. El "*big data*" también ofrece la posibilidad de desarrollar estudios clínicos retrospectivos, incluyendo la investigación en resultados en salud a corto, medio y largo plazo. La integración de la historia electrónica y de los datos genómicos supondrá un avance fundamental en la Medicina de Precisión. La progresiva digitalización de la sanidad incrementará exponencialmente el volumen de datos sanitarios, lo que obligará a desarrollar competencias para su análisis. La inteligencia artificial tendrá una notable influencia sobre la investigación y desarrollo, la práctica clínica y la salud poblacional.

Los sistemas informáticos de gestión, almacenamiento de imágenes y otros sistemas de datos clínicos tendrán un desarrollo para integrarlos fácilmente con la historia clínica electrónica. Mejorará la interoperabilidad de las Historias Clínicas Electrónicas y la "usabilidad" por los clínicos. La tecnología *blockchain* permitirá una trazabilidad total de todas las interacciones con los pacientes y su registro⁸⁷. Los sistemas informáticos facilitarán la investigación colaborativa y la superespecialización en Red. Los departamentos de tecnología de la información (hospital y sistemas de salud) serán mucho mayores e interconectarán los distintos departamentos en sistemas integrados en el ámbito del sistema sanitario.

El SNS y los hospitales deberían desarrollar potentes departamentos dedicados a la digitalización, que colaboren con los clínicos en la utilización de estas tecnologías para la mejora de la calidad y eficiencia de la asistencia, así como para la formación e investigación.

El seguimiento de dispositivos implantados será realizado de forma remota vía web. La inteligencia artificial será utilizada para identificar a pacientes con necesidad de seguimiento presencial, reprogramación del dispositivo u otras actividades que requieran intervención humana.

Como sucede con otras tecnologías, la curva de incorporación de las ventajas de las TIC al SNS dependerá la disponibilidad de recursos financieros y de la capacidad de cambio estructural y cultural del sistema, incluyendo la formación en nuevas competencias de los agentes de salud, además de la integración de otros perfiles profesionales “no sanitarios”.

Aunque sea difícil pronosticar en detalle cómo afectarán los avances tecnológicos - incluyendo la digitalización- a la asistencia sanitaria, no lo es tanto aventurar algunas tendencias (las destacadas en los recuadros), así como un dramático cambio en la organización y gestión de la asistencia sanitaria y en la configuración de las especialidades médicas y equipos asistenciales, incluyendo la incorporación de profesionales no procedentes de las “ciencias de la salud” (bioingenieros, ingenieros de telecomunicaciones, informáticos, etc.), en mucha mayor medida que en la actualidad.

3.9. ¿CUÁLES SON LAS “SEÑALES” DEL ENTORNO HACIA LOS HOSPITALES? RESUMEN

- Se producirán importantes tensiones entre la capacidad de financiación del sistema sanitario público y los factores de crecimiento del gasto sanitario (envejecimiento, innovación tecnológica, expectativas ciudadanas).
- Las tensiones mencionadas pueden conducir a una crisis del SNS que ponga en riesgo su continuidad si no mejora su eficiencia, calidad y legitimación social. Para garantizar la sostenibilidad del SNS será preciso un cambio en el modelo sanitario y de gestión asistencial, lo que requiere sustituir el modelo gerencialista implantado en 1987 por la estrategia de “añadir valor” en sanidad.
- Para añadir valor, el hospital del futuro en el SNS deberá organizarse de forma que promueva la implicación de los profesionales en su gestión para mejorar la calidad y

aumentar la eficiencia de los servicios sanitarios. La implantación de la “gestión clínica” es el primer paso en la esta estrategia.

- El hospital del futuro en el SNS deberá diseñar sus servicios en función de los principios fundamentales del profesionalismo (primacía del bienestar del paciente, autonomía del paciente y justicia social).
- El envejecimiento poblacional provocará un aumento de los ingresos hospitalarios de pacientes con edades muy avanzadas, con mayor prevalencia de comorbilidades, fragilidad y dependencia, lo que tenderá a aumentar la duración de la estancia y necesidad de cuidados (mayor proporción de camas de nivel de cuidados 1 que en la actualidad), debiendo adecuar las cargas de trabajo, especialmente de enfermería, a la complejidad. Asimismo, otros profesionales sanitarios (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) tendrán aún mayor relevancia en la asistencia hospitalaria.
- El hospital del futuro en el SNS deberá insertarse dentro de una red de servicios que garantice la continuidad e integralidad de la asistencia, desarrollando programas de atención sistemática al paciente crónico complejo.
- Las tendencias de salud muestran un incremento de factores de riesgo, lo que tenderá a aumentar la carga de enfermedad de la población española. El hospital del futuro en el SNS deberá comprometerse con la salud poblacional, colaborando en acciones de educación para la salud y preventivas en el ámbito comunitario.
- El hospital del futuro en el SNS deberá incorporar al paciente (y, en su caso, cuidador) como un agente activo en el manejo de su salud, adaptarse a las demandas de los ciudadanos (la lista de espera no puede seguir siendo el instrumento regulador de la demanda) e incorporar a las asociaciones de pacientes como agencias interesadas en la gestión del centro. El desarrollo de un estándar de calidad basado en la experiencia del paciente puede ser un elemento que contribuya a impulsar el cambio en esta dirección.
- La potenciación de la autonomía del paciente y la incorporación de la toma de decisiones compartidas, requerirán de acciones específicas dirigidas tanto a pacientes y cuidadores como a la formación del personal de salud.
- Para satisfacer las nuevas formas de asistencia será necesario que los profesionales desarrollen y adquieran competencias digitales. La gestión conjunta entre sanitarios, expertos en comunicación, junto con otros roles profesionales (*community managers*), puede dar mayor visibilidad a las instituciones y madurez en las nuevas formas de interacción asistencial.

- Las innovaciones tecnológicas tenderán a reducir las estancias y “ambulatorizar” los procedimientos intervencionistas, lo que llevará una menor necesidad de camas de hospitalización convencional, a un aumento de los recursos físicos dedicados a la actividad ambulatoria intervencionista y, probablemente, a una intensificación de la asistencia (mayores recursos humanos y tecnológicos por fracción de tiempo en el hospital)
- Las innovaciones tecnológicas facilitarán el manejo comunitario y domiciliario de pacientes crónicos complejos, así como el seguimiento de pacientes con factores de riesgo elevado.
- El SNS y los hospitales deberían desarrollar potentes departamentos dedicados a la digitalización, que colaboren con los clínicos en la utilización de estas tecnologías para la mejora de la calidad y eficiencia de la asistencia, así como para la formación e investigación.

4. LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN EL SNS

Los proyectos RECAL y otras iniciativas desarrolladas por las sociedades científicas han desvelado aspectos relevantes de la asistencia hospitalaria en el SNS. Algunos de los aspectos que se deben considerar en relación con las propuestas del Hospital del Futuro se exponen en este apartado.

4.1. DESIGUALDADES INTERTERRITORIALES EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y EN RESULTADOS EN SALUD

El SNS está configurado dentro de un estado de las autonomías en el que existe una importante descentralización de competencias en gestión sanitaria en las Comunidades Autónomas. Los instrumentos de cohesión del SNS son débiles frente a los desarrollados en otros países de la Unión Europea con servicios nacionales de salud^{88,89,(18)}. La evidencia disponible demuestra que en España existen importantes diferencias interterritoriales en procedimientos⁹⁰, en la práctica clínica⁽¹⁹⁾ y, como han demostrado los proyectos RECAL, en resultados en salud²¹⁻²⁷. Las diferencias son todavía más importantes cuando se comparan indicadores de resultados entre hospitales.

La variabilidad de la práctica clínica se traduce en desigualdades de salud, así como en diferencias en eficiencia, por lo que un objetivo es reducir la variabilidad no justificada. Existen varias vías complementarias para reducir estas desigualdades, entre ellas: estandarizar los procesos asistenciales y auditarlos; medir y hacer públicos los resultados en salud de los centros sanitarios; y atender a las relaciones entre volumen y seguridad, regionalizando aquellos servicios y procedimientos cuando sea necesario. Sobre estas medidas se volverá más adelante.

Los hospitales del futuro en el SNS deberán tender a eliminar la variabilidad no justificada en la práctica clínica, introduciendo, entre otras medidas: estandarizar los procesos asistenciales y auditarlos; medir y hacer públicos los resultados; y regionalizar servicios y procedimientos, cuando esté indicado.

⁽¹⁸⁾ El Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa (2008) no ha sido publicado por el Ministerio de Sanidad.

⁽¹⁹⁾ <http://www.atlasvpm.org/>

4.2. SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS DEL SNS. EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO Y AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

El modelo asistencial del SNS está centrado, en gran medida, en la atención del episodio agudo y gestiona con dificultad a los pacientes con enfermedades crónicas y especialmente a aquellos con enfermedades crónicas complejas, en los que concurren en grado variable situaciones de comorbilidad, dependencia y fragilidad. Como ejemplo paradigmático, las tendencias en ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca, diagnóstico principal al alta más frecuente en el SNS y en las UMI, muestran a lo largo del tiempo un aumento del número de episodios de hospitalización y de la tasa de reingresos⁹¹, tendencias que aplican a otros procesos crónicos, como la EPOC⁹². La respuesta del SNS para desarrollar modelos asistenciales que manejen adecuadamente al paciente crónico complejo está siendo lenta: entre 2013 y 2016 la población cubierta mediante programas desarrollados por las UMI para la atención sistemática a estos pacientes creció solamente del 24% al 31%²⁴.

En relación con los procesos agudos, el SNS muestra un mejor desempeño que con los procesos crónicos (por ejemplo, las tasas de mortalidad en el infarto agudo de miocardio se han reducido notablemente⁹³). Sin embargo, RECALMIN ha puesto de manifiesto las importantes brechas en la implantación de un manejo sistemático del paciente agudo y críticamente enfermo^{23,24,94}. En 2016, solamente en un 35% de las UMI se realizaba un pase visita multidisciplinar, un 21% disponía de sistemas de seguimiento, activación y respuesta (servicios ampliados de cuidados críticos)⁹⁵⁻¹⁰⁰ y un 8% contestaba afirmativamente que tenía implantada la guía NICE⁹⁴ o su adaptación al contexto del SNS²⁴. Asimismo, RECALMIN ha mostrado que la dotación de enfermería en las UMI es baja (elevado número de pacientes por enfermera) y que existe una asociación directa entre mayor carga de pacientes por enfermera y peores resultados clínicos¹⁰¹.

La atención integral al paciente agudo y críticamente enfermo en los hospitales generales de agudos del SNS, requeriría la implantación de sistemas de seguimiento y activación, y el desarrollo de equipos de respuesta rápida y servicios ampliados de cuidados críticos, que permitan adecuar la intensidad de los cuidados a las necesidades

asistenciales de cada paciente. La unidad de urgencias, las unidades de enfermería de hospitalización polivalente de agudos y las unidades de cuidados críticos^{102,103} deberían actuar dentro de un continuo asistencial intrahospitalario, que garantizara la máxima seguridad mediante la detección precoz de los síntomas de deterioro. La “asistencia fragmentada” en unidades (urgencias, hospitalización, cuidados críticos) no favorece la implantación de este continuo asistencial. Otro aspecto relacionado con la continuidad asistencial y la atención integral al paciente crítica y agudamente enfermo ingresado en salas de hospitalización convencional distintas a las UMI, especialmente las quirúrgicas, es la implantación de las unidades de asistencia compartida^{53,104,105}.

Un aspecto relevante para la continuidad asistencial y el mantenimiento de la calidad es el aumento de mortalidad detectado en los pacientes ingresados durante los fines de semana, debido al menor volumen y experiencia del personal sanitario, así como la inhabilitación para realizar ciertas pruebas o consultas a personal especialista^{106,107}. El mantenimiento de la calidad asistencial las 24 horas de los siete días de la semana debe ser un objetivo ineludible para el hospital del futuro del SNS.

La planificación y diseño del hospital general de agudos, así como su estructura organizativa y de gestión, deberán cambiar para atender de forma sistemática a los grandes bloques de procesos asistenciales, incluyendo la atención al paciente crónico complejo y al paciente crítica y agudamente enfermo, así como para integrarse dentro de redes asistenciales^{108,(20)}. Una parte relevante de las actividades de estas redes no se realizará en el hospital, sino que abarcará a otros ámbitos asistenciales, como son el hospital “local”, las unidades de convalecencia o media estancia, el centro de salud, el domicilio del paciente o los centros de larga estancia y unidades de cuidados paliativos.

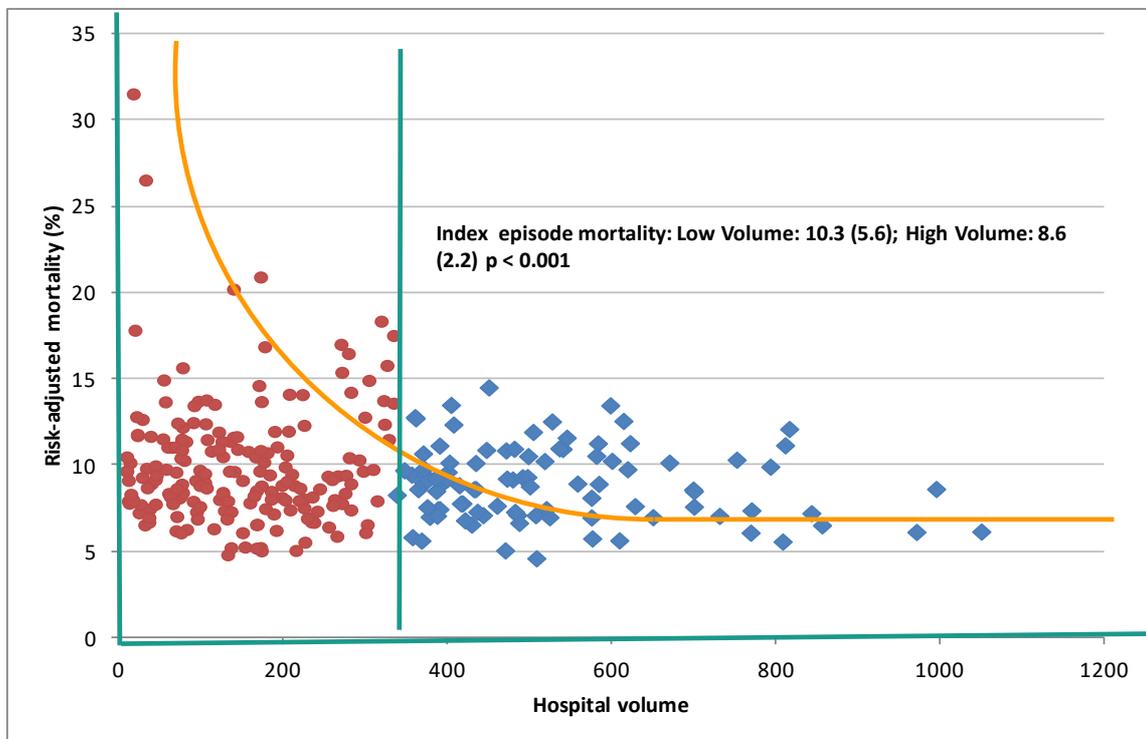
La planificación y diseño del hospital general de agudos, así como su estructura organizativa y de gestión, deberán cambiar para desarrollar una atención sistemática a los grandes bloques de procesos que el hospital maneja, así como para integrarse dentro de redes asistenciales. La unidad de urgencias, las unidades de enfermería de hospitalización polivalente de agudos y las unidades de cuidados críticos deberían actuar dentro de un continuo asistencial.

⁽²⁰⁾ Un ejemplo de este diseño en nuestro entorno es la propuesta de “Organización de la Asistencia Hospitalaria en Málaga para la Atención Integral del Paciente”.

4.3. ASOCIACIÓN ENTRE VOLUMEN Y RESULTADOS

Existe una abundante evidencia científica que muestra una asociación directa entre volumen asistencial y resultados. Esta asociación no solo se refiere a procedimientos quirúrgicos o intervencionistas, sino también a procesos médicos muy frecuentes, como el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca o la neumonía¹⁰⁹. En el SNS se ha hallado esta asociación en el infarto de miocardio¹¹⁰ y la insuficiencia cardiaca¹¹¹, así como en procedimientos intervencionistas como el bypass aortocoronario⁽²¹⁾. El patrón de la asociación entre volumen y resultados encontrado en todos los proyectos RECAL es similar al que se muestra en la figura 1, adaptada de la referencia 111. En centros de bajo volumen se encuentra una gran dispersión de resultados (hay centros de bajo volumen con mortalidad baja), que va disminuyendo en los centros de alto volumen, siendo más bajo el promedio de la mortalidad ajustada por complejidad en estos últimos.

FIGURA 1. PATRÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE VOLUMEN Y RESULTADOS. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA AJUSTADA A RIESGO POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN HOSPITALES DE “BAJO” Y “ALTO” VOLUMEN



⁽²¹⁾ Resultados remitidos a publicación.

La “regionalización”, concentrando la actividad para determinados procesos y procedimientos en algunos centros de referencia, tiene como ventajas los mejores resultados y una mayor eficiencia en la utilización de recursos, pero también inconvenientes, como los problemas de desplazamiento y movilidad en grandes áreas con población dispersa o el crear una brecha tecnológica y de conocimiento entre profesionales de centros de alto y bajo volumen. El balance regionalización y proximidad se puede resolver en la mayoría de las ocasiones con sistemas de movilidad adecuados y el uso de las tecnologías digitales (telemedicina, videoconferencia, etc.). El acceso de los profesionales de los centros de bajo volumen a la tecnología más compleja se puede abordar creando plantillas profesionales vinculadas a la red asistencial, lo que probablemente también pueda evitar problemas de disponibilidad de profesionales en hospitales locales y aumentar la eficiencia en la utilización de los recursos humanos.

La relación entre regionalización de la asistencia especializada y la disponibilidad de recursos sanitarios a nivel local no es una opción entre alternativas contradictorias. La concentración de tecnología y experiencia es precisa para lograr la máxima calidad, seguridad y eficiencia en el uso de los recursos, pero también para garantizar la equidad (acceso a la misma calidad de prestaciones para la misma necesidad). De forma complementaria, mientras algunos servicios necesitan ser centralizados, otros deberán continuar siendo provistos en los hospitales locales, e incluso en ámbitos más próximos al entorno del paciente.

Para aquellos procesos y procedimientos donde hay evidencia de asociación entre volumen y resultados se debe regionalizar la asistencia, para lo que se requiere la disponibilidad de sistemas de movilidad adecuados. El desarrollo de plantillas vinculadas a la red asistencial facilitaría el acceso de profesionales de centros de “bajo volumen” a la complejidad tecnológica, así como facilitaría la disponibilidad de profesionales en hospitales locales.

4.4. SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS DEL SNS. GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos asistenciales es uno de los elementos de la estrategia para “añadir valor”⁷, mejorando la calidad y eficiencia del sistema sanitario al organizar la asistencia en función de las necesidades y expectativas de los pacientes, lo que implica coordinación e integración entre unidades y profesionales de distintas disciplinas¹¹². La integración y coordinación entre unidades y equipos multidisciplinares trasciende en numerosas ocasiones los límites físicos de los hospitales generales de agudos, tanto en la atención al paciente críticamente enfermo (infarto agudo de miocardio¹¹³, ictus¹¹⁴), como en el manejo del paciente crónico complejo⁵⁵. La gestión procesos, por tanto, conlleva una permanente atención a la necesidad de rediseñar la organización, mediante reingeniería o rediseño de sus actividades, persiguiendo la mejora continua de la eficiencia y la calidad de sus servicios. Esta reorientación promueve una organización más transversal y matricial, que es incompatible con la estructura (piramidal), la organización (jerarquizada) y el concepto mismo (institución “cerrada”) del actual hospital general de agudos del SNS, lo que probablemente explica el hecho de que menos del 50% de las UMI hayan implantado alguna forma de gestión por procesos⁽²²⁾, siendo inferior este porcentaje en las UMI de hospitales “locales” (de menos de 200 camas), lo que probablemente está señalando también un escaso desarrollo de las redes asistenciales.

La gestión por procesos asistenciales está poco desarrollada en el SNS, siendo la actual configuración de los hospitales una barrera para su implantación. La gestión por procesos rompe las barreras entre servicios y unidades, así como las del hospital con la Atención Primaria y el entorno socio-comunitario, al organizar la asistencia en relación con las necesidades del paciente.

⁽²²⁾ SEMI. Informe RECALMIN 2017. Disponible en: <https://www.fesemi.org/publicaciones/otras/informe-recalmin-2017>. Consultado el 25.01.19. Los datos de RECALMIN 2019 revelan la misma pobre implantación de una gestión por procesos.

4.5. REDES DE UNIDADES ASISTENCIALES

La gestión por procesos requiere del desarrollo de redes asistenciales, lo que Porter denomina “integrar la prestación de servicios de diferentes centros”. Redes asistenciales son, por ejemplo, las que se generan en relación con el manejo del infarto agudo de miocardio⁹³ o la red entre la UMI y los equipos de Atención Primaria del ámbito de influencia del hospital de las “unidades de pacientes pluripatológicos”⁵⁵. Requisitos para definir una red asistencial son¹¹⁵:

- Contar con un marco geográfico y poblacional definido para un determinado conjunto de procesos o patologías.
- Conocer la relación y características de los recursos que están integrados en la misma (unidades asistenciales y otros recursos sanitarios y, en su caso, sociales).
- Disponer de instrumentos que garanticen la continuidad de los cuidados (protocolos, vías, procesos asistenciales integrados, etc.), conocidos y utilizados por los profesionales de la red asistencial.
- Integrar a los equipos y profesionales asistenciales en los aspectos funcionales (especialmente de sistemas de información) y clínicos (gestión por procesos, gestión de enfermedades).
- Disponer de nuevos sistemas de financiación y pago que promuevan la colaboración, coordinación e integración de los diferentes ámbitos asistenciales de un territorio (Atención Primaria, hospital de agudos, centros sociosanitarios).

Redes son también las que se organizan en relación con unidades que dan soporte a las unidades asistenciales, como pueden ser los “anillos radiológicos”⁶⁰ o las redes de laboratorios vinculadas con un laboratorio clínico central⁵⁹, en las que los límites geográficos y poblacionales pueden ser más imprecisos. Como sucede con los procesos, la estructura y organización de los hospitales del SNS es poco compatible con el desarrollo de redes asistenciales.

Las redes asistenciales trascienden los límites de los hospitales.

4.6. MEDICIÓN DE RESULTADOS Y COSTES. EL RETO DE LA TRANSPARENCIA

El segundo paso en la estrategia de “añadir valor” en sanidad es medir resultados (en salud, calidad de vida o experiencia del paciente) y costes por paciente⁷. El SNS está lejos, por el momento, de disponer de un sistema de indicadores de resultados en salud ajustados a riesgo y de poder compararlos entre Servicios de Salud y hospitales, y aún más distante de tener información fiable sobre costes por servicio y por paciente, lo que imposibilita desarrollar indicadores reales de eficiencia. Dos Comunidades Autónomas (Cataluña y Madrid) han desarrollado sendos observatorios de resultados^{116,117}, siendo un paso en la dirección adecuada; también el Servicio Murciano de Salud⁽²³⁾, aunque en este caso sin ajustes de riesgo. En Andalucía se publican anualmente los resultados comparativos entre hospitales de la mortalidad ajustada a riesgo para las enfermedades médicas y quirúrgicas más prevalentes (Indicadores de calidad en pacientes ingresados (IQI) de la *Agency for Healthcare Research and Quality*).

Desde la perspectiva de los centros sanitarios, añadir valor en asistencia sanitaria precisa poner el foco en los resultados, porque¹¹⁸:

1. Definen el objetivo de la organización (hospital, unidad asistencial).
2. Informan sobre la composición que deben tener los equipos multidisciplinares.
3. Motivan a los clínicos para compartir su desempeño y aprender unos de otros.
4. Identifican reducciones de costes que aumentan el valor (algunos ejemplos se han expuesto en la lección).
5. Facilitan que los sistemas de pago se desplacen de volumen a resultados.

La transparencia en resultados y el benchmarking son aspectos relevantes para la mejora de la calidad de la asistencia¹¹⁹, la información al paciente y al ciudadano y un requisito necesario para financiar por resultados en lugar de por estructura o actividad.

El hospital del futuro del SNS deberá medir sus resultados y costes, hacerlos públicos y comparables con otros centros.

⁽²³⁾ <http://www.serviciomurcianodesalud.es/observatorioresultados>

4.7. ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN EL SNS SOBRE EL “HOSPITAL DEL FUTURO”?

- Existen en España importantes diferencias interterritoriales en procedimientos en la práctica clínica y en resultados en salud. Las diferencias son todavía más importantes cuando se comparan indicadores de resultados en salud entre hospitales. Los hospitales del futuro en el SNS deberán tender a eliminar la variabilidad no justificada en la práctica clínica, introduciendo, entre otras medidas: estandarizar los procesos asistenciales y auditarlos; medir y hacer públicos los resultados; y regionalizar servicios y procedimientos, cuando esté indicado.
- La planificación y diseño del hospital general de agudos, así como su estructura organizativa y de gestión, deberán cambiar para desarrollar una atención sistemática a los grandes bloques de procesos que el hospital maneja, así como para integrarse dentro de redes asistenciales.
- La unidad de urgencias, las unidades de enfermería de hospitalización polivalente de agudos y las unidades de cuidados críticos deberían actuar dentro de un continuo asistencial.
- El mantenimiento de la calidad asistencial las 24 horas de los siete días de la semana debe ser un objetivo para el hospital del futuro del SNS.
- Para aquellos procesos y procedimientos donde hay evidencia de asociación entre volumen y resultados se debe regionalizar la asistencia, para lo que se requiere la disponibilidad de sistemas de movilidad adecuados. El desarrollo de plantillas vinculadas a la red asistencial facilitaría el acceso de profesionales que trabajan en centros de “bajo volumen” a la complejidad tecnológica, así como facilitaría la disponibilidad de profesionales en hospitales locales.
- La gestión por procesos asistenciales está poco desarrollada en el SNS, siendo la actual configuración de los hospitales una barrera para su implantación. La gestión por procesos rompe las barreras entre servicios y unidades, así como las del hospital con la Atención Primaria y el entorno socio-comunitario, al organizar la asistencia en relación con las necesidades del paciente.
- Las redes asistenciales trascienden los límites de los hospitales.
- El hospital del futuro del SNS deberá medir sus resultados y costes, hacerlos públicos y comparables con otros centros.

5. PROPUESTA DE LÍNEAS DE DESARROLLO DEL HOSPITAL DEL FUTURO

El Hospital del Futuro deberá responder tanto a los retos del entorno (amenazas y oportunidades) como corregir las debilidades detectadas y potenciar sus fortalezas. En la tabla 1 se recogen los aspectos más relevantes hallados en los análisis propuestos en los apartados anteriores y las orientaciones para diseñar el hospital del futuro.

TABLA 1. ORIENTACIONES PARA EL DISEÑO DEL HOSPITAL DEL FUTURO

| Análisis interno y del entorno | Orientaciones para el diseño del Hospital del Futuro |
|---|---|
| Se producirán importantes tensiones entre la capacidad de financiación del sistema sanitario público y los factores de crecimiento del gasto sanitario (envejecimiento, innovación tecnológica, expectativas ciudadanas). | <p>Sustituir el modelo gerencialista implantado en 1987 por la estrategia de “añadir valor” en sanidad</p> <p>El hospital del futuro en el SNS deberá organizarse de forma que promueva la implicación de los profesionales en su gestión</p> <p>El hospital del futuro en el SNS deberá diseñar sus servicios en función de los principios del profesionalismo</p> |
| El envejecimiento poblacional provocará un aumento de los ingresos hospitalarios y una mayor complejidad clínica | <p>Mayor proporción de camas de nivel de cuidados 1 que en la actualidad</p> <p>El hospital debe adecuar las cargas de trabajo, especialmente de enfermería, a la complejidad. Las necesidades de otros profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.) también aumentarán.</p> <p>El hospital del futuro en el SNS deberá insertarse dentro de una red de servicios que garantice la continuidad e integralidad de la asistencia, desarrollando programas de atención sistemática al paciente crónico complejo, incluyendo el soporte de los cuidados paliativos.</p> |
| Incremento de los factores de riesgo | <p>El hospital del futuro en el SNS deberá comprometerse con la salud poblacional, colaborando en acciones de educación para la salud y preventivas en el ámbito comunitario.</p> |
| Aumento de las expectativas de los ciudadanos. | <p>El hospital del futuro en el SNS deberá incorporar al paciente como un agente activo en el manejo de su problema de salud. La lista de espera no puede seguir siendo el instrumento regulador de la demanda.</p> <p>Incorporar a las asociaciones de pacientes como agencias interesadas en la gestión del centro.</p> <p>Desarrollar un estándar de calidad basado en la experiencia del paciente.</p> <p>Desarrollar equipos de sanitarios, expertos en comunicación (community managers) que desarrollen nuevas formas de interacción asistencial.</p> |

| Análisis interno y del entorno | Orientaciones para el diseño del Hospital del Futuro |
|--|--|
| Aumento del rol de los ciudadanos y pacientes como gestores de salud | <p>Incorporar la toma de decisiones compartidas</p> <p>Utilizar la digitalización como herramienta para incorporar a pacientes y ciudadanos en la gestión de su salud.</p> <p>Desarrollar comisiones de participación que permitan incorporar la experiencia del paciente</p> |
| Las innovaciones tecnológicas tenderán a reducir las estancias y “ambulatorizar” los procedimientos intervencionistas | <p>Menor necesidad de camas de hospitalización convencional (mayor proporción de camas de nivel de cuidados 1 respecto de nivel 0 que en la actualidad).</p> <p>Adecuación de las cargas de trabajo (especialmente de enfermería) a la complejidad.</p> <p>Aumento de los recursos físicos dedicados a la actividad ambulatoria intervencionista.</p> <p>Intensificación de la asistencia (mayores recursos humanos y tecnológicos por fracción de tiempo en el hospital).</p> |
| Las innovaciones tecnológicas facilitarán el manejo comunitario y domiciliario de pacientes crónicos complejos, así como el seguimiento de pacientes con factores de riesgo elevado. | <p>Telemedicina.</p> <p>Hospitalización a domicilio.</p> <p>Parte del manejo asistencial será telemático.</p> |
| Importantes diferencias interterritoriales y entre hospitales en desempeño (desigualdades en salud). | <p>Desarrollo de potentes departamentos dedicados a la digitalización</p> <p>Estandarizar los procesos asistenciales y auditarlos</p> <p>Medir y hacer públicos los resultados</p> <p>Regionalizar servicios y procedimientos</p> |
| | <p>La planificación y diseño del hospital general de agudos, así como su estructura organizativa y de gestión, deberán cambiar para desarrollar una atención sistemática a los grandes bloques de procesos que el hospital maneja, así como para integrarse dentro de redes asistenciales.</p> |
| La unidad de urgencias, las unidades de enfermería de hospitalización polivalente de agudos y las unidades de cuidados críticos deberían actuar dentro de un continuo asistencial. | <p>"Acute Care Hub"</p> <p>Mantenimiento de la calidad asistencial 24/7/365</p> |
| Las redes asistenciales trascienden los límites de los hospitales del SNS, en su configuración actual. | <p>Regionalizar la asistencia.</p> <p>Disponibilidad de sistemas de movilidad adecuados.</p> <p>Plantillas vinculadas a la red asistencial.</p> |
| Gestión por procesos asistenciales poco desarrollada en el SNS. | <p>Implantar la gestión por procesos asistenciales integrados</p> |
| "Accountability" (transparencia, rendición de cuentas, evaluación) | <p>El hospital del futuro del SNS deberá medir sus resultados y costes, hacerlos públicos y comparables con otros centros.</p> |

5.1. EVITAR LA UNIFORMIDAD

Para adecuar la asistencia a las necesidades de la población se deberán rediseñar los servicios para que presten diferentes modelos de atención que satisfagan mejor las necesidades de todos los ciudadanos, incorporen los avances científicos y tecnológicos y superen las barreras entre organizaciones y ámbitos asistenciales que dificulten una atención integral. Este reto no es posible alcanzarlo mediante las acciones que hasta ahora ha promovido, de arriba abajo (“top-down”), el SNS. Por el contrario, se debe incentivar el desarrollo de soluciones locales, lideradas por profesionales o por iniciativas comunitarias, de abajo a arriba (“bottom-up”). No existe la solución única para un problema tan complejo como organizar la atención sanitaria, ajustándose a las distintas realidades, con los recursos disponibles y logrando los mayores niveles de calidad y eficiencia posibles. Por ello, las líneas propuestas de desarrollo del hospital del futuro deberán adaptarse a cada entorno.

5.2. EL HOSPITAL EN EL MARCO DE LA RED ASISTENCIAL

El desarrollo de redes asistenciales, la gestión por procesos asistenciales y la regionalización de servicios lleva necesariamente a un replanteamiento del concepto, estructura, organización y gestión, planificación y diseño de los hospitales generales de agudos del SNS. En este marco, las funciones del hospital deberían ser:

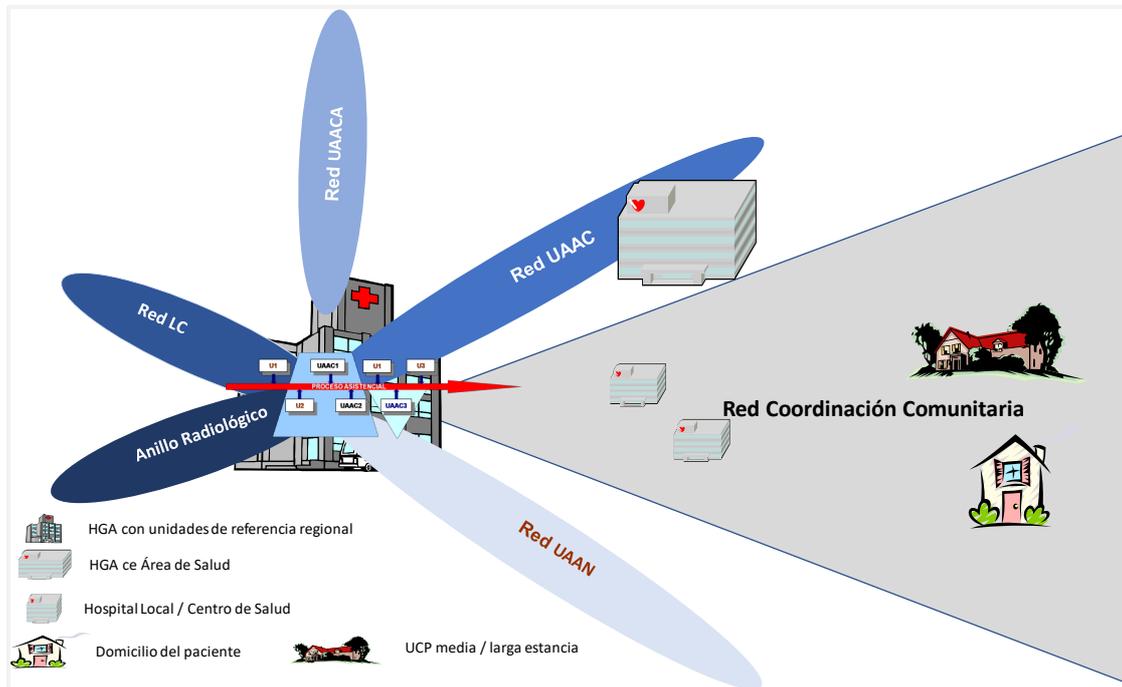
1. Dar soporte a las unidades asistenciales para el desarrollo de las actividades sanitarias que, por necesidad de cuidados y criterios de calidad y seguridad, deban prestarse en el ámbito hospitalario ⁽²⁴⁾.
2. Dar soporte a las redes vinculadas a las unidades asistenciales que tengan como base el hospital.
3. Garantizar que las unidades tienen un óptimo desempeño en términos de calidad, seguridad, eficiencia y productividad.

²⁴⁾ Incluye las actividades ambulatorias que deben realizarse en el ámbito hospitalario (hospital de día, intervencionismo ambulatorio, etc.).

4. Elaborar y desarrollar, en colaboración con las unidades, las políticas de calidad, seguridad y eficiencia que informen al conjunto de unidades asistenciales y no asistenciales que prestan sus servicios en el hospital.
5. Elaborar y desarrollar, en colaboración con las unidades, las políticas de investigación, desarrollo, innovación y docencia que afectan al conjunto de unidades asistenciales y no asistenciales que prestan sus servicios en el hospital.
6. Elaborar y desarrollar, en colaboración con las unidades, las políticas de personal (credenciales, uniformidad, riesgos laborales y autoprotección, formación continuada, etc.) del conjunto de unidades asistenciales y no asistenciales que prestan sus servicios en el hospital.
7. Elaborar y desarrollar las políticas de responsabilidad social y participación ciudadana, incluyendo los aspectos medioambientales y de sostenibilidad.

La planificación y diseño del hospital, así como su estructura organizativa y de gestión, debería, por tanto, implicar a las unidades clínicas a las que da soporte. En la figura 2 el hospital con servicios de referencia regional está vinculado a las redes de unidades asistenciales. Una parte relevante de las actividades de esta red no se realiza en el hospital que sirve de base a los servicios y unidades de referencia regional o suprarregional, sino que abarca a otros ámbitos, como son los hospitales generales de área de salud, los centros de salud, el domicilio del paciente o los recursos sociosanitarios (por ejemplo, hospitales de media y larga estancia). En otras palabras, la conceptualización del hospital como “institución cerrada” se debe desplazar, en el hospital del futuro, a ser la plataforma (“*hub*”) para la actividad de las unidades y redes que prestan asistencia sanitaria en un ámbito geográfico determinado, así como al resto de unidades que les dan soporte.

FIGURA 2. EL HOSPITAL EN RELACIÓN CON LAS REDES DE UNIDADES ASISTENCIALES



UAAN: unidades asistenciales del área de neurociencias; UAACA: unidades del área del cáncer; UAAC: unidades asistenciales del área del corazón; LC: laboratorio clínico.

5.3. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

No atiende este informe a aspectos organizativos distintos a los de la asistencia sanitaria. En la conceptualización propuesta en el apartado anterior, la organización del hospital debe adoptar una disposición matricial, centrada en procesos, que reemplace a la actual organización piramidal y jerarquizada. Para ello se propone la siguiente organización asistencial, referida a la “división médica”, en “áreas asistenciales” y “áreas clínicas”, que se expresa gráficamente en la figura 3.

5.3.1. ÁREAS ASISTENCIALES

Equivalentes a lo que en el Karolinska Hospital denominan “temas” o a los “institutos” del Hospital Clínic de Barcelona. Las áreas asistenciales integrarían las unidades, servicios y profesionales clínicos y no clínicos que generalmente trabajan en

cooperación para la atención de procesos que se corresponden con áreas de conocimiento científico y tecnológico compartidas. La cautela establecida de evitar la uniformidad recomienda no proponer la denominación de estas áreas asistenciales, que además deben ajustarse al hospital general de agudos de que se trate (con unidades de referencia regionales o suprarregionales⁽²⁵⁾, hospital de “área” o local). Sin embargo, es conveniente, para que se pueda debatir la propuesta, tomar dos ejemplos de “áreas asistenciales”:

- a) Las áreas del cáncer, cardiovascular y neurociencias, deberían desarrollar redes asistenciales que integraran todas las unidades de la misma área asistencial para un ámbito regional. Esta es la propuesta que incorporaban los documentos de estándares y recomendaciones de estas tres áreas¹²⁰⁻¹²².
- b) El área responsable (se evita intencionadamente denominarla) de coordinación de la atención al paciente crónico complejo, que frecuentemente se asocia a condiciones de dependencia y fragilidad. Sería el equivalente a lo que la Comisión de *Future Hospital* denomina “*Clinical Coordination Centre*”. A diferencia de las áreas mencionadas en el apartado anterior, todo hospital general de agudos, incluyendo el hospital local, debería desarrollar esta área asistencial, colaborando con Atención Primaria y con los diferentes recursos comunitarios y sociales en la prestación de una atención sistemática al paciente crónico complejo, enfocada al automanejo, la disminución de la dependencia, la prevención de la fragilidad y el mantenimiento en el ámbito comunitario del paciente, con el menor recurso posible al ingreso hospitalario o a la asistencia en urgencias. Esta área sería asimismo la responsable de desarrollar la salud poblacional.

Como propuesta para el debate (respetando el principio de evitar la uniformidad) se puede especular si la tradicional división entre niveles asistenciales se ajusta al modelo de continuidad asistencial. Puede tener interés evaluar en algún área de salud

⁽²⁵⁾ Los hospitales con servicios de referencia tienen siempre un componente de “hospital de área”. Por hospital “de área”, se entiende el hospital general de agudos previsto en la Ley General de Sanidad, que presta asistencia a un área de salud. Por “hospital local” se entiende un hospital general de agudos que atiende a un área de población pequeña, generalmente rural dispersa, para lo que precisa una dotación de 200 o menos camas de hospitalización.

un modelo de integración de los recursos de Atención Primaria en esta área asistencial, configurándose como una Health Maintenance Organization (HMO)¹²³⁽²⁶⁾.

No todos los servicios y unidades actuales tienen por qué “encajar” dentro de la estructura de áreas asistenciales. Servicios médico-quirúrgicos, como Oftalmología u ORL, o quirúrgicos, como los de Cirugía General y Digestiva, probablemente mantendrán una estructura y organización similares a las actuales, si bien sería aconsejable la creación de redes de unidades con las unidades de la misma especialidad de los hospitales locales, regionalizando algunos procedimientos complejos en determinados centros.

5.3.2. ÁREAS CLÍNICAS DE SOPORTE ASISTENCIAL

Equivalentes a lo que en el Karolinska Hospital denominan “funciones”. Una propuesta de áreas clínicas se articularía en relación con algunos de los “bloques de procesos” y servicios clínicos de soporte que no estarían integrados en las “áreas asistenciales”⁽²⁷⁾:

1. Coordinación de la asistencia aguda. Tendría como misión establecer en el hospital un continuo asistencial entre las unidades de urgencias, hospitalización y cuidados críticos, garantizando los estándares de atención al paciente agudamente enfermo (incluyendo al crónico agudizado), que requiere el ingreso en el hospital. Integraría el desarrollo de unidades de asistencia compartida con otras unidades del hospital, especialmente quirúrgicas, para la sistematización de la asistencia con estándares de calidad adecuados. Esta unidad debería estar presente en todo tipo de hospital.
2. Medicina perioperatoria. Tendría como misión velar por la calidad y seguridad del proceso quirúrgico, responsabilizándose de la gestión del bloque quirúrgico (incluyendo la cirugía mayor ambulatoria), recuperación postanestésica/cuidados críticos quirúrgicos, esterilización, etc.

⁽²⁶⁾ Enfoque de salud poblacional, liderazgo clínico, atención integrada, enfoque ambulatorio y comunitario (reducción de hospitalización, optimización del tiempo médico, son características del modelo *Kaiser Permanente* que se podrían incorporar

⁽²⁷⁾ La propuesta se realiza a título de ejemplo. Como se ha comentado, las soluciones organizativas deben atender a las circunstancias locales.

3. Rehabilitación. Integraría a lo que en la literatura sajona se denominan “*allied health professionals*” (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, etc.) y debería desarrollarse como un servicio de soporte para el ámbito de influencia del hospital, integrando las unidades, servicios y profesionales, clínicos y no clínicos, que trabajan en ellas.
4. Laboratorio clínico. Se debería tender hacia el desarrollo de redes de laboratorios interconectadas con un laboratorio clínico central de ámbito regional. La red de laboratorios integraría las unidades, servicios y profesionales clínicos y no clínicos que trabajan en los laboratorios de los distintos centros sanitarios, hospitalarios o no, estableciendo los estándares de calidad de las determinaciones en las distintas fases analíticas, estableciendo los sistemas de recogida y transporte de muestras, poniendo a disposición de los distintos usuarios los resultados de las analíticas, etc. **¡Error! Marcador no definido..**
5. Imagen. Asimismo, se debería tender hacia el desarrollo de “anillos radiológicos”, que integraran las unidades, servicios y profesionales clínicos y no clínicos que trabajan en las unidades de imagen de los distintos centros sanitarios, hospitalarios o no, estableciendo los estándares de calidad, poniendo a disposición de los distintos usuarios las imágenes y su interpretación, etc.

FIGURA 3. MATRIZ DE ÁREAS “ASISTENCIALES” Y CLÍNICAS

| División asistencial | Coordinación de la asistencia aguda | Medicina Perioperatoria | Rehabilitación | Laboratorio Clínico | Imagen |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|----------------|---------------------|--------|
| Centro de coordinación comunitaria | | | | | |
| Cáncer | | | | | |
| Cardiovascular | | | | | |
| Neurociencias | | | | | |
| Materno-infantil | | | | | |
| ... | | | | | |

5.4. UNA REFERENCIA A OTROS ASPECTOS DE LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN NO ESTRICTAMENTE “ASISTENCIALES”

Aunque este informe no atiende a aspectos organizativos distintos a los de la asistencia sanitaria, es preciso hacer una referencia para algunos aspectos no estrictamente clínicos. Especial mención merecen dos unidades que, emplazadas en la “división de gestión”, tienen una especial relevancia en la configuración que se propone: el control de gestión y los sistemas de información. Otra reflexión que se considera precisa hacer es la necesidad de incorporar, en la nueva configuración de los servicios sanitarios, una organización enfocada a la innovación.

5.4.1. EL “NUEVO” HOSPITAL Y LA ORGANIZACIÓN “DUAL”

Las estructuras organizativas de las instituciones, también la de los hospitales, están enfocadas al logro de resultados, utilización de recursos y evaluación en la gestión cotidiana, derivando escasa atención y recursos para analizar el entorno, promover y evaluar nuevos modelos e introducir los cambios precisos para mejorar la calidad y eficiencia de sus prestaciones. Como se señala en este informe, las organizaciones jerárquicas piramidales, típicas de las organizaciones industriales, se adaptan mal a unos servicios sanitarios en donde el conocimiento no reside en la cúpula tecnocrática sino en los profesionales¹²⁴. La organización “matricial” propuesta en el presente documento presenta una doble figura en la cúspide organizativa, división asistencial y división de gestión, que no resuelve completamente su adaptación al cambio. La concepción de una organización “dual”, con dos estructuras, una jerárquica (en nuestra propuesta, “matricial”), enfocada al cumplimiento de objetivos, y otra “en red” (*redarquía*), centrada en promover la colaboración, autogestión e innovación¹²⁵, podría lograr el doble objetivo de no perder el foco en el logro de los objetivos establecidos por los SNS y, por otra parte, aumentar la innovación y acelerar el cambio.

5.4.2. CONTROL DE GESTIÓN

En relación con el control de gestión, la nueva organización de la asistencia sanitaria, centrada en el paciente y, por tanto, articulada alrededor de los procesos asistenciales, requerirá el desarrollo de indicadores de resultados que evalúen el impacto que la

asistencia recibida tiene en la mejora de la salud del paciente. Este acercamiento supone un cambio radical en las medidas que se usan para evaluar el desempeño de áreas de salud, hospitales, servicios y unidades y, por tanto, de sus “cuadros de mando”. Asimismo, será necesario desarrollar una contabilidad analítica que posibilite medir la eficiencia de la actividad sanitaria, es decir la relación entre la efectividad (resultados en salud) y costes. Es preciso, para ello, que se desarrollen indicadores y sistemas de imputación que puedan homologarse para poder comparar el desempeño a lo largo del SNS. Las unidades de control de gestión deben trabajar en estrecha colaboración con los clínicos para que sirvan de soporte a la gestión clínica.

5.4.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. DIGITALIZACIÓN

Los sistemas de información deberían adecuarse a la organización de la asistencia que se propone (centrada en el paciente, organizada alrededor de los procesos) e incorporar todas las herramientas de la “digitalización” al servicio de una asistencia de mayor calidad, más accesible y más inmediata. Se deberían, por tanto, desarrollar potentes departamentos de sistemas de información y “digitalización” de la asistencia que trabajen en estrecha colaboración con los clínicos para que sirvan de soporte a la gestión clínica.

Las dos unidades mencionadas tendrán una especial relevancia en la nueva organización, pero se debe hacer énfasis en que los hospitales actuales deberán adecuar su configuración física (organización de los espacios y circulaciones), su dotación tecnológica y de equipamiento y su estructura organizativa (servicios y unidades de soporte a la gestión asistencial), y que estas transformaciones serán, en ocasiones, muy importantes. Todos los hospitales deberían desarrollar un “plan director” que incorporará los elementos claves de la nueva organización (gestión por procesos, trabajo en red, ambulatorización, regionalización, humanización de la asistencia, etc.) y establecer una hoja de ruta para su progresiva transformación.

5.5. ESTÁNDARES RELATIVOS A LA “EXPERIENCIA DEL PACIENTE” Y LOS DISTINTOS DOMINIOS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Una asistencia sanitaria de calidad centrada en el paciente requiere del establecimiento de estándares que permitan su evaluación desde la perspectiva de la experiencia del paciente. La Declaración de las Organizaciones de Pacientes y Voluntarios en el ámbito de la Salud¹²⁶ (anexo 2) es una guía de lo que los pacientes demandan en España. El NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) desarrolló una guía clínica⁷², que puede adaptarse a las necesidades de los pacientes del SNS español, estableciendo los siguientes estándares:

1. Los pacientes serán tratados con dignidad, bondad, compasión, cortesía, respeto, empatía y honestidad.
2. Los pacientes tendrán interacciones efectivas con el personal de salud, el cual deberá tener competencias en las habilidades de comunicación pertinentes.
3. Los profesionales sanitarios involucrados en la asistencia se presentarán a los pacientes, a quienes se les explicarán los roles y responsabilidades de los distintos miembros del equipo asistencial.
4. Los pacientes tendrán la oportunidad de discutir sus creencias, inquietudes y preferencias, y recibirán una atención individualizada.
5. Los pacientes serán apoyados por profesionales de la salud para entender las opciones relevantes de tratamiento, incluyendo beneficios, riesgos y posibles consecuencias.
6. Los pacientes participarán activamente en la toma de decisiones compartidas y serán apoyados por profesionales sanitarios para tomar decisiones plenamente informadas sobre las investigaciones, el tratamiento y la atención que reflejen lo que es importante para ellos.
7. Los pacientes deberán saber que tienen el derecho de elegir, aceptar o rechazar el tratamiento y estas decisiones serán respetadas y respaldadas.
8. Los pacientes tienen derecho a pedir una segunda opinión.

9. La asistencia se adaptará a las necesidades y preferencias personales de los pacientes, teniendo en cuenta sus circunstancias personales, su capacidad de acceder a los servicios y las condiciones de su entorno.
10. Los pacientes tendrán sus necesidades físicas y psicológicas regularmente evaluadas y tratadas, incluyendo su nutrición e hidratación, el alivio del dolor, su higiene personal y la ansiedad⁽²⁸⁾.
11. Los pacientes recibirán una atención continuada que, en la medida de lo posible, deberá ser prestada por el mismo profesional sanitario o equipo a lo largo del episodio asistencial.
12. Los pacientes recibirán una asistencia coordinada con información clara y precisa en las transiciones asistenciales, tanto sanitarias como entre servicios sanitarios y sociales.
13. Las preferencias de los pacientes para compartir información con su pareja, familiares y/o cuidadores se establecerán, respetarán y revisarán a lo largo de su asistencia.
14. Los pacientes serán informados sobre los mecanismos de contacto bidireccionales con el equipo asistencial, así como podrán comunicar sus necesidades asistenciales cuando aparezcan.

5.6. ESTÁNDARES RELATIVOS A LA GESTIÓN CLÍNICA

La SEMI desarrolló unos estándares de calidad para las UMI¹⁶ basados en la guía NICE, en relación con el manejo asistencial en los episodios de hospitalización⁹⁴. En el marco de los trabajos desarrollados en relación con este proyecto, se crearon dos grupos multidisciplinares de trabajo (atención del paciente hospitalizado por procesos agudos y atención al paciente crónico complejo), que concluyeron en una propuesta de estándares de calidad para ambos grandes grupos de procesos (anexos 3 y 4).

⁽²⁸⁾ Como se ha señalado anteriormente, se puede introducir en este listado otros aspectos como la deambulación y el sueño.

5.7. LA NECESIDAD DE DESARROLLAR INDICADORES DE RESULTADOS ⁽²⁹⁾

Centrar la asistencia en el paciente reta a la presente concepción del hospital general de agudos, pero también debe modificar radicalmente la aproximación actual por la que se evalúa su desempeño. Los indicadores actuales están centrados en el episodio (no en el proceso) y en numerosas ocasiones se trata de indicadores de estructura o procesos en lugar de resultados. ¿Se debe, en el contexto de una asistencia centrada en el paciente, dar tanta relevancia a la estancia media o al índice de ocupación? Si el objetivo es “añadir valor”, ¿qué mide realmente el número de ingresos o de consultas externas? ¿Por qué el SNS no ha sido capaz de desarrollar un sistema de información que, al menos, informe sobre la mortalidad a los 30 días tras el ingreso? Como señala Porter, la medición de resultados es la herramienta más importante para impulsar la innovación en la asistencia sanitaria, pero se está prescindiendo de esta herramienta al no medirlos y seguir manteniendo (nos referimos al SNS en su conjunto, hay notables excepciones) la misma aproximación que en los años 80 del siglo pasado. Los “resultados” son intrínsecamente específicos de cada enfermedad/proceso asistencial y son multidimensionales, por lo que un resultado único no captura todos los resultados de la atención. Porter jerarquiza estos resultados en varias dimensiones (figura 4). La medición de resultados puede comenzar por un subconjunto de procesos (y medidas dentro de ellos) e irse enriqueciendo conforme se dispone de experiencia y recursos, siendo este el programa que está desarrollando ICHOM ⁽¹⁶⁾.

Los resultados son el resultado de la atención en términos de salud de los pacientes a lo largo del tiempo. El malestar o satisfacción del paciente con su salud, los períodos de recuperación y las complicaciones de la asistencia son resultados, al relacionarse directamente con el estado de salud del paciente. Sin embargo, la satisfacción del paciente con la asistencia es una medida de proceso. Revisando algunos aspectos escasamente desarrollados en el SNS:

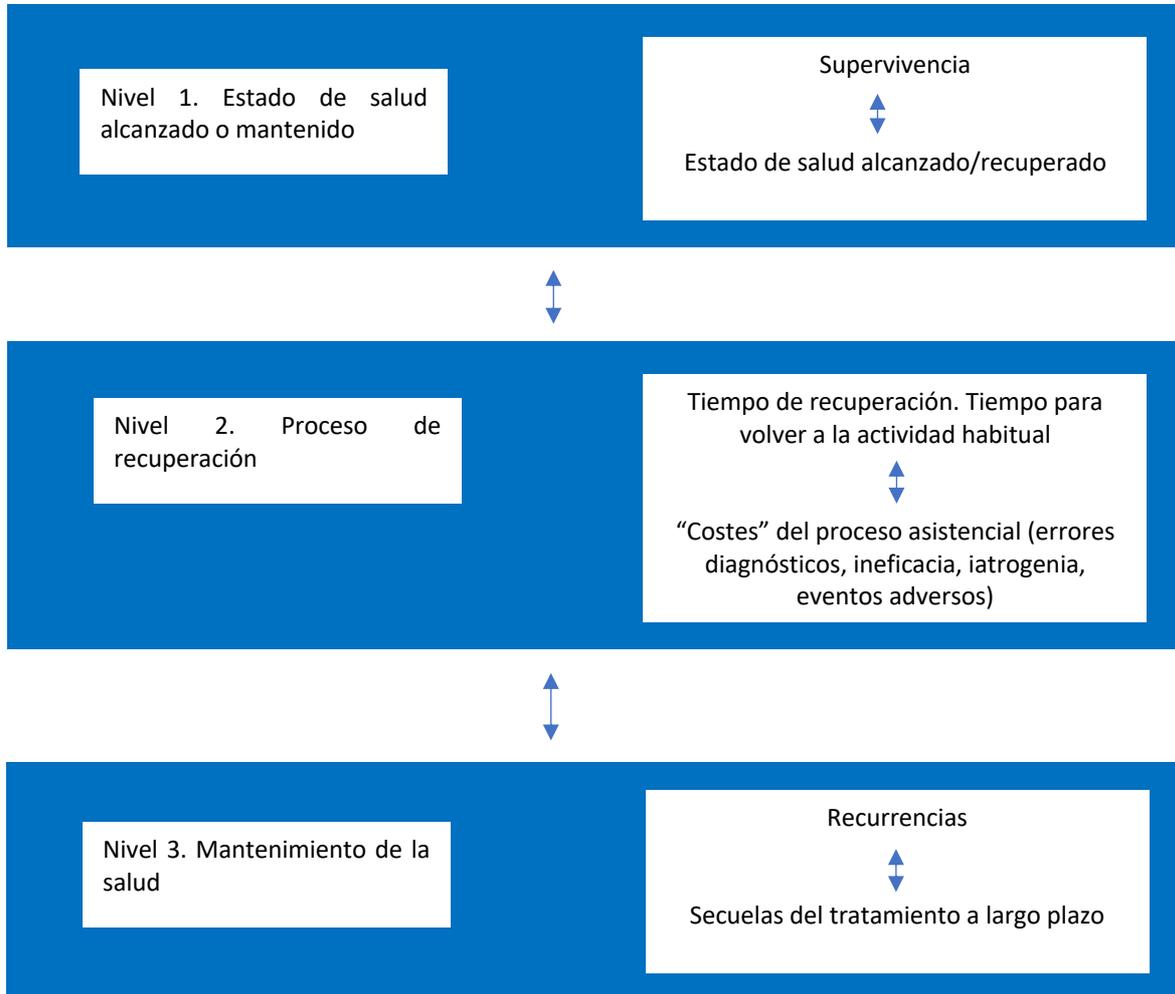
- Los resultados deben medirse desde la perspectiva del paciente, no del proveedor, y deben cubrir todo el ciclo asistencial.

⁽²⁹⁾ Measuring Health Outcomes: The outcome hierarchy. Material suplementario de Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med 2010;363:2477-81. DOI: 10.1056/NEJMp1011024. (ref 8).

- Existen múltiples dimensiones de la calidad. Porter jerarquiza estas dimensiones en tres grandes grupos, en los que los grupos de prioridad más baja son dependientes de los anteriores (figura 4).
- Cada enfermedad o proceso tiene su propio conjunto de indicadores.
- Ajustar por riesgo. Los resultados dependen parcialmente de las condiciones iniciales de cada paciente (factores de riesgo). La medición y el ajuste de los factores de riesgo es un paso crucial para interpretar, comparar y mejorar los resultados.

Debe, sin embargo, observarse que el enfoque de Porter sobre las medidas de resultados no hace referencia a la salud poblacional. A los indicadores de resultados de la asistencia sanitaria, habrá que añadir, dentro de un enfoque salubrista, para cada área de salud, región sanitaria, etc. los indicadores que permitan monitorizar el estado de salud de la población y evaluar los resultados de las acciones de promoción y prevención.

FIGURA 4. JERARQUIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE RESULTADOS⁸



6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

6.1. CONCLUSIONES

1. Poner al paciente en el centro del sistema implica, si no quiere quedarse en mera retórica, una revolución en la forma de concebir la asistencia sanitaria y, dentro de ella, el papel a desempeñar por los hospitales generales de agudos.
2. Del análisis interno y del entorno se deriva un conjunto de orientaciones para el rediseño de los hospitales:
 - Sustituir el modelo gerencialista implantado en 1987 por la estrategia de “añadir valor” en sanidad.
 - Organizar el hospital de forma que promueva la implicación de los profesionales en su gestión, integrando los principios del profesionalismo.
 - Aumentar los recursos físicos dedicados a la actividad ambulatoria (intervencionista y no intervencionista).
 - Incrementar la proporción de camas de nivel de cuidados 1 sobre las de nivel 0.
 - Adecuar las cargas de trabajo, especialmente de enfermería, a la complejidad, lo que supondrá un aumento en la dotación de enfermeras en las salas de hospitalización. Las necesidades de otros profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etc.) también aumentarán.
 - Insertar al hospital dentro de una red de servicios que garantice la continuidad e integralidad de la asistencia, desarrollando programas de atención sistemática al paciente crónico complejo, incluyendo el soporte de los cuidados paliativos.
 - Mantener la calidad de la asistencia sanitaria 24/7/365.
 - Dar prioridad a la gestión clínica de las enfermedades en el ámbito ambulatorio y comunitario. La hospitalización de día y a domicilio, así como la telemedicina son modalidades asistenciales que se deben potenciar. Parte del manejo asistencial será telemático.
 - Comprometer al hospital con la salud poblacional, colaborando en acciones de educación para la salud y preventivas en el ámbito comunitario.
 - Estandarizar los procesos asistenciales y auditarlos. Implantar una gestión por procesos asistenciales integrados.

- Regionalizar servicios y procedimientos (plantillas vinculadas a la red asistencial, sistemas de movilización adecuados).
- La planificación y diseño del hospital general de agudos, así como su estructura organizativa y de gestión, deberán cambiar para desarrollar una atención sistemática a los grandes bloques de procesos que el hospital maneja, así como para integrarse dentro de redes asistenciales.
- Medir los resultados en salud y costes, hacerlos públicos y comparables con otros centros.
- Desarrollar potentes departamentos dedicados a la digitalización.
- Incorporar al paciente como un agente activo en el manejo de su salud.
- Incorporar a las asociaciones de pacientes como agencias interesadas en la gestión del centro.
- Desarrollar estándares de calidad basados en la experiencia del paciente.

6.2. PROPUESTAS

1. Evitar la uniformidad. La experimentación acompañada de evaluación es un importante mecanismo de aprendizaje y progreso.
2. Configurar el modelo asistencial en relación con la gestión de procesos asistenciales⁽³⁰⁾.
3. Adecuar la estructura de servicios y unidades clásicas en torno a los procesos asistenciales, integrando a equipos multiprofesionales y multidisciplinares (unidades de gestión clínica). El alcance de estas unidades comprenderá todo el proceso asistencial, por lo que generalmente incorporarán todas las modalidades asistenciales (hospitalización, hospital de día, hospitalización a domicilio/telemedicina, etc.) y su actividad se proyectará a toda la red asistencial de la que formen parte.
4. Organizar y estructurar el hospital para prestar apoyo a las unidades de gestión clínica y redes asistenciales. Reforzar las unidades y servicios de control de gestión y de sistemas de información/digitalización y ponerlos al servicio de la gestión clínica. Desarrollar planes directores en los hospitales para orientar su adaptación a la nueva organización de la asistencia.

⁽³⁰⁾ Existe una tensión entre esta aproximación y una concepción “holística”, integral, del paciente, que debe ser resuelta en el ámbito comunitario: el médico y la enfermera de Atención Primaria, y los médicos internistas, así como los profesionales de los servicios sociales deben aportar esta visión integral.

5. Desarrollar en el hospital una división asistencial, que integre, coordine, oriente y supervise toda la actividad clínica.
6. Dotar a la división asistencial de una configuración matricial, en “áreas asistenciales” y “áreas clínicas de soporte asistencial”. Esta configuración deberá adaptarse a las condiciones locales del área de salud y a las unidades y servicios de ámbito “regional” o “suprarregional”.
7. Desarrollar en los hospitales generales de agudos un área asistencial para la atención sistemática del paciente crónico complejo y la atención comunitaria. Se puede evaluar, mediante el desarrollo de proyectos piloto, la integración de la Atención Primaria en esta área (organizaciones integrales para el mantenimiento de la salud).
8. Desarrollar en los hospitales generales de agudos un área de coordinación de la asistencia al paciente crítica y agudamente enfermo (“*acute care hub*”). Esta área tendría como misión establecer un continuo asistencial entre las unidades de urgencias, hospitalización y cuidados críticos, garantizando los estándares de atención al paciente agudamente enfermo (incluyendo al crónico agudizado), que requiera el ingreso en el hospital. Integraría el desarrollo de unidades de asistencia compartida con otras unidades del hospital, especialmente quirúrgicas, para la sistematización de la asistencia con estándares de calidad adecuados.
9. El área de soporte clínico “medicina perioperatoria” se responsabilizaría de dar soporte al proceso de atención al paciente quirúrgico y procedimientos intervencionistas.
10. La “rehabilitación” se desarrollaría asimismo como un área de soporte clínico. Integraría lo que en la literatura sajona se denominan “*allied health professionals*” y debería desarrollarse como un servicio de soporte para el ámbito de influencia del hospital, integrando las unidades, servicios y profesionales, clínicos y no clínicos, que trabajan en ellas.
11. El laboratorio clínico y la imagen, configuradas ambas como “áreas de soporte clínico”, deberían desarrollar redes de ámbito regional.
12. Se deberían establecer estándares de atención tanto por grandes bloques asistenciales (en el anexo 3 se proponen estándares para el paciente ingresado en el hospital por un proceso agudo) como para cada proceso asistencial. Los estándares deberían abarcar a todo el proceso asistencial e integrar en su elaboración a todos los agentes que intervienen en el proceso, siendo, por tanto, generalmente elaborados por equipos multiprofesionales y multidisciplinares.

13. El establecimiento de estándares debería incorporar también los relativos a la experiencia del paciente en el sistema sanitario.
14. Se deben desarrollar indicadores de resultados, así como información sobre costes. Los indicadores de resultados deberían comprender todas las dimensiones de la calidad asistencial, incluyendo los resultados informados por el paciente.
15. Se deben desarrollar sistemas de financiación y pago basados en resultados, que promuevan la integración y continuidad asistencial.

6.3. EL PAPEL DE LA MEDICINA INTERNA Y DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS EN EL HOSPITAL DEL FUTURO

El proyecto “El Hospital del Futuro”, impulsado por la SEMI, incorporaba también como objetivos el definir el perfil de los médicos internistas en el hospital del futuro e identificar el papel a desempeñar por la SEMI en el desarrollo y la implantación de las políticas propuestas. El grupo de trabajo creado por la SEMI para definir el papel del médico internista concluyó en las siguientes recomendaciones y propuestas:

1. Poner al paciente en el centro del sistema implica una revolución en la forma de concebir la asistencia sanitaria, lo que conlleva a introducir importantes modificaciones en la forma de conceptualizar la Medicina Interna y el papel del médico internista.
2. La Medicina Interna es la especialidad médica holística por excelencia y, por ello, debería estar en la vanguardia de la asistencia centrada en el paciente. Para que la Medicina Interna lidere este cambio es preciso que el médico internista interiorice este reto como el más importante de la especialidad en el momento actual. Un aspecto central de este enfoque es la garantía de la continuidad asistencial, tanto en la asistencia al paciente agudo como crónico.
3. La garantía de continuidad asistencial en la atención al paciente agudo requiere la integración de las unidades de urgencias, de hospitalización polivalente de agudos y de cuidados críticos en el mismo proceso asistencial. La Medicina Interna debe, en relación con la coordinación de la asistencia aguda, asumir tres ámbitos de actividad:
 - Liderar el desarrollo del área de “coordinación de la asistencia aguda”.

- Implantar una atención sistemática de calidad, basada en la evidencia, a los pacientes ingresados en sus plantas de hospitalización.
 - Colaborar con el resto de las unidades y servicios que participan en el proceso de atención al paciente agudo hospitalizado para que se garantice la continuidad y los estándares de calidad asistencial. La asistencia compartida o la integración de médicos internistas en determinados servicios son formas organizativas de colaboración de la Medicina Interna con otras unidades.
 - Garantizar una óptima calidad asistencial las 24 horas del día, los siete días de la semana.
 - Aumentar el enfoque ambulatorio en la atención a los procesos agudos (hospital de día, hospitalización a domicilio), apoyo a la recuperación y alta precoz.
 - Planificar la recuperación del paciente desde el momento del ingreso.
 - Implantar sistemas de alta temprana con apoyo del paciente y sus cuidadores.
 - Realizar una evaluación general e integral en personas mayores en situación o riesgo de dependencia o fragilidad que acuden a la urgencia hospitalaria o que son ingresados.
4. La Medicina Interna debe, en relación con la coordinación del paciente crónico complejo:
- Liderar el desarrollo del área, colaborando con atención primaria y con los diferentes recursos comunitarios y sociales en la prestación de una atención sistemática al paciente crónico complejo.
 - Desarrollar nuevos sistemas de trabajo en colaboración con la atención primaria, los servicios sociales, las organizaciones de pacientes, el voluntariado social, etc. y prestar servicios especializados extrahospitalarios.
 - Impulsar la generalización de los programas de atención sistemática a pacientes crónicos complejos que deben abarcar, como ámbito de actuación, al conjunto de la población comprendida en cada área de salud.
 - Impulsar y/o apoyar la “hospitalización a domicilio”.
 - Desarrollar sistemas estructurados de relación con los equipos de atención primaria del área de influencia del hospital, dirigido a la gestión compartida de los pacientes crónicos complejos.
 - Se recomienda que las unidades de Medicina Interna desarrollen un sistema para la atención del paciente crónico complejo basado en:

- ✓ La sectorización.
 - ✓ La definición de un modelo de atención conjunta al paciente crónico complejo.
 - ✓ La identificación del paciente crónico complejo en el sistema de información sanitaria.
 - ✓ La disponibilidad, para la comunicación entre el médico internista y los profesionales de atención primaria de, al menos, teléfono móvil y correo electrónico.
 - ✓ Establecer un sistema estructurado de sesiones clínicas/interconsultas entre el médico internista y los profesionales de atención.
 - Potenciar la figura de la enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos.
 - Integrar en Medicina Interna las unidades de cuidados paliativos no oncológicas de hospitales de agudos, estableciendo, con los recursos de cuidados paliativos del área de influencia del hospital, protocolos de atención conjunta y transición asistencial en las etapas finales de la vida.
5. Se considera preciso rediseñar el programa formativo del médico internista y se recomienda evaluar la posibilidad de introducir como áreas de competencia específicas las de cuidados agudos y de atención al paciente crónico complejo. Competencias que debe atender el nuevo programa formativo:
- Profesionalismo.
 - Conocimiento del sistema sanitario y social.
 - Gestión clínica.
 - Continuidad asistencial.
 - Competencias en liderazgo y gestión de equipos.
 - Competencias en digitalización.
 - Competencias en interacción con pacientes y asociaciones de pacientes.
 - Competencias en investigación, incluyendo la investigación en resultados en salud y en medicina clínica y salud poblacional.
 - Competencias docentes y en formación.
 - Competencias en el manejo del paciente pluripatológico.
 - Competencias en el manejo del paciente agudo.

6.4. EPILOGO

Un cambio como el que propone este informe modifica las relaciones entre los distintos agentes que intervienen en la asistencia sanitaria, transfiriendo responsabilidad de los políticos y gestores a los clínicos, de los jefes de servicio a los equipos multidisciplinares, de los “niveles” asistenciales a las “redes”, de los profesionales sanitarios a los pacientes, etc. Se trata, además, de una propuesta que debe ser impulsada “de abajo arriba”, a partir de las iniciativas de los profesionales, de las asociaciones de pacientes, etc. para adecuarse a las necesidades locales, y debe sumar la voluntad de profesionales de la medicina, de la enfermería, y de otras profesiones sanitarias y no sanitarias. Se trata, por tanto, de un cambio muy profundo que debe ser adecuadamente comunicado y gestionado, para lo que será preciso elaborar un plan de comunicación y de gestión del cambio¹²⁷.

ANEXO 1. EL NUEVO MODELO DE ASISTENCIA “CLÍNICA” PROPUESTO EN EL FUTURE HOSPITAL¹⁴

1 Hospital services that operate across the health economy: Hospitals will be responsible for delivering specialist medical services (including internal medicine) for patients across the health economy, not only for patients that present to the hospital. Integrated working, shared outcomes and real-time communication of information with health and social care partners across traditional hospital and community boundaries will be the norm.

2 Seven-day services in hospital: Acutely ill patients in hospital will have the same access to medical care on Saturdays, Sundays and bank holidays as on a week day. Services will be organised so that consultant review, clinical staff (eg allied health professionals and specialist nurses), and diagnostic and support services are readily available on a 7-day basis.

3 Seven-day services in the community: Health and social care services in the community will be organised and integrated to enable patients to move out of hospital on the day they no longer require an acute hospital bed. Hospital procedures for transferring patient care to a new setting operate on a 7-day basis, with 7-day support from services in the community.

4 Continuity of care as the norm: Care will be organised to maximise the continuity of care provided by the individual consultant physician and key members of clinical team, with staff rotas organized to deliver this. Once assessed in hospital, patients will not move beds unless their clinical needs demand it. When a patient is cared for by a new team or in a new setting, arrangements for transferring care (through handover) will be prioritised by staff supported by direct contact between staff and information captured in the electronic patient record. Physicians will provide continuity not only during the hospital admission, but also embed this into follow-up consultations and arrangements.

5 Stable medical teams in all acute and ward settings, focused on the whole care of patients: A greater number of medical and non-medical staff (including consultant physicians and trainees) will participate in the provision of acute services and general ward care, ensuring a balanced workload across medical services and career grades. There will be a consultant presence on wards over 7 days, with ward care prioritised in medical job plans. This will be supported by a longer-term programme to promote internal medicine and increase internal medicine skills and deployment across the medical workforce.

6 Access to coordinated specialist care for all patients: Patients will receive the best specialist care wherever they are in hospital. For patients with multiple and/or complex conditions, there will be input from a range of specialist teams according to clinical need, with a single named consultant responsible for coordinating care. Care will be organised so that there are clear arrangements for the delivery of specialty-specific care to patients wherever they are in hospital, with criteria that allow easy, rapid identification of patients requiring specialist care. Performance of specialist medical teams will be assessed according to how well they meet the needs of patients with specified condition/s across the hospital and health economy.

7 Early senior review across medical specialties: Patients will have access to early consultant review, which has been shown to improve outcomes for patients. This will include early senior review by specialist teams at 'the front door'. This will help prevent delays in obtaining specialist medical review in patients with conditions known to benefit such a review 7 days a week. For example, older patients with multiple comorbidities presenting as a medical emergency will have early access to comprehensive geriatric assessment, which is known to improve experience, outcomes and efficiency.

8 Intensity of care that meets patients' clinical and support needs: The level of care available in hospitals will reflect the acuity and complexity of illness experienced by the current demographic of patients. There will be more enhanced care beds (level 1) relative to acute medical beds (level 0). Nurse staff ratios will match patient

requirements for higher intensity monitoring and treatment, including for those with cognitive impairment and/ or frailty.

9 Medical support for all hospital inpatients: The remit and capacity of medical teams will extend to adult inpatients with medical problems across the hospital, including those on 'non-medical' wards such as surgical patients. There will be 'buddy' arrangements between consultant physician teams and designated surgical wards to ensure reliable access to a consultant physician opinion 7 days a week.

10 Focus on alternatives to acute admission and supporting patients to leave hospital: Care will be organised so that ambulatory ('day case') emergency care is the default position for emergency patients, unless their clinical needs require admission. Systems will ensure ambulatory care patients continue to receive prompt specialist care aligned to their needs, maximising alternatives to acute hospital admission, and improving safety, outcomes and experience of patients. Early senior assessment will support a focus on advanced care planning, with planning for recovery / movement out of hospital starting from the point of first assessment.

11 Care delivered by specialist medical teams in community settings: Much specialised care will be delivered in or close to the patient's home. Physicians and specialist medical teams will expect to spend part of their time working in the community, providing care integrated with primary, community and social care services with a particular focus on optimising the care of patients with long-term conditions and preventing crises.

12 Holistic care for vulnerable patients: There will be high-quality, seamless care for patients with dementia. Effective care for this group of patients will help set a standard of care of universal relevance to vulnerable adults. The design and delivery of services will also consider the specific needs of the most vulnerable patients and those known to have poorer levels of access and outcomes, eg patients with mental health conditions and patients who are homeless. The provision of holistic care that meets patients' needs should be the responsibility of all staff. This will be embedded in a hospital-level citizenship charter, based on the NHS Constitution.

ANEXO 2. DECÁLOGO DE PACIENTES DE LA DECLARACIÓN DE BARCELONA

ANEXO 2. TABLA 1. DECLARACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE PACIENTES Y VOLUNTARIOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

| Declaración de las Organizaciones de Pacientes y Voluntarios en el Ámbito de la Salud |
|--|
| 1. Exigir los derechos y asumir las obligaciones de los pacientes |
| 2. Participar de forma real en la política sanitaria (empoderamiento), a todos los niveles y estructuras territoriales. |
| 3. Humanizar y recobrar la relación personal, situando al paciente como parte activa y principal, en el centro de la atención. |
| 4. Garantizar el acceso a la prestación completa de Salud (física, emocional y social), de calidad y personalizada. |
| 5. Asegurar la equidad en la atención, sin diferencias territoriales ni de otra índole. |
| 6. Adaptar el sistema sanitario adecuándolo al paciente crónico, siendo integral, continuado y sostenible. |
| 7. Asegurar el soporte sociosanitario, desde el mismo momento de la concepción hasta el final de la vida. |
| 8. Impulsar la educación sanitaria y la prevención. |
| 9. Apoyar e incentivar la investigación, el desarrollo y la innovación (I+D+i). |
| 10. Sensibilizar sobre el papel de las organizaciones de pacientes y voluntarios, a la sociedad y a las instituciones. |

ANEXO 3. ESTÁNDARES DE GESTIÓN CLÍNICA. ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDAMENTE ENFERMO HOSPITALIZADO

ANEXO 3. TABLA 1. ESTÁNDARES DE GESTIÓN CLÍNICA. ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDAMENTE ENFERMO HOSPITALIZADO

| Estándares de atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado |
|--|
| Ingreso |
| El paciente debe ser evaluado en las primeras 4 horas tras su llegada a planta, si no lo hubiera sido en el área de urgencias. |
| Se debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención, evitando los traslados entre unidades de hospitalización. |
| Debe evitarse, en lo posible, la transferencia de los pacientes desde las unidades de críticos (niveles de cuidados 2 y 3) a las unidades de hospitalización polivalente (niveles de cuidados 0 y 1), entre las 22:00 y 07:00 horas. En caso de realizarse durante ese intervalo horario debe documentarse como un incidente adverso |
| Se deben protocolizar y desarrollar vías clínicas para los procesos más prevalentes y garantizar su uso desde el inicio de la atención en su planta de hospitalización. |
| Seguimiento |
| El paciente debe tener un médico referente durante el periodo de hospitalización, que debe reconocer como responsable de su atención. |
| Se debe garantizar que se realice, al ingreso, las actividades descritas en la guía NICE 50 (Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital). |
| Revisar pormenorizadamente la medicación domiciliaria antes de prescribir nuevos fármacos, con el fin de evaluar la adecuación de la medicación. Se recomienda utilizar un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación previa al ingreso con los fármacos prescritos al ingreso. |
| Revisar infecciones con gérmenes multi-resistentes ingresos previos, que deberían generar un seguimiento de cultivos para posibles aislamientos del paciente y mejorar el tratamiento antibiótico. |
| Realizar una valoración funcional, cognitiva, funcional y social en pacientes de edad avanzada. |
| Evaluar y tratar las necesidades físicas y psicológicas, incluyendo nutrición, hidratación, alivio del dolor, higiene personal, movilidad y ansiedad. Respeto del sueño del paciente (toma de constantes, medicación, extracciones, etc.). |
| Iniciar un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación en caso de alarma (sistemas de “track & trigger”), que sistematice el control de los pacientes ingresados. |
| Implantar un sistema formalizado de intercambio de información y/o la realización del pase de visita multidisciplinar, participando en el mismo, al menos, las enfermeras al cuidado del paciente. |
| Se deben dotar a las salas hospitalización de personal de enfermería suficiente, ajustando la dotación de enfermeras, auxiliares, etc, a las necesidades de niveles de cuidados. |
| Educar al paciente en el autocuidado de su condición (alimentación, actividad física, manejo de la medicación, etc.), incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento ¹²⁸ . |

Estándares de atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado

Planificación del alta y alta

Se deben valorar, al ingreso, las necesidades y las necesidades de soporte al alta. Identificar al paciente con problemática social y posible dificultad al alta, y solicitar la colaboración de la unidad de asistencia social, así como -si preciso- de fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, etc.

Se debe estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento, cuidados y medicamentos. El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación.

Se recomienda centrar la asistencia en el proceso asistencial que genera el ingreso, evitando estancias innecesarias por pretender resolver todos los problemas de salud durante el ingreso.

El informe de alta debe contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico y se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de Atención Primaria).

El informe de alta debe cumplir con los requisitos del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada.

ANEXO 4. ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

PACIENTE INGRESADO EN EL HOSPITAL

- Evaluar y tratar las necesidades físicas y psicológicas, incluyendo nutrición, hidratación, alivio del dolor, higiene personal, movilidad^{129,130,131} y ansiedad. Respeto del sueño del paciente (toma de constantes, medicación, extracciones, etc.). El riesgo de desarrollar desnutrición, confusión y deterioro funcional es elevado en los ancianos hospitalizados, y son marcadores de mal pronóstico.
- Realizar una valoración geriátrica (médica, física, mental y social) para elaborar un adecuado plan de tratamiento y seguimiento de los ancianos hospitalizados. La identificación de personas con fragilidad y atender sus necesidades es un aspecto crítico, que disminuye los reingresos y aumenta la probabilidad de que el paciente siga residiendo en su domicilio 12 meses tras el alta hospitalaria^{132,133,134}.
- Educar al paciente en el autocuidado de su condición (alimentación, actividad física, manejo de la medicación, etc.), incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento¹²⁸.
- Valorar, al ingreso, las necesidades de soporte al alta. Identificar al paciente con problemática social y posible dificultad al alta, y solicitar la colaboración de la unidad de asistencia social, así como -si preciso- de fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, etc.
- Se debe estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento, cuidados y medicamentos. El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación.
- El informe de alta debe contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico y se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de Atención Primaria).

RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA

- El “Centro de Coordinación Comunitaria” debería desarrollar un sistema para la atención del paciente crónico complejo basado en:
 - Sectorización de la relación primaria-especializada, estableciendo sistemas de relación entre las unidades de asistencia especializada y el nivel de atención primaria, por ejemplo, asignando de forma estable y continuada, un médico de la unidad de Medicina Interna por cada conjunto de médicos del nivel de atención primaria.
 - Definición de un modelo de atención conjunta al paciente crónico complejo, que exige incluir criterios de estratificación de estos pacientes y planes de asistencia continuada.
 - Identificar al paciente crónico complejo, en el sistema de información del hospital y en la historia clínica.
 - Establecer sistemas que faciliten el contacto entre niveles de atención. Disponibilidad, para la comunicación entre los profesionales de atención especializada implicados en los programas de atención conjunta y los de atención primaria de, al menos, de teléfono móvil corporativo y correo electrónico.
 - Habilitar vías de derivación entre atención primaria y el hospital diferentes de la tradicional derivación a la urgencia hospitalaria, valorando la derivación directa al hospital de día de Medicina Interna de pacientes definidos como crónicos complejos y con contacto directo previo entre el médico de familia y el médico internista.
 - Establecer un sistema estructurado de sesiones clínicas/interconsultas entre las unidades de atención especializada implicadas en los programas de atención conjunta y los profesionales de atención primaria (médicos y enfermeras). El uso de las tecnologías de la información y comunicaciones pueden facilitar la realización de las sesiones e interconsultas evitando problemas de desplazamiento.
 - Potenciar la figura de la enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos, que facilite la coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales y la continuidad de cuidados.
 - Potenciar el papel de la enfermera en el ámbito comunitario⁵⁸.
 - Integrar el ámbito sociosanitario en un concepto integral de la asistencia al paciente crónico complejo en situación de dependencia y/o fragilidad, o que sin estar en estas situaciones requieran del apoyo de los servicios sociales o sociosanitarios para mejorar la asistencia sanitaria (condiciones de habitabilidad, etc.).

- Establecer, con los recursos de cuidados paliativos del área de influencia del hospital, protocolos de atención conjunta y transición asistencial en las etapas finales de la vida.
- Integrar las etapas finales de la vida en la continuidad asistencial, prestando soporte al paciente mediante equipos de cuidados paliativos, que en la medida de lo posible faciliten los cuidados necesarios en el entorno familiar y social del paciente.
- Fomentar el voluntariado ciudadano y la participación de las asociaciones de pacientes.

EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y SOCIAL

- Introducir intervenciones, basadas en la evidencia, en el ámbito de atención primaria para prevenir la disminución de la capacidad física y mental, así como de apoyo a los cuidadores¹³⁵.
- Evaluar y atender las necesidades sociales de los pacientes, para lo que se requiere un enfoque multidisciplinario. Es relevante el papel de los trabajadores sociales y de los profesionales de la salud conductual en la práctica clínica. Un modelo centrado en el paciente debe incluir un proceso de toma de decisiones compartido para desarrollar un plan personalizado de atención no sanitaria.¹³⁶
- Potenciar la coordinación entre los trabajadores sociales del hospital, de atención primaria y los servicios sociales municipales o autonómicos, facilitando la unificación de datos sociales y el conocimiento de estos.

PARTE II. LA ASISTENCIA AL PACIENTE AGUDA Y CRÍTICAMENTE ENFERMO



II.1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE AGUDO

El Hospital del Futuro concibe la asistencia al paciente agudo hospitalizado como un proceso clave para la práctica totalidad de las unidades asistenciales. Antes de adentrarse en los aspectos organizativos y de gestión de este proceso, conviene abordar algunos aspectos generales que lo enmarcan en el contexto del “Hospital del Futuro”.

II.1.1. EVIDENCIA DISPONIBLE EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

DESIGUALDADES INACEPTABLES EN RESULTADOS DE SALUD

La evidencia disponible demuestra que en España existen importantes diferencias interterritoriales en, en la práctica clínica^{137,(31)} y, como han demostrado los proyectos RECAL, en resultados en salud^{21-25,27}. Las diferencias son todavía más importantes cuando se comparan indicadores de resultados de salud entre hospitales. La variabilidad de la práctica clínica se traduce en desigualdades de salud, así como en diferencias en eficiencia.

LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE AGUDO ES MEJORABLE EN LOS HOSPITALES DEL SNS

El documento del [Hospital del Futuro](#) señala que existen importantes brechas en la implantación de un manejo sistemático del paciente agudo y críticamente enfermo^{21,22,138,139,140,141}. En 2018, solamente en un 39% de las unidades de Medicina Interna se realizaba un pase visita multidisciplinar y sólo un 18% disponía de sistemas de seguimiento, activación y respuesta^{142-,143,144} y, por tanto, una muy baja implantación del proceso de hospitalización basado en la guía NICE “*Acutely ill adults in hospital: recognising and responding to deterioration*”. Asimismo, RECALMIN ha mostrado que la dotación de enfermería en las UMI es baja (elevado número de pacientes por enfermera) y que existe una asociación directa entre mayor carga de pacientes por enfermera y peores resultados clínicos¹⁴⁵.

⁽³¹⁾ <http://www.atlasvpm.org/>

INSUFICIENTE REGIONALIZACIÓN DE SERVICIOS Y CREACIÓN DE REDES ASISTENCIALES

En el SNS se ha hallado asociación, descrita para numerosos procesos y procedimientos en la literatura internacional, entre volumen y resultados (mejores para centros de “alto” volumen) en el infarto de miocardio¹⁴⁶, la insuficiencia cardíaca¹⁴⁷ y la cirugía de revascularización coronaria¹⁴⁸. El patrón de la asociación entre volumen y resultados encontrado en todos los proyectos RECAL muestra en centros de bajo volumen una gran dispersión de resultados, que va disminuyendo en los centros de alto volumen, siendo más bajo el promedio de la mortalidad ajustada por complejidad en estos últimos.

DIVERSIDAD ORGANIZATIVA, NECESARIA. VARIABILIDAD NO JUSTIFICADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, INDESEABLE

Existen diferencias en la forma de organizar y gestionar la asistencia sanitaria entre hospitales y Comunidades Autónomas. Estas diferencias pueden ser organizativas o estar en relación con los estándares de calidad de la atención prestada. La existencia de distintas formas organizativas y de gestión pueden ser necesarias^{(32),149}, pues no pueden ser las mismas en un hospital de elevado volumen asistencial y alta complejidad que en un hospital local, en un entorno rural o urbano, etc. Por el contrario, debe ser un objetivo reducir al mínimo las diferencias en estándares de calidad, corrigiendo prácticas que no alcanzan los niveles adecuados. Las condiciones del entorno no pueden justificar que, por ejemplo, no se implante en todas las unidades una atención sistemática al paciente agudo hospitalizado¹⁵⁰.

FALTA DE TRANSPARENCIA

El SNS está lejos, por el momento, de disponer de un sistema de indicadores de resultados en salud ajustados a riesgo y de poder compararlos entre Servicios de Salud y hospitales, y aún más distante de tener información fiable sobre costes por servicio y por paciente, lo que imposibilita desarrollar indicadores reales de eficiencia; por último, es escasísima la información -y no sistematizada para el conjunto del SNS- sobre resultados desde la experiencia del paciente. La transparencia en resultados y el benchmarking son aspectos relevantes para la mejora de la calidad de la asistencia¹⁵¹, la información al paciente y al ciudadano y un requisito necesario para financiar por resultados en lugar de por estructura o actividad.

⁽³²⁾ Se debería tratar de evaluar y comparar la eficiencia relativa de las diferentes configuraciones organizativas y de gestión (191).

EL HOSPITAL EN EL MARCO DE LA RED ASISTENCIAL. LA ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDO

El desarrollo de redes asistenciales, la gestión por procesos asistenciales y la regionalización de servicios lleva necesariamente a un replanteamiento del concepto, estructura, organización y gestión, planificación y diseño de los hospitales generales de agudos del SNS. El cambio necesario tiene varias dimensiones, pero probablemente la más importante es la conceptual, que se podría resumir en pasar de una institución “cerrada” (definición de hospital por el antiguo Instituto Nacional de Previsión) a una institución “permeable” (fronteras más “líquidas” o difusas) que da soporte a las redes asistenciales que prestan servicio a una comunidad (redes de ámbito de área de salud, o de región sanitaria, o suprarregionales).

LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PROPUESTA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”. LA ASISTENCIA AL PACIENTE “AGUDO”

El Hospital del Futuro propone una disposición matricial de la organización hospitalaria, centrada en procesos (Figura 2.1). Dentro de esta organización, el área clínica de soporte asistencial “Coordinación de la asistencia aguda” tendría como misión establecer en el hospital un continuo asistencial entre las unidades de urgencias, hospitalización y cuidados críticos, garantizando los estándares de atención al paciente agudamente enfermo (incluyendo al crónico agudizado), que requiere el ingreso en el hospital. Integraría el desarrollo de unidades de asistencia compartida con otras unidades del hospital, especialmente quirúrgicas, para la sistematización de la asistencia con estándares de calidad adecuados. Esta unidad debería estar presente en todo tipo de hospital.

FIGURA 2.1. ORGANIZACIÓN MATRICIAL DEL HOSPITAL. MATRIZ DE ÁREAS “ASISTENCIALES” Y CLÍNICAS

| División Asistencial | Coordinación de la asistencia aguda | Medicina Perioperatoria | Rehabilitación | Laboratorio Clínico | Imagen |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|----------------|---------------------|--------|
| Centro de coordinación comunitaria | | | | | |
| Cáncer | | | | | |
| Cardiovascular | | | | | |
| Neurociencias | | | | | |
| Materno-infantil | | | | | |
| ... | | | | | |
| ... | | | | | |

EL RETO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La continuidad asistencial es uno de los principales retos de la asistencia sanitaria. La “continuidad como norma” es uno de los principios del nuevo modelo propuesto por el informe *“Future Hospital”* del *Royal College of Physicians*¹⁴.

El área clínica de soporte asistencial “Coordinación de la asistencia aguda” tiene como misión, dentro del diseño organizativo del Hospital del Futuro, garantizar la continuidad asistencial, minimizar el riesgo de las transiciones asistenciales (urgencias, críticos, planta y comunidad) y asegurar el cumplimiento de los estándares de atención al paciente que, por su condición clínica, se debe hospitalizar (“paciente agudo hospitalizado”)⁽³³⁾. Con independencia de las formas organizativas que se adopten, esta concepción implica la integración de las unidades de urgencias, de hospitalización polivalente de agudos y de cuidados críticos en el mismo proceso asistencial. Aspectos organizativos y de gestión de esta área, son:

- Garantizar una óptima calidad asistencial las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Aumentar el enfoque ambulatorio en la atención a los procesos agudos (hospital de día, hospitalización a domicilio), apoyo a la recuperación y alta precoz (movilización precoz del paciente, evitar el uso de pañales, prevención de los cuadros confusionales, etc.), con apoyo al paciente -evitar el “síndrome post-hospitalización”⁴⁷. La asistencia ambulatoria a los procesos agudos debe ser la opción predeterminada, salvo que esté indicado el ingreso hospitalario por razones clínicas.

⁽³³⁾ Incluye también a pacientes crónicos que tienen un episodio agudo.

- Planificar la recuperación del paciente desde el momento del ingreso. Esto requiere una revisión proactiva y comunicación con los pacientes, animándolos a una autogestión eficaz de su enfermedad.
- Implantar sistemas de alta temprana con apoyo del paciente y sus cuidadores, lo que puede implicar el desarrollo de equipos de hospitalización a domicilio o el soporte desde atención primaria, así como equipos que evalúen las necesidades asistenciales y de apoyo de los pacientes en su domicilio.
- Realizar una evaluación general e integral (metodología que integra el razonamiento clínico del médico internista con las esferas funcional, mental y social) en personas mayores en situación o riesgo de dependencia o fragilidad que acuden a la urgencia hospitalaria o que son ingresados.
- Educar al paciente y, en su caso, cuidadores, en el manejo de su enfermedad y potenciar la capacidad del paciente para decidir sobre las alternativas diagnósticas y terapéuticas, sustentada en una información veraz sobre la enfermedad, resultados esperados y calidad de vida^{69,152,153,154,-155}.

ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE AGUDO

Algunas sociedades científico-médicas, como la SEMI¹⁵⁶ y la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)¹⁵⁷, han desarrollado estándares de calidad para la asistencia al paciente agudo hospitalizado (Tabla 2.1.). Estos estándares, adaptados a cada tipología de unidad, deberían aplicar a cualquier paciente agudo ingresado en el hospital.

TABLA 2.1. ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDAMENTE ENFERMO HOSPITALIZADO

| <i>Estándares de atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado</i> |
|--|
| Ingreso |
| El paciente debe ser evaluado en las primeras 4 horas tras su llegada a planta, si no lo hubiera sido en el área de urgencias. |
| Se debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención, evitando los traslados entre unidades de hospitalización. |
| Debe evitarse, en lo posible, la transferencia de los pacientes desde las unidades de críticos (niveles de cuidados 2 y 3) a las unidades de hospitalización polivalente (niveles de cuidados 0 y 1), entre las 22:00 y 07:00 horas. En caso de realizarse durante ese intervalo horario debe documentarse como un incidente adverso |
| Se deben protocolizar y desarrollar vías clínicas para los procesos más prevalentes y garantizar su uso desde el inicio de la atención en su planta de hospitalización. |
| Seguimiento |
| El paciente debe tener un médico referente durante el periodo de hospitalización, que debe reconocer como responsable de su atención. |

Estándares de atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado

Se debe garantizar que se realice, al ingreso, las actividades descritas en la guía NICE 50 (Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital).

Revisar pormenorizadamente la medicación domiciliaria antes de prescribir nuevos fármacos, con el fin de evaluar la adecuación de la medicación. Se recomienda utilizar un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación previa al ingreso con los fármacos prescritos al ingreso.

Revisar infecciones con gérmenes multi-resistentes ingresos previos, que deberían generar un seguimiento de cultivos para posibles aislamientos del paciente y mejorar el tratamiento antibiótico.

Realizar una valoración funcional, cognitiva, funcional y social en pacientes de edad avanzada.

Evaluar y tratar las necesidades físicas y psicológicas, incluyendo nutrición, hidratación, alivio del dolor, higiene personal, movilidad y ansiedad. Respeto del sueño del paciente (toma de constantes, medicación, extracciones, etc.).

Iniciar un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación en caso de alarma (sistemas de “track & trigger”), que sistematice el control de los pacientes ingresados.

Implantar un sistema formalizado de intercambio de información y/o la realización del pase de visita multidisciplinar, participando en el mismo, al menos, las enfermeras al cuidado del paciente.

Se deben dotar a las salas hospitalización de personal de enfermería suficiente, ajustando la dotación de enfermeras, auxiliares, etc, a las necesidades de niveles de cuidados.

Educar al paciente en el autocuidado de su condición (alimentación, actividad física, manejo de la medicación, etc.), incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento¹⁵⁸.

Planificación del alta y alta

Se deben valorar, al ingreso, las necesidades y las necesidades de soporte al alta. Identificar al paciente con problemática social y posible dificultad al alta, y solicitar la colaboración de la unidad de asistencia social, así como -si preciso- de fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, etc.

Se debe estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento, cuidados y medicamentos. El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación.

Se recomienda centrar la asistencia en el proceso asistencial que genera el ingreso, evitando estancias innecesarias por pretender resolver todos los problemas de salud durante el ingreso.

El informe de alta debe contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico y se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de Atención Primaria).

El informe de alta debe cumplir con los requisitos del Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada

EL PAPEL DEL CIUDADANO Y DEL PACIENTE

El papel del ciudadano/paciente en la salud y la gestión de su condición cuando están enfermos es clave en la mejora sistema sanitario y su sostenibilidad. El “hospital del futuro” recoge los estándares de calidad basados en la “experiencia del paciente” establecidos por NICE para el *National Health Service* inglés¹⁵⁹. Se debe trabajar con las asociaciones de pacientes para adaptar estos estándares al Sistema Nacional de Salud, siendo la Declaración de las Organizaciones de Pacientes y Voluntarios en el ámbito de la Salud¹⁶⁰ una guía de lo que los pacientes demandan en España (Anexo 2).

INFORMACIÓN, TRANSPARENCIA Y FINANCIACIÓN

La evaluación del desempeño de los servicios sanitarios debe basarse en el “valor” que añaden. Se entiende por valor la mejora en la salud y calidad de vida de los ciudadanos con el uso más eficiente de los recursos disponibles. No se producen incrementos de valor si no hay mejoras en la salud y calidad de vida.

Se debe evaluar a los servicios sanitarios por resultados en salud y hacerlos públicos. No puede existir libertad de elección ni empoderamiento del paciente sin que éste tenga acceso a una información de calidad sobre el desempeño de los distintos servicios y la evidencia disponible en resultados en salud. El SNS debe hacer un considerable esfuerzo en adecuar los sistemas de información para poder alcanzar estos objetivos.

El Hospital del Futuro no incorpora un análisis sobre el coste y la relación coste/beneficio de las medidas que se proponen. El concepto de “valor” debe guiar la introducción de medidas de las reformas propuestas¹⁶¹. El criterio de invertir en lo que añade valor y “desinvertir” en aquello que no lo hace (ejemplo: “*Choosing Wisely*”) debería presidir este razonamiento. Se solicitará, como ha hecho SEMI con los responsables de Medicina Interna, a todas las entidades profesionales y asociaciones de pacientes que envíen experiencias de éxito que puedan servir de inspiración para transformaciones locales, creando un banco de referencia para distintos hospitales, servicios y unidades.

II.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

II.1.1. CONCLUSIONES

1. Poner al paciente en el centro del sistema implica, si no quiere quedarse en mera retórica, una revolución en la forma de concebir la asistencia sanitaria y, dentro de ella, en el papel a desempeñar por los hospitales generales de agudos.
2. Del análisis interno y del entorno se deriva un conjunto de orientaciones para el rediseño de los hospitales:
 - Sustituir el modelo gerencialista implantado en 1987 por la estrategia de “añadir valor”^{7,8,9} en sanidad.
 - Organizar el hospital de forma que promueva la implicación de los profesionales en su gestión, integrando los principios del profesionalismo³⁵.
 - Aumentar los recursos físicos dedicados a la actividad ambulatoria (intervencionista y no intervencionista).
 - Incrementar la proporción de camas de nivel de cuidados 1 sobre las de nivel 0.
 - Adecuar las cargas de trabajo, especialmente de enfermería, a la complejidad, lo que supondrá un aumento en la dotación de enfermeras en las salas de hospitalización. Las necesidades de otros profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etc.) también aumentarán.
 - Insertar al hospital dentro de una red de servicios que garantice la continuidad e integralidad de la asistencia, desarrollando programas de atención sistemática al paciente crónico complejo, incluyendo el soporte de los cuidados paliativos.
 - Mantener la calidad de la asistencia sanitaria 24/7/365 (24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año).
 - Dar prioridad a la gestión clínica de las enfermedades en el ámbito ambulatorio y comunitario. La hospitalización de día y a domicilio, así como la telemedicina son modalidades asistenciales que se deben potenciar. Parte del manejo asistencial será telemático.
 - Comprometer al hospital con la salud poblacional, colaborando en acciones de educación para la salud y preventivas en el ámbito comunitario.

- Estandarizar los procesos asistenciales y auditarlos. Implantar una gestión por procesos asistenciales integrados.
- Regionalizar servicios y procedimientos (plantillas vinculadas a la red asistencial, sistemas de movilización adecuados).
- La planificación y diseño del hospital general de agudos, así como su estructura organizativa y de gestión, deberán cambiar para desarrollar una atención sistemática a los grandes bloques de procesos que el hospital maneja, así como para integrarse dentro de redes asistenciales.
- Medir los resultados en salud y costes, hacerlos públicos y comparables con otros centros.
- Desarrollar potentes departamentos dedicados a la digitalización.
- Incorporar al paciente como un agente activo en el manejo de su salud.
- Incorporar a las asociaciones de pacientes como agencias interesadas en la gestión del centro.
- Desarrollar estándares de calidad basados en la experiencia del paciente.

II.1.2. PROPUESTAS

1. Evitar la uniformidad. La experimentación acompañada de evaluación es un importante mecanismo de aprendizaje y progreso.
2. Configurar el modelo asistencial en relación con la gestión de procesos asistenciales ⁽³⁴⁾.
3. Adecuar la estructura de servicios y unidades clásicas en torno a los procesos asistenciales, integrando a equipos multiprofesionales y multidisciplinares (unidades de gestión clínica). El alcance de estas unidades comprenderá todo el proceso asistencial, por lo que generalmente incorporarán todas las modalidades asistenciales (hospitalización, hospital de día, hospitalización a domicilio/telemedicina, etc.) y su actividad se proyectará a toda la red asistencial de la que formen parte.
4. Organizar y estructurar el hospital para prestar apoyo a las unidades de gestión clínica y redes asistenciales. Reforzar las unidades y servicios de control de gestión y de sistemas de información/digitalización y ponerlos al servicio de la gestión clínica. Desarrollar planes

⁽³⁴⁾ Existe una tensión entre esta aproximación y una concepción “holística”, integral, del paciente, que debe ser resuelta en el ámbito comunitario: el médico y la enfermera de Atención Primaria, y los médicos internistas, así como los profesionales de los servicios sociales deben aportar esta visión integral.

directores en los hospitales para orientar su adaptación a la nueva organización de la asistencia.

5. Desarrollar en el hospital una división asistencial, que integre, coordine, oriente y supervise toda la actividad clínica.
6. Dotar a la división asistencial de una configuración matricial, en “áreas asistenciales” y “áreas clínicas de soporte asistencial”. Esta configuración deberá adaptarse a las condiciones locales del área de salud y a las unidades y servicios de ámbito “regional” o “suprarregional”.
7. Desarrollar en los hospitales generales de agudos un área asistencial para la atención sistemática del paciente crónico complejo y la atención comunitaria. Se puede evaluar, mediante el desarrollo de proyectos piloto, la integración de la Atención Primaria en esta área.
8. Desarrollar en los hospitales de agudos un área de coordinación de la asistencia aguda. Tendría como misión establecer un continuo asistencial entre las unidades de urgencias, hospitalización y cuidados críticos, garantizando los estándares de atención al paciente agudamente enfermo (incluyendo al crónico agudizado), que requiera el ingreso en el hospital. Integraría el desarrollo de unidades de asistencia compartida con otras unidades del hospital, especialmente quirúrgicas, para la sistematización de la asistencia con estándares de calidad adecuados.
9. El área de soporte clínico “medicina perioperatoria” se responsabilizaría de dar soporte al proceso de atención al paciente quirúrgico y procedimientos intervencionistas.
10. La “rehabilitación” se desarrollaría asimismo como un área de soporte clínico. Integraría lo que en la literatura sajona se denominan “allied health professionals” y debería desarrollarse como un servicio de soporte para el ámbito de influencia del hospital, integrando las unidades, servicios y profesionales, clínicos y no clínicos, que trabajan en ellas.
11. El laboratorio clínico y la imagen, configuradas ambas como “áreas de soporte clínico”, deberían desarrollar redes de ámbito regional.
12. Se deberían establecer estándares de atención tanto por grandes bloques asistenciales como para cada proceso asistencial. Los estándares deberían abarcar a todo el proceso asistencial e integrar en su elaboración a todos los agentes que intervienen en el proceso,

siendo, por tanto, generalmente elaborados por equipos multiprofesionales y multidisciplinares.

13. El establecimiento de estándares debería incorporar también los relativos a la experiencia del paciente en el sistema sanitario.
14. Se deben desarrollar indicadores de resultados, así como información sobre costes. Los indicadores de resultados deberían comprender todas las dimensiones de la calidad asistencial, incluyendo los resultados informados por el paciente.
15. Se deben desarrollar sistemas de financiación y pago basados en resultados, que promuevan la integración y continuidad asistencial.

PARTE III.
**LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO
COMPLEJO**



III. 1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

El Hospital del Futuro concibe la asistencia al paciente crónico complejo como un proceso clave para las unidades asistenciales no quirúrgicas, especialmente las más generalistas, tanto en el ámbito de la atención primaria como el de la asistencia especializada (Medicina Interna, Geriatría, Urgencias, pero también el área de rehabilitación y otras especialidades como Cardiología, Neumología, Neurología, etc.). Antes de adentrarse en los aspectos organizativos y de gestión de este proceso, conviene abordar algunos aspectos generales que lo enmarcan en el contexto del “Hospital del Futuro”.

III.1.1. EVIDENCIA DISPONIBLE EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

DESIGUALDADES INACEPTABLES EN RESULTADOS DE SALUD

La evidencia disponible demuestra que en España existen importantes diferencias interterritoriales en la práctica clínica^{162,(35)} y en resultados en salud. Las diferencias son todavía más importantes cuando se comparan indicadores de resultados de salud entre hospitales.

ESCASA SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN EL SNS

El documento del *Hospital del Futuro* señala que existen importantes brechas en la implantación de un manejo sistemático del paciente crónico complejo^{21-,22,163,164,165,166}. En 2018, las estimaciones de RECALMIN mostraban, para las unidades de Medicina Interna, una baja cobertura de los programas de atención sistemática al paciente crónico complejo (40% de la población), mientras que RECALCAR estimaba, para el mismo año, que el 55% de los equipos de atención primaria tenían un cardiólogo como referente. La progresión en la implantación de programas de atención sistemática al paciente crónico complejo está siendo muy lenta.

⁽³⁵⁾ <http://www.atlasvpm.org/>

DIVERSIDAD ORGANIZATIVA, NECESARIA. VARIABILIDAD NO JUSTIFICADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, INDESEABLE

Existen diferencias en la forma de organizar y gestionar la asistencia sanitaria entre hospitales y Comunidades Autónomas. Estas diferencias pueden ser organizativas o estar en relación con los estándares de calidad de la atención prestada. La existencia de distintas formas organizativas y de gestión pueden ser necesarias^{(36),167}, pues no pueden ser las mismas en un hospital de elevado volumen asistencial y alta complejidad que en un hospital local, en un entorno rural o urbano, etc. Por el contrario, debe ser un objetivo reducir al mínimo las diferencias en estándares de calidad, corrigiendo prácticas que no alcanzan los niveles adecuados. Las condiciones del entorno no pueden justificar que, por ejemplo, no se implante en todas las áreas de salud programas de atención sistemática al paciente crónico complejo.

FALTA DE TRANSPARENCIA

El SNS está lejos, por el momento, de disponer de un sistema de indicadores de resultados en salud ajustados a riesgo y de poder compararlos entre Servicios de Salud y hospitales, y aún más distante de tener información fiable sobre costes por servicio y por paciente, lo que imposibilita desarrollar indicadores reales de eficiencia; por último, es escasísima la información -y no sistematizada para el conjunto del SNS- sobre resultados desde la experiencia del paciente. La transparencia en resultados y el benchmarking son aspectos relevantes para la mejora de la calidad de la asistencia¹⁶⁸, la información al paciente y al ciudadano y un requisito necesario para financiar por resultados en lugar de por estructura o actividad.

III.1.2. EL HOSPITAL EN EL MARCO DE LA RED ASISTENCIAL. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

La gestión por procesos asistenciales, la sistematización de la asistencia a través del continuo asistencial, el enfoque poblacional (enfocar el sistema hacia la atención de las necesidades de salud en lugar de centrarse específicamente en la enfermedad)¹⁶⁹ y la integralidad de la atención llevan necesariamente a un replanteamiento del concepto,

⁽³⁶⁾ Se debería tratar de evaluar y comparar la eficiencia relativa de las diferentes configuraciones organizativas y de gestión ⁽¹⁶⁷⁾.

estructura, organización y gestión, planificación y diseño de los hospitales generales de agudos del SNS (Tabla 3.1). El cambio necesario tiene varias dimensiones, pero probablemente la más importante es la conceptual, que se podría resumir en pasar de una institución “cerrada” (definición de hospital por el antiguo Instituto Nacional de Previsión) a una institución “permeable” (fronteras más “líquidas” o difusas) que da soporte a las redes asistenciales que prestan servicio a una comunidad (redes de ámbito de área de salud, o de región sanitaria, o suprarregionales).

TABLA 3.1. EL CAMBIO CONCEPTUAL DEL “HOSPITAL”

| El hospital del presente | El Hospital del Futuro |
|--|--|
| Gerencialismo | Profesionalismo |
| Jerarquía | Jerarquía & Redarquía |
| Unidades / Servicios Divisiones profesionales Atención fragmentada | División Asistencial Integrada Equipos multidisciplinares Nuevos roles profesionales Bloques asistenciales Gestión por procesos Redes asistenciales |
| Instituciones cerradas | Centros abiertos Inclusión de la AP Continuidad asistencial Regionalización |
| Oferta asistencial discontinua | Asistencia sanitaria 24/7/365 |
| Evaluación por actividad | Evaluación por resultados en salud |
| Fuente: Gómez Huelgas R (Jornada Gestión Clínica IMAS-FACME. Mirando al Futuro. 27, junio 2019). | |

III.1.3. LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PROPUESTA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”. LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

El Hospital del Futuro propone una disposición matricial de la organización hospitalaria, centrada en procesos (Figura 1). Dentro de esta organización, el área responsable de coordinación de la atención al paciente crónico complejo es el equivalente a lo que la Comisión de *Future Hospital* denomina “*Clinical Coordination Centre*”. El informe del

Hospital del Futuro recomienda que todo hospital general de agudos, incluyendo el hospital local, desarrolle esta área asistencial, colaborando con Atención Primaria y con los diferentes recursos comunitarios y sociales en la prestación de una atención sistemática al paciente crónico complejo, enfocada al automanejo, la disminución de la dependencia, la prevención de la fragilidad y el mantenimiento en el ámbito comunitario del paciente, con el menor recurso posible al ingreso hospitalario o a la asistencia en urgencias. Esta área sería asimismo la responsable de desarrollar la salud poblacional.

Como propuesta para el debate (respetando el principio de evitar la uniformidad) se puede especular si la tradicional división entre niveles asistenciales se ajusta al modelo de continuidad asistencial. Puede tener interés evaluar en algún área de salud un modelo de integración de los recursos de Atención Primaria en esta área asistencial, configurándose como una *Health Maintenance Organization (HMO)*^{170,(37)}.

Un área clínica de soporte asistencial propuesta por el Hospital del Futuro es la de “Rehabilitación”, entendida en un sentido amplio. Integraría a lo que en la literatura sajona se denominan “*allied health professionals*” (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, etc.) y debería desarrollarse como un servicio de soporte para el ámbito de influencia del hospital, integrando las unidades, servicios y profesionales, clínicos y no clínicos, que trabajan en ellas.

FIGURA 3.1. ORGANIZACIÓN MATRICIAL DEL HOSPITAL. MATRIZ DE ÁREAS “ASISTENCIALES” Y CLÍNICAS

| División asistencial | Coordinación de la asistencia aguda | Medicina Perioperatoria | Rehabilitación | Laboratorio Clínico | Imagen |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|----------------|---------------------|--------|
| Centro de coordinación comunitaria | | | | | |
| Cáncer | | | | | |
| Cardiovascular | | | | | |
| Neurociencias | | | | | |
| Materno-infantil | | | | | |
| ... | | | | | |

⁽³⁷⁾ Enfoque de salud poblacional, liderazgo clínico, atención integrada, enfoque ambulatorio y comunitario (reducción de hospitalización, optimización del tiempo médico, son características del modelo *Kaiser Permanente* que se podrían incorporar)

III.1.4. EL RETO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La continuidad asistencial es uno de los principales retos de la asistencia sanitaria. La “continuidad como norma” es uno de los principios del nuevo modelo propuesto por el informe “*Future Hospital*” del *Royal College of Physicians*¹⁷¹. El “Centro de Coordinación Comunitaria” tiene como misión, dentro del diseño organizativo del Hospital del Futuro, garantizar la continuidad asistencial; minimizar el riesgo de las transiciones asistenciales; asegurar el cumplimiento de los estándares de atención al paciente crónico complejo; establecer sistemas de coordinación/integración de servicios sanitarios con los sociales para prestar una asistencia integral; y desarrollar nuevos sistemas de trabajo en colaboración con la atención primaria, los servicios sociales, las organizaciones de pacientes, el voluntariado social, etc. a los pacientes crónicos complejos, desde una perspectiva de trabajo conjunto de la atención primaria y especializada¹⁷². Aspectos organizativos y de gestión de esta área, son:

- El desarrollo de unidades de pluripatológicos⁸; programas de atención sistemática a pacientes crónicos complejos con patologías específicas predominantes, como la insuficiencia cardiaca ^{(38),173}, etc. Un reto para el Centro de Coordinación Comunitaria es, además de su generalización en todas las áreas de salud, el que la atención sistemática al paciente crónico complejo tenga como ámbito de actuación el conjunto de la población comprendida en el área.
- La “hospitalización a domicilio” nació como una alternativa a la hospitalización convencional y por ello se ha tratado en el área de coordinación de la asistencia aguda, pero cada vez hay un mayor número de pacientes crónicos, en numerosas ocasiones en situaciones de dependencia y/o fragilidad que requieren cuidados avanzados. Los servicios estructurados de hospitalización a domicilio pueden mantener a estos pacientes en el ámbito comunitario (domicilio, residencia asistida) evitando las consultas a urgencias o los ingresos hospitalarios. La telemedicina, interconsulta virtual, telemonitorización, las app, los “*wereables*”, etc. proveen herramientas que pueden ser de gran utilidad para prestar este servicio. La información clínica electrónica y los sistemas compartidos de laboratorio e imagen facilitan, asimismo, el desarrollo de esta modalidad asistencial^{174,175}.

⁽³⁸⁾ <https://www.fesemi.org/grupos/cardiaca/umipic/programa>

- Realizar una evaluación general e integral (metodología que integra el razonamiento clínico del médico internista con las esferas funcional, mental y social) en personas mayores en situación o riesgo de dependencia o fragilidad que acuden a la urgencia hospitalaria o que son ingresados.
- Educar al paciente y, en su caso, cuidadores, en el manejo de su enfermedad y potenciar la capacidad del paciente para decidir sobre las alternativas diagnósticas y terapéuticas, sustentada en una información veraz sobre la enfermedad, resultados esperados y calidad de vida⁶⁹⁻¹⁷⁹.

III.1.5. ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

PACIENTE INGRESADO EN EL HOSPITAL

- Evaluar y tratar las necesidades físicas y psicológicas, incluyendo nutrición, hidratación, alivio del dolor, higiene personal, movilidad^{180,181,182} y ansiedad. Respeto del sueño del paciente (toma de constantes, medicación, extracciones, etc.). El riesgo de desarrollar desnutrición, confusión y deterioro funcional es elevado en los ancianos hospitalizados, y son marcadores de mal pronóstico.
- Realizar una valoración geriátrica (médica, física, mental y social) para elaborar un adecuado plan de tratamiento y seguimiento de los ancianos hospitalizados. La identificación de personas con fragilidad y atender sus necesidades es un aspecto crítico, que disminuye los reingresos y aumenta la probabilidad de que el paciente siga residiendo en su domicilio 12 meses tras el alta hospitalaria^{183,184,185}.
- Educar al paciente en el autocuidado de su condición (alimentación, actividad física, manejo de la medicación, etc.), incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento¹²⁸.
- Valorar, al ingreso, las necesidades de soporte al alta. Identificar al paciente con problemática social y posible dificultad al alta, y solicitar la colaboración de la unidad de asistencia social, así como -si preciso- de fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, etc.
- Se debe estandarizar el proceso de alta para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas,

plan de tratamiento, cuidados y medicamentos. El informe de alta debe incluir la conciliación de la medicación.

- El informe de alta debe contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico y se debe poner a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de Atención Primaria).

RELACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA

El “Centro de Coordinación Comunitaria” debería desarrollar un sistema para la atención del paciente crónico complejo basado en:

- Sectorización de la relación primaria-especializada, estableciendo sistemas de relación entre las unidades de asistencia especializada y el nivel de atención primaria, por ejemplo, asignando de forma estable y continuada, un médico de la unidad de Medicina Interna por cada conjunto de médicos del nivel de atención primaria.
- Definición de un modelo de atención conjunta al paciente crónico complejo, que exige incluir criterios de estratificación de estos pacientes y planes de asistencia continuada.
- Identificar al paciente crónico complejo, en el sistema de información del hospital y en la historia clínica.
- Establecer sistemas que faciliten el contacto entre niveles de atención. Disponibilidad, para la comunicación entre los profesionales de atención especializada implicados en los programas de atención conjunta y los de atención primaria de, al menos, de teléfono móvil corporativo y correo electrónico.
- Habilitar vías de derivación entre atención primaria y el hospital diferentes de la tradicional derivación a la urgencia hospitalaria, valorando la derivación directa al hospital de día de Medicina Interna de pacientes definidos como crónicos complejos y con contacto directo previo entre el médico de familia y el médico internista.
- Establecer un sistema estructurado de sesiones clínicas/interconsultas entre las unidades de atención especializada implicadas en los programas de atención conjunta y los profesionales de atención primaria (médicos y enfermeras). El uso de las tecnologías de la información y comunicaciones pueden facilitar la realización de las sesiones e interconsultas evitando problemas de desplazamiento.

- Potenciar la figura de la enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos, que facilite la coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales y la continuidad de cuidados.
- Potenciar el papel de la enfermera en el ámbito comunitario⁵⁸.
- Integrar el ámbito sociosanitario en un concepto integral de la asistencia al paciente crónico complejo en situación de dependencia y/o fragilidad, o que sin estar en estas situaciones requieran del apoyo de los servicios sociales o sociosanitarios para mejorar la asistencia sanitaria (condiciones de habitabilidad, etc.).
- Establecer, con los recursos de cuidados paliativos del área de influencia del hospital, protocolos de atención conjunta y transición asistencial en las etapas finales de la vida.
- Integrar las etapas finales de la vida en la continuidad asistencial, prestando soporte al paciente mediante equipos de cuidados paliativos, que en la medida de lo posible faciliten los cuidados necesarios en el entorno familiar y social del paciente.
- Fomentar el voluntariado ciudadano y la participación de las asociaciones de pacientes.

EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y SOCIAL

- Introducir intervenciones, basadas en la evidencia, en el ámbito de atención primaria para prevenir la disminución de la capacidad física y mental, así como de apoyo a los cuidadores¹⁸⁶.
- Evaluar y atender las necesidades sociales de los pacientes, para lo que se requiere un enfoque multidisciplinario. Es relevante el papel de los trabajadores sociales y de los profesionales de la salud conductual en la práctica clínica. Un modelo centrado en el paciente debe incluir un proceso de toma de decisiones compartido para desarrollar un plan personalizado de atención no sanitaria.¹⁸⁷
- Potenciar la coordinación entre los trabajadores sociales del hospital, de atención primaria y los servicios sociales municipales o autonómicos, facilitando la unificación de datos sociales y el conocimiento de los mismos.

III.1.6. EL PAPEL DEL CIUDADANO Y DEL PACIENTE

El papel del ciudadano/paciente en la salud y la gestión de su condición cuando están enfermos es clave en la mejora sistema sanitario y su sostenibilidad. El “hospital del futuro” recoge los estándares de calidad basados en la “experiencia del paciente” establecidos por NICE para el *National Health Service* inglés¹⁸⁸. Se debe trabajar con las asociaciones de pacientes para adaptar estos estándares al Sistema Nacional de Salud, siendo la Declaración de las Organizaciones de Pacientes y Voluntarios en el ámbito de la Salud¹⁸⁹ una guía de lo que los pacientes demandan en España (Anexo 2.).

III.1.7. INFORMACIÓN, TRANSPARENCIA Y FINANCIACIÓN

La evaluación del desempeño de los servicios sanitarios debe basarse en el “valor” que añaden. Se entiende por valor la mejora en la salud y calidad de vida de los ciudadanos con el uso más eficiente de los recursos disponibles. No se producen incrementos de valor si no hay mejoras en la salud y calidad de vida.

Se debe evaluar a los servicios sanitarios por resultados en salud y hacerlos públicos. No puede existir libertad de elección ni empoderamiento del paciente sin que éste tenga acceso a una información de calidad sobre el desempeño de los distintos servicios y la evidencia disponible en resultados en salud. El SNS debe hacer un considerable esfuerzo en adecuar los sistemas de información para poder alcanzar estos objetivos.

El Hospital del Futuro no incorpora un análisis sobre el coste y la relación coste/beneficio de las medidas que se proponen. El concepto de “valor” debe guiar la introducción de medidas de las reformas propuestas¹⁶¹. El criterio de invertir en lo que añade valor y “desinvertir” en aquello que no lo hace (ejemplo: “*Choosing Wisely*”) debería presidir este razonamiento. Se solicitará, como ha hecho SEMI con los responsables de Medicina Interna, a todas las entidades profesionales y asociaciones de pacientes que envíen experiencias de éxito que puedan servir de inspiración para transformaciones locales, creando un banco de referencia para distintos hospitales, servicios y unidades.

III. 2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Poner al paciente en el centro del sistema implica, si no quiere quedarse en mera retórica, una revolución en la forma de concebir la asistencia sanitaria y, dentro de ella, en el papel a desempeñar por los hospitales generales de agudos.
2. Existen notables brechas de calidad en la atención al paciente crónico en los hospitales del SNS, existiendo desigualdades inaceptables entre hospitales y Servicios de Salud, escasa sistematización de la atención al paciente crónico, un sistema de información inadecuado y una notable falta de transparencia en la información sobre resultados en salud.
3. La garantía de continuidad asistencial en la atención al paciente crónico requiere la integración de la atención primaria, la asistencia especializada y los servicios en el mismo proceso asistencial. La creación de un área de coordinación de la asistencia especializada con la atención comunitaria, dependiente de la división asistencial, en los hospitales generales puede contribuir al logro de este objetivo.
4. Se debe garantizar una asistencia sistemática, basada en la evidencia científica disponible, para garantizar una óptima calidad en la atención del paciente crónico. Los estándares de atención propuestos atienden a la necesidad de desarrollar acciones específicas en el ámbito hospitalario, en el trabajo conjunto de la atención primaria y especializada y en el ámbito comunitario, integrando los servicios sociales y la labor de las asociaciones de pacientes. El abordaje necesariamente debe ser multidisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, terapeutas físicos, trabajo social, etc.) y el plan personalizado de cuidados debe atender también a la atención no estrictamente sanitaria.
5. Se deben identificar las personas con fragilidad y atender sus necesidades, así como incorporar sistemáticamente la valoración geriátrica (médica, física, mental y social) de los ancianos hospitalizados para realizar un adecuado plan de tratamiento y seguimiento.

6. Se debe trabajar con las asociaciones de pacientes para establecer en el Sistema Nacional de Salud unos estándares basados en la experiencia del paciente.
7. Se debe evaluar el desempeño de los servicios (hospitales, Servicios de Salud) por resultados en salud y hacerlos públicos. No puede existir libertad de elección ni empoderamiento del paciente sin que éste tenga acceso a una información de calidad sobre el desempeño de los distintos servicios y la evidencia disponible en resultados en salud. Se deben rediseñar los actuales sistemas para poder alcanzar estos objetivos.
8. Se debe crear un banco de “experiencias de éxito” que puedan servir de inspiración para transformaciones locales.

PARTE IV.

EL PAPEL DE LA MEDICINA INTERNA Y DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS EN EL HOSPITAL DEL FUTURO



IV.1. ANTECEDENTES

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) ha elaborado el documento “El Hospital del Futuro”. El “Hospital del Futuro” es una propuesta abierta al resto de las sociedades científico-médicas, así como a otras organizaciones profesionales de dentro y fuera del campo de la salud y a organizaciones de pacientes, que tiene por objetivos:

1. Analizar las tendencias y cambios del entorno que influirán sobre las necesidades de asistencia sanitaria y, en relación con esta, la estructura, procesos y estándares de la atención en los hospitales en el inmediato futuro.
2. Impulsar un proceso de reflexión, análisis y difusión sobre experiencias asistenciales que mejoren la eficiencia y calidad de la asistencia prestada en los hospitales.
3. Definir el perfil de los médicos internistas en el hospital del futuro, prestando especial atención a la colaboración y cooperación con otras especialidades y áreas de conocimiento y profesionales en entornos de trabajo inter y multidisciplinar.
4. Proponer las políticas para impulsar los cambios necesarios en la estructura, organización, funcionamiento y estándares de calidad para alcanzar los objetivos que se deriven de las necesidades identificadas.
5. Identificar el papel a desempeñar por la SEMI en el desarrollo y la implantación de las políticas propuestas.

El informe del Hospital del Futuro se centra intencionadamente en los objetivos 1, 2 y 4, en el espíritu de proponer un documento abierto al debate con otras sociedades científico-médicas y entidades. Para ello se han establecido, desde la SEMI, dos ámbitos de trabajo para el desarrollo del documento “El Hospital del Futuro”:

EN EL ÁMBITO DE LA SEMI

- La creación del grupo de trabajo “La Medicina Interna y el Médico Internista en el Hospital del Futuro”, que desarrollará el presente informe.
- La difusión y debate del documento, sometiéndolo a información pública de los socios de SEMI, sociedades federadas, etc., así como a los Jefes de Servicio de Medicina Interna.
- La solicitud a socios de SEMI y Jefes de Servicio de Medicina Interna de información sobre experiencias locales de innovación.

FUERA DEL ÁMBITO DIRECTO DE LA SEMI

El Hospital del Futuro se presentó en la Jornada de Gestión Clínica IMAS-FACME (27.06.19), iniciando un proceso de debate con todas las sociedades científicas. En esa misma jornada se propuso crear grupos de trabajo para el debate y desarrollo de algunas “áreas” asistenciales contempladas en el informe:

- Área “comunitaria” (atención sistemática del paciente crónico complejo, salud poblacional), con, entre otros, y además de Medicina Interna, representantes de médicos de Atención Primaria, salubristas, gerontólogos, enfermería y trabajo social.
- Área de coordinación de la asistencia aguda, con representantes, entre otros, y además de Medicina Interna, de médicos de urgencia, intensivistas, cirujanos generales, y traumatólogos ⁽³⁹⁾.

Se ha invitado a las asociaciones de pacientes a participar en ambos grupos de trabajo, que se pondrán en funcionamiento en cuanto la SEMI nombre coordinadores para ambos grupos. Asimismo, se ha propuesto crear grupos de trabajo en relación con:

- Indicadores de resultados ⁽⁴⁰⁾. Control de gestión.
- Sistemas de información. Digitalización en sanidad ⁽⁴¹⁾.

⁽³⁹⁾ Cardiólogos (IAM) y neurólogos (ictus), puede ser también de interés integrarlos en este grupo de trabajo.

⁽⁴⁰⁾ FACME ha desarrollado un grupo de trabajo en relación con este aspecto, que se debería reorientar hacia el enfoque que se propone en este informe.

⁽⁴¹⁾ El informe “Hospital del Futuro” utiliza un concepto “restringido” de la digitalización, el relativo a su aplicación instrumental inmediata. Una reflexión general sobre el cambio disruptivo que, sobre el sistema sanitario puede conllevar la digitalización, no se ha generado para el SNS. Un informe del *National Health Service* (Thinking on its own: AI in the NHS. Reform. 2018) se refiere a tres Grandes ámbitos en donde la “inteligencia artificial” puede ayudar a reducir las brechas del sistema para garantizar su sostenibilidad financiera, mejorando su eficiencia y calidad: la brecha de la salud y bienestar (promoción y prevención), la brecha de la asistencia y calidad y la brecha de la eficiencia y financiación.

- Arquitectura y equipamientos de los hospitales en una asistencia centrada en el paciente.

IV.4.1. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

El presente documento tiene por objeto centrarse en los aspectos que no se desarrollaron en el “Hospital del Futuro”, al ser más específicos de la Medicina Interna, es decir:

Definir el perfil de las unidades de Medicina Interna y de los médicos internistas en el hospital del futuro, prestando especial atención a la colaboración y cooperación con otras especialidades y áreas de conocimiento y profesionales en entornos de trabajo inter y multidisciplinar.

Identificar el papel a desempeñar por la SEMI en el desarrollo y la implantación de las políticas propuestas

IV.4.2. ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

En este informe se abordarán los siguientes apartados:

- La Medicina Interna en el “hospital del futuro”. Organización y gestión de la asistencia sanitaria y las unidades de Medicina Interna.
- RECALMIN 2019. Recursos humanos en Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud.
- El perfil del médico internista en el hospital del futuro.
- La formación del internista del futuro.
- El papel de la SEMI en el desarrollo del “hospital del futuro”.

IV.2. LA MEDICINA INTERNA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA

La SEMI ha desarrollado los estándares de calidad para las Unidades de Medicina Interna (UMI)¹⁹⁰, en el que se identifican como procesos asistenciales “clave” para estas unidades:

- Atención al paciente agudo hospitalizado, con un internista como médico directamente responsable.
- Atención al paciente agudo hospitalizado, con otro especialista como médico directamente responsable (asistencia compartida).
- Apoyo de consultoría a atención primaria u otras especialidades.
- Atención al paciente crónico complejo.

Estos cuatro procesos “clave” configuran, como se verá más adelante, la organización asistencial de la Medicina Interna. Sin embargo, antes de adentrarse en el diseño y propuestas de la organización asistencial en Medicina Interna probablemente conviene abordar algunos aspectos macro o estratégicos que, en el marco del “Hospital del Futuro”, contribuyen a dar forma a la organización de la actividad de Medicina Interna.

IV.4.1. DIVERSIDAD ORGANIZATIVA, NECESARIA. VARIABILIDAD NO JUSTIFICADA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, INDESEABLE

Existen grandes diferencias en la forma de ejercer la Medicina Interna entre hospitales y Comunidades Autónomas. Estas diferencias pueden ser organizativas o estar en relación con los estándares de calidad de la atención prestada. La existencia de distintas formas organizativas y de gestión de la Medicina Interna pueden ser necesarias ^{(42),191}, pues no pueden ser las mismas en un hospital de elevado volumen asistencial y alta complejidad que en un hospital local, en un entorno rural o urbano, etc. Por el contrario, debe ser un objetivo reducir al mínimo las diferencias en estándares de calidad, corrigiendo prácticas que no alcanzan los niveles adecuados. Las condiciones del entorno no pueden justificar que, por ejemplo, la UMI no implante una atención sistemática al paciente agudo hospitalizado¹⁹², o la asistencia compartida con atención primaria para el manejo asistencial del paciente crónico complejo¹⁹³, y en el caso de que existieran obstáculos externos a la propia unidad para su implantación habría que tratar de superarlos ⁽⁴³⁾.

IV.4.2. EL HOSPITAL EN EL MARCO DE LA RED ASISTENCIAL

El desarrollo de redes asistenciales, la gestión por procesos asistenciales y la regionalización de servicios lleva necesariamente a un replanteamiento del concepto, estructura, organización y gestión, planificación y diseño de los hospitales generales de agudos del SNS. El cambio necesario tiene varias dimensiones, pero probablemente la más importante es la conceptual, que Ricardo Gómez Huelgas resumía en la Tabla 1 y que se podría resumir en pasar de una institución “cerrada” (definición de hospital por el antiguo Instituto Nacional de Previsión) a una institución “permeable” (fronteras más “líquidas” o difusas) que da soporte a las redes asistenciales que prestan servicio a una comunidad (redes de ámbito de área de salud, o de región sanitaria, o suprarregionales). Este cambio demanda de la Medicina Interna que se vincule a estas redes asistenciales

⁽⁴²⁾ Se debería tratar de evaluar y comparar la eficiencia relativa de las diferentes configuraciones organizativas y de gestión (191).

⁽⁴³⁾ Este es un aspecto en el que la SEMI y, en general, las sociedades científico-médicas deben desarrollar un papel más activo, contribuyendo a la implantación de sistemas de gestión asistencial basados en la evidencia.

y, como se verá más adelante, este requerimiento se traduce en “nuevas” formas de organizar la Medicina Interna ⁽⁴⁴⁾.

TABLA 4.1. EL CAMBIO CONCEPTUAL DEL “HOSPITAL”

| EL HOSPITAL DEL PRESENTE | EL HOSPITAL DEL FUTURO |
|--|---|
| Gerencialismo | Profesionalismo |
| Jerarquía | Jerarquía & Redarquía |
| Unidades / Servicios Divisiones profesionales Atención fragmentada | División Asistencial Integrada Equipos multidisciplinarios Nuevos roles profesionales Bloques asistenciales Gestión por procesos Redes asistenciales |
| Instituciones cerradas | Centros abiertos Inclusión de la AP Continuidad asistencial Regionalización |
| Oferta asistencial discontinua | Asistencia sanitaria 24/7/365 |
| Evaluación por actividad | Evaluación por resultados en salud |

IV.4.3. LA MEDICINA INTERNA EN LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PROPUESTA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”

El Hospital del Futuro propone una disposición matricial de la organización hospitalaria, centrada en procesos. En esta organización, la Medicina Interna debe tener un papel especialmente relevante en dos ámbitos:

- a) El área asistencial responsable de coordinación de la atención al paciente crónico complejo, que frecuentemente se asocia a condiciones de dependencia y fragilidad, equivalente a lo que la Comisión de *Future Hospital* denomina “*Clinical Coordination Centre*”. Esta área coordina todos los recursos hospitalarios y de la comunidad para satisfacer las necesidades clínicas de la población que tiene asignada. Todo hospital

⁽⁴⁴⁾ Numerosas unidades y servicios de Medicina Interna han ido desarrollando nuevas formas de organizar y gestionar los servicios, en numerosas ocasiones a pesar de las rigideces del sistema. Se trata, por una parte, de generalizar aquellas experiencias de éxito, adaptándolas a las circunstancias locales, mientras que -por otra- estimular el desarrollo de nuevas iniciativas, evaluarlas y, en la medida que muestren beneficios, esalarlas.

general de agudos, incluyendo el hospital local, debería desarrollar esta área asistencial, colaborando con atención primaria y con los diferentes recursos comunitarios y sociales en la prestación de una atención sistemática al paciente crónico complejo, enfocada al automanejo, la disminución de la dependencia, la prevención de la fragilidad y el mantenimiento en el ámbito comunitario del paciente, con el menor recurso posible al ingreso hospitalario o a la asistencia en urgencias. Esta área sería asimismo la responsable de desarrollar la salud poblacional^{(45),(46),194}.

El Hospital del Futuro señala que puede tener interés evaluar en algún área de salud un modelo de integración de los recursos de Atención Primaria en esta área asistencial, configurándose como una Health Maintenance Organization (HMO)^{195,(47)}.

- b) El área clínica de soporte asistencial “Coordinación de la asistencia aguda”. Tendría como misión establecer en el hospital un continuo asistencial entre las unidades de urgencias, hospitalización y cuidados críticos, garantizando los estándares de atención al paciente agudamente enfermo (incluyendo al crónico agudizado), que requiere el ingreso en el hospital. Integraría el desarrollo de unidades de asistencia compartida con otras unidades del hospital, especialmente quirúrgicas, para la sistematización de la asistencia con estándares de calidad adecuados. Esta unidad debería estar presente en todo tipo de hospital.
- c) Se debe resaltar que, en ambas áreas, en donde la Medicina Interna debe asumir un importante protagonismo, deberían estar constituidas en cualquier hospital general de agudos, sea local, de “área de salud” o centros más complejos con redes de ámbito regional.

⁽⁴⁵⁾ Un ejemplo de este acercamiento en el SNS es el “Modelo cooperativo asistencial. Departamento de Salud Elche/Crevillente. Hospital Vinalopó.

⁽⁴⁶⁾ Existe, en relación con esta área, dos posibles aproximaciones organizativas: 1. La que propone el informe “El Hospital del Futuro” de la SEMI o, por ejemplo, el esquema organizativo del Karolinska University Hospital, en el que existe solamente un área enfocada a la “salud poblacional”¹⁹⁴, que integra la coordinación del paciente crónico; 2. Diferenciar, como propone *The Future Hospital*, del *Royal College of Physicians*²⁴, diferenciando el “centro de coordinación comunitaria” (integrado en el *Acute Hub*) (área asistencial) del área de atención al paciente crónico (área clínica). Probablemente las dos opciones son válidas, debiendo desarrollarse la que mejor se adapte al área de influencia del hospital.

⁽⁴⁷⁾ Enfoque de salud poblacional, liderazgo clínico, atención integrada, enfoque ambulatorio y comunitario (reducción de hospitalización), optimización del tiempo médico, son características del modelo *Kaiser Permanente* que se podrían incorporar

IV.4.4. EL RETO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La continuidad asistencial es uno de los principales retos de la asistencia sanitaria. El responsable de la continuidad asistencial debe ser un profesional que tenga una visión integral y holística de la asistencia sanitaria y con competencias en gestión clínica basada en el valor. El internista es el profesional más capacitado para este papel, aunque también otros profesionales podrían desempeñarlo. La “continuidad como norma” es uno de los principios del nuevo modelo propuesto por el informe “*Future Hospital*” del *Royal College of Physicians*¹⁹⁶. Las dimensiones relativas a la “integralidad y continuidad” caracterizan el ámbito de actuación más frecuentemente reconocido de la Medicina Interna. La *European Federation of Internal Medicine* subraya que “la Medicina Interna es la especialidad médica holística por excelencia, y por esta razón debe estar en la vanguardia de la asistencia centrada en el paciente”¹⁹⁷. Para que la Medicina Interna lidere este cambio es preciso que el médico internista interiorice este reto como el más importante de la especialidad en el momento actual.

IV.4.5. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA MEDICINA INTERNA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”

Las propuestas que incorpora “El Hospital del Futuro”, más estrechamente relacionadas con la organización y gestión de la Medicina Interna, son:

- Crear una División Médica que supervise, colabore y coordine los servicios médicos especializados en todo el hospital, así como en el ámbito extrahospitalario.
- Desarrollar las dos áreas señaladas en el apartado 3.3.: el área asistencial responsable de coordinación de la atención al paciente crónico complejo y el área clínica de soporte asistencial “Coordinación de la asistencia aguda”.
- Sumada a estas líneas de actividad del “Hospital del Futuro”, la Medicina Interna tiene un relevante papel en otro “proceso clave”:
- Apoyo de consultoría a atención primaria y otras especialidades.

COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA AGUDA

El área clínica de soporte asistencial “Coordinación de la asistencia aguda”, tiene como misión, dentro del diseño organizativo del Hospital del Futuro, garantizar la continuidad asistencial, minimizar el riesgo de las transiciones asistenciales (urgencias, críticos, planta y comunidad) y asegurar el cumplimiento de los estándares de atención al paciente que, por su condición clínica, se debe hospitalizar (“paciente agudo hospitalizado”)⁽⁴⁸⁾. Con independencia de las formas organizativas que se adopten, esta concepción implica la integración de las unidades de urgencias, de hospitalización polivalente de agudos y de cuidados críticos en el mismo proceso asistencial. La Medicina Interna debe, en relación con la coordinación de la asistencia aguda, asumir tres ámbitos de actividad:

- **Liderar el desarrollo del área**, diseñando con el resto de unidades y profesionales implicados los procesos asistenciales que garanticen estándares de calidad adecuados e implantándolos, desarrollar los procedimientos que garanticen la continuidad y minimicen los riesgos de las transiciones asistenciales, los sistemas de coordinación entre unidades asistenciales, etc.
- **Implantar una atención sistemática de calidad, basada en la evidencia, a los pacientes ingresados en sus plantas de hospitalización.**
- **Colaborar con el resto de las unidades y servicios que participan en el proceso de atención al paciente agudo hospitalizado para que se garantice la continuidad y los estándares de calidad asistencial.** La asistencia compartida^{198,199,-200} o la integración de médicos internistas en determinados servicios son formas organizativas de colaboración de la Medicina Interna con otras unidades.
- Los estándares para garantizar una atención sistemática a los pacientes hospitalizados por un evento agudo han sido elaborados por la SEMI^{190,201}.
- Otros aspectos organizativos y de gestión de esta área de soporte clínico, que debe impulsar la Medicina Interna:
- Garantizar una óptima calidad asistencial las 24 horas del día, los siete días de la semana.

⁽⁴⁸⁾ Incluye también a pacientes crónicos que tienen un episodio agudo.

- Aumentar el enfoque ambulatorio en la atención a los procesos agudos (hospital de día, hospitalización a domicilio)²⁰², apoyo a la recuperación y alta precoz (movilización precoz del paciente, evitar el uso de pañales, prevención de los cuadros confusionales, etc.), con apoyo al paciente -evitar el “síndrome post-hospitalización”²⁰³. La asistencia ambulatoria a los procesos agudos debe ser la opción predeterminada, salvo que esté indicado el ingreso hospitalario por razones clínicas.
- Planificar la recuperación del paciente desde el momento del ingreso. Esto requiere una revisión proactiva y comunicación con los pacientes, animándolos a una autogestión eficaz de su enfermedad.
- Implantar sistemas de alta temprana con apoyo del paciente y sus cuidadores, lo que puede implicar el desarrollo de equipos de hospitalización a domicilio o el soporte desde atención primaria, así como equipos que evalúen las necesidades asistenciales y de apoyo de los pacientes en su domicilio.
- Realizar una evaluación general e integral (metodología que integra el razonamiento clínico del médico internista con las esferas funcional, mental y social) en personas mayores en situación o riesgo de dependencia o fragilidad que acuden a la urgencia hospitalaria o que son ingresados.
- Educar al paciente y, en su caso, cuidadores, en el manejo de su enfermedad y potenciar la capacidad del paciente para decidir sobre las alternativas diagnósticas y terapéuticas, sustentada en una información veraz sobre la enfermedad, resultados esperados y calidad de vida^{69,204,205,206,-207}.

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Si el reto del área de coordinación de la asistencia aguda es garantizar la continuidad asistencial del paciente agudo hospitalizado, el de esta área es la de asegurar la continuidad y garantizar una atención integral al paciente crónico complejo, con el menor recurso posible al ingreso hospitalario o a la asistencia en urgencias. La Medicina Interna debe, en relación con la coordinación del paciente crónico complejo:

- **Liderar el desarrollo del área**⁽⁴⁹⁾, colaborando con atención primaria y con los diferentes recursos comunitarios y sociales en la prestación de una atención sistemática al paciente crónico complejo.
- **Desarrollar nuevos sistemas de trabajo** en colaboración con la atención primaria, los servicios sociales, las organizaciones de pacientes, el voluntariado social, etc. y prestar servicios especializados extrahospitalarios, entre estos servicios:
 - Unidades de pluripatológicos⁸, unidades de enfermedades minoritarias, programas de atención sistemática a pacientes crónicos complejos con patologías específicas predominantes, como la insuficiencia cardiaca (UMIPIC)^{(50),208}, etc. El reto de estas unidades para la Medicina Interna es, además de su generalización en todas las áreas de salud, el que la atención sistemática al paciente crónico complejo tenga como ámbito de actuación el conjunto de la población comprendida en el área.
- La “hospitalización a domicilio” nació como una alternativa a la hospitalización convencional y por ello se ha tratado en el área de coordinación de la asistencia aguda, pero cada vez hay un mayor número de pacientes crónicos, en numerosas ocasiones en situaciones de dependencia y/o fragilidad que requieren cuidados avanzados. Los servicios estructurados de hospitalización a domicilio pueden mantener a estos pacientes en el ámbito comunitario (domicilio, residencia asistida) evitando las consultas a urgencias o los ingresos hospitalarios. La telemedicina, interconsulta virtual, telemonitorización, las app, los “woreables”, etc. proveen herramientas que pueden ser de gran utilidad para prestar este servicio. La información clínica electrónica y los sistemas compartidos de laboratorio e imagen facilitan, asimismo, el desarrollo de esta modalidad asistencial^{209,210}.
- Los estándares para garantizar una atención sistemática a los pacientes crónicos complejos han sido elaborados por la SEMI²⁰¹. Se recuerdan aquí los estándares de estructura de las UMI:
 - La UMI debe disponer de un sistema estructurado de relación con los equipos de atención primaria del área de influencia del hospital, dirigido a la gestión compartida de los pacientes crónicos complejos.

⁽⁴⁹⁾ El perfil del internista es el más adecuado para liderar esta área por su enfoque a una atención integral y visión holística.

⁽⁵⁰⁾ <https://www.fesemi.org/grupos/cardiaca/umipic/programa>

- Se recomienda que la UMI desarrolle un sistema para la atención del paciente crónico complejo basado en:
 - Sectorización del servicio: asignando, de forma estable y continuada, un médico de la UMI por cada conjunto de médicos del nivel de atención primaria.
 - Definición de un modelo de atención conjunta al paciente crónico complejo, que exige incluir criterios de estratificación de estos pacientes y planes de asistencia continuada.
 - Identificación del paciente crónico complejo, en el sistema de información del hospital y en la historia clínica.
 - Facilidad de contacto: disponibilidad, para la comunicación entre el médico internista y los profesionales de atención primaria, al menos, de teléfono móvil de la UMI y correo electrónico.
 - Establecer un sistema estructurado de sesiones clínicas/interconsultas entre el médico internista y los profesionales de atención primaria (médicos y enfermeras) en el centro de salud correspondiente al menos una vez al mes.
- Para áreas de salud > 100.000 habitantes, la UMI deberá tener asignada, al menos, una enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos, que facilite la coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales y la continuidad de cuidados.
- Se recomienda que las UMI integren las unidades de cuidados paliativos no oncológicas en hospitales de agudos²¹¹ y que establezcan, con los recursos de cuidados paliativos del área de influencia del hospital, protocolos de atención conjunta y transición asistencial en las etapas finales de la vida.

Otros aspectos organizativos y de gestión de esta área asistencial, que debe impulsar la Medicina Interna:

- Potenciar el papel de la enfermera en el ámbito comunitario⁵⁸.
- Integrar las etapas finales de la vida en la continuidad asistencial, prestando soporte al paciente mediante equipos de cuidados paliativos, que en la medida de lo posible faciliten los cuidados necesarios en el entorno familiar y social del paciente.
- Fomentar el voluntariado ciudadano y la participación de las asociaciones de pacientes.
- Integrar el ámbito sociosanitario en un concepto integral de la asistencia al paciente crónico complejo en situación de dependencia y/o fragilidad, o que sin estar en estas

situaciones requieran del apoyo de los servicios sociales o sociosanitarios para mejorar la asistencia sanitaria (condiciones de habitabilidad, etc.).

APOYO DE CONSULTORÍA A ATENCIÓN PRIMARIA Y OTRAS ESPECIALIDADES

Dentro de este proceso se pueden distinguir dos tipos de servicios de apoyo que deben prestar las UMI:

ATENCIÓN A PROCESOS ESTANDARIZADOS CON POCA VARIABILIDAD

La mayoría de estos procesos son quirúrgicos, como por ejemplo las intervenciones de colecistectomía, colocación de marcapasos, cataratas, hernia, prótesis de rodilla, etc., especialmente en relación con la cirugía programada (ambulatoria o no), pues la urgente se inserta en el área de coordinación de la asistencia aguda. Sin embargo, también hay procesos médicos, como las hemorragias digestivas altas por úlceras pépticas, estudios de nódulos pulmonares, etc. En este caso el internista actuaría como consultor de apoyo para el control de las comorbilidades que presenta el paciente. Esto incluye la valoración de pacientes previa a los procedimientos (por ejemplo, para indicar o desaconsejar la colocación de TAVI) o durante determinadas situaciones (embarazo en mujeres con enfermedades crónicas). Esta colaboración puede hacerse desde los servicios de Medicina Interna o bien mediante la integración de un internista en dichos servicios, especialmente cuando se ha optado por esta alternativa organizativa en el área de soporte asistencial de coordinación de la asistencia aguda.

En este apartado se incluyen muchas de las consultas monográficas de medicina interna (riesgo vascular, lípidos, autoinmunes, VIH, infecciosas, enfermedad tromboembólica). Hay que protocolizar la atención en estas consultas para que aporten valor al paciente evitando “secuestrar” a pacientes con visitas repetitivas que no aportan ningún valor añadido.

APOYO DE CONSULTORÍA A ATENCIÓN PRIMARIA Y OTRAS ESPECIALIDADES

El documento de estándares de las UM²⁰¹ señala que el objetivo principal es disponer de procesos ágiles, que permitan priorizar a los pacientes más graves y diagnosticar con rapidez, evitar en la medida de lo posible las consultas presenciales innecesarias y recomienda establecer una relación sistemática de interconsulta ambulatoria no sólo

con atención primaria, sino también con otras especialidades que generen mayor demanda de interconsulta a MI. Los estándares de estructura elaborados por la SEMI para este proceso de consultoría recomiendan:

- Sistemas de comunicación estables, presenciales o no, que posibiliten una atención integrada.
- Circuitos rápidos para el diagnóstico de pacientes con rápido deterioro de su condición o presuntamente más graves. Para ello es recomendable pactar tiempos de demora cortos con servicios de diagnóstico (imagen, endoscopia, etc.) para patologías graves (síndrome constitucional, fiebre prolongada, adenopatías, etc.)²¹².
- Sistemas estables de interconsultas no presenciales capaces de evitar consultas de urgencia o desplazamientos innecesarios de los pacientes.
- Dotación de procesos de consulta e interconsulta no presencial, incorporando las nuevas tecnologías para evitar consultas o desplazamientos innecesarios, como por ejemplo: revisiones por telemedicina en pacientes con patologías crónicas muy prevalentes.
- Asignación por las gerencias de los centros de tiempos de carga de trabajo para las actividades de consulta (paciente-internista) e interconsulta (médico de atención primaria-internista) no presencial y para favorecer el desplazamiento periódico del médico internista a los centros de salud.
- Establecer protocolos de transición atención pediátrica-atención por medicina interna.

IV.3. LA ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES DE MEDICINA INTERNA

RECALMIN 2019 ha incluido, dentro del proyecto de [El Hospital del Futuro](#), una encuesta sobre la estructura de recursos humanos de las UMI, cuyos resultados se exponen en este capítulo.

IV.4.1. INTERNISTAS EN EL SNS

Entre 3.500 y 3.700 internistas trabajan en el SNS, equivalente a una tasa de 7,4 a 7,9 médicos internistas por 100.000 habitantes. El trabajo de la Universidad de Las Palmas para el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, referido a 2018 estimaba el número de internistas empelados en el sector público en 5.027 (11,32 por 100.000 habitantes)²¹³. La discrepancia entre ambas fuentes es muy notable y, aunque como señala el informe citado: “Tal como reconoce el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ‘con los registros actualmente existentes de profesionales sanitarios no es posible disponer de datos exactos y fiables sobre el número total y la distribución de los que ejercen su actividad en España’”, las diferencias entre ambas estimaciones son muy importantes, debiendo ser investigadas. La estimación de RECALMIN es directa de la información proporcionada por las UMI, elevando la tasa hallada en la encuesta, que tiene un peso de un 65% sobre el total de la población, al conjunto. Un aspecto que se debe reseñar es que en RECALMIN solamente se computan los médicos internistas que están trabajando en unidades de Medicina Interna de los hospitales generales de agudos del SNS, pudiendo haber médicos internistas que estén prestando servicios en otros unidades, servicios y centros del sistema público (centros de mediana y larga estancia, etc.).

La comparación de la tasa estimada para el SNS con la disponibilidad de médicos internistas en otros países europeos, no es tarea sencilla. Una limitación es que no existe una definición homologada de médico internista entre los países de la Unión

Europea^{214,(51)}, los datos de Eurostat mostraban una tasa de 22,8 médicos internistas por 100.000 habitantes en España (2015); 18,1 en Reino Unido (2016); 5,3 en Dinamarca (2014) y 25,9 Suecia (2014) ⁽⁵²⁾. Se debe tomar en consideración que los datos recogidos por Eurostat se refieren al conjunto del sistema sanitario (público y privado) y que los sistemas sanitarios, así como la estructura de especialidades, varía entre países, lo que dificulta las comparaciones.

IV.4.2. ESTRUCTURA DE EDAD Y GÉNERO DE LOS INTERNISTAS EN EL SNS

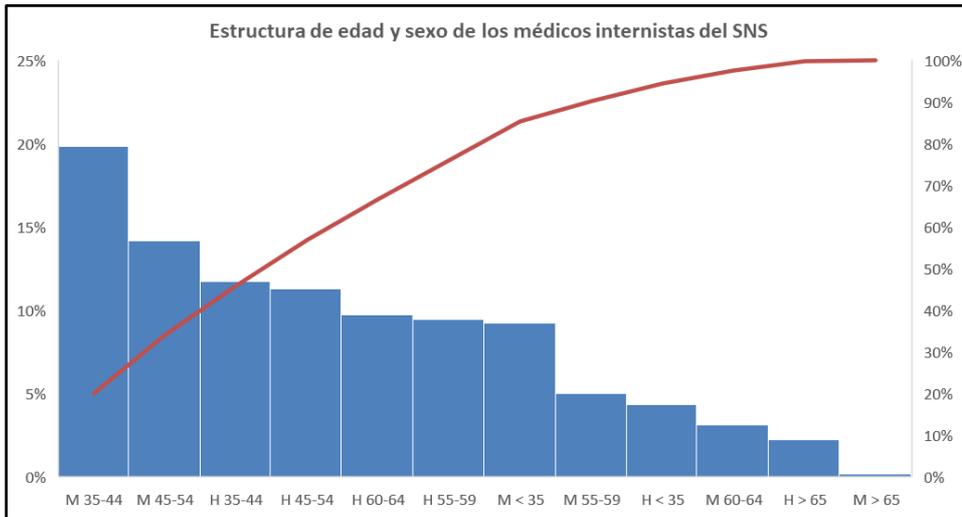
La tasa de internistas por 100.000 habitantes se ha estimado, a partir de la explotación de los datos de la encuesta RECALMIN 2019 (referidos a 2018) en 7,4. El promedio de médicos internistas por UMI era de 17,2, lógicamente con amplias variaciones en función del tamaño del hospital (mediana: 16; DS \pm 9,2). El 88% de los médicos internistas tenían un puesto de adjunto (facultativo especialista de área), o similar, el 8% de jefe de sección y el 4% jefe de servicio o similar. El 52% de los médicos internistas son mujeres. La edad media estimada es de 47,2 años, más joven en el grupo de mujeres (43,4%). La estructura de edad y sexo se muestra en la figura 4.1. Las mujeres entre 35 y 44 años (20%) y entre 45-54 años (14%) son los grupos de edad y sexo que, junto con los hombres entre 35 y 44 años (12%) conforman los tres grupos más numerosos. La tendencia a la feminización se incrementará en el futuro inmediato, pues el 62% de los médicos residentes en Medicina Interna son mujeres.

A pesar de que la edad media de los médicos internistas es relativamente joven, un 15% tienen 60 o más años, lo que debe ser tomado en consideración dentro de las estimaciones de necesidades de recursos de médicos internistas en el inmediato futuro.

⁽⁵¹⁾ Esta cita se ha tomado directamente de la referencia 213, pero no ha sido comprobada.

⁽⁵²⁾ <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>

FIGURA 4.1. ESTRUCTURA DE EDAD Y SEXO DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS EN LAS UMI

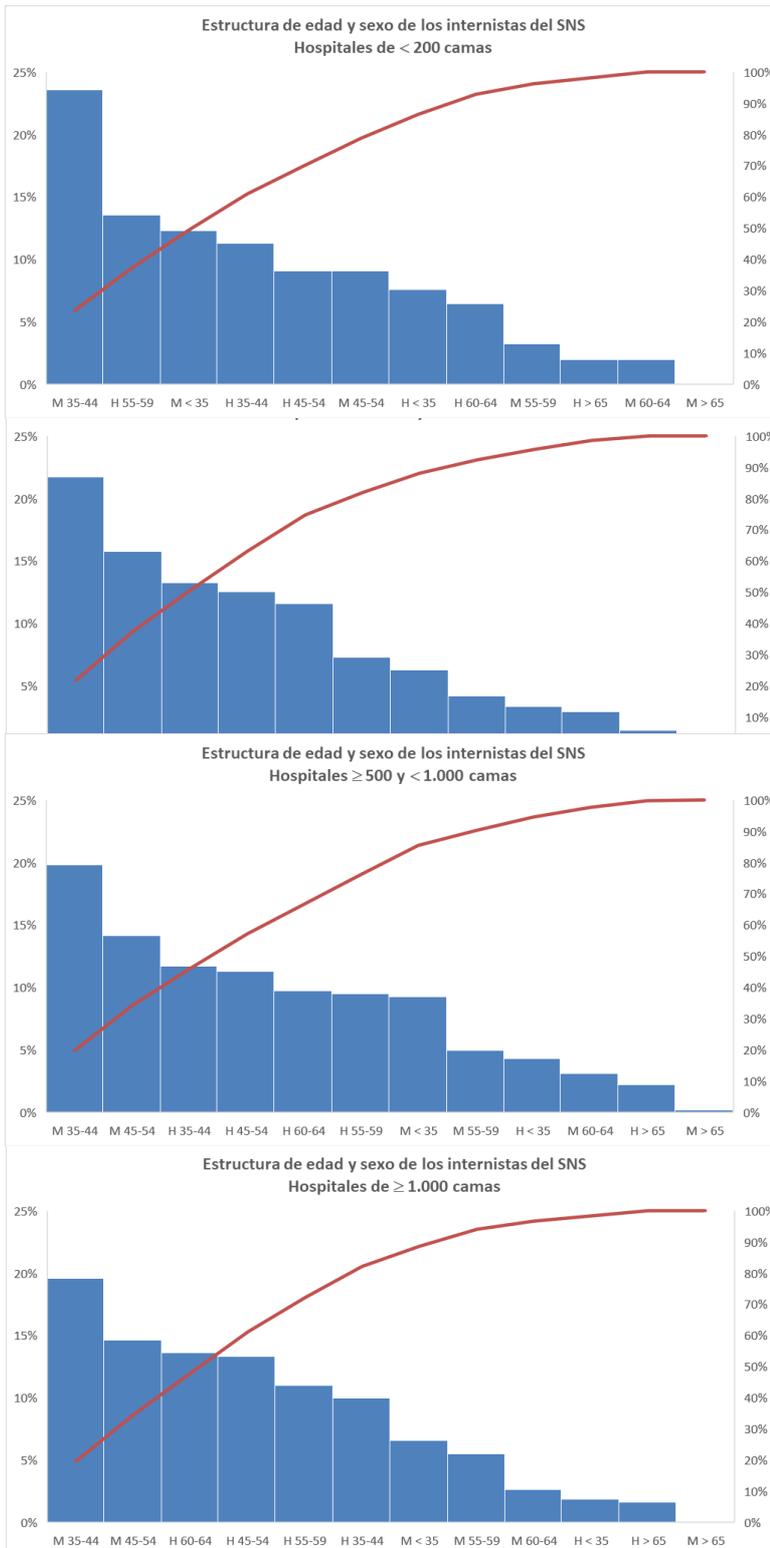


La media de edad, el porcentaje de mayores de 59 años y de hombres aumenta cuanto mayor es el volumen del hospital (tabla 4.1. y figura 4.2.).

TABLA 4.1. DIFERENCIAS EN LA ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS POR VOLUMEN DE HOSPITAL

| Camas | < 200 | 200-500 < | 500-1.000 < | ≥ 1000 |
|-------------|-------|-----------|-------------|--------|
| Edad Media | 45,1 | 45,5 | 47,2 | 48,9 |
| % > 59 años | 10 | 11 | 15 | 18 |
| % Mujeres | 55 | 55 | 52 | 49 |

FIGURA 4.2. DIFERENCIAS EN LA ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS POR VOLUMEN DE HOSPITAL



IV.4.3. RELACIONES CONTRACTUALES

Los salarios de los médicos españoles están entre los más bajos de los países de la Unión Europea²¹⁵. Existen asimismo notables diferencias retributivas entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas²¹⁶. El 44% de los médicos internistas que trabajan en las UMI tenían una relación estatutaria o funcionarial, con “plaza en propiedad”, mientras que un 20% tenía contrato laboral fijo. El 36% restante tenía contrato como personal interino, eventual, etc.

La estructura de contratación por tipología de hospital está vinculada a su volumen, tendiendo a tener una mayor proporción de contratos distintos a la “plaza en propiedad” cuanto menos complejo es el hospital (tabla 4.2).

TABLA 4.2. TIPOLOGÍA DE CONTRATOS POR VOLUMEN DE HOSPITAL

| Nº Camas Hospital | “Plaza en propiedad” | Laboral “fijo” | Interino, eventual, otro |
|-------------------|----------------------|----------------|--------------------------|
| < 200 | 27% | 31% | 43% |
| ≥ 200 – < 500 | 32% | 35% | 33% |
| ≥ 500 – < 1.000 | 44% | 20% | 36% |
| ≥ 1.000 | 68% | 3% | 29% |

IV.4.4. LA DIVISIÓN TECNOLÓGICA POR EDAD Y GÉNERO

Cuando se analiza la estructura de edad y género por complejidad (volumen) de hospitales se observa que cuanto menor es la complejidad del hospital mayor es la proporción de mujeres y menor es la edad promedio (tabla 4.1. y figura 4.2.). El SNS forma cada vez a una mayor proporción de médicos internistas mujeres (en la actualidad el 62% de los MIR son mujeres) que encuentran su principal destino en hospitales de menor complejidad (menos de 500 camas). La no integración de estas unidades de menor complejidad en redes asistenciales con plantillas vinculadas en el ámbito de una “región” (600.000 o más habitantes) puede consolidar una división por género en el acceso a la formación avanzada en subespecialidades o áreas de conocimiento específico de Medicina Interna.

IV.4.5. ESTIMACIÓN DE LAS NECESIDADES DE MÉDICOS INTERNISTAS

La estimación de las necesidades de médicos internistas en el sistema sanitario español para el futuro inmediato debe tomar en consideración múltiples variables. Factores que deben tomarse en consideración para estimar las necesidades de médicos internistas en el futuro son -entre otros- los siguientes:

- **Las proyecciones de población.** Las proyecciones de frecuentación en salas de Medicina Interna, manteniendo invariable el modelo asistencial, predicen un incremento de ingresos de un 33% en 2030 respecto de 2013, y de un 103% en 2050. En 2015, motivado por el envejecimiento poblacional²¹⁷. Esta situación sería insostenible, y esta es una de las razones por las que la SEMI ha abordado el proyecto del [El Hospital del Futuro](#), pero en todo caso predice un incremento de necesidad de médicos internistas, así como de otros especialistas generalistas, como pueden ser los gerontólogos.
- **Las necesidades insuficientemente cubiertas.** Como se ha señalado en el documento del Hospital del Futuro²¹⁸, y en este mismo informe, existen notables brechas de calidad tanto en los hospitales generales de agudos, como en las propias UMI. Los déficits afectan tanto al manejo del paciente crítica y agudamente enfermo, que requiere hospitalización, como al del paciente crónico complejo.
- La garantía de una asistencia de calidad los 365 días del año durante las 24 horas al día, para la atención de pacientes más mayores, con más comorbilidades, requerirá aumentar la dotación de médicos internistas en los hospitales (también de enfermeras y otro personal sanitario), desarrollando una función similar al “médico hospitalista” en el Inglaterra²¹⁹ y Estados Unidos. Esta tendencia ocurrirá con bastante probabilidad incluso aunque siga reduciéndose la duración de la estancia de los pacientes en el hospital, así como se evite, en la medida de lo posible, el ingreso hospitalario mediante actuaciones preventivas y sustituyendo ingresos por atención ambulatoria (hospital de día) y domiciliaria (hospitalización a domicilio).
- La implantación de programas sistemáticos de atención al paciente crónico complejo, con asistencia compartida entre atención primaria y Medicina Interna. Como se ha señalado en este informe, la cobertura poblacional no llega al 40% y probablemente demandará más médicos internistas, aunque las UMI realicen (lo que parece necesario) una profunda reorganización de su modelo de organización y trabajo.

- **La medicina de alto valor**, incluye el “dejar de hacer” actividades que no mejoran la salud y calidad de vida de los pacientes¹⁶¹, liberando tiempo para las actividades de alto valor, lo que tenderá a reducir las necesidades de médicos internistas.
- **La innovación tecnológica**. Las innovaciones tecnológicas en el ámbito de actuación de la Medicina Interna probablemente permitirán asumir parte del trabajo ahora desarrollado por médicos por otros profesionales o por equipos inteligentes, lo que tenderá a disminuir las necesidades de médicos internistas. Por el contrario, el uso de tecnología “wearable”, la monitorización a domicilio, y el desarrollo de comunidades pacientes soportadas por redes de comunicación, incrementará ligeramente las necesidades de médicos internistas, pero probablemente en mayor medida la de otros profesionales sanitarios y para-sanitarios.
- **La formación continuada**. La incorporación de los avances tecnológicos con la curva de aprendizaje más rápida posible, requerirá una mayor proporción del tiempo de profesional dedicado a la formación continuada, tendiendo a aumentar la necesidad de los profesionales de la salud, incluyendo a los médicos internistas .
- **El papel de otros profesionales**. La asunción de actividades actualmente desarrolladas por médicos internistas por otros profesionales (especialmente la enfermería), tenderá a reducir su necesidad, si bien el médicos internistas deberá dedicar más tiempo a labores de coordinación y gestión de equipos multidisciplinares.
- **La feminización de la sociedad y del SNS**. No sólo la incorporación de la mujer en la sanidad, sino también la incorporación de valores del feminismo (como, por ejemplo, la conciliación de la vida familiar y profesional) tenderán a disminuir el tiempo de dedicación de los profesionales, incrementando, por tanto, la necesidad de médicos internistas.
- **La organización y gestión del sistema sanitario**. La creación de redes asistenciales, la gestión clínica (implantación de una gestión por procesos asistenciales, incluyendo la atención sistemática al paciente crítica y agudamente enfermo y al paciente crónico complejo) y una política de personal del SNS más acorde con las de otros países europeos con servicios nacionales de salud tenderían a reducir la necesidad de médicos internistas al aumentar la eficiencia del SNS. Por el contrario, de mantenerse la gestión burocrático-administrativa y la inercia del SNS, éste no será capaz de responder a los

retos expuestos más arriba mediante mejoras en la eficiencia sino aumentando el número de recursos.

En resumen, en relación con los factores que pueden influir sobre la demanda de médicos internistas se puede trabajar con dos escenarios que, en todo caso, se estiman de crecimiento: 1. moderado (si el SNS aumenta su eficiencia), con un incremento de las necesidades en el número de médicos internistas de un 20% dentro de 10 años (en términos absolutos: 700-740 internistas más en el SNS en 2030); 2. expansivo (si el SNS mantiene su modelo organizativo y de gestión), con un aumento de la necesidad de médicos internistas como mínimo en un 30-40%. Este último escenario haría insostenible el SNS, no sólo por el aumento de médicos internistas, sino también de otros profesionales de la salud y recursos sanitarios.

IV.4.6. LA TASA DE REPOSICIÓN DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS

El 15% de los médicos internistas del SNS tenía en 2018 60 o más años. Estimando como edad de jubilación los 65 años, en los próximos 5 años se jubilarán unos 525-550 internistas (alrededor de 100-110 por año). Si a la cifra de reposición de jubilaciones se le suma un 2% de bajas en la masa de internistas (cambio de profesión, especialidad, dedicación, mortalidad y discapacidad antes de los 65 años, etc.) se precisarán unos 70-50 médicos internistas adicionales. Por último, para alcanzar la cifra de 700-740 internistas más en el SNS en los próximos 10 años, habría que sumar otros 70-75 internistas más cada año. A la suma total de las necesidades de reposición de internistas en el SNS hay que añadir la que en este momento absorbe la sanidad privada (se puede estimar en un 20% adicional) y en recursos distintos de las UMI de hospitales generales de agudos (difícil de estimar, añadiendo otro 20%).

La estimación del número de residentes de Medicina Interna formándose en la actualidad es de alrededor de 1.500 (300 plazas por año), con una proporción de mujeres muy superior a la de hombres (62%) y con edades comprendidas entre los 25 y 34 años. El número de residentes actual no aseguraría la tasa de reposición necesaria para subvenir a las necesidades previstas en los próximos 10 años, que se debería

incrementar a 360-390 plazas de residentes al año. Esta estimación se debería reconsiderar como máximo dentro de cinco años, tanto para evaluar el impacto de los factores que pueden influir en la demanda de internistas como porque la pirámide poblacional de éstos tiende a ser más joven y más feminizada.

IV.4. EL PERFIL DEL MÉDICO INTERNISTA EN LA SANIDAD DEL FUTURO

Para que la Medicina Interna desempeñe el papel que le tiene reservada la sanidad del futuro, el médico internista deberá estar dotado de las competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) precisas para desempeñar las actividades descritas en el apartado 3 de este informe. Como se ha observado a través de los datos de RECALMIN, existen notables brechas en la organización y funcionamiento de las UMI, que se suman a las insuficiencias del propio sistema, para alcanzar niveles óptimos de eficiencia y calidad²².

Para definir el perfil del médico internista es preciso recordar el concepto de la Medicina Interna como la especialidad médica holística por excelencia **Error! Marcador no definido.**⁽⁵³⁾. Si bien todos los médicos, sean internistas o no, deberían adquirir competencias no estrictamente referidas al conocimiento científico-técnico (Tabla 2)²²⁰, en el caso de los médicos internistas la adquisición de una visión integral del ser humano y de la sanidad es una obligación ineludible. Repasaremos algunas de las competencias que se han comentado, tanto en el informe de “El Hospital del Futuro” como en este documento.

TABLA 5.1. ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION (ACGME) CORE COMPETENCIES

| <i>ACGME Core Competences</i> |
|--|
| Prestar una atención compasiva, apropiada y efectiva para tratar problemas de salud y promover la salud. |
| Tener el conocimiento médico sobre ciencias biomédicas, clínicas y afines, así como la aplicación de este conocimiento a la atención del paciente. |
| Aprender y mejorar basándose en la práctica, lo que implica la investigación y la evaluación de su propia asistencia, la autoevaluación y la asimilación de la evidencia científica, y las mejoras en la asistencia. |
| Desarrollar habilidades interpersonales y de comunicación que resultan en un intercambio de información efectivo y en equipo con los pacientes, sus familias y otros profesionales de la salud. |

⁽⁵³⁾ La visión holística de la Medicina Interna la comparte con otras especialidades médicas, como las de Medicina Familiar y Comunitaria y de Salud Pública y Medicina Preventiva.

ACGME Core Competences

Estar comprometido con el profesionalismo manifestado por el compromiso de llevar a cabo responsabilidades profesionales, el cumplimiento de principios éticos y la sensibilidad a una población de pacientes diversa.

Desarrollar una práctica asistencial basada en sistemas, tomando en consideración las necesidades del sistema sanitario y su entorno, así como la capacidad de recurrir eficazmente a los recursos del sistema para prestar una atención óptima⁽⁵⁴⁾.

Fuente: Ref. 220

El Grupo de Trabajo sobre Competencias en Medicina Interna de la SEMI ha propuesto, para que sea asumidas en el ámbito europeo, las competencias nucleares del médico internista²²¹.

IV.4.1. PROFESIONALISMO

El profesionalismo se entiende como la base del contrato de la medicina con la sociedad³⁵. Sus principios fundamentales son la primacía del bienestar del paciente; la autonomía del paciente y la justicia social. Los médicos internistas deben conocer y respetar estos principios, así como aprender a ponerlos en práctica en el ejercicio cotidiano de la profesión, en el que debe confrontar en ocasiones dilemas éticos que ponen en contradicción estos principios entre sí.

IV.4.2. CONOCIMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO Y SOCIAL

Los médicos deben conocer los valores, organización y funcionamiento del sistema sanitario en el que trabajan²²¹ para desarrollar mejor su labor asistencial y para ser propulsores de aquellas transformaciones necesarias para mejorar la calidad y eficiencia de sus servicios. La formación de postgrado en nichos de actividad hace que muchos médicos internistas, llamados a tener una comprensión integral de la asistencia, carezcan del conocimiento y experiencia del trabajo en el ámbito rural (hospitales locales) y en atención primaria. Asimismo, es necesario, especialmente para el médico internista, conocer el funcionamiento de los servicios sociosanitarios y sociales,

⁽⁵⁴⁾ La traducción no es literal y su significado puede no ser obvio. Actividades que se incluyen en este apartado son, por ejemplo, “incorporar el análisis coste/beneficio”, “participar en procesos de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente” o “utilizar y documentar eficazmente la historia clínica electrónica, protocolos clínicos, y las indicaciones de la evaluación y del tratamiento”.

imprescindibles en una concepción integral, holística, de la atención a la persona enferma.

IV.4.3. GESTIÓN CLÍNICA

Una de las conclusiones del “Hospital del Futuro” es la necesidad de sustituir el modelo gerencialista implantado en 1987 por la estrategia de “añadir valor”⁸ en sanidad. Para ello es preciso, entre otras acciones, que se produzca una transferencia efectiva de responsabilidad (y riesgo) hacia los profesionales con el objetivo de mejorar la calidad y la eficiencia. Esta es la definición de gestión clínica asumida por la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME) ⁽⁵⁵⁾. La gestión clínica se fundamenta en los valores del profesionalismo y en los principios éticos de la Medicina²²². La SEMI ha analizado los instrumentos y actividades que pueden añadir valor en Medicina Interna¹⁶¹. Las competencias en gestión clínica basada en el valor, que comprenden la medicina basada en la evidencia (incluyendo el “*right care*”), la gestión por procesos, los sistemas de calidad y seguridad del paciente, los sistemas de información y la utilización de la digitalización para la gestión sanitaria, la medición y gestión por resultados, conocimientos de gestión de recursos (de personal, económicos, etc.), y otras son escasamente incorporadas al currículo de la formación de grado y durante la residencia, no existiendo tampoco una estrategia formativa en este campo en la formación médica continuada del Sistema Nacional de Salud.

IV.4.4. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La continuidad asistencial, elemento clave de la Medicina Interna en la concepción que se desarrolla en este documento, es una competencia más que se puede englobar en las de gestión clínica. El médico internista debe adquirir competencias en el conocimiento, aplicación y desarrollo de los instrumentos de continuidad asistencial²²³, incluyendo la utilización de las TIC para este propósito.

IV.4.5. COMPETENCIAS EN LIDERAZGO Y GESTIÓN DE EQUIPOS

⁽⁵⁵⁾ Decálogo para el desarrollo de la Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud. www.facme.es/comunicados/decalogo.pdf

Los equipos multidisciplinares se crean cuando varios profesionales de diferentes áreas de conocimiento y niveles de formación trabajan con pacientes, familias y comunidades para ofrecer la más alta calidad asistencial²²⁴. Los principios de funcionamiento de un equipo multidisciplinar propuestos por el *Institute of Medicine* (Estados Unidos) son²²⁵:

- **Objetivos compartidos:** El equipo, incluido el paciente y, en ocasiones cuidadores y/o familiares, trabaja para establecer metas compartidas que reflejen las prioridades del paciente y de la familia, y que pueden ser claramente articuladas, comprendidas y apoyadas por todos los miembros del equipo.
- **Funciones claras:** Hay expectativas claras para las funciones, responsabilidades y evaluación de cada miembro del equipo, que optimizan la eficiencia del equipo y a menudo hacen posible que el equipo se beneficie de la división del trabajo, logrando así más que la suma de sus partes.
- **Confianza mutua:** Los miembros del equipo se ganan la confianza de los demás, creando normas sólidas de reciprocidad, así como mayores oportunidades para lograr logros compartidos.
- **Comunicación efectiva:** El equipo prioriza y mejora continuamente sus habilidades de comunicación. Tiene canales consistentes para la comunicación directa y completa, a los que acceden y utilizan todos los miembros del equipo en todos los ámbitos.
- **Procesos y resultados medibles:** El equipo está de acuerdo en proporcionar retroalimentación fiable y oportuna sobre los éxitos y fracasos tanto en el funcionamiento del equipo como en el logro de los objetivos del equipo. Esta retroalimentación se utiliza para realizar un seguimiento y mejorar el desempeño a corto y largo plazo.

IV.4.6. COMPETENCIAS EN DIGITALIZACIÓN

Los avances en las TIC; *“Big Data”*; *Data Analytics*; *“Internet of Things”*; *Machine Learning*; inteligencia artificial; *3D Printing*; robótica; y realidad virtual tendrán un relevante impacto en la organización y gestión de la asistencia sanitaria. Para satisfacer las nuevas formas de asistencia será necesario que los profesionales desarrollen y adquieran competencias digitales. La interacción con el paciente a través de sus

terminales digitales estará principalmente dirigida a educación para la salud, autogestión y diagnóstico y servicios “on line”^{226,227}.

IV.4.7. COMPETENCIAS EN INTERACCIÓN CON PACIENTES Y ASOCIACIONES DE PACIENTES

Se ha señalado, en este documento, la necesidad de educar al paciente y cuidadores, en el manejo de su enfermedad y potenciar la capacidad del paciente para decidir sobre las alternativas diagnósticas y terapéuticas; **Error! Marcador no definido.**⁻²⁰⁷, e influyendo en las conductas de los pacientes y cambiando la asunción del modelo tradicional de los pacientes como “consumidores” del sistema sanitario a “productores” de su propia asistencia sanitaria²²⁸.

El grupo de trabajo que elaboró “*Future physician*” concluyó “que el más importante cambio para los médicos era el de una rutina dominada por intervenciones puntuales para tratar enfermedades episódicas a otra presidida por el trabajo en colaboración con un número creciente de pacientes con enfermedades crónicas, ayudando a mantener la estabilidad en sus estilos de vida. Esto implica la colaboración con los individuos, pero también con comunidades de pacientes con el mismo diagnóstico. Estas comunidades –típicamente formadas y sostenidas “online” y vías los medios de comunicación social- serán cada cada vez más importantes para el auto-manejo de condiciones crónicas y soporte mutuo. Los médicos necesitarán habilidades en el manejo del “soft” para conectar con estas comunidades y sentirse confortables compartiendo los medios que ellas elijan”²³².

Los profesionales médicos tendrán, por tanto, que incorporar competencias para adaptarse a los nuevos modelos de práctica clínica²³³, estando sin embargo esta formación escasamente cuidada en nuestro sistema sanitario.

IV.4.8. COMPETENCIAS EN INVESTIGACIÓN

En ocasiones se señalan las carencias y diferencias existentes en relación con la investigación en las UMI, como se ha detectado -por ejemplo- en el informe RECALMIN **Error! Marcador no definido.** Sin embargo, más infrecuentemente se ponen de manifiesto los déficits, aún mayores, en investigación, recordando las competencias nucleares de la ACGME: “Aprender y mejorar basándose en la práctica, lo que implica la investigación y la evaluación de su propia asistencia, la autoevaluación y la asimilación de la evidencia científica, y las mejoras en la asistencia”:

- La investigación en resultados en salud de la asistencia en Medicina Interna⁽⁵⁶⁾.
- La investigación en medicina clínica y salud poblacional.

Para ello, los internistas en formación deberían adquirir competencias para utilizar los instrumentos básicos (epidemiología, estadística, metodología) de la investigación y estar en condiciones de analizar críticamente la información científica, así como capacidad para fundamentar su práctica clínica cotidiana en bases científicas, participar, dentro del equipo multidisciplinar en el diseño, implantación, desarrollo, o mejora de los procesos asistenciales o de soporte y/o planes integrales en su ámbito asistencial y diseñar, desarrollar y elaborar proyectos de investigación, especialmente vinculados con la especialidad³³.

IV.4.9. COMPETENCIAS DOCENTES Y EN FORMACIÓN

El Médico internista debe desarrollar competencias para la formación de estudiantes de pregrado y postgrado (MIR), así como para contribuir a la formación continuada de otros internistas y de otros profesionales de la salud. Asimismo es preciso que el médico internista desarrolle competencias para guiar su propia formación continuada y autoevaluación de sus competencias profesionales, identificando sus necesidades y posibilidades de mejora.

IV.4.10. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

⁽⁵⁶⁾ El Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la SEMI desarrolla una importante labor en investigación en resultados, así como la línea de investigación desarrollada por la SEMI a través de RECALMIN.

En relación con el conocimiento científico-técnico, dentro de las competencias profesionales tradicionales de los médicos internistas, en relación con la sanidad del futuro se configuran dos áreas de competencias específicas, que se deberían atender en el “*core curriculum*” del médico internista, así como -probablemente- como experticia tras la formación MIR: competencias en el manejo del paciente pluripatológico y competencias en el manejo del paciente agudo.

IV.4.11. COMPETENCIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

El médico internista que se dedique preferentemente a esta área debe aprender a gestionar la asistencia a estos pacientes desde una “evaluación general e integral”, garantizar la continuidad asistencial y a utilizar todos los recursos que permitan que estos pacientes se mantengan en el ámbito comunitario, trabajando con equipos multidisciplinares, incluyendo a la atención primaria, otras profesiones relacionadas con la salud (dietistas, logopedas, terapeutas ocupacionales, psicoterapeutas, etc.), hacer las transiciones seguras y optimizar otros dispositivos más sostenibles que la hospitalización convencional, como son los hospitales de día o la hospitalización a domicilio. Asimismo, deberán manejar la transición a las etapas finales de la vida.

IV.4.12. COMPETENCIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE AGUDO

El médico internista que se dedique preferentemente a esta área debe aprender a gestionar la asistencia a estos pacientes a través del continuo asistencial urgencias-cuidados críticos-hospitalización “convencional”-transición domicilio no sólo en las plantas de Medicina Interna, sino como apoyo (asistencia compartida) a otros servicios y unidades.

El documento del *Royal College of Physicians* “Consultant physicians working for patients”²³⁴ define la medicina interna aguda como “la parte de medicina interna general relacionada con la gestión inmediata y temprana por especialistas en pacientes

adultos que sufren de una amplia gama de condiciones médicas por las que acuden o se presentan en los hospitales, que requieren atención urgente o de emergencia^{235,236}. Todos los médicos que atiendan a esta demanda asistencial deben tener habilidades para manejar a cualquier paciente que se presente con un problema médico agudo en las primeras 72 horas. Los médicos consultores especializados en asistencia aguda no sólo deben participar en la prestación de cuidados agudos, sino también liderar la organización de la atención a pacientes con enfermedades agudas. Los médicos especializados en asistencia aguda deben proporcionar el liderazgo clínico y organizativo en las distintas unidades de asistencia aguda y actúan con frecuencia como clínicos principales para la organización de cuidados agudos en todo el hospital, particularmente en el contexto del “hospital de noche” y el equipo médico fuera de horario²³⁶.

IV.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Poner al paciente en el centro del sistema implica una revolución en la forma de concebir la asistencia sanitaria, lo que conlleva a introducir importantes modificaciones en la forma de conceptualizar la Medicina Interna y el papel del médico internista.
2. La Medicina Interna es la especialidad médica holística por excelencia y, por ello, debería estar en la vanguardia de la asistencia centrada en el paciente. Para que la Medicina Interna lidere este cambio es preciso que el médico internista interiorice este reto como el más importante de la especialidad en el momento actual. Un aspecto central de este enfoque es la garantía de la continuidad asistencial, tanto en la asistencia al paciente agudo como crónico.
3. La garantía de continuidad asistencial en la atención al paciente agudo, requiere la integración de las unidades de urgencias, de hospitalización polivalente de agudos y de cuidados críticos en el mismo proceso asistencial. La Medicina Interna debe, en relación con la coordinación de la asistencia aguda, asumir tres ámbitos de actividad:
 - Liderar el desarrollo del área de “coordinación de la asistencia aguda”.
 - Implantar una atención sistemática de calidad, basada en la evidencia, a los pacientes ingresados en sus plantas de hospitalización.
 - Colaborar con el resto de las unidades y servicios que participan en el proceso de atención al paciente agudo hospitalizado para que se garantice la continuidad y los estándares de calidad asistencial. La asistencia compartida o la integración de médicos internistas en determinados servicios son formas organizativas de colaboración de la Medicina Interna con otras unidades.
 - Garantizar una óptima calidad asistencial las 24 horas del día, los siete días de la semana.

- Aumentar el enfoque ambulatorio en la atención a los procesos agudos (hospital de día, hospitalización a domicilio), apoyo a la recuperación y alta precoz.
 - Planificar la recuperación del paciente desde el momento del ingreso.
 - Implantar sistemas de alta temprana con apoyo del paciente y sus cuidadores.
 - Realizar una evaluación general e integral en personas mayores en situación o riesgo de dependencia o fragilidad que acuden a la urgencia hospitalaria o que son ingresados.
4. La Medicina Interna debe, en relación con la coordinación del paciente crónico complejo:
- Liderar el desarrollo del área, colaborando con atención primaria y con los diferentes recursos comunitarios y sociales en la prestación de una atención sistemática al paciente crónico complejo.
 - Desarrollar nuevos sistemas de trabajo en colaboración con la atención primaria, los servicios sociales, las organizaciones de pacientes, el voluntariado social, etc. y prestar servicios especializados extrahospitalarios.
 - Impulsar la generalización de los programas de atención sistemática a pacientes crónicos complejos que deben abarcar, como ámbito de actuación, al conjunto de la población comprendida en cada área de salud.
 - Impulsar y/o apoyar la “hospitalización a domicilio”.
 - Desarrollar sistemas estructurados de relación con los equipos de atención primaria del área de influencia del hospital, dirigido a la gestión compartida de los pacientes crónicos complejos.
 - Se recomienda que las unidades de Medicina Interna desarrollen un sistema para la atención del paciente crónico complejo basado en:
 - La sectorización.
 - La definición de un modelo de atención conjunta al paciente crónico complejo.
 - La identificación del paciente crónico complejo en el sistema de información sanitaria.

- La disponibilidad, para la comunicación entre el médico internista y los profesionales de atención primaria de, al menos, teléfono móvil y correo electrónico.
 - Establecer un sistema estructurado de sesiones clínicas/interconsultas entre el médico internista y los profesionales de atención.
 - Potenciar la figura de la enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos.
 - Integrar en Medicina Interna las unidades de cuidados paliativos no oncológicas de hospitales de agudos, estableciendo, con los recursos de cuidados paliativos del área de influencia del hospital, protocolos de atención conjunta y transición asistencial en las etapas finales de la vida.
5. La encuesta RECALMIN 2019 ha estimado una tasa de 7,4 a 7,9 médicos internistas por 100.000 habitantes en los hospitales generales de agudos del SNS.
 6. La edad media estimada de los médicos internistas es de 47,2 años, más joven en el grupo de mujeres (43,4%). La tendencia a la feminización se incrementará en el futuro inmediato, pues el 62% de los médicos residentes en Medicina Interna son mujeres.
 7. El 36% de los médicos internistas tenía, en 2018, contrato como personal interino, eventual, etc. Mayor proporción de contratos distintos a la “plaza en propiedad” cuanto menos complejo es el hospital.
 8. Cuanto menor es la complejidad del hospital mayor es la proporción de mujeres y menor es la edad promedio. El SNS forma cada vez a una mayor proporción de médicos internistas mujeres que encuentran su principal destino en hospitales de menor complejidad. La no integración de estas unidades de menor complejidad en redes asistenciales con plantillas vinculadas en el ámbito de una “región” puede consolidar una división por género en el acceso a la formación avanzada, así como a la investigación.
 9. El número de residentes actual no asegura la tasa de reposición necesaria para subvenir a las necesidades previstas en los próximos 10 años, que se debería incrementar a 360-390 plazas de residentes al año. Esta estimación se debería reconsiderar como máximo dentro de cinco años.
 10. Se considera preciso rediseñar el programa formativo del médico internista y se recomienda evaluar la posibilidad de introducir como áreas de competencia específicas

las de cuidados agudos y de atención al paciente crónico complejo. Competencias que debe atender el nuevo programa formativo:

- Profesionalismo.
- Conocimiento del sistema sanitario y social.
- Gestión clínica.
- Continuidad asistencial.
- Competencias en liderazgo y gestión de equipos.
- Competencias en digitalización.
- Competencias en interacción con pacientes y asociaciones de pacientes.
- Competencias en investigación, incluyendo la investigación en resultados en salud y en medicina clínica y salud poblacional.
- Competencias docentes y en formación.
- Competencias en el manejo del paciente pluripatológico.
- Competencias en el manejo del paciente agudo.

REFERENCIAS

- 1** Análisis comparativo de la actividad realizada por dos hospitales del sistema sanitario público de Andalucía: Hospital Virgen de Valme y Hospital Costa del Sol. Ejercicio 2008. (OE 04/2009). Cámara de Cuentas de Andalucía. Sevilla, Septiembre 2010.
- 2** Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión. IASIST, 2012.
- 3** Asenjo MA, Trilla A, Sanz GA, Terés J y Grau J. Reingeniería en un hospital universitario: el Institut Clinic de Malalties Cardiovasculares. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona.
- 4** Sanz G, Pomar JL. El “Instituto de Enfermedades Cardiovasculares”. Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona. Revista Española de Cardiología 1998;51:620:628.
- 5** Castells A., Gestión Hospitales basada en resultados: Hospital Clínic de Barcelona. En: Colomer J, Llano J (Eds.). III Congreso de Gestión Clínica. Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud, Madrid, abril 2011, págs.: 105-109. http://www.fgcasal.org/fgcasal/database/3cgc/CGCP-04_Castells.pdf
- 6** de Sancho JL, de Asís F, Cortés M (Coord.). Gestión clínica en los centros del INSALUD. INSALUD, Madrid 2001.
- 7** Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. Harvard Business Review, oct. 2013.
- 8** Porter ME. What Is Value in Health Care?. N Engl J Med 2010;363:2477-8.
- 9** Porter ME, Lee TH. From Volume to Value in Health Care. The Work Begins. JAMA 2016;316:1047-8.
- 10** Ribera J, Antoja G, Rosenmöller M, Borrás P. Hospital of the Future. A New Role for Leading Hospitals in Europe. Center for Research in Healthcare Innovation Management. IESE. Barcelona, January 2016. Disponible en: <https://media.iese.edu/research/pdfs/ST-0383-E.pdf>. Consultado el 22.01.19.
- 11** Kirkpatrick I., Malby B., Dent M. and Neogy I. (2007) National Inquiry into Management and Medicine: Final Report. Centre for Innovation in Health Management: University of Leeds
- 12** Pallesen T, Pedersen LD. Decentralization and management responsibility: the case of Danish hospitals. Int JHealth Plan & Man 1993;8:275-294
- 13** Kirkpatrick I, Jespersen PK, Dent M and Neogy I. Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. Soc Health&Illness 2009;31:642-58.
- 14** Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013.
- 15** Wiler JL, Harish NJ, Zane RD. Do Hospitals Still Make Sense? The Case for Decentralization of Health Care. N Eng J Med Catalyst. December 20, 2017. Disponible: <https://catalyst.nejm.org/hospitals-case-decentralization-health-care/> Consultado el 21.01.19.
- 16** Casariego-Vales E, Zapatero-Gaviría A, Elola-Somoza FJ, en nombre del Comité de Estándares de Unidades de Medicina Interna. La Medicina Interna del Siglo XXI : Estándares de Organización y Funcionamiento. Rev Clin Esp 2017;217:526-33.
- 17** Los Servicios de Medicina Interna en el Sistema Nacional de Salud del s. XXI. Visión de la Medicina Interna en la sanidad del s. XXI. SEMI. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/formularios/vision-mi-sxxi.pdf>. Consultado el 08.01.19.
- 18** Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013.
- 19** Royal College of Physicians. Future physician: changing doctors in changing times. Report of a working party. London: RCP, 2010
- 20** Anguita M, Pulpón LA, Cequier A et al. El Cardiólogo y la Cardiología del Futuro. Un informe de la Sociedad Española de Cardiología sobre la situación actual y los retos de la especialidad en futuros

escenarios. <https://secardiologia.es/institucional/reuniones-institucionales/cardiologo-cardiologia-futuro>. Consultado el 08.01.19.

- 21** Íñiguez Romo A, Bertomeu Martínez V, Rodríguez Padial L, et al. Proyecto RECALCAR. La atención al paciente en las unidades de cardiología del Sistema Nacional de Salud. 2011-2014. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:567-75.
- 22** Zapatero Gaviria A, Barba Martín R, Román Sánchez P, Casariego Vales E, Díez Manglano J, García Cors M, Jusdado Ruiz-Capillas JJ, Suárez Fernández C, Bernal JL, Elola Somoza FJ. RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp*. 2016 May;216(4):175-82. doi: 10.1016/j.rce.2016.01.002. Epub 2016 Feb 16.
- 23** Zapatero-Gaviria A, Barba-Martín R, Canora Lebrato J, Fernández-Pérez C, Gómez-Huelgas R, Bernal JL, Díaz Manglano J, Marco Martínez J, Elola-Somoza FJ. RECALMIN II. Ocho años de hospitalización en las Unidades de Medicina Interna (2007-2014). ¿Qué ha cambiado?. *Rev Clin Esp* 2017;217:446-53
- 24** Zapatero A, et al. RECALMIN. 4 años de evolución de las Unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud (2013-2016). *Rev Clin Esp* 2018 (en prensa).
- 25** Fernández-Fabrellas E, Rodríguez-González-Moro JM. Las enfermedades respiratorias en España a la luz del CMBD de RECALAR. *Monogr Arch Bronconeumol*. 2018;(5):00154
- 26** Fernández Rodríguez CM, Fernández Pérez C, Bernal JL, Vera I, Elola J, Júdez J, Carballo F; para la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). RECALAD. La asistencia al paciente en las unidades de Aparato Digestivo en el Sistema Nacional de salud. Estudio piloto, 2015. *Rev Esp Enferm Dig* 2018;110(1):44-50.
- 27** Botella F, Elola FJ, Navarro E, Fernández-Pérez C, Bernal JL, Bretón I. RECALSEEN. La atención al paciente en las unidades de Endocrinología y Nutrición del Sistema Nacional de Salud. *End Diab Nutric* 2018 (en prensa).
- 28** Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. OECD. 2015 (www.oecd.org/health)
- 29** Focus on health spending. OECD Health Statistics 2015. (www.oecd.org/health)
- 30** Rotar M, Botje D, Klazinga NS, Lombarts KM, Groene O, Sunol R, Ploch T. The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in and an in depth study in 7 OECD countries. *BMC Health Services Research* 2016, 16(Suppl 2):160: 1396-4. DOI 10.1186/s12913-016
- 31** Stoller JK, Goodall A, Baker A. Why The Best Hospitals Are Managed by Doctors. *Harvard Business Review*, September 2017. Disponible en: <https://hbr.org/2016/12/why-the-best-hospitals-are-managed-by-doctors>. Consultado el 08.01.19.
- 32** Janke K, Propper C, Sadun R. The Impact of CEOs in the Public Sector: Evidence from the English NHS. Harvard Business School. Working Paper 18-075. 2018. Disponible en: https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/18-075_3e77f74e-49a3-42cf-bbbe-cbc353cc0727.pdf. Consultado el 08.01.19.
- 33** Wynia MK. The Role of Professionalism and Self-regulation in Detecting Impaired or Incompetent Physicians. *JAMA* 2010;304:210-212 (doi:10.1001/jama.2010.945) <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/304/2/210>
- 34** Ferris TG, Vogeli C, Marder J, Sennett CS, Campbell EG. Physician Specialty Societies And The Development Of Physician Performance Measures. *Health Affairs* 2007;26: 1712-1719. doi: 10.1377/hlthaff.26.6.1712.
- 35** Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Eur J Intern Med* 2002;136:243-6 [Ann Int Med 2002; 136: 243-6, Lancet 2002; 359: 520-2]. <http://annals.org/article.aspx?articleid=474090>

-
- 36** Pérez JJ, García-Alegría, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(5):305-11
- 37** Bunt L, Harris M. The human factor. NESTA, November 2009.
<http://ctrtraining.co.uk/documents/TheHumanFactor-transforminghealthcare.pdf>
- 38** OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- 39** Marco J, Barba R, Zapatero A, Matía P, Plaza S, Losa JE, Canora J, García de Casasola G. Prevalence of the notification of malnutrition in the departments of internal medicine and its prognostic implications. *Clin Nutr.* 2011;30:450-4. doi: 10.1016/j.clnu.2010.12.005. Epub 2011 Feb 5.
- 40** Zapatero A, Barba R, Ruiz J, Losa JE, Plaza S, Canora J, Marco J. Malnutrition and obesity: influence in mortality and readmissions in chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Hum Nutr Diet.* 26 Suppl. 1, 16–22. doi:10.1111/jhn.12088
- 41** García Pavón J (Coord.). 1.ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España Prevención de la dependencia en las personas mayores. MSC. 2006. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/conferenciaPPS/conferencia.htm>
- 42** Ferrer C, Orozco D, Román P (Coord.Cientif.). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.
- 43** OECD (2006), "Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?", OECD Economics Department Working Papers, No. 477, OECD Publishing, Paris,
<https://doi.org/10.1787/736341548748>.
- 44** Abellán A; Ayala A; Pérez J; Pujol R. "Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, *Informes Envejecimiento en red* (2018);17:34. Disponible en:
<https://www.nuevatribuna.es/media/nuevatribuna/files/2018/02/26/enred-indicadoresbasicos18-completo-3-.pdf>
- 45** Zapatero A, Barba R, Canora J, Losa JE, Plaza S, San Roman J, Marco J. Hip fracture in hospitalized medical patients. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2013, 14:15.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/14/15>
- 46** Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med* 2009;360:1418-28. [Erratum, *N Engl J Med* 2011;364:1582.]
- 47** Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *N Engl J Med* 2013;368:100-102.
- 48** Eddleston J, Goldhill D, Morris J, on behalf of the Council of the Intensive Care Society. Levels of Critical Care for Adult Patients. Intensive Care Society. 2009. Disponible en:
<http://www.ics.ac.uk/ICS/guidelines-and-standards>
- 49** Colin-Thome D, Penny J. Learning from the Castlefields Health Center. Julio 2004 (www.natpact.nhs.uk).
- 50** Adapting the Evercare Programme for the National Health Service. Evercare. 2003 (www.natpact.nhs.uk).
- 51** Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?. King's Fund Research Paper. January 2004.
- 52** Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo–American exchange. King's. Seminar Report. November 2007.

-
- 53** Fierbințeanu-Braticevici C, Raspe M, Liviu-Predac A et al. Medical and surgical co-management – A strategy of improving the quality and outcomes of perioperative care. *Eur J Int Med*, <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.10.017>
- 54** Corbella X, Barreto V, Bassetti S, et al. Hospital ambulatory medicine: A leading strategy for Internal Medicine in Europe. *Eur J Int Med* 2018;54:17-20.
- 55** Palanca I (Dir), Medina J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
- 56** Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-Atención Primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67(4):283-293.
- 57** Falces C, Andrea R, Heras M, Vehí C, Sorribes M, Sanchis L, et al. Integración entre cardiología y Atención Primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol* 2011;64:564–571.
- 58** Bodenheimer T, Bauer L. Rethinking the Primary Care Workforce — An Expanded Role for Nurses, *N Engl J Med* 2016; 375;1015-1017-. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1606869>. Consultado: 24 abril 2018.
- 59** Palanca I (Dir), Miravalles E (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Laboratorio Clínico Central. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Laboratorio_Clinico_EyR.pdf
- 60** Palanca I (Dir), Madrid G (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades de Diagnóstico y Tratamiento por la Imagen. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Diagnostico_Imagen_EyR.pdf
- 61** Palanca I (Dir), Pascual A (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>
- 62** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Patrones de mortalidad en España, 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018.
- 63** Tendencias de salud en 30 indicadores. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
- 64** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. EDADES 2017. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017. 2018. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf, consultado el 15.01.19.
- 65** Gutiérrez-Fisac JL, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2001-2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013
- 66** Pérez-Hernández B, García-Esquinas E, Graciani A, et al. Desigualdades sociales en los factores de riesgo cardiovascular de los adultos mayores de España: estudio ENRICA-Seniors. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:145-54.
- 67** Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers? Economics Department Working Papers No. 47, 2006.

-
- 68** Freid L, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology* 2004; 59:255-263.
- 69** Kramer M.H.H., Bauer W, Dicker M. et al. The changing face of internal medicine: Patient centred care. *European Journal of Internal Medicine* 2014;25:125-127.
- 70** Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? *BMJ* 2013; 347:f6701 (Published 8 November 2013) <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6701>
- 71** Reiser SJ. The era of the patient: using the experience of illness in shaping the mission of health care. *JAMA* 1993; 269: 1012-1017.
- 72** Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. NICE clinical guideline 138. February 2012. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG138>.
- 73** *JAMA*. 2013;309(22):2384-2385 <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1696085>
- 74** Montori V. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e256> (Published 27 January 2012) Cite this as: *BMJ* 2012;344:e256
- 75** Honeyman M, Dunn P, MvKenna HM. A digital NHS?. An introduction to the digital agenda and plans for implementation. The King's Fund. September, 2019. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/digital-nhs>, consultado el 17.01.19.
- 76** Peden CJ, Saxon LA. Digital Technology to Engage Patients: Ensuring Access for All. *NEJM Catalyst*. Article · October 12, 2017. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/digital-health-technology-access/>, consultado el 17.01.19.
- 77** Health-care spending: the quest for affordable costs and sustainable financing. En: *Towards High-Performing Health Systems*. The OECD Health Project. OECD, 2004. Chapter 4, págs.: 77-93.
- 78** Newhouse, JP. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?. *Journal of Economic Perspectives*, 1992;Vol. 6, Summer.
- 79** Aaron, H. Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health Care Spending?. *Health Affairs*. 2003, January.
- 80** Jorcano JL, Garcés F, García L, Cabrera JA, Morato A. Impacto de la biotecnología en el sector sanitario. *Tendencias tecnológicas a medio y largo plazo*. OPTI y Genoma España. 2003.
- 81** Narváez M, Merello E, Toribio C, Benlloch JM. Diagnóstico por imagen. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y FENIN. Agosto, 2009.
- 82** Vega M, Ruiz Galán M. Farmacogenómica y medicina personalizada en la sanidad española. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y Fundación Genoma España. Agosto, 2009.
- 83** Jiménez J, Toribio C, Poveda R, Valero MA. Tecnologías para el envejecimiento activo. Fundación OPTI y Fenin. 2011.
- 84** Ruiz O, Vega M, Garcés F. El impacto de la biotecnología en el sector de la salud 2020. OPTI/FECYT. 2011.
- 85** Narváez M, Toribio C. Ciencias de la Salud e-Salud 2020. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y FENIN. Agosto, 2006.
- 86** National Information Board (2014). *Personalised health and care 2020. Using data and technology to transform outcomes for patients and citizens: a framework for action*. London: Department of Health and National Information Board. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/384650/NIB_Report.pdf, consultado el 17.01.19.
- 87** Halamka JD, Lippman A, Ekblaw A. The potential of Blockchain in Healthcare. *Harvard Business Review*. March 3th 2017; pp:12-13.

-
- 88** J Elola (Dir). Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- 89** Informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario. Consejo Económico y Social. Octubre, 2010.
- 90** Álvarez M, Gogorcena A. Spain: Geographic variations in health care. En: OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>
- 91** SEC. Registro RECALCAR La atención al paciente con Cardiopatía en el Sistema Nacional de Salud. SEC, 2018. Disponible en:
[https://secardiologia.es/images/institucional/sec-calidad/sec-recalcar/Informe RECALCAR 201 Final.pdf](https://secardiologia.es/images/institucional/sec-calidad/sec-recalcar/Informe_RECALCAR_201_Final.pdf), consultado el 17.01.19.
- 92** Alfageme I, Fernández Villar A, Soriano J. Las enfermedades respiratorias en España a la luz del CMBD de RECALAR. *Monogr Arch Bronconeumol.* 2018;(5):00153.
- 93** Cequier Á, Ariza A, Elola J et al. Impact on Mortality of Different Network Systems in the Treatment of ST-segment Elevation Acute Myocardial Infarction. The Spanish Experience. *Rev Esp Cardiol.* 2016.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2016.07.005>
- 94** Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.
- 95** Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London:NHS. National Patient Safety Agency. November, 2007.
- 96** Critical care Outreach 2003. NHS Modernisation Agency. 2003.
- 97** Quality Critical Care. Beyond 'Comprehensive Critical Care'. A report by the Critical Care Stakeholder Forum. September, 2005.
- 98** Manley K, Hardy S. Improving Services to Patients Through Ongoing Development of Critical Care Teams. A Project Report. A report commissioned by the Department of Health (England). September, 2005.
- 99** Critical Care Outreach Services. Indicators of Service Achievement and Good Practice. Critical Care Stakeholders' Forum & National Outreach Forum. March, 2007.
- 100** Guidelines for the introduction of Outreach Services. Intensive Care Society. 2003.
- 101** Zapatero Gaviria A, Elola Somoza FJ, Casariego Vales E, Gomez Huelgas R, Fernández Pérez C, Bernal JL, Barba Martín R. RECALMIN: The association between management of Spanish National Health Service Internal Medical Units and health outcomes. *Int J Qual Health Care.* 2017 Aug 1;29(4):507-511. doi: 10.1093/intqhc/mzx055.
- 102** Castillo F, López JM, Marco R, González JA; Puppo AM, Murillo F y Grupo de Planificación, Organización y Gestión de la SEMICYUC. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Med. Intensiva* 2007; 31. [periódico en la Internet]. 2007;31: 36-45.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000100006&lng=es&nrm=iso. Consultado 19.12.08.
- 103** Critical to Success. The place of efficient and effective critical care services within the acute hospital. Audit Commission. 1999.
- 104** Marco Martínez J, Montero Ruíz E, Fernández Pérez C, Méndez Bailón M, García Klepzig JL, Garrachón Vallo F. Encuesta nacional sobre la actividad de los internistas en asistencia compartida–interconsultas en los hospitales españoles. *Revista Clínica Española* 2016. 216- 8: 414-418.

-
- 105** Sharma G, Kuo YF, Freeman J et al. Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States. *Arch Intern Med* 2010; 170:363-8.
- 106** Barba R, Losa JE, Velasco M, Guijarro C, García de Casasola G, Zapatero A. Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends. *European Journal of Internal Medicine* 2006;17:322-324.
- 107** Marco J, Barba R, Plaza S, Losa JE, Canora J, Zapatero A. Analysis of the mortality of patients admitted over the weekend to internal medicine wards. *American Journal of Medical Quality* 2010; 25: 312-8.
- 108** Hyett P, Jenner J. Tomorrow's Hospitals. NHS design review programme. NHS, July 2004.
- 109** Ross JS, Normand ST, Wang Y, Ko DT, Chen J, Drye EE, Keenan PS, Lichtman JH, Bueno H, Schreiner GC, Krumholz HM. Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions. *N Eng J Med* 2010;362:1110-1118.
- 110** Bertomeu V, et al. Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:935-42.
- 111** Martínez-Santos P, Bover R, Esteban-Fernández A, et al. In-hospital mortality and readmissions for heart failure in Spain. A study of the index episodes and 30 days and 1-year cardiac readmissions. *Rev Esp Cardiol* 2019 (in press).
- 112** Moracho O, Nuño R. Capítulo 5. Gestión de la calidad total en el sistema sanitario. En: Bengoa R, Nuño R. Curar y Cuidar. Innovación en gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: MASSON. 2008. Págs. 75-106.
- 113** Alice K. Jacobs, MD, FAHA, Chair; Elliott M. Antman, MD, FAHA; David P. Faxon, MD, FAHA; Tammy Gregory; Penelope Solis, JD. Development of Systems of Care for ST-Elevation Myocardial Infarction Patients. Executive Summary. Endorsed by Aetna, the American Ambulance Association, the American Association of Critical-Care Nurses, the American College of Emergency Physicians, the Emergency Nurses Association, the National Association of Emergency Medical Technicians, the National Association of EMS Physicians, the National Association of State EMS Officials, the National EMS Information System Project, the National Rural Health Association, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, the Society of Chest Pain Centers, the Society of Thoracic Surgeons, and UnitedHealth Networks. *Circulation*. 2007;116:217-230.
- 114** NICE clinical guideline 68. Stroke: diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008.
- 115** Ferlie E, Shortell SM. Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly* 2001;79(2):281-316,.
- 116** Observatorio de Resultados. Sexto Informe de Hospitales, 2015-2017. Madrid. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Servicio Madrileño de Salud. 2018. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx>. Consultado el 12.01.19.
- 117** Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit hospitalari. Dades 2017. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actuais/index.html. Consultado el 12.01.19.
- 118** Stowell C, Akerman C. Better Value in Health Care Requires Focusing on Outcomes. *N Eng Catalyst*, September 17, 2015.
- 119** Ferris TG, Torchiana DF. Public Release of Clinical Outcomes Data - Online CABG Report Cards. *N Engl J Med* 2010; 363:1593-1595.
- 120** Palanca I (Dir), Castro A (Coord. Cientif.), Macaya C (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades asistenciales del área del corazón. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2011. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/EyR_UAC.pdf

-
- 121** Palanca I (Dir), Matías-Guiu J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades Asistenciales del Área de Neurociencias. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UAAN_2013._Accesible.pdf
- 122** Palanca I (Dir), Borrás JM (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades Asistenciales del Área del Cáncer. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf
- 123** Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Admin Sanit* 2007;5:283-92. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/casos-clinicos/vi-escuela-verano/caso-kaiser-permanente.pdf>
- 124** Mintzberg H. *Power in and Around Organizations*. Prentice-Hall. New York. 1983.
- 125** Cabrera J. Organizaciones duales: jerarquía y redarquía. *Telos* 2018;108:98-105.
- 126** Baquero JL, Alfonso S, Maderuelo M y Lorenzo A. Las organizaciones de pacientes reclaman participar en la toma de decisiones que les afecten como colectivo. *New Medical Economics*. 2017. nº 53: 15-17.
- 127** Hilton K, Anderson A. Marco de la Psicología del Cambio de IHI para Promover y Mantener la Mejora. Informe técnico de IHI. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2018. (Disponible en ihi.org)
- 128** Albert NM, Barnason S, Anita Deswal A, Adrian Hernandez A, Kociol R, Lee E, Paul S, Ryan CJ, White-Williams C; on behalf of the American Heart Association Complex Cardiovascular Patient and Family Care Committee of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Transitions of care in heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. 2015;8:384–409.
- 129** Wald HL, Ramaswamy R, Perskin MH, et al. Quality and Performance Measurement Committee of the American Geriatrics Society. The Case for Mobility Assessment in Hospitalized Older Adults: American Geriatrics Society White Paper Executive Summary. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Jan;67(1):11-16. doi: 10.1111/jgs.15595. Epub 2018 Oct 1.
- 130** Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2019;179(1):28-36. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4869
- 131** Resnick B, Boltz M. Optimizing Function and Physical Activity in Hospitalized Older Adults to Prevent Functional Decline and Falls. *Clin Geriatr Med* 35 (2019) 237–251
- 132** Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G. Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized, Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc* 53:1476–1482, 2005.
- 133** Vidán M, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *Am Geriatr Soc* 57:2029-2036, 2009.
- 134** Comprehensive care. Older people living with frailty in hospitals. NIHR Dissemination Centre NIHR research on older people living with frailty in hospitals. NHS. December 2017. Disponible en: <https://www.dc.nihr.ac.uk/themed-reviews/Comprehensive-Care-final.pdf>. Consultado el 30.12.19.
- 135** Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf;sequence=1>. Consultado el 30.12.19.

136 Drake C, Eisenon H. Assessing and Addressing Social Needs in Primary Care. N Eng J Med Catalyst 2019; November, 6. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.19.0693>. Consultado el 30.12.19.

137 Álvarez M, Gogorcena A. Spain: Geographic variations in health care. En: OECD (2014), Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>

138 Fernández-Fabrellas E, Rodríguez-González-Moro JM. Las enfermedades respiratorias en España a la luz del CMBD de RECALAR. Monogr Arch Bronconeumol. 2018;(5):00154

139 Fernández Rodríguez CM, Fernández Pérez C, Bernal JL, Vera I, Elola J, Júdez J, Carballo F; para la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). RECALAD. La asistencia al paciente en las unidades de Aparato Digestivo en el Sistema Nacional de salud. Estudio piloto, 2015. Rev Esp Enferm Dig 2018;110(1):44-50.

140 Botella F, Elola FJ, Navarro E, Fernández-Pérez C, Bernal JL, Bretón I. RECALSEEN. La atención al paciente en las unidades de Endocrinología y Nutrición del Sistema Nacional de Salud. End Diab Nutric 2019;66:425-33.

141 Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.

142 Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.

143 Critical Care Outreach Services. Indicators of Service Achievement and Good Practice. Critical Care Stakeholders' Forum & National Outreach Forum. March, 2007.

144 Guidelines for the introduction of Outreach Services. Intensive Care Society. 2003.

145 Zapatero Gaviria A, Elola Somoza FJ, Casariego Vales E, Gomez Huelgas R, Fernández Pérez C, Bernal JL, Barba Martín R. RECALMIN: The association between management of Spanish National Health Service Internal Medical Units and health outcomes. *Int J Qual Health Care*. 2017 Aug 1;29(4):507-511. doi: 10.1093/intqhc/mzx055.

146 Bertomeu V, et al. Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Relevancia del tipo de hospital y la atención dispensada. Estudio RECALCAR. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:935-42.

147 Martínez-Santos P, Bover R, Esteban-Fernández A, et al. In-hospital mortality and readmissions for heart failure in Spain. A study of the index episodes and 30 days and 1-year cardiac readmissions. *Rev Esp Cardiol* 2019;72:998-1004.

148 Goicolesá FJ y cols. Cirugía de revascularización aortocoronaria en España. Influencia del volumen de procedimientos en los resultados. *Rev Esp Cardiol* 2019 (en prensa)

149 Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. *Gaceta Sanitaria* 2019; 33: 325-332.

150 Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.

151 Ferris TG, Torchiana DF. Public Release of Clinical Outcomes Data - Online CABG Report Cards. *N Engl J Med* 2010; 363:1593-1595.

152 Boissy A. Patient Engagement versus Patient Experience. *NEJM Catalyst* 2017. Accesible en: <https://catalyst.nejm.org/patient-engagement-vs-patient-experience/>. Consultado el 20.07.19

153 Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? *BMJ* 2013; 347:f6701 (Published 8 November 2013) <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6701>

154 Reiser SJ. The era of the patient: using the experience of illness in shaping the mission of health care. *JAMA* 1993; 269: 1012-1017.

155 Montori V. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e256> (Published 27 January 2012). *BMJ* 2012;344:e256

156 Casariego-Vales E, Zapatero-Gaviría A, Elola-Somoza FJ, en nombre del Comité de Estándares de Unidades de Medicina Interna. *La Medicina Interna del Siglo XXI : Estándares de Organización y Funcionamiento*. *Rev Clin Esp* 2017;217:526-33.

157 Crespo J y cols. Los Servicios de Digestivo en el Sistema Nacional de Salud del siglo XXI. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente Título abreviado: Estándares de las unidades de digestivo. *Rev Esp Enf Dig* 2019 (en prensa).

158 Albert NM, Barnason S, Anita Deswal A, Adrian Hernandez A, Kociol R, Lee E, Paul S, Ryan CJ, White-Williams C; on behalf of the American Heart Association Complex Cardiovascular Patient and Family Care Committee of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Transitions of care in heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*. 2015;8:384-409.

159 Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. NICE clinical guideline 138. February 2012. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG138>.

160 Baquero JL, Alfonso S, Maderuelo M y Lorenzo A. Las organizaciones de pacientes reclaman participar en la toma de decisiones que les afecten como colectivo. *New Medical Economics*. 2017. nº 53: 15-17.

161 Varela J, Zapatero A, Gómez-Huelgas R, Maestre A, Díez-Manglano J, Barba R. Por una Medicina Interna de alto valor. Sociedad Española de Medicina Interna, 2019.

162 Álvarez M, Gogorcena A. Spain: Geographic variations in health care. En: OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>

163 Fernández-Fabrellas E, Rodríguez-González-Moro JM. Las enfermedades respiratorias en España a la luz del CMDB de RECALAR. *Monogr Arch Bronconeumol.* 2018;(5):00154

164 Fernández Rodríguez CM, Fernández Pérez C, Bernal JL, Vera I, Elola J, Júdez J, Carballo F; para la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). RECALAD. La asistencia al paciente en las unidades de Aparato Digestivo en el Sistema Nacional de salud. Estudio piloto, 2015. *Rev Esp Enferm Dig* 2018;110(1):44-50.

165 Botella F, Elola FJ, Navarro E, Fernández-Pérez C, Bernal JL, Bretón I. RECALSEEN. La atención al paciente en las unidades de Endocrinología y Nutrición del Sistema Nacional de Salud. *End Diab Nutric* 2019;66:425-33.

166 Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.

167 Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. *Gaceta Sanitaria* 2019; **33**: 325-332.

168 Ferris TG, Torchiana DF. Public Release of Clinical Outcomes Data - Online CABG Report Cards. *N Engl J Med* 2010; 363:1593-1595.

169 Tinetti ME, Fried T. The End of the Disease Era. *Am J Med.* 2004;116:179-185.

170 Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Admin Sanit* 2007;5:283-92. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/casos-clinicos/vi-escuela-verano/caso-kaiser-permanente.pdf>

171 Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013.

172 Sociedades Españolas de Medicina Interna (SEMI) y Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Mérida, el 8 de marzo de 2019. Disponible en: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/prensa/semi/declaracion_de_merida_definitiva.pdf, consultado el 30.12.19.

173 Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero-Pérez-Barquero M, Llacer P, Conde A, Dávila MF, et al. Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIC. *Rev Clin Esp* 2016; 216: 8-14

174 Honeyman M, Dunn P, McKenna HM. A digital NHS?. An introduction to the digital agenda and plans for implementation. The King's Fund. September, 2019. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/digital-nhs>, consultado el 17.01.19.

175 Peden CJ, Saxon LA. Digital Technology to Engage Patients: Ensuring Access for All. *NEJM Catalyst*. Article · October 12, 2017. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/digital-health-technology-access/>, consultado el 17.01.19.

176 Boissy A. Patient Engagement versus Patient Experience. *NEJM Catalyst* 2017. Accesible en: <https://catalyst.nejm.org/patient-engagement-vs-patient-experience/>. Consultado el 20.07.19

177 Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? *BMJ* 2013; 347:f6701 (Published 8 November 2013) <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6701>

178 Reiser SJ. The era of the patient: using the experience of illness in shaping the mission of health care. *JAMA* 1993; 269: 1012-1017.

-
- 179 Montori V. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e256> (Published 27 January 2012). *BMJ* 2012;344:e256
- 180 Wald HL, Ramaswamy R, Perskin MH, et al. [Quality and Performance Measurement Committee of the American Geriatrics Society](#). The Case for Mobility Assessment in Hospitalized Older Adults: American Geriatrics Society White Paper Executive Summary. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Jan;67(1):11-16. doi: 10.1111/jgs.15595. Epub 2018 Oct 1.
- 181 Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2019;179(1):28-36. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4869
- 182 Resnick B, Boltz M. Optimizing Function and Physical Activity in Hospitalized Older Adults to Prevent Functional Decline and Falls. *Clin Geriatr Med* 35 (2019) 237–251
- 183 Vidán M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G. Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized, Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc* 53:1476–1482, 2005.
- 184 Vidán M, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *Am Geriatr Soc* 57:2029-2036, 2009.
- 185 Comprehensive care. Older people living with frailty in hospitals. NIHR Dissemination Centre NIHR research on older people living with frailty in hospitals. NHS. December 2017. Disponible en: <https://www.dc.nihr.ac.uk/themed-reviews/Comprehensive-Care-final.pdf>. Consultado el 30.12.19.
- 186 Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf;sequence=1>. Consultado el 30.12.19.
- 187 Drake C, Eisenson H. Assessing and Addressing Social Needs in Primary Care. *N Eng J Med Catalyst* 2019; November, 6. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.19.0693>. Consultado el 30.12.19.
- 188 Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. NICE clinical guideline 138. February 2012. <http://www.nice.org.uk/guidance/CG138>.
- 189 Baquero JL, Alfonso S, Maderuelo M y Lorenzo A. Las organizaciones de pacientes reclaman participar en la toma de decisiones que les afecten como colectivo. *New Medical Economics*. 2017. nº 53: 15-17.
- 190 Casariego-Vales E, Zapatero-Gaviría A, Elola-Somoza FJ, en nombre del Comité de Estándares de UMI. *La Medicina Interna del Siglo XXI : Estándares de Organización y Funcionamiento*. *Rev Clin Esp* 2017;217:526-33.
- 191 Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. *Gaceta Sanitaria* 2019; 33: 325-332.
- 192 Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.
- 193 Palanca I (Dir), Medina J (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
- 194 Population health systems. Going beyond integrated care. The King's Fund. February 2015. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/population-health-systems-kingsfund-feb15.pdf. Consultado el 27.07.19

195 Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Admin Sanit* 2007;5:283-92. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/casos-clinicos/vi-escuela-verano/caso-kaiser-permanente.pdf>

196 Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013.

197 Kramer MH, Bauer W, Dicker D, Durusu-Tanriover M, Ferreira F, Rigby SP, et al. Working group on professional issues; European Federation of Internal Medicine. The changing face of internal medicine: patient centred care. *Eur J Intern Med* 2014;25:125–7.

198 Fierbințeanu-Braticevici C, Raspe M, Liviu-Predac A et al. Medical and surgical co-management – A strategy of improving the quality and outcomes of perioperative care. *Eur J Int Med*, <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.10.017>

199 Marco Martínez J, Montero Ruíz E, Fernández Pérez C, Méndez Bailón M, García Klepzig JL, Garrachón Vallo F. Encuesta nacional sobre la actividad de los internistas en asistencia compartida-interconsultas en los hospitales españoles. *Revista Clínica Española* 2016. 216- 8: 414-418.

200 Sharma G, Kuo YF, Freeman J et al. Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States. *Arch Intern Med* 2010; 170:363-8.

²⁰¹ SEMI. Estándares de organización y funcionamiento para un servicio centrado en el paciente. SEMI. 2016. Disponible en: www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/formularios/estandares-mi-s-xxi-20170221.pdf. Consultado el 20.07.19.

²⁰² Corbella X, Barreto V, Bassetti S, et al. Hospital ambulatory medicine: A leading strategy for Internal Medicine in Europe. *Eur J Int Med* 2018;⁵⁴:17-20.

²⁰³ Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *N Eng J Med* 2013;368:100-102.

204 Boissy A. Patient Engagement versus Patient Experience. *NEJM Catalyst* 2017. Accesible en: <https://catalyst.nejm.org/patient-engagement-vs-patient-experience/>. Consultado el 20.07.19

205 Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? *BMJ* 2013; 347:f6701 (Published 8 November 2013) <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6701>

206 Reiser SJ. The era of the patient: using the experience of illness in shaping the mission of health care. *JAMA* 1993; 269: 1012-1017.

207 Montori V. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e256> (Published 27 January 2012) Cite this as: *BMJ* 2012;344:e256

208 Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero-Pérez-Barquero M, Llacer P, Conde A, Dávila MF, et al. Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardiaca: resultados del programa asistencial UMIPIC. *Rev Clin Esp* 2016; 216: 8-14

209 Honeyman M, Dunn P, McKenna HM. A digital NHS?. An introduction to the digital agenda and plans for implementation. The King's Fund. September, 2019. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/digital-nhs>, consultado el 17.01.19.

210 Peden CJ, Saxon LA. Digital Technology to Engage Patients: Ensuring Access for All. *NEJM Catalyst*. Article · October 12, 2017. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/digital-health-technology-access/>, consultado el 17.01.19.

²¹¹ Palanca I (Dir), Pascual A (Coord. Cientif.), Elola FJ (Dir), Bernal JL (Comit. Redac.), Paniagua JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Cuidados Paliativos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.

212 Suárez C (Coord.). Plan estratégico de Medicina Interna 2011-2015 de la Comunidad Autónoma de Madrid.

213 Barber P, González B. Equipo economía de la salud. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas en España. 2018-2030. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Versión revisada a enero de 2019. Disponible en: <http://www.msccbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>. Consultado el: 25.11.19.

214 Braun J, Gresser U. Comparison of the Specialist Medical Training in Internal Medicine between Germany, Austria and Switzerland: An Overview. *Creative Education*. 2017;8(11):1729.

215 Reginato E, Grosso R. European Hospital Doctors' Salaries. EUROPEAN FEDERATION OF SALARIED DOCTORS. Document: F11-071 EN. 13 – 09 - 2011

216 Diferencias retributivas de los Médicos de Hospital Españoles en 2014 y recortes desde 2009. CESM. 2015. <http://simeg.org/wp/wp-content/uploads/2015/07/Retribuciones-Hospital-2015.pdf>

217 Casariego c, Ramos-Guevara RM, de la Iglesia F, y cols. Visión de la Medicina Interna en la sanidad del s. XXI. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/formularios/vision-mi-sxxi.pdf>. Consultado el 25.11.19.

218 Gómez Huelgas R, Barba R, Corbella X y cols. El Hospital del Futuro. El papel del hospital en una asistencia sanitaria centrada en el paciente. Disponible en: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/quienes-somos/futuro_hospital_vision_20191030.pdf. Consultado el 25.11.19.

219 Royal College of Physicians. Future physician: changing doctors in changing times. Report of a working party. London: RCP, 2010

220 Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Aff (millwood)* 2002; 21: 103-11. Halperin JL, Williams ES, Fuster V. COCATS 4 introduction. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:1724–33.

221 Porcel JM, Casademont J, Conthe P, Pinilla B, Pujol R, García-Alegría J. Core competencies in Internal Medicine. *Eur J Intern Med* 2012; 23: 338-41.

222 Pérez JJ, García-Alegría, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(5):305-11

223 Bodenheimer T. Coordinating Care. A perilous journey through the health care system. *N Eng J Med* 2008;358:1064-71.

²²⁴ Naylor MD, Coburn KD, Kurtzman ET, et al. Team-Based Primary Care for Chronically Ill Adults: State of the Science. *Advancing Team-Based Care*. Philadelphia, PA: American Board of Internal Medicine Foundation; 2010.

225 Mitchell, P., M. Wynia, R. Golden, B. McNellis, S. Okun, C.E. Webb, V. Rohrbach, and I. Von Kohorn. 2012. Core principles & values of effective team-based health care. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC. www.iom.edu/tbc.

226 Honeyman M, Dunn P, MvKenna HM. A digital NHS?. An introduction to the digital agenda and plans for implementation. The King's Fund. September, 2019. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/digital-nhs>, consultado el 17.01.19.

227 Peden CJ, Saxon LA. Digital Technology to Engage Patients: Ensuring Access for All. *NEJM Catalyst*. Article · October 12, 2017. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/digital-health-technology-access/>, consultado el 17.01.19.

228 How should we think about value in health and care?. Realising the Value consortium. Discussion Paper, September 2015.

<https://www.health.org.uk/sites/default/files/RtVHowShouldWeThinkAboutValueInHealthAndCare.pdf>

229 Boissy A. Patient Engagement versus Patient Experience. NEJM Catalyst 2017. Accesible en: <https://catalyst.nejm.org/patient-engagement-vs-patient-experience/>. Consultado el 20.07.19

230 Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? BMJ 2013; 347:f6701 (Published 8 November 2013) <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6701>

231 Reiser SJ. The era of the patient: using the experience of illness in shaping the mission of health care. JAMA 1993; 269: 1012-1017.

232 Royal College of Physicians. Future physician: changing doctors in changing times. Report of a working party. London: RCP, 2010

233 Zuger A. Talking to patient in the 21th Century. JAMA 2013;309:2384-2385.

Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1696085>. Consultado el 20.07.19.

234 Dowdle R. Acute internal medicine and general internal medicine. Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013. pp: 17-25.

235 Royal College of Physicians. Acute medicine: making it work for patients. Report of a working party. London: RCP, 2004.

236 Royal College of Physicians. Acute medical care: the right person, in the right setting – first time. Report of a working party. London: RCP, 2007.