



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La visión global de la persona enferma

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.



IMAS

Instituto para la Mejora
de la Asistencia Sanitaria



www.fesemi.org



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La visión global de la persona enferma

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.

EDICIÓN

EDITORES

Jesús Díez Manglano.
Ricardo Gómez Huelgas.
Francisco Javier Elola Somoza.

AUTORES

Ricardo Gómez Huelgas.
Jesús Díez Manglano.
Juana Carretero Gómez.
Montserrat Chimeno Viñas.
Raquel Barba.
Xavier Corbella.
Javier García Alegría.
M^ª Teresa Herranz.
Ignacio Vallejo Maroto.
Francisco Javier Elola Somoza.

Diseño y maquetación:
Creaciones Gráficas, S.L.

ISBN: XXXXXXXXX





COMITÉ DIRECTOR DEL PROYECTO

DIRECTOR CIENTÍFICO

Ricardo Gómez Huelgas. Expresidente de la Sociedad Española de Medicina Interna. Jefe de Servicio. Hospital Regional Universitario de Málaga. Presidente electo de la European Foundation of Internal Medicine.

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 Sociedad Española de Medicina Interna.

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). Presidente 1º de la Sociedad Española de Medicina Interna.

GRUPO DE TRABAJO

Máximo Bernabeu Wittel. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

Juani Carretero Gómez. Jefa de Servicio. Hospital de Zafra. Vicepresidenta 1ª de la Sociedad Española de Medicina Interna.

Emilio Casariego Vales. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti (Lugo).

Montserrat Chimeno Viñas. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Vicepresidenta 2ª de la Sociedad Española de Medicina Interna.

Carlos Lumbreras Bermejo. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).

Ana Maestre Peiró. Hospital de Vinalopó (Elche).

Javier Moreno Díaz. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro (Huesca). Secretario del Grupo de Trabajo de Formación de la Sociedad Española de Medicina Interna.

María Isabel Pérez Soto. Jefa del Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinalopó (Elche).

José M. Porcel. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lérida).

Julio Sánchez Álvarez. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra.

Carmen Suarez. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

Antonio Zapatero Gaviria. Jefe de Servicio de Medicina Interna y Director Médico del Hospital Universitario de Fuenlabrada (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 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	16
PARTE II. LA ASISTENCIA AL PACIENTE AGUDA Y CRÍTICAMENTE ENFERMO.....	76
PARTE III. LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	88
PARTE IV. EL PAPEL DE LA MEDICINA INTERNA Y DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS EN EL HOSPITAL DEL FUTURO	100
PARTE V. EL HOSPITAL DEL FUTURO EN 10 PUNTOS.....	134
PARTE VI. POST-SCRIPTUM ENFERMEDAD COVID-19: EL HOSPITAL DEL FUTURO YA ESTÁ AQUÍ	144
REFERENCIAS	151

PARTE I. EL HOSPITAL DEL FUTURO 16

1. ANTECEDENTES	17
2. OBJETIVOS.....	19
3. TENDENCIAS Y CAMBIOS EN EL ENTORNO.....	20
3.1. Entorno económico. Por qué la gestión clínica es un medio para garantizar la sostenibilidad del SNS.....	20
3.2. Profesionalismo. El fundamento ético comprometido con la calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria.....	21
3.3. El envejecimiento y la cronicidad como gran reto para el SNS y la necesidad de un cambio en el modelo asistencial	23
3.4. Las proyecciones epidemiológicas predicen un incremento de la carga de enfermedad	27
3.5. Las expectativas de los ciudadanos.....	28
3.6. El ciudadano y el paciente como gestores de salud.....	30
3.7. La innovación farmacéutica y tecnológica	31
3.8. La “digitalización” en sanidad	33
3.9. ¿Cuáles son las “señales” del entorno hacia los hospitales?	36
4. LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN EL SNS	38
4.1. Desigualdades interterritoriales en la calidad de los servicios y en resultados en salud.....	38
4.2. Sistematización de la asistencia en hospitales generales de agudos del SNS. El paciente críticamente enfermo y el paciente crónico complejo	39

4.3. Asociación entre volumen y resultados.....	41
4.4. Sistematización de la asistencia en hospitales generales de agudos del SNS. Gestión por procesos.....	43
4.5. Redes de unidades asistenciales.....	44
4.6. Medición de resultados y costes. El reto de la transparencia.....	45
4.7. ¿Qué dice la evidencia disponible en el SNS sobre el “hospital del futuro”?.....	46
5. PROPUESTA DE LÍNEAS DE DESARROLLO DEL HOSPITAL DEL FUTURO	47
5.1. Evitar la uniformidad	50
5.2. El hospital en el marco de la red asistencial	50
5.3. Estructura y organización de la actividad asistencial	52
5.3.1. Áreas asistenciales.....	52
5.3.2. Áreas clínicas de soporte asistencial.....	53
5.4. Una referencia a otros aspectos de la estructura y organización no estrictamente “asistenciales”	54
5.4.1. El “Nuevo” hospital y la organización “dual”	54
5.4.2. Control de gestión	55
5.4.3. Sistemas de información. Digitalización.....	55
5.5. Estándares relativos a la “experiencia del paciente” y los distintos dominios de la calidad asistencial.....	56
5.6. Estándares relativos a la gestión clínica.....	58
5.7. La necesidad de desarrollar indicadores de resultados	58
6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	60
6.1. Conclusiones	60
6.2. Propuestas.....	62
6.3. El papel de la medicina interna y de los médicos internistas en el hospital del futuro.....	64
6.4. Epílogo.....	67
ANEXO 1. EL NUEVO MODELO DE ASISTENCIA “CLÍNICA” PROPUESTO EN “FUTURE HOSPITAL”	68
ANEXO 2. DECÁLOGO DE PACIENTES DE LA DECLARACIÓN DE BARCELONA.....	70
ANEXO 3. ESTÁNDARES DE GESTIÓN CLÍNICA. ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDAMENTE ENFERMO HOSPITALIZADO.....	71
ANEXO 4. ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO ..	73

PARTE II.
LA ASISTENCIA AL PACIENTE AGUDA Y CRÍTICAMENTE ENFERMO..... 76

II.1.	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE AGUDO.....	77
II.1.1.	Evidencia disponible en el sistema sanitario español.....	77
II.2.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	84
II.1.1.	Conclusiones.....	84
II.1.2.	Propuestas.....	86

PARTE III.
LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO 88

III.1.	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO	89
III.1.1.	Evidencia disponible en el sistema sanitario español.....	89
III.1.2.	El hospital en el marco de la red asistencial. La atención al paciente crónico	91
III.1.3.	La organización de la actividad asistencial propuesta en el “Hospital del Futuro”. La asistencia al paciente crónico complejo.....	92
III.1.4.	El reto de la continuidad asistencial	93
III.1.5.	Estándares para una atención de calidad al paciente crónico complejo	94
III.1.6.	El papel del ciudadano y del paciente.....	96
III.1.7.	Información, transparencia y financiación	97
III.2.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	98

PARTE IV.
**EL PAPEL DE LA MEDICINA INTERNA Y DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS EN EL HOSPITAL
DEL FUTURO 100**

IV.1.	ANTECEDENTES.....	101
IV.1.1.	Objetivos del documento	103
IV.1.2.	Estructura del documento.....	103

IV.2.	LA MEDICINA INTERNA EN EL “HOSPITAL DEL FUTURO”. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA	104
IV.2.1.	Diversidad organizativa, necesaria. Variabilidad no justificada en la práctica clínica, indeseable.....	105
IV.2.2.	El hospital en el marco de la red asistencial.....	105
IV.2.3.	La medicina interna en la organización de la actividad asistencial propuesta en el “hospital del futuro”.....	106
IV.2.4.	El reto de la continuidad asistencial	108
IV.2.5.	Organización y gestión de la medicina interna en el “Hospital del Futuro”.....	108
IV.3.	LA ESTRUCTURA DE RECURSOS HUMANOS EN LAS UNIDADES DE MEDICINA INTERNA.....	114
IV.3.1.	Internistas en el SNS.....	114
IV.3.2.	Estructura de edad y género de los internistas en el SNS	115
IV.3.3.	Relaciones contractuales	118
IV.3.4.	La división tecnológica por edad y género.....	118
IV.3.5.	Estimación de las necesidades de médicos internistas.....	119
IV.3.6.	La tasa de reposición de los médicos internistas.....	121
IV.4.	EL PERFIL DEL MÉDICO INTERNISTA EN LA SANIDAD DEL FUTURO.....	122
IV.4.1.	Profesionalismo.....	123
IV.4.2.	Conocimiento del sistema sanitario y social.....	124
IV.4.3.	Gestión clínica.....	124
IV.4.4.	Continuidad asistencial.....	125
IV.4.5.	Competencias en liderazgo y gestión de equipos.....	125
IV.4.6.	Competencias en digitalización.....	126
IV.4.7.	Competencias en interacción con pacientes y asociaciones de pacientes	126
IV.4.8.	Competencias en investigación.....	127
IV.4.9.	Competencias docentes y en formación.....	128
IV.4.10.	Competencias específicas.....	128
IV.4.11.	Competencias en el manejo del paciente pluripatológico.....	128
IV.4.12.	Competencias en el manejo del paciente agudo.....	129
IV.5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	130

PARTE V.	
EL HOSPITAL DEL FUTURO EN 10 PUNTOS.....	134

PARTE VI.	
POST-SCRIPTUM: ENFERMEDAD COVID-19: EL HOSPITAL DEL FUTURO YA ESTÁ AQUÍ.....	144

REFERENCIAS	151
--------------------------	------------

TABLAS

TABLA 1. Orientaciones para el diseño del hospital del futuro.....	47
ANEXO 2. TABLA 1. Declaración de las organizaciones de pacientes y voluntarios en el ámbito de la salud	70
ANEXO 3. TABLA 1. Estándares de gestión clínica. Atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado	71
TABLA 2.1. Estándares de atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado	81
TABLA 3.1. El cambio conceptual del “hospital”	91
TABLA 4.1. Diferencias en la estructura de recursos humanos por volumen de hospital.....	116
TABLA 4.2. Tipología de contratos por volumen de hospital	118
TABLA 4.3. Accreditation council for graduate medical education (ACGME) core competencias.....	123

FIGURAS

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.....	41
FIGURA 2. El hospital en relación con las redes de unidades asistenciales.....	51
FIGURA 3. Matriz de áreas “asistenciales” y clínicas.....	53
FIGURA 4. Jerarquización de los indicadores de restados.....	59
FIGURA 3.1. Organización matricial del hospital. Matriz de áreas “asistenciales” y clínicas.....	91
FIGURA 4.1. Estructura de edad y sexo de los médicos internistas en las UMI	115
FIGURA 4.2. Diferencias en la estructura de recursos humanos por volumen de hospital.....	116

CUADROS DE TEXTO

BOX 5.1. El hospital del futuro en 10 puntos.....	135
BOX 6.1. Enseñanzas de la enfermedad COVID-19.....	146

PARTE I.

EL HOSPITAL DEL FUTURO

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 Instituto Nacional de la Salud (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.

1.

Antecedentes

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.

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

(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, ICMDM. 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.

(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.

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 patients¹⁸, 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 Sociedad Española de Medicina Interna (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 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

En España, el porcentaje del producto interior bruto (PIB) dedicado al gasto sanitario es uno de los más bajos de la Unión Europea de los 15. Las previsiones económicas de la Organización para el Crecimiento y Desarrollo Económicos (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 PIB⁽⁸⁾. 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 cápita⁽⁹⁾. 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 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

(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.

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 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.

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

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 Instituto Nacional de Estadística (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 1.

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.

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.

(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.



Atención sanitaria teniendo en cuenta las necesidades reales de las personas y sus circunstancias personales y familiares

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:
 - 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.

(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 prestación de asistencia se moverá más cerca del hogar del paciente... pocas personas con condiciones crónicas requerirán acudir al hospital de forma pautada

- 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 cardiaca^{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}. El National Institute for Health and Care Excellence (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⁾. La revista 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

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



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 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 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 (tomografía computada, resonancia magnética, ecografía, radiografía, medicina nuclear) 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 a 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”.

- 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

(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.

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 de

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.

“ La inteligencia artificial será utilizada para identificar a pacientes con necesidad de seguimiento presencial



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 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 RECAL²⁰⁻²⁷ 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 el 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 cardíaca, 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 enfermedad pulmonar obstructiva crónica²⁵. 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 notablemente⁹²). Sin embargo, RECALMIN ha puesto de manifiesto las importantes brechas en la

implantación de un manejo sistemático del paciente agudo y críticamente enfermo^{23,24,93}. 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)⁹⁴⁻⁹⁹ y un 8% contestaba afirmativamente que tenía implantada la guía NICE⁹⁵ 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 clínicos¹⁰⁰.

La atención integral al paciente aguda 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^{101,102} 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^{53,103,104}.

Un aspecto relevante para la continuidad asistencial y el



Calidad asistencial las 24 horas de los siete días de la semana debe ser un objetivo ineludible

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^{105,106}. 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^{107,(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

neumonía¹⁰⁸. En el SNS se ha hallado esta asociación en el infarto de miocardio¹⁰⁹ y la insuficiencia cardiaca¹¹⁰, 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 110. 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.

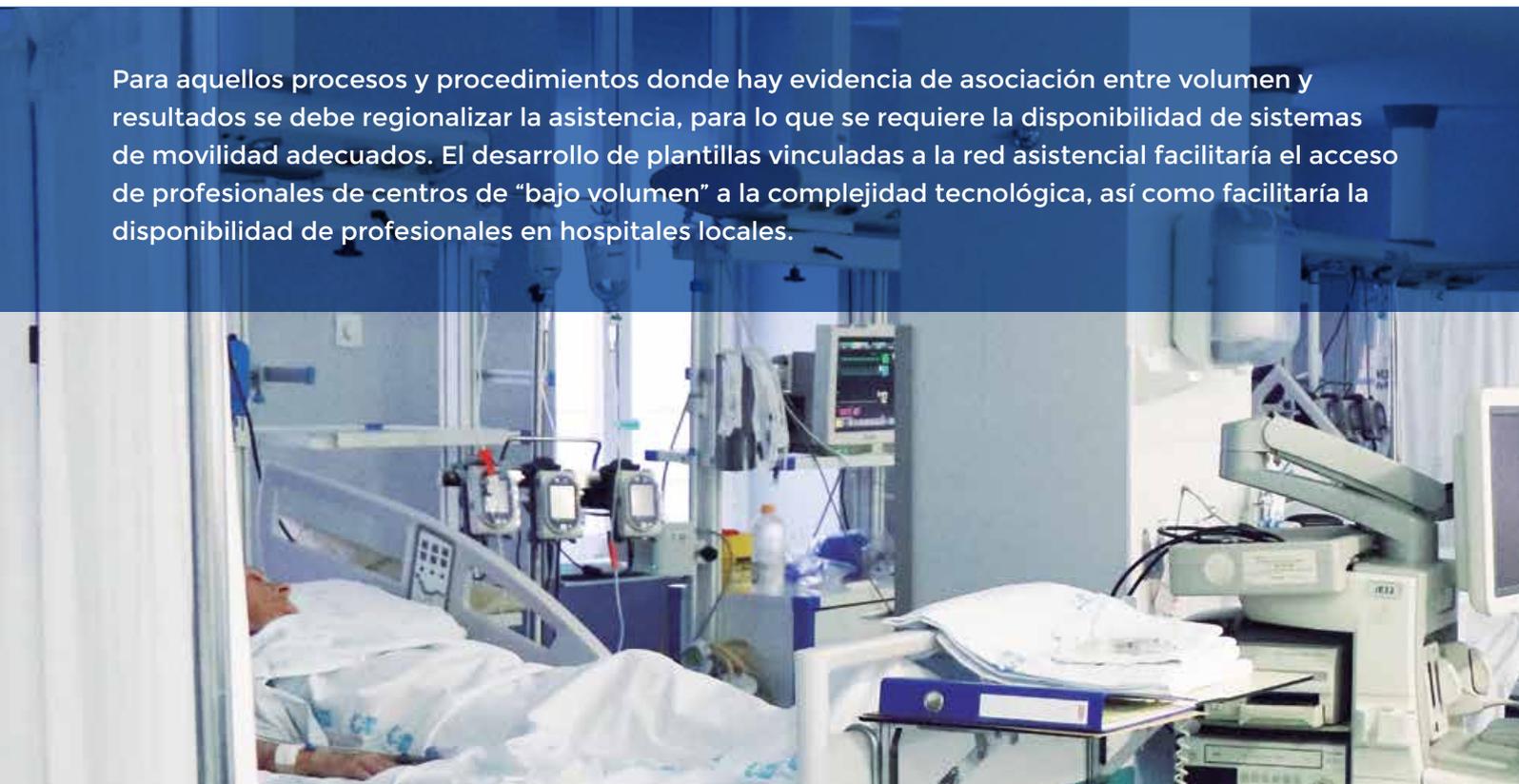
La “regionalización”, concentrando la actividad para determinados procesos y procedimientos en algunos centros de referencia, tiene como ventajas los mejores resultados y una mayor eficiencia en la utilización de recursos, pero también inconvenientes, como los problemas de desplazamiento y movilidad 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.



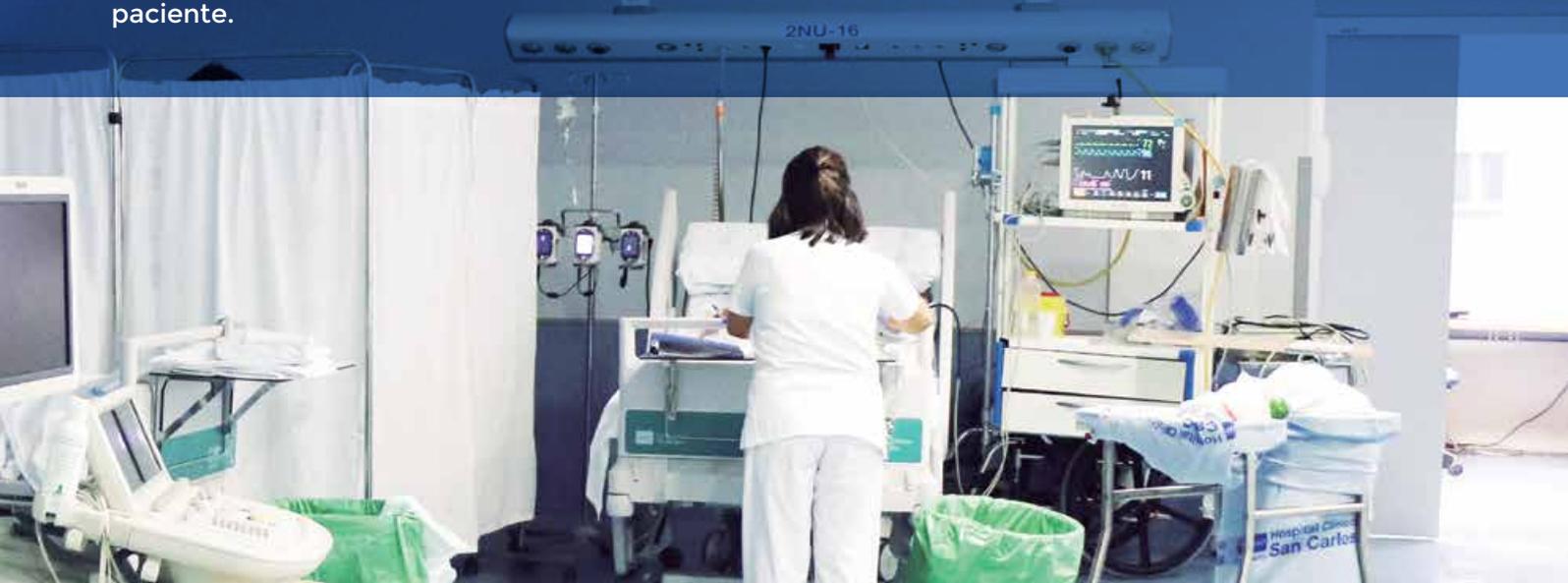
4.4. Sistematización de la asistencia en hospitales generales de agudos del SNS. Gestión por procesos

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 disciplinas¹¹. 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 miocardio¹², ictus¹³), como en el manejo del paciente crónico complejo⁵⁵. La gestión de 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 procesos²², 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 miocardio⁹² 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.

Los requisitos para definir una red asistencial son¹¹⁴:

- 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.

“ 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,

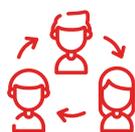
y aún más distante de tener información fiable sobre costes por servicio y por paciente, lo que imposibilita desarrollar indicadores reales de eficiencia. Dos Comunidades Autónomas (Cataluña y Madrid) han desarrollado sendos observatorios de resultados^{115,116}, siendo un paso en la dirección adecuada; 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, porque¹¹⁷:



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.



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 asistencia¹¹⁸, 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).	<ul style="list-style-type: none"> Sustituir el modelo gerencialista implantado en 1987 por la estrategia de “añadir valor” en sanidad.
El envejecimiento poblacional provocará un aumento de los ingresos hospitalarios y una mayor complejidad clínica.	<ul style="list-style-type: none"> El hospital del futuro en el SNS deberá organizarse de forma que promueva la implicación de los profesionales en su gestión. El hospital del futuro en el SNS deberá diseñar sus servicios en función de los principios del profesionalismo. Mayor proporción de camas de nivel de cuidados 1 que en la actualidad. 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. 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.

Análisis interno y del entorno	Orientaciones para el diseño del Hospital del Futuro
Incremento de los factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Aumento de las expectativas de los ciudadanos.	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Incorporar a las asociaciones de pacientes como agencias interesadas en la gestión del centro. • Desarrollar un estándar de calidad basado en la experiencia del paciente. • Desarrollar equipos de sanitarios, expertos en comunicación (community managers) que desarrollen nuevas formas de interacción asistencial.
Aumento del rol de los ciudadanos y pacientes como gestores de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar la toma de decisiones compartidas. • Utilizar la digitalización como herramienta para incorporar a pacientes y ciudadanos en la gestión de su salud. • Desarrollar comisiones de participación que permitan incorporar la experiencia del paciente.
Las innovaciones tecnológicas tenderán a reducir las estancias y “ambulatorizar” los procedimientos intervencionistas.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor necesidad de camas de hospitalización convencional (mayor proporción de camas de nivel de cuidados 1 respecto de nivel 0 que en la actualidad). • Adecuación de las cargas de trabajo (especialmente de enfermería) a la complejidad. • Aumento de los recursos físicos dedicados a la actividad ambulatoria intervencionista. • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Telemedicina. • Hospitalización a domicilio. • Parte del manejo asistencial será telemático. • Desarrollo de potentes departamentos dedicados a la digitalización.

Análisis interno y del entorno	Orientaciones para el diseño del Hospital del Futuro
<p>Importantes diferencias interterritoriales y entre hospitales en desempeño (desigualdades en salud).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estandarizar los procesos asistenciales y auditarlos. • Medir y hacer públicos los resultados. • Regionalizar servicios y procedimientos.
	<ul style="list-style-type: none"> • 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>	<ul style="list-style-type: none"> • "Acute Care Hub". • 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>	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalizar la asistencia. • Disponibilidad de sistemas de movilidad adecuados. • Plantillas vinculadas a la red asistencial.
<p>Gestión por procesos asistenciales poco desarrollada en el SNS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar la gestión por procesos asistenciales integrados.
<p>"Accountability" (transparencia, rendición de cuentas, evaluación).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El hospital del futuro del SNS deberá medir sus resultados y costes, hacerlos públicos y comparables con otros centros.

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.
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.

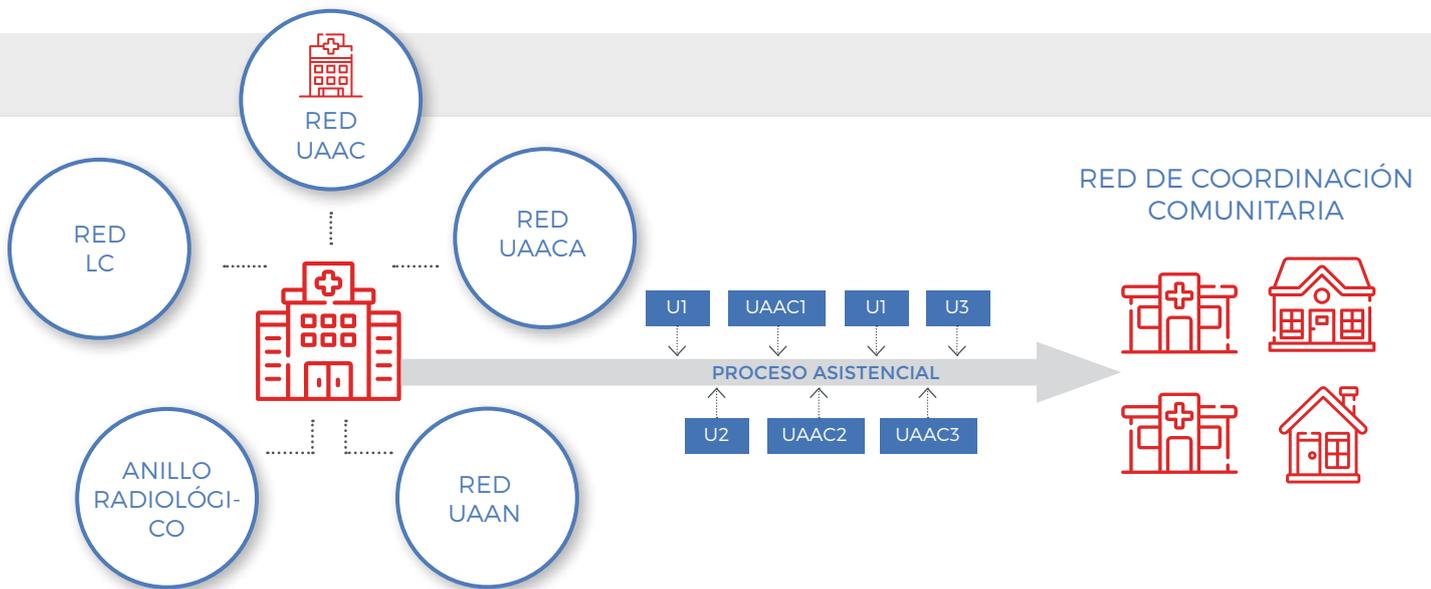
(24) Incluye las actividades ambulatorias que deben realizarse en el ámbito hospitalario (hospital de día, intervencionismo ambulatorio, etc.).

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 del 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



-  HGA con unidades de referencia regional
-  HGA de Área de Salud
-  Hospital Local/Centro de Salud
-  Domicilio del paciente
-  UCP media/Larga estancia

UAAN: unidades asistenciales del área de neurociencias;
 UAACA: unidades asistenciales 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 integra-

ran 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 áreas¹¹⁹⁻¹²¹.

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. Está 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)²²⁽²⁶⁾.

No todos los servicios y unidades actuales tienen por qué “encajar” dentro de la estructura de áreas asistenciales. Servicios médico-quirúrgicos, como Of-

(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.

(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

talmología 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.

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.⁵⁹

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					
...					

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

5.4. Una referencia a otros aspectos de la estructura y organización no estrictamente “asistenciales”

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

Las estructuras organizativas de las instituciones, también las 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 profesionales¹²³. 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 innovación¹²⁴, 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.



La concepción de una organización “dual”, con dos estructuras, una jerárquica, enfocada al cumplimiento de objetivos, y otra “en red”, centrada en promover la colaboración, autogestión e innovación¹²⁴, podría lograr el doble objetivo de no perder el foco en el logro de los objetivos establecidos por los SNS

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 Salud (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

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



La Declaración de las Organizaciones de Pacientes y Voluntarios en el ámbito de la Salud (anexo 2) es una guía de lo que los pacientes demandan en España

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 es 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 hospitalización⁹³.

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).

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?

Cómo 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:

(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).*

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

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

(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.



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:

- 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. Epílogo

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 cambio¹²⁶.

Anexo 1.

El nuevo modelo de asistencia “clínica” propuesto en “*Future hospital*”¹⁴

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.

Estándares de atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado

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 de 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 empeoramiento¹²⁷.

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^{128,129,130}, 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^{131,132,133}.
- 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 empeoramiento¹²⁷.
- 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 cuidadores¹³⁴.
- 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 sanitaria¹³⁵.
- 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

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. Organización y gestión de la asistencia al paciente agudo

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 la práctica clínica^{90,(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 aguda y críticamente enfermo^{21,22,25,26,27,95}. En 2018, solamente en un 39% de las unidades de Medicina Interna se realizaba un pase de visita multidisciplinar y sólo un 18% disponía de sistemas de seguimiento, activación y respuesta^{93,98} y, por tanto, una muy baja implantación del proceso de hospitalización

(31) <http://www.atlasvpm.org/>



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 clínicos¹⁰⁰.

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 miocardio¹⁰⁹, la insuficiencia cardiaca¹⁰⁹ y la cirugía de revascularización coronaria¹³⁶. 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^{(52),137}, 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 hospitalizado⁹⁵.

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 asistencia¹¹⁸, la información al paciente y al ciudadano y un requisito necesario para financiar por resultados en lugar de por estructura o actividad.

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 3). 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.

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 Physicians¹⁴.

El área clínica de soporte asistencial “Coordinación de la

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

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.
-  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^{69,70,71,74,138}.

ESTÁNDARES PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE AGUDO

Algunas sociedades científico-médicas, como la SEMI¹⁶ y la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)³⁹, 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.

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

TABLA 2.1. ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGUDAMENTE ENFERMO HOSPITALIZADO

Estándares de atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado
Ingreso
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
Seguimiento
<p>El paciente debe tener un médico referente durante el periodo de hospitalización, que debe reconocer como responsable de su atención.</p>
<p>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).</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>Realizar una valoración funcional, cognitiva, funcional y social en pacientes de edad avanzada.</p>
<p>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.).</p>

Estándares de atención al paciente agudamente enfermo hospitalizado

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 de 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 empeoramiento¹⁴⁰.

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 su salud y la gestión de su condición cuando están enfermos es clave en la mejora del 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 inglés⁷². 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 Salud¹²⁵ 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 propuestas¹⁴¹. 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.



El concepto de “valor” debe guiar la introducción de medidas de las reformas propuestas¹⁴¹

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 I 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 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

(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.

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 ASITENCIA 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 en 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

Organización y gestión de la asistencia al paciente crónico complejo

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^{90,(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^{21,22,25,26,27,93}. 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.

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

Existen diferencias en la forma de organizar y gestionar la

(35) <http://www.atlasvpm.org/>

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),137}, 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 asistencia¹¹⁸, la información al paciente y al ciudadano y un requisito necesario para financiar por resultados en lugar de por estructura o actividad.



La transparencia en resultados y el benchmarking son aspectos relevantes para la mejora de la calidad de la asistencia



(36) Se debería tratar de evaluar y comparar la eficiencia relativa de las diferentes configuraciones organizativas y de gestión¹⁶⁷.

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)⁴² y la integralidad de la atención llevan necesariamente a un replanteamiento del concepto, 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).



Pasar de una institución “cerrada” a una institución “permeable” que da soporte a las redes asistenciales

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 3). 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. Está 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)^{122,(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.



(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 Physicians¹⁴. 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 especializada¹⁴³.

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),144}, 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 “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^{75,76}.
- 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^{69,70,71,74,138}.

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

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^{128,129,130} 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^{131,132,133}.
- Educar al paciente en el autocuidado de su condición (alimentación,



Realizar una valoración geriátrica para elaborar un adecuado plan de tratamiento y seguimiento de los ancianos hospitalizados

actividad física, manejo de la medicación, etc.), incluyendo habilidades para reconocer signos de alarma tempranos de empeoramiento¹²⁷.

- 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 cuidadores¹³⁴.
- Evaluar y atender las necesidades sociales de

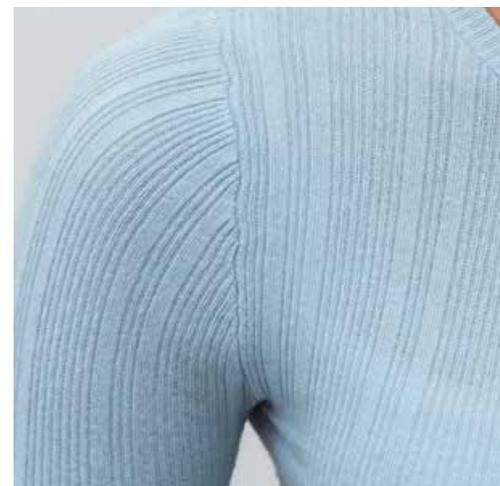
los pacientes, para lo que se requiere un enfoque multidisciplinario. Es relevante el papel de los trabajadores sociales y de los profesionales de la salud conductual en la práctica clínica. Un modelo centrado en el paciente debe incluir un proceso de toma de decisiones compartido para desarrollar un plan personalizado de atención no sanitaria¹³⁵.

- 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 del 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

inglés⁷². 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 Salud¹²⁵ 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



La evaluación del desempeño de los servicios sanitarios debe basarse en el “valor” que añaden

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 propuestas¹⁴¹. 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.



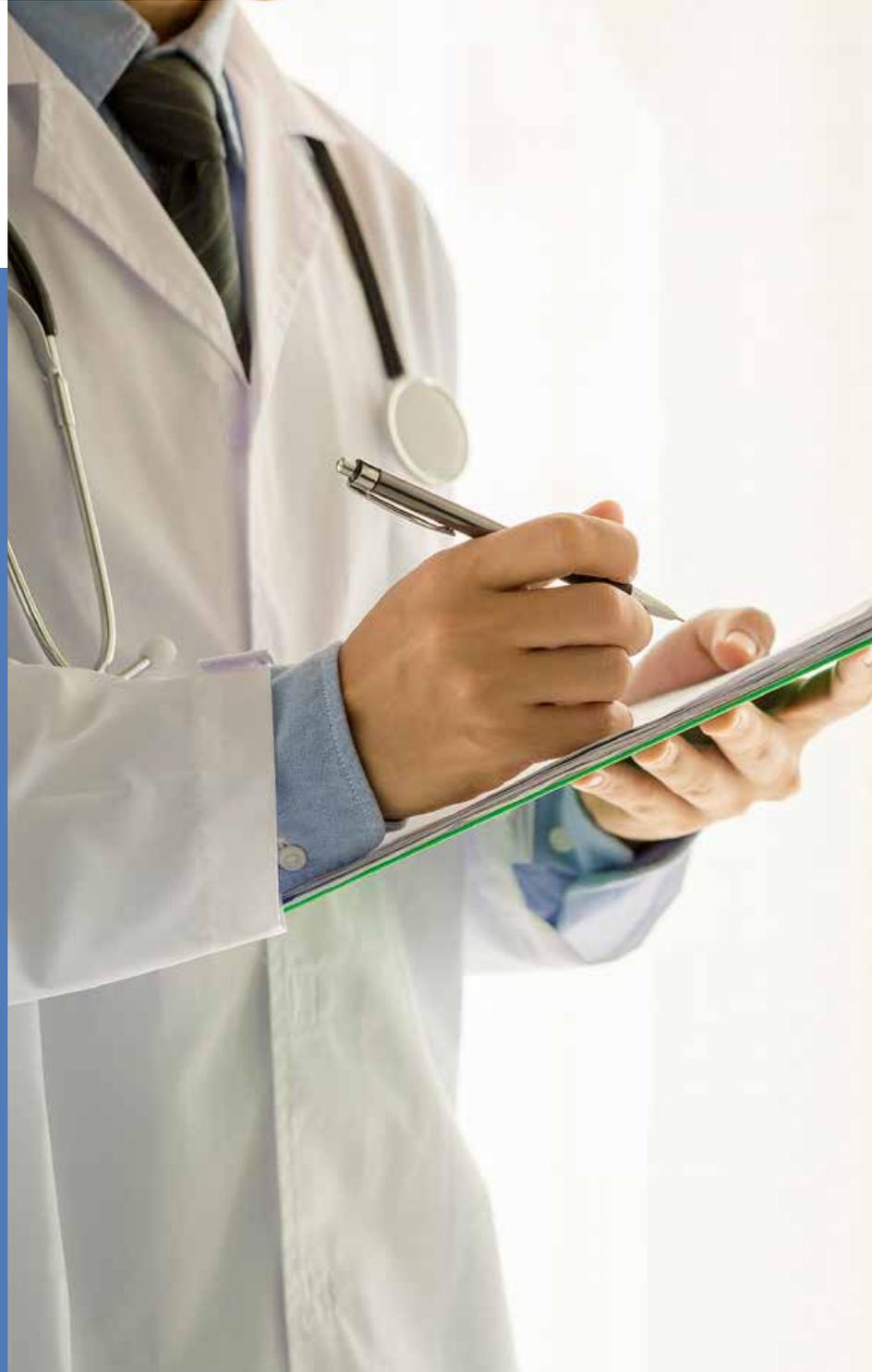
III.2

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

(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.

IV.1.1. 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.1.2. 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)¹⁴⁵, 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.2.1. 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⁾,¹³⁷, 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 hospitalizado⁹³, o la asistencia compartida con atención primaria para el manejo asistencial del paciente crónico complejo⁵⁵, y en el caso de que existieran obstáculos externos a la propia unidad para su implantación habría que tratar de superarlos⁽⁴³⁾.

IV.2.2. 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 pro-

bablemente la más importante es la conceptual, que Ricardo Gómez Huelgas resumía en la Tabla 3.1 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 asistencia-

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

(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.

(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, escalarlas.

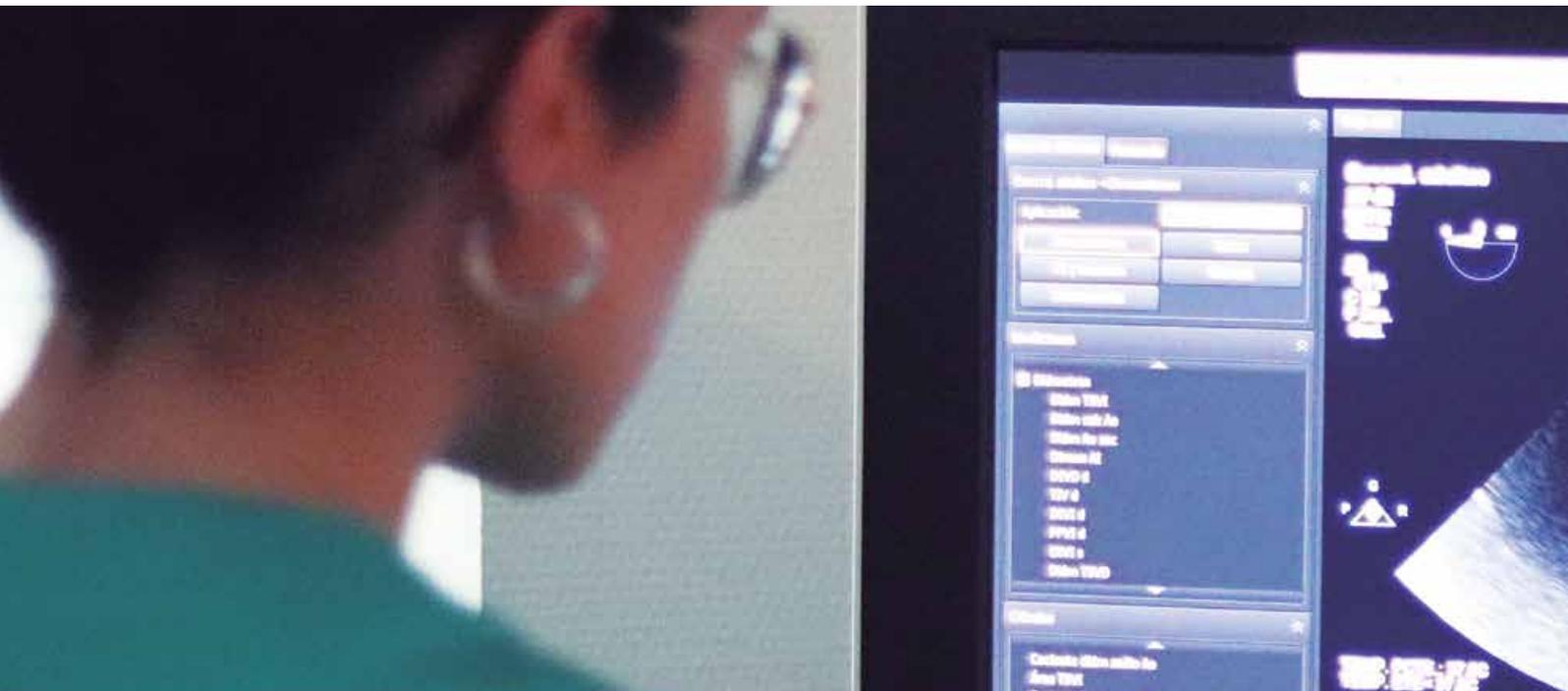
IV.2.3. La medicina interna en la organización de la actividad asistencial propuesta en el “Hospital del Futuro”

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 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. Está área sería asimismo la responsable de desarrollar la salud poblacional^{(45),(46),146}.



(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”¹⁰, que integra la coordinación del paciente crónico; 2. Diferenciar, como propone The Future Hospital, del Royal College of Physicians¹⁴, 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.

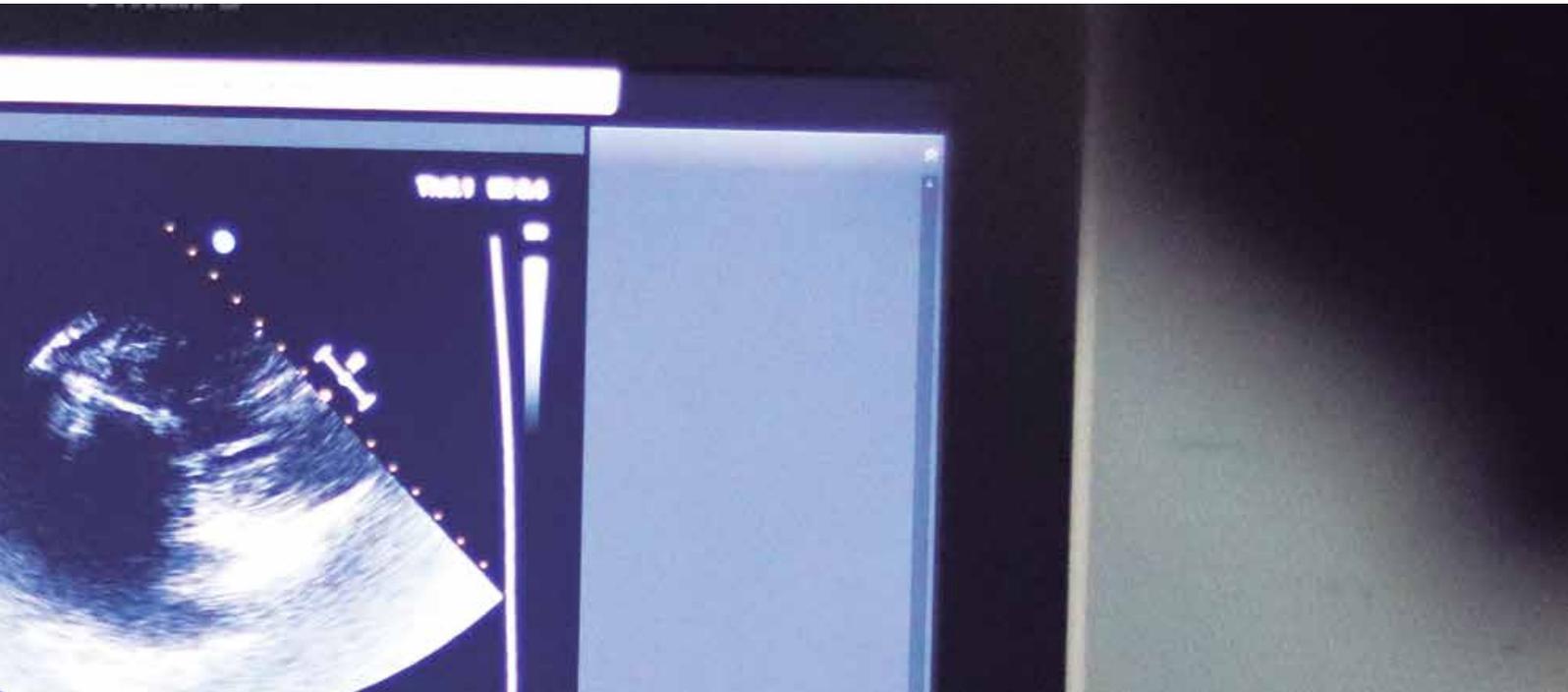
El Hospital del Futuro señala que puede tener interés evaluar en algún área de salud un modelo de integración de los recursos de Atención Primaria en esta área asistencial, configurándose como una Health Maintenance Organization (HMO)^{122,(47)}.

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, 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.



(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.2.4. 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 profesio-

nales podrían desempeñarlo. La “continuidad como norma” es uno de los principios del nuevo modelo propuesto por el informe “Future Hospital” del Royal College of Physicians¹⁴. 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”¹⁴⁷. 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.2.5. 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.

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

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^{53,104,148} 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^{145,149}.

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.
- 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 -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.

- 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^{69,70,71,74,138}.

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:

1. 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.

2. 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.

rosas 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^{75,76}.

Servicios especializados extrahospitalarios

- Unidades de pluripatológicos⁸, unidades de enfermedades minoritarias, programas de atención sistemática a pacientes crónicos complejos con patologías específicas predominantes, como la insuficiencia cardiaca (UMI-PIC)^{(50),144}, 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 nume-

- Los estándares para garantizar una atención sistemática a los pacientes crónicos complejos han sido elaborados por la SEMI⁴⁹.

(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>



Los estándares para garantizar una atención sistemática a los pacientes crónicos complejos han sido elaborados por la SEMI

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.
- + 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 agudos⁶¹ 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 UM¹⁴⁹ señala que el objetivo principal es disponer



El objetivo principal es disponer de procesos ágiles que permitan priorizar a los pacientes más graves

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.)¹⁵⁰.
- 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.3.1. 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 empleados en el sector público en 5.027 (11,32 por 100.000 habitantes)⁽⁵¹⁾. 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 otras 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^(52,151), 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.

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

IV.3.2. Estructura de edad y género de los internistas en el SNS

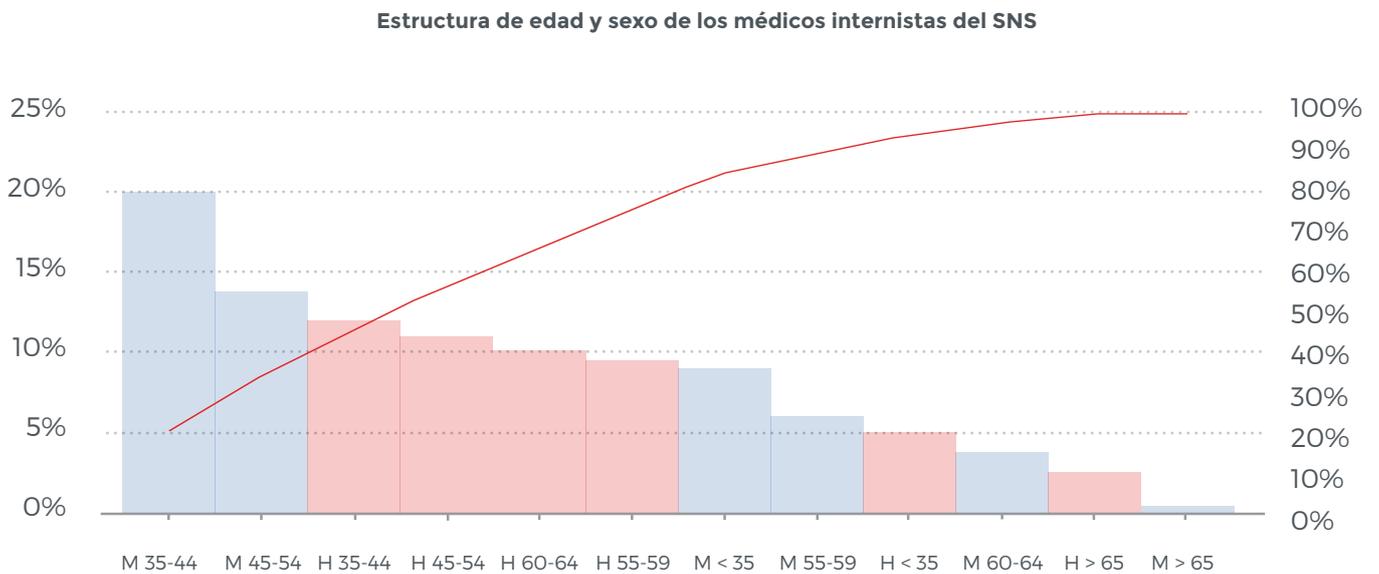
La tasa de internistas por 100.000 habitantes se ha estimado, a partir de la explotación de los datos de la encuesta RECALMIN 2019 (referidos a 2018) en 7,4. El promedio de médicos internistas por UMI era de 17,2, lógicamente con amplias variaciones en función del tamaño del hospital (mediana: 16; DS ± 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.

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

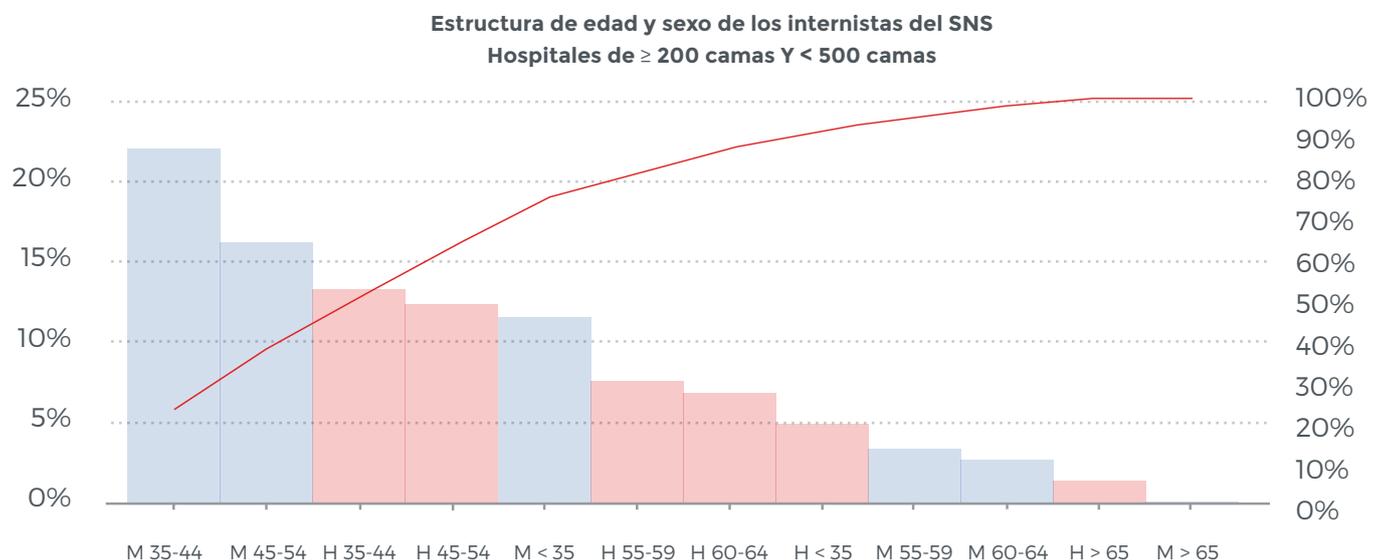
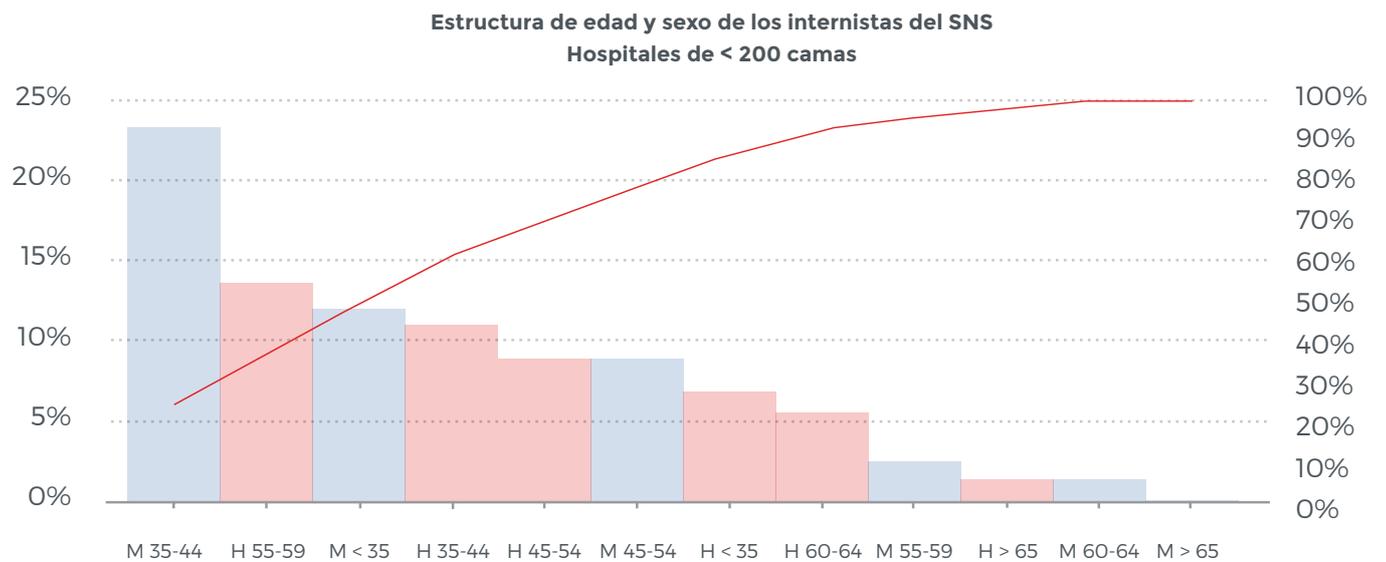


La media de edad, el porcentaje de mayores de 59 años y de hombres aumenta cuanto mayor es el volumen del hospital (tabla 4.1. y figura 4.2.).

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

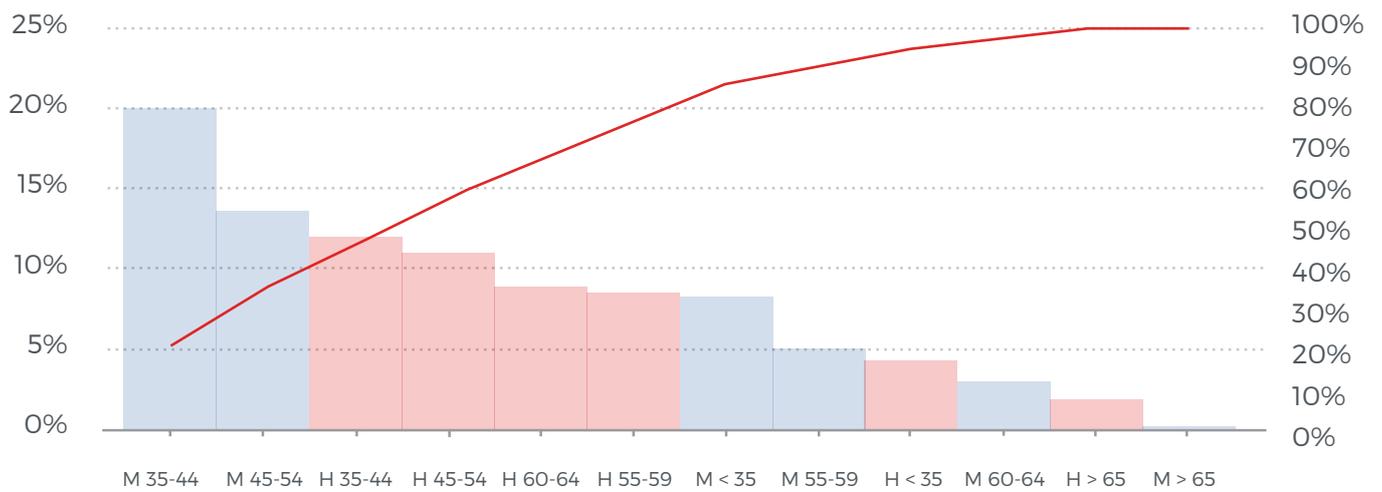
Camas	< 200	200-500 <	500-1.000 <	≥ 1000
Edad Media	45,1	45,5	47,2	48,9
% > 59 años	10	11	15	18
% Mujeres	55	55	52	49

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

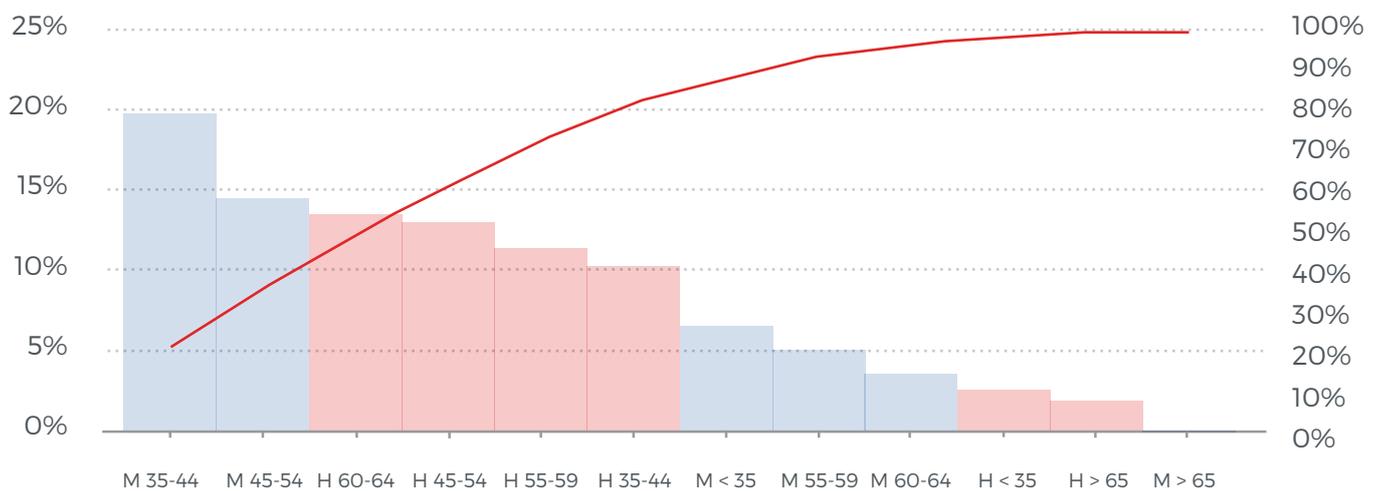




**Estructura de edad y sexo de los internistas del SNS
Hospitales de ≥ 500 camas y < 1.000 camas**



**Estructura de edad y sexo de los internistas del SNS
Hospitales de ≥ 1.000 camas**



IV.3.3. Relaciones contractuales

Los salarios de los médicos españoles están entre los más bajos de los países de la Unión Europea¹⁵³. Existen asimismo notables diferencias retributivas entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas¹⁵⁴. 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).

44%

Plaza en propiedad

20%

Contrato fijo

36%

Personal interino

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.3.4. 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.3.5. 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 2015, motivado por el envejecimiento poblacional. 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 Futuro, 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 Inglaterra¹⁹ 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 pacientes¹⁴¹, liberando tiempo para las actividades de alto valor, lo que tenderá a reducir la necesidad 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 de 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 desarrolla-

das por médicos internistas por otros profesionales (especialmente la enfermería), tenderá a reducir su necesidad, si bien los médicos internistas deberán 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.3.6. La tasa de reposición de los médicos internistas

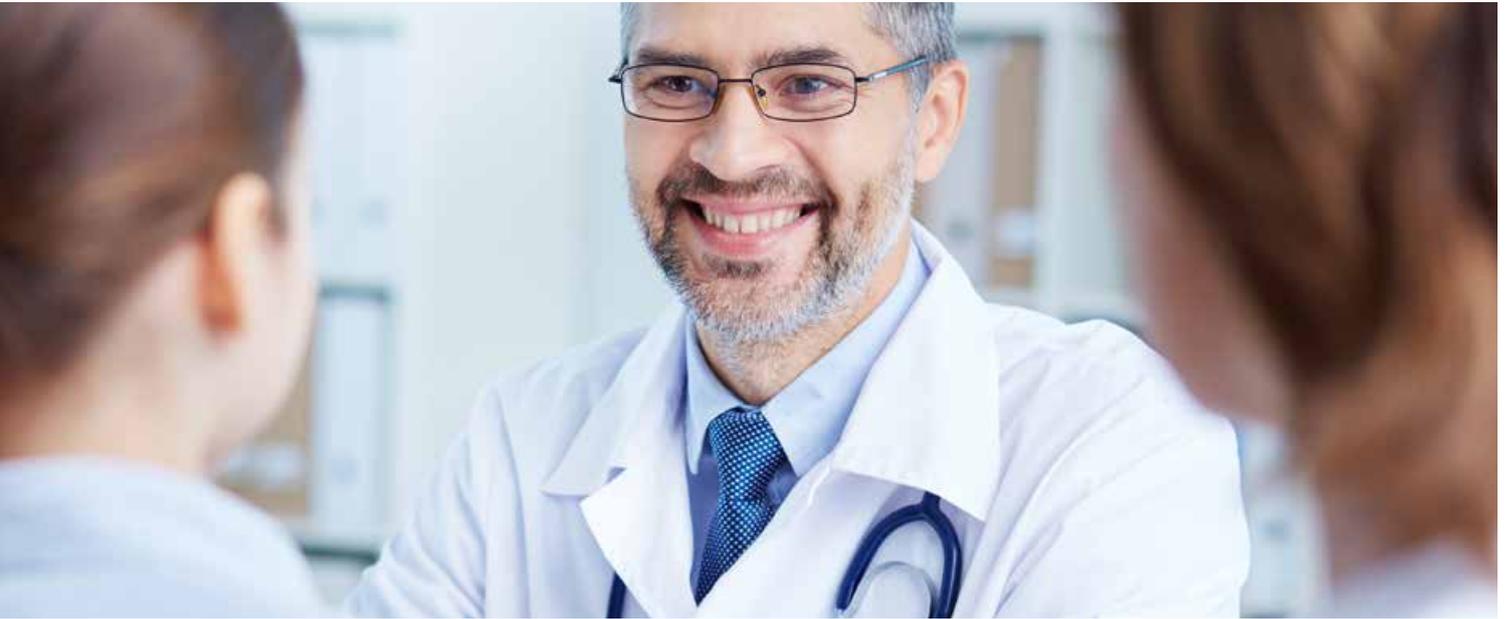
El 15% de los médicos internistas del SNS tenía en 2018 60 o más años. Estimando como edad de jubilación los 65 años, en los próximos 5 años se jubilarán unos 525-550 internistas (alrededor de 100-110 por año). Si a la cifra de reposición de jubilaciones se le suma un 2% de bajas en la masa de internistas (cambio de profesión, especialidad, dedicación, mortalidad y discapacidad antes de los 65 años, etc.) se precisarán unos 50-70 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^{69,(53)}. Si bien todos los médicos, sean internistas o no, deberían

adquirir competencias no estrictamente referidas al conocimiento científico-técnico (Tabla 4.3.)¹⁵⁷, 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.

(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.

TABLA 4.3. ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION (ACGME) CORE COMPETENCIES

ACGME Core Competences
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.
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. 157

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 internista¹⁵⁸.

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.

(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".

IV.4.2. Conocimiento del sistema sanitario y social

Los médicos deben conocer los valores, organización y funcionamiento del sistema sanitario en el que trabajan¹⁵⁸ 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, 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 Medicina³⁶. La SEMI ha analizado los instrumentos y actividades que pueden

añadir valor en Medicina Interna¹⁴¹. 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.



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

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

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 asistencial¹⁵⁹, incluyendo la utilización de las TIC para este propósito.

IV.4.5. Competencias en liderazgo y gestión de equipos

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 asistencial¹⁶⁰. Los principios de funcionamiento de un equipo multidisciplinar propuestos por el Institute of Medicine (Estados Unidos) son¹⁶¹:

- **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”^{75,76}.

Será necesario que los profesionales desarrollen y adquieran competencias digitales



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^{69,70,71,74,138}, 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 sanitaria^{138,162}. “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”¹⁹.

Los profesionales médicos tendrán, por tanto, que incorporar competencias para adaptarse a los nuevos modelos de práctica clínica¹⁶³, estando sin embargo esta formación escasamente cuidada en nuestro sistema sanitario.



Los médicos necesitarán habilidades en el manejo del “soft”



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. 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.

(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.

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

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”¹⁶⁴ 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^{165,166}. 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 horario¹⁶⁶.

IV.5.

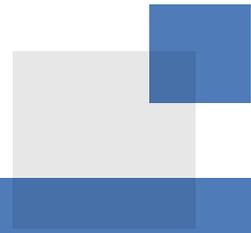
Conclusiones y recomendaciones

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.



PARTE V.

EL HOSPITAL DEL FUTURO EN 10 PUNTOS

La Revista Clínica Española publicó el trabajo que, a modo de resumen del Informe "El Hospital del Futuro", se incluye en este apartado.¹⁶⁷

BOX 5.1. EL HOSPITAL DEL FUTURO EN 10 PUNTOS

- 1.** El hospital se configurará como una plataforma (hub) de alta intensidad tecnológica al servicio de las redes asistenciales. ¿Hacia «organizaciones para el mantenimiento de la salud»?.
- 2.** El hospital se organizará por procesos asistenciales y deberá modificar su organización.
- 3.** La intensidad tecnológica y de cuidados aumentará, la duración de la estancia disminuirá y el hospital deberá asegurar la calidad 24 h del día los 365 días del año.
- 4.** La atención sistemática al paciente crónico complejo desdibujará las barreras entre atención especializada, atención primaria y los servicios sociales.
- 5.** El paciente dejará de ser un sujeto pasivo, integrándose activamente en el equipo de salud.
- 6.** Las áreas y unidades asistenciales sustituirán a la actual estructura en servicios y especialidades de los hospitales.
- 7.** La digitalización modificará radicalmente la organización y la prestación de servicios, dentro y fuera del hospital, facilitando la asistencia ambulatoria y domiciliaria.
- 8.** La gobernanza de los hospitales establecerá un equilibrio entre gestores y clínicos, incorporará a los pacientes a través de sus organizaciones y transferirá capacidad de gestión a las redes y unidades asistenciales.
- 9.** Variabilidad organizativa, homogeneidad en calidad y organizaciones duales.
- 10.** La Medicina Interna y el médico internista: agentes clave de «El Hospital del Futuro».

1. El hospital se configurará como una plataforma (hub) de alta intensidad tecnológica al servicio de las redes asistenciales. ¿Hacia «organizaciones para el mantenimiento de la salud»?

Las redes asistenciales se configurarán en torno a los procesos asistenciales, y los servicios y las unidades clínicas se reorganizarán en función de su contribución a estos procesos. La planificación y el diseño del hospital, así como su estructura organizativa y de gestión, estarán al servicio de las redes asistenciales a las que den soporte. En la figura 2 (un hospital con servicios de referencia regional), el hospital está vinculado a redes de unidades asistenciales como las del área cardiovascular, neurociencias, cáncer, etc. Una parte relevante de las actividades de estas redes no se realizará en el hospital que sirve de base a

los servicios y las unidades de referencia regional o suprarregional, sino que abarcará otros ámbitos, como son: los hospitales generales de área de salud, los centros de salud, el domicilio del paciente y los recursos sociosanitarios.

En otras palabras, la concepción del hospital como «institución cerrada» desaparecerá en el hospital del futuro para concebirse como una 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. Para tener

una población de referencia suficiente, la integración de las mencionadas redes asistenciales debería realizarse en un ámbito regional y también de área de salud. Para “añadir valor”, las redes deberán orientarse:

- 1) a mejorar los resultados en salud, buscando la mejor relación posible entre los recursos (costes) empleados y los resultados obtenidos, y
- 2) a desarrollar políticas de salud poblacional, lo que debería llevar a configuraciones regionales similares a las Health Maintenance Organizations.

2. El hospital se organizará por procesos asistenciales y deberá modificar su organización

El hospital actuará como soporte de las redes asistenciales y estas se organizarán en función de los procesos. Por lo tanto, la organización asistencial del hospital integrará y organizará todos los recursos asistenciales que en él operen, adoptando una disposición matricial,

centrada en procesos, que reemplace a la actual organización piramidal y jerarquizada (fig. 3). Las áreas asistenciales integrarán las unidades, los servicios y a los 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 organización de la división asistencial en áreas deberá adaptarse al hospital general de agudos de que se trate (con unidades de referencia regionales o suprarregionales, hospital de «área» o local).



3. La intensidad tecnológica y de cuidados aumentará, la duración de la estancia disminuirá y el hospital deberá asegurar la calidad 24 h. del día los 365 días del año

La asistencia ambulatoria a los procesos agudos será la opción predeterminada. El ingreso en el hospital estará indicado solo cuando lo demande la intensidad tecnológica y/o de vigilancia y cuidados. El alta se dará lo más precozmente posible, cuando se pueda asegurar una atención de calidad al paciente en un ámbito menos intensivo (desde los centros de cuidados intermedios hasta el domicilio del paciente). La movilización temprana del paciente y la atención a las necesidades físicas y psicológicas, incluyendo la nutrición, la hidratación, el alivio del dolor, el respeto del sueño, la higiene personal y la ansiedad, contribuirán no solo a reducir la duración de la estancia sino también a mejorar la cali-

dad de vida y a evitar reingresos. La hospitalización reducirá su tamaño y será mucho más intensiva en recursos, desplazándose el nivel de cuidados de las unidades de hospitalización desde el nivel 0 (hospitalización convencional tradicional) hacia los niveles 1 y superiores de la Intensive Care Society.

El área asistencial de coordinación de la asistencia aguda debería estar presente en todo hospital general de agudos. Su misión fundamental será la de establecer un continuo asistencial entre las unidades de urgencias, cuidados críticos, hospitalización y la transición hospital-domicilio, garantizando los estándares de atención al paciente agudamente

enfermo (incluyendo al crónico agudizado), que requiere el ingreso en el hospital.

Esta área asistencial será la responsable de implantar una sistemática de asistencia compartida con otras unidades del hospital, especialmente quirúrgicas, y garantizar unos estándares de calidad adecuados a estos pacientes.

El informe de «El Hospital del Futuro» propone los estándares que deben cumplir todas las unidades de hospitalización para la atención de pacientes adultos por una condición aguda. Asimismo, deberá garantizar la calidad de la asistencia en el hospital las 24 h. del día los 365 días del año.

4. La atención sistemática al paciente crónico complejo desdibujará las barreras entre atención especializada, atención primaria y los servicios sociales

La continuidad asistencial es uno de los principales retos de la asistencia sanitaria y especialmente en el paciente crónico complejo.

La continuidad como norma debe ser uno de los principios del hospital del futuro. El centro de coordinación comunitaria (figs. 2 y 3) tendrá como misión 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 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 especializada.

El informe «El Hospital del Futuro» propone los estándares que deberían cumplirse en la atención de pacientes adultos con condiciones crónicas. Cuando sea preciso el ingreso en el hospital, son aspectos críticos la identificación de personas con fragilidad y la atención a sus necesidades para disminuir los reingresos y aumentar la probabilidad de que el paciente

siga residiendo en su domicilio tras el alta hospitalaria.

Todos los hospitales generales de agudos, incluyendo los hospitales locales, deberían desarrollar el área asistencial de coordinación de atención al paciente crónico complejo, colaborando con atención primaria y con los diferentes recursos comunitarios y sociales en la prestación de una atención sistemática, enfocada al automanejo, la disminución de la dependencia, la prevención de la fragilidad y el mantenimiento en el ámbito comunitario del paciente, para evitar, en lo posible, el ingreso hospitalario o la asistencia en urgencias.

5. El paciente dejará de ser un sujeto pasivo, integrándose activamente en el equipo de salud

La integración del paciente en la gestión de sus problemas de salud es un objetivo relevante en la estrategia para “añadir valor”. La toma de decisiones compartidas se incorporará a la práctica asistencial habitual. La digitalización será una herramienta potente para incorporar

a los pacientes y ciudadanos en la gestión de su salud. La incorporación de la persona enferma en el mismo plano que el profesional llevará a rediseñar procesos y entornos más amigables que los actuales. La incorporación de la experiencia del paciente en un marco de re-

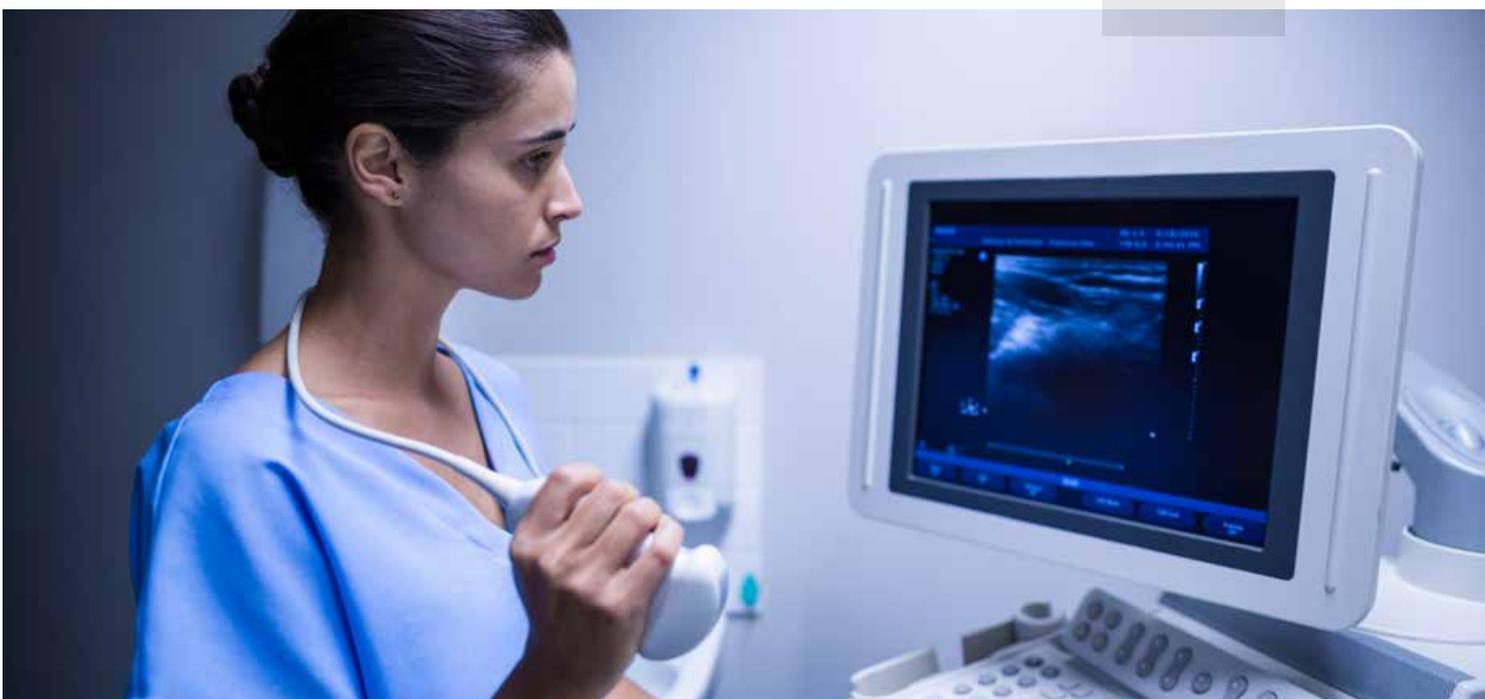
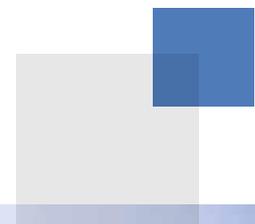
lación directa con la gobernanza de las instituciones puede ser una forma efectiva y formal de integrar su visión con el objetivo de mejorar la atención sanitaria. Los resultados de los hospitales y los estándares de calidad incluirán los derivados de la experiencia del paciente.

6. Las áreas y unidades asistenciales sustituirán a la actual estructura en servicios y especialidades de los hospitales

Centrar la atención en el paciente y articular la asistencia sanitaria en función de los procesos asistenciales requerirán una organización del hospital en la que la estructura basada en servicios de especialidades cederá el paso a una organización en la que irán ganando protagonismo las grandes áreas asistenciales.

Estas áreas integrarán las áreas de conocimiento y las disciplinas vinculadas a conjuntos de procesos, como áreas del corazón, cáncer, neurociencias,

etc.(fig. 2), así como el desarrollo de unidades multidisciplinares centradas en el manejo de condiciones complejas. Las especialidades actuales experimentarán importantes modificaciones impulsadas por el conocimiento y la innovación tecnológica, y crecerán en protagonismo tendiendo a la subespecialización y creación de áreas de conocimiento interdisciplinar. Sin embargo, esto no se traducirá necesariamente en estructuras organizativas independientes, al integrarse en equipos multidisciplinares organizados entorno a los procesos asistenciales.



7. La digitalización modificará radicalmente la organización y la prestación de servicios, dentro y fuera del hospital, facilitando la asistencia ambulatoria y domiciliaria

La digitalización engloba los avances en las tecnologías de la información y las comunicaciones. La incorporación de estas tecnologías a la sanidad tendrá, como en otros sectores, un carácter disruptivo, modificando radicalmente la forma de organizar y prestar servicios de asistencia sanitaria. Su incorporación y utilización inteligente contribuirá a añadir valor (mejorar los resultados y reducir costes) en sanidad.

El big data y el data analytics serán especialmente relevantes en el desarrollo de políticas de salud poblacional y de la medicina de precisión. La telemedicina reducirá notablemente la necesidad de desplazamientos de pacientes y el personal de salud para consulta, controles,

etc. y facilitará la atención a los pacientes, en particular, a los crónicos complejos, frágiles y dependientes, en su entorno social. También contribuirán a este objetivo los wearables.

La precisión en el diagnóstico aumentará con la ayuda de la inteligencia artificial. La robótica y la realidad virtual aumentarán la seguridad y reducirán el tiempo de los procedimientos que, cada vez, serán menos invasivos. La robótica sustituirá en gran medida al recurso de personal para la realización de actividades de carácter físico (desplazamiento y movilización de pacientes, limpieza, dispensación de medicación, distribución de comidas, etc.).

El desarrollo de las tecnologías de la información y las comunicaciones permitirá

establecer nuevas formas de comunicación, más ágiles y próximas, con el paciente, reduciendo los tiempos de respuesta del sistema sanitario a las necesidades y demandas de los ciudadanos. Los sistemas informáticos de gestión, almacenamiento de imágenes y otros sistemas de datos clínicos se integrarán fácilmente con la historia clínica electrónica. De esta manera, mejorará la interoperabilidad de las historias clínicas electrónicas y su usabilidad por los profesionales.

La tecnología de cadenas de bloques (blockchain) permitirá una trazabilidad total de todas las interacciones con los pacientes y su registro. Los sistemas informáticos facilitarán la investigación colaborativa y la superespecialización en red.



La robótica y la realidad virtual aumentarán la seguridad y reducirán el tiempo de los procedimientos que, cada vez, serán menos invasivos

8. La gobernanza de los hospitales establecerá un equilibrio entre gestores y clínicos, incorporará a los pacientes a través de sus organizaciones y transferirá capacidad de gestión a las redes y unidades asistenciales

El cambio de foco desde la actividad a los resultados (añadir valor) conllevará cambios relevantes en la gobernanza de las instituciones sanitarias, incluyendo la de los hospitales. El enfoque «gerencialista» en la organización y gestión de los hospitales tiene, en la actualidad, una limitada eficacia. Existe una creciente evidencia de que la implicación de los médicos en la gestión aumenta la calidad y la eficiencia de la gestión sanitaria.

El hospital del futuro propone una división asistencial, enfocada en resultados en

salud, al mismo nivel de responsabilidad que la gerencia. La gerencia pondría su foco en mejorar la eficiencia y proveer servicios (informática, comunicaciones, control de gestión, servicios auxiliares, etc.) a la unidad asistencial. Por encima de las dos habría un consejo con todos los agentes relevantes representados (políticos, sindicales, clínicos...), incluyendo a los pacientes a través de sus organizaciones.

Los hospitales deberán rendir públicamente cuenta de los resultados alcanzados con los recursos disponibles. Esas cuentas de resultados de los hospitales incorporarán los

resultados en salud, incluyendo los relativos a la experiencia del paciente, y los costes de los recursos empleados, modificando de forma radical los cuadros de mando que, actualmente, están centrados en los recursos empleados (estructura, gasto) y la actividad.

La implicación de los médicos en la gestión requerirá una transferencia de responsabilidad en la organización y gestión de las redes y unidades asistenciales hacia los clínicos (gestión clínica) prestando el apoyo necesario, además del control de la gestión, desde la gerencia del centro.



9. Variabilidad organizativa, homogeneidad en calidad y organizaciones duales

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.

No es posible alcanzar este reto mediante acciones de arriba abajo (top-down), promovidas hasta ahora por el SNS. Por el contrario, se debe incentivar el desarrollo de soluciones locales, lideradas por profesionales o por iniciativas comunitarias, de abajo 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 de «El Hospital del Futuro» deberán adaptarse a cada entorno. La variabilidad organizativa no implicará desigualdad en la calidad de la asistencia, pues los estándares de calidad deben

ser homogéneos, así como los indicadores de los resultados en salud.

Las estructuras organizativas de las instituciones, también la de los hospitales, están enfocadas al logro de objetivos, a la utilización de recursos y a la evaluación en la gestión cotidiana, prestando escasa atención y recursos a analizar el entorno, a promover y evaluar nuevos modelos, y a introducir los cambios precisos para mejorar la calidad y eficiencia de sus prestaciones. Las organizaciones jerárquicas piramidales, típicas de las organizaciones industriales, se adaptan mal a unos servicios sanitarios en los que el conocimiento no reside en la cúpula tecnocrática sino en los profesionales.

La organización matricial propuesta en «El Hospital del Futuro» con una doble figura en la cúspide organizativa (división asistencial y división de gestión) no resuelve completamente su adaptación al cambio. Sin embargo, una concepción de una organización dual, con dos estructuras, una jerárquica (en la propuesta de «El Hospital del Futuro», matricial), enfocada al cumplimiento de objetivos, y otra en red (redar-quía),

centrada en promover la colaboración, autogestión e innovación, podría conseguir el doble objetivo:

- 1) no perder el foco en el logro de los objetivos establecidos por los SNS, y
- 2) aumentar la innovación y acelerar el cambio.



Las organizaciones jerárquicas piramidales, típicas de las organizaciones industriales, se adaptan mal a unos servicios sanitarios en los que el conocimiento no reside en la cúpula tecnocrática sino en los profesionales

10. La medicina interna y el médico internista: agentes clave de «El hospital del futuro»

Si la continuidad como norma es uno de los principios del nuevo modelo, 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». Para que esto ocurra 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 al paciente agudo como crónico. 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 como retos:

- Impulsar 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 otras unidades y servicios para garantizar la continuidad y los estándares (asistencia compartida);
- integración de médicos internistas en determinados servicios, especialmente quirúrgicos); y
- garantizar una óptima calidad asistencial 24 h. del día los 7 días de la semana.

La garantía de continuidad asistencial en la atención al paciente crónico complejo también deberá comprometer a la Medicina Interna en el desarrollo del centro de coordinación comunitaria, colaborando con atención primaria y con los diferentes recursos comunitarios y sociales en la prestación de una atención sistemática al paciente crónico complejo y desarrollando sistemas estructurados de relación con los equipos de atención primaria del área de influencia del hospital, dirigido a la gestión compartida de estos pacientes.

Los nuevos retos requerirán que los médicos internistas se doten de nuevas competencias profesionales en gestión clínica, digitalización, interacción con los

pacientes y sus asociaciones, etc., para lo que se deberá rediseñar el programa formativo. El informe «El Hospital del Futuro» prevé un incremento de la

demanda de médicos internistas con estas nuevas competencias profesionales y, especialmente, dedicados a la garantía de la continuidad asistencial.

PARTE VI.

POST-SCRIPTUM: ENFERMEDAD COVID-19

Poco después de que cerrase la elaboración del informe “El Hospital del Futuro” se declaró la pandemia del SARS-CoV-2. La respuesta de los profesionales y de los servicios clínicos, más que de las gerencias y de las administraciones¹⁶⁸, lograron una rápida adaptación de los hospitales como respuesta a las demandas asistenciales generados por la COVID-19. En cierta medida, la crisis aceleró la transformación prevista en los hospitales por el informe “El Hospital del Futuro”, lo que motivó el editorial de la Revista Clínica Española que se reproduce aquí.¹⁶⁹

El hospital del futuro ya está aquí

En general, los cambios para mejorar la calidad de los sistemas sanitarios de los países occidentales son lentos y están cuajados de dificultades: son estructuras de cuidados integradas por múltiples profesionales cuya gestión -humana, tecnológica y organizativa- conlleva una gran complejidad.

Algunas barreras a la innovación en los sistemas sanitarios se explican porque tienen organizaciones, infraestructuras, normas reguladoras y sistemas de incentivos anticuados; por la fragmentación y la existencia de silos institucionales y corporativos; por la ausencia de conocimientos actualizados acerca de la tecnología y procesos ya incorporados por otros sectores; por el escepticismo y el rechazo natural de los seres humanos a modificar la rutina, y, finalmente, porque la incorporación práctica es muy difícil.

En definitiva, la resistencia al cambio depende de las iniciativas planteadas, de cómo se aplican, de las características

de los profesionales involucrados, de distintos factores organizacionales, y de las características y del contexto del entorno¹⁷⁰.

La irrupción de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) durante los últimos meses, una de las mayores epidemias de la historia de la humanidad con millones de afectados y cientos de miles de muertos, ha obligado a la transformación radical de los sistemas sanitarios para poder afrontar esta pandemia mundial¹⁷¹. Algunas consecuencias han sido la modificación de la estructura de los hospitales y de los circuitos asistenciales; la restricción de la movilidad social por las regulaciones de las autoridades para reducir la transmisibilidad de la infección, y el temor de los pacientes y de la población al contagio si acudían a los centros sanitarios. En todo ha resultado imprescindible el papel de los ciudadanos como motor del cambio, junto al de los profesionales, destacando su responsabilidad en el autocuidado, en el cumplimiento del aislamiento

social y en el uso racional de los recursos sanitarios.

Esta mutación tan poderosa del entorno ha derribado las barreras preexistentes para la innovación, que han sido desbordadas por el carácter apremiante de la búsqueda de soluciones en la atención sanitaria tanto general como local¹⁷². Esta transformación ha sido tan sustancial que se la puede considerar disruptiva al mutar completamente el paradigma anterior y al obligar a reconsiderar las premisas y los modelos asistenciales hasta ahora vigentes. Estas semanas con frecuencia

hemos leído que “ya nada será como antes”, y desde luego, en lo referente a la atención sanitaria, posiblemente muchos de los cambios, incorporados de manera perentoria por la infección COVID-19, han llegado para quedarse.

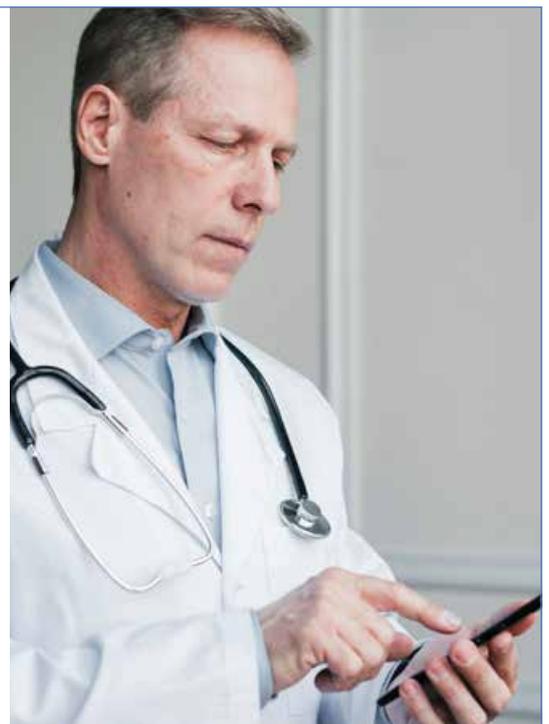
Gran parte de las recomendaciones del “Hospital del Futuro” se han incorporado de manera natural y acelerada en los hospitales durante la pandemia (Box VI.1). Entre ellas, ha habido un protagonismo esencial de los servicios clínicos que han liderado los centros y han orientado acerca de las necesidades de infraestructura,

de los flujos de pacientes y del material necesario.

Los servicios de medicina interna, por su versatilidad, su nivel de cualificación y su gran capacidad de adaptación, presentes en todos los hospitales, han sido uno de los principales protagonistas en el afrontamiento de la COVID-19 en España y en otros países. Por otra parte, se ha producido un desdibujamiento de las especialidades médicas tradicionales con la implantación de grupos multiprofesionales o “equipos COVID”, con la activa participación de la enfermería, que ha desempeñado nuevos roles.

BOX 6.1. ENSEÑANZAS DE LA ENFERMEDAD COVID-19

- Orientación completa a resultados asistenciales.
- Protagonismo de los servicios clínicos.
- Desdibujamiento de las especialidades y colaboración multiprofesional.
- Evaluación integral del paciente, estratificación del riesgo y de niveles de cuidados.
- Flujo dinámico urgencias-hospitalización-UCI-seguimiento domiciliario.
- Alejamiento de pacientes ambulatorios (consulta virtual o telefónica).
- Innovación tecnológica.
- Entrega de medicación a domicilio.
- Fragilidad de los centros sociosanitarios.
- Renovación de los compromisos éticos y profesionales.
- Hospital «fluido» o «flexible» con adaptación continua.





En el cuidado directo de los pacientes ingresados se han implantado o ampliado iniciativas de digitalización o de telemedicina

El alejamiento de los pacientes ambulatorios, de esta y otras patologías, se ha solventado, en una gran parte, con la recogida de muestras en dispositivos especiales o en el domicilio, mediante la realización de consultas virtuales telefónicas cuando se podía tener un acceso remoto a la historia clínica electrónica completa, y con la entrega domiciliaria de la medicación de uso hospitalario. La geolocalización ha sido utilizada para el estudio de contactos y para asegurar el alejamiento poblacional.

En definitiva, las distintas modalidades de telemedicina y de la tecnología de comunicación han tenido una expansión exponencial en pocas semanas^{175,176}.

La transformación continua para dar soluciones ha obligado a tener un modelo de hospital “fluido” o “flexible” con adaptación permanente

La consideración de los deberes éticos y profesionales con los pacientes, con sus familias y con la sociedad han primado sobre cualquier otra circunstancia, lo que ha supuesto una renovación de los compromisos deontológicos de los profesionales sanitarios.

La evaluación integral inicial, la consideración del riesgo individual y la estratificación de los niveles de cuidados han sido la norma de actuación para poder asignar los recursos asistenciales disponibles de la manera más apropiada a las circunstancias cambiantes de cada centro.

Las rutas asistenciales de los pacientes entre urgencias, las salas de hospitalización, las unidades de cuidados intermedios o críticos y el seguimiento domiciliario, realizado desde el hospital o desde atención primaria, han sido más fluidas que nunca, y se han implantado herramientas de asistencia compartida novedosas. La coordinación estrecha entre los servicios clínicos y los laboratorios y radiología ha ofrecido soluciones para la rápida toma de decisiones clínicas con un acortamiento de los tiempos de respuesta.

Los hospitales se han convertido en centros de coordinación de cuidados y de realización de pruebas diagnósticas masivas.

También se han encargado de la medicalización de centros sociosanitarios y de residencias de mayores y de la puesta en marcha de dispositivos de campaña o de pabellones para ampliar la oferta de camas hospitalarias.

En el cuidado directo de los pacientes ingresados se han implantado o ampliado iniciativas de digitalización o de telemedicina, mediante la telemonitorización en salas de hospitalización convencional, la obtención de electrocardiogramas con dispositivos reducidos fáciles de usar y esterilizar, y mediante teleasistencia, o consultas virtuales, para incrementar el número de visitas y reducir la exposición de los profesionales y el consumo de equipos de protección, así como llamadas con dispositivos móviles al paciente o a la familia¹⁷⁵.

La realización de la ecografía por parte de los clínicos a pie de cama se ha convertido en una herramienta esencial en el control evolutivo de la infección COVID-19 con afectación pulmonar¹⁷⁴. El control domiciliario de los pacientes con riesgo intermedio, no ingresados, se ha hecho en muchos centros con su participación activa y la ayuda de dispositivos de control oximétrico, videollamada y entrevistas estructuradas.



a los distintos escenarios. Las diferentes iniciativas no han estado exentas de dificultades y problemas, ni tampoco se conoce todavía el impacto de la pandemia en los resultados en salud global y en otras patologías, algo que habrá que analizar con detenimiento en los próximos meses. En cualquier caso, podríamos decir que, en muchos aspectos, el hospital del futuro ya está aquí, lo ha traído la infección COVID-19.

Dentro del drama que ha causado tanto sufrimiento personal y colectivo y de la catástrofe económica subsiguiente, debemos extraer las mejores lecciones aprendidas para mejorar el sistema sanitario en su

conjunto, para hacerlo más cercano y adaptable a las necesidades de los pacientes, para evitar los actos clínicos y las visitas presenciales innecesarias y, en definitiva, para hacerlo más personalizado, más eficiente y de mayor calidad. Por otra parte, es imperiosa la obligación de quebrar el abismo actual entre lo social y lo sanitario, pues nuestro entorno ha mostrado su gran fragilidad y lo arbitrario de esta separación. Algunas enseñanzas ineludibles que se deberían acometer son: reforzar el sistema sanitario en su conjunto y tenerlo preparado para afrontar de manera simultánea las posibles crisis sanitarias futuras por enfermedades transmisibles, por nuevos

brotos de SARS-CoV-2 o de otras infecciones zoonóticas, evitando la imprevisión epidemiológica que hemos padecido¹⁷⁷, y ello combinarlo con la atención adecuada a otra pandemia menos reconocida –“silente”– que es la cronicidad, la multimorbilidad y el envejecimiento de la población española. Este proceso habrá que hacerlo con prudencia, mediante la reflexión compartida en los hospitales, con atención primaria y con las autoridades sanitarias, estableciendo procedimientos normalizados de trabajo y normas reguladoras, con el reconocimiento debido de las actuaciones y nuevos roles profesionales, así como de las distintas modalidades asistenciales.

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 Clínic 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;219:171-6.
25. 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.
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, Plochg 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, Campbel 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 InternalMedicine. *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 J, 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.). 1ª 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.msbs.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. Eng. 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, consultado el 17.01.19.
92. 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>.
93. Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.
94. Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London:NHS. National Patient Safety Agency. November, 2007.

95. Critical care Outreach 2003. NHS Modernisation Agency. 2003.
96. Quality Critical Care. Beyond 'Comprehensive Critical Care'. A report by the Critical Care Stakeholder Forum. September, 2005.
97. 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.
98. Critical Care Outreach Services. Indicators of Service Achievement and Good Practice. Critical Care Stakeholders' Forum & National Outreach Forum. March, 2007.
99. Guidelines for the introduction of Outreach Services. Intensive Care Society. 2003.
100. 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.
101. 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.
102. Critical to Success. The place of efficient and effective critical care services within the acute hospital. Audit Commission. 1999.
103. 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.
104. 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.
105. 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.

106. 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.
107. Hyett P, Jenner J. *Tomorrow's Hospitals*. NHS design review programme. NHS, July 2004.
108. 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.
109. 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.
110. 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.
111. 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.
112. 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 United Health Networks. *Circulation.* 2007;116:217-230.
113. 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.
114. 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.

115. 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.
116. 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_actuals/index.html. Consultado el 12.01.19.
117. Stowell C, Akerman C. Better Value in Health Care Requires Focusing on Outcomes. N. Eng. Catalyst, September 17, 2015.
118. Ferris TG, Torchiana DF. Public Release of Clinical Outcomes Data - Online CABG Report Cards. N. Engl. J. Med. 2010;363:1593-1595.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. 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>.
123. Mintzberg H. Power in and Around Organizations. Prentice-Hall. New York. 1983.
124. Cabrera J. Organizaciones duales: jerarquía y redarquía. Telos 2018;108:98-105.

125. 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;53:15-17.
126. 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).
127. 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.
128. 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.
129. Martinez-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.
130. Resnick B, Boltz M. Optimizing Function and Physical Activity in Hospitalized Older Adults to Prevent Functional Decline and Falls. *Clin. Geriatr.* 2019;35:237-251.
131. 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.* 2005;53:1476-1482.
132. 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.
133. 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.

134. 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.
135. 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.
136. Goicolesá FJ y cols. Cirugía de revascularización aortocoronaria en España. Influencia del volumen de procedimientos en los resultados. *Rev. Esp. Cardiol.* 2019 (en prensa).
137. 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.
138. 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.
139. 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).
140. 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.
141. 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.
142. Tinetti ME, Fried T. The End of the Disease Era. *Am. J. Med.* 2004;116:179-185.
143. 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.

144. 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.
145. 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.
146. 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.
147. 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.
148. 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.
149. 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.
150. Suárez C (Coord.). Plan estratégico de Medicina Interna 2011-2015 de la Comunidad Autónoma de Madrid.
151. 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.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>. Consultado el: 25.11.19.
152. 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.

153. Reginato E, Grosso R. European Hospital Doctors' Salaries. EUROPEAN FEDERATION OF SALARIED DOCTORS. Document: F11-071 EN. 13-09-2011.
154. 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>.
155. 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.
156. 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.
157. 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.
158. Porcel JM, Casademont J, Conthe P, Pinilla B, Pujol R, García-Alegria J. Core competencies in Internal Medicine. *Eur. J. Intern. Med.* 2012;23: 338-41.
159. Bodenheimer T. Coordinating Care. A perilous journey through the health care system. *N. Eng. J. Med.* 2008;358:1064-71.
160. 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.
161. Mitchell P, M Wynia, R Golden, B McNellis, S Okun, CE 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.
162. 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>.
163. 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.

164. 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, 2013:17-25.
165. Royal College of Physicians. Acute medicine: making it work for patients. Report of a working party. London: RCP, 2004.
166. Royal College of Physicians. Acute medical care: the right person, in the right setting – first time. Report of a working party. London: RCP, 2007.
167. Gómez-Huelgas R, Díez-Manglano J, Carretero-Gómez J, Barba R, Corbella X, García-Alegría J, Herranz MT, Vallejo I, Elola J. El hospital del futuro en 10 puntos. *Rev. Clin. Esp.* 2020;220(7):444-449.
168. Elola FJ (Dir.), Bas MC, Bernal JL, Bueno-Zamora H, Carretero-Gómez J, Cequier A, Díez-Manglano J y cols. Los sanitarios frente a la COVID-19. La reforma necesaria del Sistema Nacional de Salud. Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria. ISBN: 978-84-09-21651-2. Disponible en: LOS_PROFESIONALES_SANITARIOS_FRENTE_A_LA_COVID-19.pdf (imasfundacion.es). Consultado el 5.12.20.
169. García-Alegría J, Gómez-Huelgas R. Enfermedad COVID-19: el hospital del futuro ya está aquí. *Rev. Clin. Esp.* 2020;220(7):439-441.
170. Forum for Health Policy. Successes and barriers for innovation in healthcare-experiences from three countries. 2015. Disponible en: <http://healthpolicy.se/wpcontent/uploads/2017/12/Innovation-policy-brief-2018-1.pdf>.
171. Ena J, Wenzel RP. A novel coronavirus emerges. Un nuevo coronavirus emerge. *Rev. Clin. Esp.* 2020;220:115-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2020.01.001>.
172. Barba R, Rosado C, Pardo-Moreno J, Rey-Biel J. Managing people, roles, and resources during COVID-19 surge. *NEJM Catalyst.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/CAT.20.0152>.
173. Hollander JE, Carr BG. Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *N. Engl. J. Med.* 2020;382:1679-81.
174. Smith MJ, Hayward SA, Innes SM, Miller ASC. Point-of-care lung ultrasound in patients with COVID-19 - a narrative review. *Anaesthesia.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/anae.15082>.

175. Harpaz J. 5 Reasons Why Telehealth Is Here To Stay (COVID-19 And Beyond). Forbes, 4/05/2020. Disponible en: <https://www.forbes.com/sites/joeharpaz/2020/05/04/5-reasons-why-telehealth-here-to-stay-covid19/>.
176. Topol E. Telemedicine is essential amid the Covid-19 crisis and after it. The Economist, 31/03/2020. Disponible en: <https://www.economist.com/open-future/2020/03/31/telemedicine-is-essential-amid-the-covid-19-crisisand-after-it>.
177. PLOS Medicine Editors. Pandemic responses: Planning to neutralize SARS-CoV-2 and prepare for future outbreaks. PLOS Med. 2020;17, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003123>, e1003123.



www.fesemi.org

IMAS Instituto para la Mejora
de la Asistencia Sanitaria

