

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

Índice

1.	<i>Introducción</i>	2
2.	<i>¿Qué es la Medicina Interna?</i>	3
3.	<i>Entorno económico</i>	3
4.	<i>El entorno político</i>	5
5.	<i>El factor demográfico</i>	7
6.	<i>Las proyecciones epidemiológicas. Tendencias de salud</i>	7
7.	<i>Las expectativas de los ciudadanos</i>	11
8.	<i>La innovación tecnológica</i>	11
9.	<i>Las tecnologías de la información y comunicaciones</i>	12
10.	<i>El cambio de modelo sanitario</i>	13
11.	<i>La transformación del hospital</i>	13
12.	<i>Los cambios en las profesiones sanitarias</i>	14
13.	<i>El impulso a la gestión clínica</i>	15
14.	<i>Profesionalismo y autorregulación</i>	16
15.	<i>¿Cuáles son las grandes tendencias que cambiarán la práctica de la MI en los años venideros?</i>	17
16.	<i>RECALMIN. Qué dice sobre la MI en el SNS</i>	18
17.	<i>La brecha entre las necesidades del futuro y la situación actual. Cómo deben contribuir los estándares</i>	20
	<i>Referencias</i>	22

Figuras

Figura 1.	<i>Tasa interanual de crecimiento del gasto sanitario y del PIB per cápita en países de la OCDE</i>	4
Figura 2.	<i>Crecimiento medio del gasto sanitario real per cápita en países de la OCDE. 2005-2013</i>	4
Figura 3.	<i>Frecuentación por grupos de edad</i>	7

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

1. Introducción

“Visión de la Medicina Interna en la sanidad del s. XXI”, es el documento marco del proyecto “Los Servicios de Medicina Interna en el Sistema Nacional de Salud del s. XXI”, que deberá ser validado por su Comité Director. Este documento se considera fundamental para poder avanzar en una definición de funciones, organización y cargas de trabajo de las unidades de medicina interna, pues éstas solamente pueden ser definidas a partir de una visión compartida del sistema sanitario español y el papel que en éste debe desempeñar la Medicina Interna (MI). La idea que subyace a esta aproximación es que difícilmente se puede elaborar un documento sobre estándares similar a *“Consultant physicians working with patients”*¹, sin que exista una visión de las características de *“Future Physician”*² o del *“Future Hospital”*³ (el mismo documento *“Consultant physicians”* contiene un preámbulo *“Physicians in the NHS today”*). Sin pretender hacer un análisis DAFO, este documento se centra en un análisis del entorno, es decir en las “amenazas” y “oportunidades” que el entorno genera para la Medicina Interna en España y especialmente referido al Sistema Nacional de Salud (SNS). Las posibles “fortalezas” y “debilidades” para MI pueden derivarse de la información que, a través de RECALMIN, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) ha obtenido, cuyo resumen ejecutivo se recoge. La fotografía de RECALMIN es, sin duda, útil para el ejercicio que la SEMI va a emprender, sin embargo la situación actual de la MI y su relación con otras especialidades médicas y profesiones sanitarias, deberá afrontar un profundo cambio si quiere abordar con éxito lo enormes retos demográficos, económicos, sociológicos, tecnológicos, etc. que confrontan los sistemas sanitarios de los países desarrollados en el s. XXI.

El análisis del entorno atiende a las siguientes dimensiones:

- El entorno económico
- El entorno político
- El factor demográfico
- Las proyecciones epidemiológicas
- Las expectativas de los ciudadanos
- La innovación tecnológica
- Las tecnologías de la información y comunicaciones
- El cambio de modelo sanitario
- La transformación del hospital

- Los cambios en las profesiones sanitarias
- El impulso a la gestión clínica. El trabajo en equipo multidisciplinar
- Profesionalismo y autorregulación

Antes de adentrarse en este análisis del entorno probablemente es aconsejable tratar de definir qué es lo que Medicina Interna significa.

2. ¿Qué es la Medicina Interna?

La *European Federation of Internal Medicine* (EFIM), define la MI como “la disciplina médica principal en el cuidado de los adultos con una o varias enfermedades agudas o crónicas complejas...”. Las dimensiones relativas a la “integralidad y continuidad” y la atención a pacientes con enfermedades complejas caracterizan el ámbito de actuación más frecuentemente reconocido de la MI, más aún en un entorno de envejecimiento poblacional, lo que condiciona un incremento importante en el número de pacientes crónicos complejos^{4,5}, y que generalmente para las UMI no son órgano-específicos. Como la EFIM señala “la MI es la especialidad médica holística por excelencia, y por esta razón debe estar en la vanguardia de la asistencia centrada en el paciente”⁶. La dimensión humanista del internista incorpora las cualidades de integridad, respeto y compasión, integrándola con la dimensión científico-técnica.

Con independencia del papel de la MI en el manejo del paciente crónico complejo, el *Royal College of Physicians* de Londres ha desarrollado el concepto de “*acute internal medicine*”, como “aquella parte de la MI general referida al manejo especializado inmediato y temprano de pacientes adultos que, ingresados o que acuden al hospital, sufren de una amplia gama de condiciones médicas que requieren atención urgente o de emergencia vital”⁷. En España “urgencias y emergencias” se configura como un área de capacitación específica a la que se puede acceder desde MI, entre otras especialidades⁽¹⁾.

Por último, la MI, por su aproximación generalista y su visión integradora, desempeña un papel fundamental en la capacidad de orientación diagnóstica en las situaciones clínicas de expresión imprecisa y/o infrecuente.

3. Entorno económico

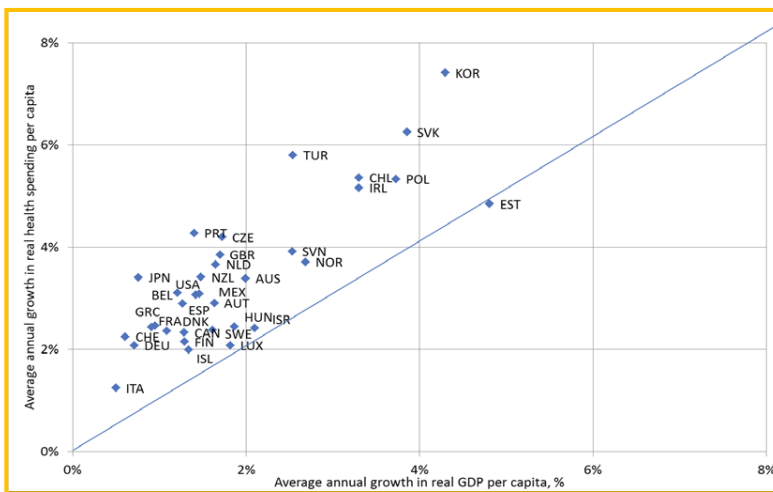
Las previsiones económicas de la OCDE para 2015 y 2016 sitúan el crecimiento del PIB de España alrededor del 3%⁽²⁾. No obstante, las previsiones de la OCDE para España advierten del elevado nivel de paro y reclaman que todo crecimiento adicional al previsto se use para reducir la deuda pública. Por otra parte, el gasto sanitario crece en todos los países de la OCDE a un ritmo superior al del PIB (figura 1). La tensión entre la tendencia inflacionista del gasto sanitario y las

⁽¹⁾ Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.

⁽²⁾ <http://www.oecd.org/economy/spain-economic-forecast-summary.htm>

políticas de consolidación fiscal hace previsible que se mantengan los controles sobre el gasto sanitario público, situando (en el mejor de los casos) su crecimiento en el entorno del aumento del PIB, así como una mayor exigencia en empleo eficiente de los recursos públicos que se dedican a la sanidad, así como de su “accountability” (rendir cuentas sobre la utilización de los mismos).

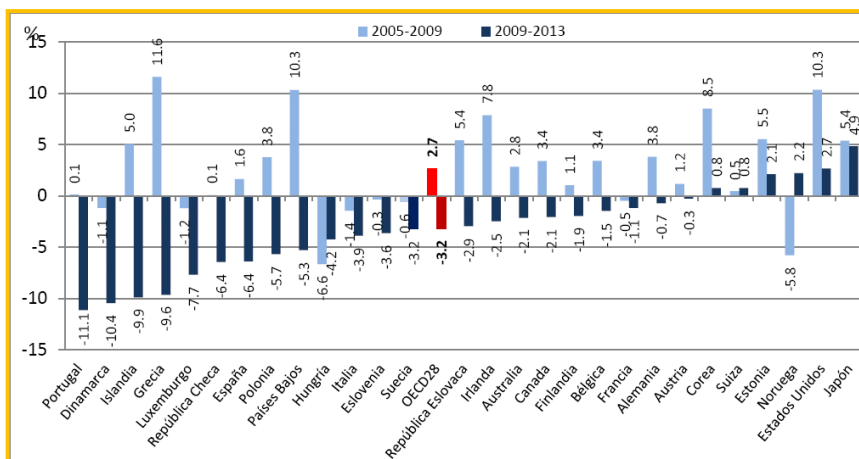
Figura 1. Tasa interanual de crecimiento del gasto sanitario y del PIB per cápita en países de la OCDE⁸



Existen básicamente dos alternativas para enfrentarse a este escenario previsible. La primera se ha vivido en los recientes años de la crisis económica y se caracteriza por los ajustes (recortes) impuestos desde las administraciones públicas y

administrados por las gerencias de los centros, en donde no ha habido suficiente liderazgo de la profesión médica, ni se ha incorporado de forma efectiva el análisis económico a los instrumentos de calidad asistencial, habiéndose producido probablemente una escasa (si alguna) ganancia en eficiencia, entendida como la relación entre recursos empleados y mejoras de la salud y calidad de vida de los ciudadanos. España ha sido uno de los países de la OCDE que más ha recortado el gasto sanitario per cápita⁹ (Figura 2), dándose la circunstancia de que, siendo un “servicio nacional de salud”⁽³⁾, tiene un elevado porcentaje de gasto privado sobre el total del gasto sanitario.

Figura 2. Crecimiento medio del gasto sanitario real per cápita en países de la OCDE. 2005-2013¹⁰



La alternativa a los recortes para confrontar los retos de un entorno

del Sistema Nacional de Salud y

económico exigente requiere un compromiso formal de los médicos y de las entidades científico-médicas con la eficiencia (en los términos definidos) en la gestión de los recursos (gestión clínica) y la incorporación de criterios de coste / efectividad a la calidad asistencial. La SEMI no es ajena a este compromiso, habiendo liderado el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”⁽⁴⁾, cuyo objetivo principal es disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias (que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias). Asimismo la SEMI ha desarrollado un potente grupo de trabajo de gestión clínica y ha colaborado con el Ministerio de Sanidad tanto en la Estrategia de Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)¹¹, como en numerosos documentos de estándares y recomendaciones⁽⁵⁾.

La adopción estratégica del compromiso con la eficiencia en la gestión (no se puede hablar de eficiencia sin incorporar el criterio de calidad) requiere un esfuerzo de los médicos y de las sociedades científicas en varias dimensiones: 1. la formación en gestión clínica; 2. la voluntad de registrar y evaluar lo que se hace para mejorar los resultados en salud y aumentar la eficiencia en el uso de los recursos; 3. la incorporación de criterios de coste/efectividad a los instrumentos calidad (guías de práctica clínica, rutas clínicas, etc.); 4. el reforzamiento de los criterios éticos en la toma de decisiones clínicas⁽⁶⁾, así como en la colaboración de las sociedades científicas en la definición de la cartera de servicios del Sistema Nacional de la Salud, de ordenación de recursos, etc.; 5. la voluntad de asumir responsabilidades en la gestión de los servicios clínicos; y 6. el impulso y la decidida incorporación de las sociedades científicas en la creación de un instrumento, para el sistema sanitario español, similar al NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) del Reino Unido, como institución que fundamenta su prestigio en la forma de afrontar dos grandes retos de los sistemas sanitarios: la inapropiada variabilidad en la práctica clínica y en la óptima utilización de los recursos disponibles².

4. El entorno político

Desigualdades interterritoriales en la calidad de los servicios y 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 débiles¹², mientras que existe una tendencia en el seno de la Unión Europea hacia una mayor coordinación y cohesión en aspectos claves para el funcionamiento del sistema sanitario público, como son los relativos a los profesionales (libre circulación, homologación de competencias, etc.) y a la calidad en la prestación de los

⁽⁴⁾ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm

⁽⁵⁾ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/EEyRR_org.htm

⁽⁶⁾ Marco Ético de la Sociedad Española de Medicina Interna. En: <https://www.fesemi.org/quienes/semi/marco-etico>

servicios^{13,14}. La evidencia disponible es que en España existen importantes diferencias interterritoriales en procedimientos¹⁵, en la práctica clínica⁽⁷⁾ y, como ha demostrado RECALMIN y otros proyectos similares, en resultados en salud. Las diferencias son todavía más importantes cuando se comparan centros sanitarios. El compromiso de los profesionales y de las sociedades científicas debería comprender a la lucha contra las desigualdades efectivas en salud, motivadas probablemente en mayor medida por diferencias en la calidad (en parte motivadas por aspectos relativos a la organización y gestión del modelo sanitario y de los servicios, así como por la variabilidad no adecuada en la práctica clínica) que por diferencias en la distribución de los recursos o en su disponibilidad.

Un mayor papel de la sociedad civil / sociedades científicas

Existe una clara tendencia política a una mayor multilateralidad del poder político en España, motivada tanto por la distribución del poder entre varios niveles del estado (especialmente, en lo que se refiere a la sanidad, hacia las Comunidades Autónomas), como por la emergencia de nuevos partidos políticos que han ocupado parcelas de poder en las autonomías y probablemente lo hagan también en el ámbito estatal. En este sentido se está reproduciendo, también en España, lo que Moisés Naím ha denominado “el fin del poder”¹⁶. Esta situación genera un mayor espacio para construir un nuevo modelo productivo que, a su vez, requiere un nuevo modelo de Estado, en el que la sociedad civil y los ciudadanos adquieran un mayor protagonismo y, a la vez, responsabilidad¹⁷.

La SEMI, con la colaboración de otras sociedades científicas, está en situación y tiene la oportunidad de construir una relación societaria con las administraciones públicas para el cambio del modelo asistencial y la mejora de la asistencia sanitaria en España^{18,19}. En este contexto, las sociedades científicas pueden tener, colaborando con las administraciones públicas, un relevante papel en la cohesión del sistema, contribuyendo a garantizar una calidad homogénea en la prestación de los servicios, tanto públicos como privados, en todo el territorio nacional, así como sistemas de información confiables. Un ejemplo de esta línea de trabajo es la colaboración de las sociedades científicas en la elaboración de los estándares y recomendaciones de las unidades asistenciales⁽⁵⁾, si bien esta contribución de las sociedades científicas no se ha visto acompañado de un esfuerzo paralelo por parte de las administraciones públicas en su implantación.

Mientras la situación descrita debería transferir (si la profesión médica se organizara en ese sentido) poder desde las administraciones públicas y gerencias de los centros a los profesionales, existe otra que tiende a transferir poder desde los médicos a otros profesionales

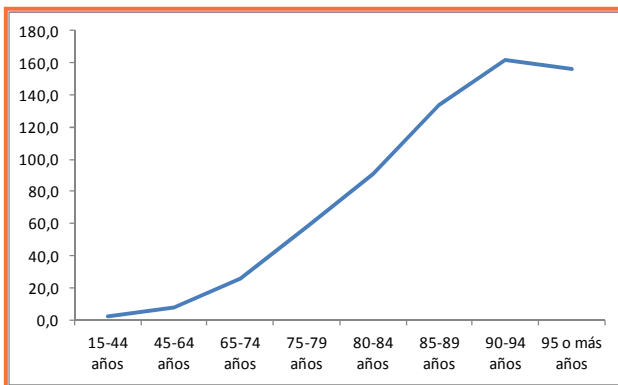
⁽⁷⁾ <http://www.atlasvpm.org/>

(equipos multidisciplinares) y, especialmente, a los pacientes (“empowerment”), factores de cambio que se analizarán más adelante.

5. El factor demográfico

El 46% de los pacientes ingresados en las salas de MI tiene más de 80 y casi el 60% de estos pacientes son mujeres⁽⁸⁾. La frecuentación hospitalaria en las unidades de MI es mayor cuanto mayor es el grupo de edad poblacional (Figura 3). La presencia de los grupos de edad más avanzados en las UMI es un hecho descrito²⁰, con unos requerimientos específicos (por ejemplo la atención a su estado nutricional)²¹, y en los que el mismo proceso de hospitalización puede agravar -si no se atienden factores que pueden acompañan a la hospitalización: alteración del sueño, estrés, dolor, uso de sedantes, deterioro del estado nutricional, disminución del ejercicio- la fragilidad y vulnerabilidad del paciente y provocar nuevos ingresos^{22,23}.

Figura 3. Frecuentación por grupos de edad



¿Cómo afectará esta situación en el futuro, en España?. La respuesta no puede ser más contundente: de una forma brutal que potencialmente puede hacer insostenible el SNS si no se produce un cambio de modelo asistencial. Las proyecciones de población del INE a medio plazo (2030 y 2050) prevén una

disminución de la población entre 15 y 64 años y un aumento de la población mayor de 64 años (del 18% en 2013 al 24% y 36% en 2030 y 2050, respectivamente) y, especialmente, de la población de 80 y más años (del 6% en 2013 al 8% y 16% en 2030 y 2050, respectivamente). De mantenerse las actuales tasas de frecuentación supondría un incremento de ingresos en las salas de MI de un 33% (2030) y del ¡103%! (2050), respecto de 2013.

6. Las proyecciones epidemiológicas. Tendencias de salud

La expectativa de vida en España ha aumentado más rápido que en muchos otros países de la OCDE y es ahora la segunda más alta, casi igual a la del Japón (83.2 años en España en comparación con 83.4 años en Japón). España tenía la sexta expectativa de vida más alta en el 2000. Este progreso ha sido impulsado por las grandes reducciones en la mortalidad de enfermedades cardiovasculares tanto entre hombres como entre mujeres¹⁰. La publicación de la OCDE (“Health at a glance”) señala, no obstante, algunas tendencias preocupantes en relación

⁽⁸⁾ Fuente: RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud. Recursos, actividad y calidad asistencial. SEMI, septiembre 2015.

con los estilos de vida: tasas de fumadores altas, consumo de alcohol por encima del promedio europeo y altas tasas de obesidad, especialmente infantil.

El referido informe de la OCDE señala que la calidad de la asistencia para personas con condiciones crónicas en España puede mejorar, al igual que la calidad de los servicios de emergencia para personas admitidas al hospital debido a infartos agudos de miocardio o ictus, situándose las tasas de mortalidad intrahospitalaria por estas causas por encima de las de los países con mejor desempeño⁽⁹⁾.

El Ministerio de Sanidad ha publicado recientemente el informe: “Tendencias de salud en 30 indicadores”²⁴, basado en el análisis de la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2014, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), que es la parte española de la European Health Interview Survey (EHIS), coordinada por la Oficina Europea de Estadística (Eurostat). Estos indicadores se resumen en:

- En 2014, el 71% de la población de 15 y más años valoró positivamente su estado de salud (muy bueno + bueno), 75% de los hombres y 67% de las mujeres. En el conjunto del período estudiado se observa una evolución estable con ligera tendencia al aumento en el porcentaje de la población de 15+ que valora su salud como buena o muy buena, tanto en hombres como en mujeres, siempre superior en los primeros.
- La prevalencia de obesidad en adultos alcanza el 16,91% en 2014, manteniéndose los elevados niveles alcanzados en 2009 (16,0%) y 2011 (17,03%), en la línea ascendente de los últimos 25 años (ENSE 1987-2014) y ahora ligeramente mayor en hombres que en mujeres. En 2014, la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso en la población adulta residente en España es el 52,7%, 60,7% de los hombres y 44,7% de las mujeres.
- La evolución de algunos de los principales trastornos o problemas de salud crónicos y factores de riesgo cardiovascular ha mostrado una tendencia ascendente desde 1997. En el período 1993 a 2014, la hipertensión ha pasado de 11,2% a 18,4%, la diabetes de 4,1% a 6,8% y el colesterol elevado de 8,2% a 16,5%.
- Las diez enfermedades o problemas de salud que la población de 15 y más años refiere padecer con mayor frecuencia son: hipertensión arterial (18,42%), dolor de espalda crónico (lumbar) (17,34%), colesterol alto (16,48%), artrosis (excluyendo artritis) (16,36%), dolor de espalda crónico (cervical) (14,7%), alergia crónica (13,37%), varices en las piernas (9,31%), migrañas o dolores de cabeza frecuentes (8,27%), depresión (6,89%) y ansiedad crónica (6,85%). La diabetes (6,82%) y, en hombres, los problemas de próstata (5,39%), también se declaran con frecuencia superior al 5%. Todas excepto la diabetes (y los problemas de próstata) son más frecuentes en mujeres.
- Casi 5 millones de personas presentan sintomatología depresiva leve o moderada (12,74%) y otro millón moderadamente grave o grave (2,87%). En total, más del 15% de la población

⁽⁹⁾ La extensión del “código infarto” y “código ictus” en todos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas probablemente contribuya a mejorar estos datos. No obstante, a pesar de su probada eficacia sin incremento de coste todavía hay dos Comunidades Autónomas que no han introducido el código infarto y en otras tres la cobertura de la población no llega (sin causa geo-demográfica que lo justifique) al 100% de la población.

residente en España presenta sintomatología depresiva de distinta gravedad. La sintomatología depresiva es prácticamente el doble de frecuente en mujeres (20,36%) que en hombres (10,63%) en todos sus grados de severidad. La sintomatología depresiva aumenta con la edad en todos sus grados de severidad.

- El 20,73% de la población de 65 y más años tiene dificultad para llevar a cabo alguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), 25,19% de las mujeres y 14,95% de los hombres. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años las limitaciones afectan al 53,68%. El 38,79% de los hombres y el 61,80% de las mujeres tienen alguna dificultad para el cuidado personal.
- El 47,07% de la población de 65 y más años tiene dificultad para llevar a cabo alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria, 57,18% de las mujeres y 33,95% de los hombres. Estas dificultades aumentan con la edad. En el grupo de 85 y más años, es el 82,08% tiene algún grado de dificultad para las tareas domésticas habituales, 68,05% de los hombres y el 89,73% de las mujeres.
- El 8,12% de la población de 65+ años sufre dolor severo o extremo, 5,15% de los hombres y 10,96% de las mujeres. Otro 14,39% sufre dolor moderado y el 21,60% leve o muy leve. En población de 85 y más años, la proporción de personas que sufre algún grado de dolor es del 73,06% (78,69% mujeres y 62,68% hombres). En todas las edades es más frecuente la presentación de dolor severo o extremo en mujeres, más del doble que en hombres en algunos grupos de edad.
- El tabaquismo sigue siendo "la primera causa evitable de muerte en España". La evolución muestra que se ha producido un continuo descenso en el porcentaje de hombres que fuma. El porcentaje de la población que fuma a diario ha alcanzado el nivel más bajo de las últimas década en ambos sexos. Fuma el 27,6% de los hombres y el 18,6% de las mujeres, 23% en total.
- Entre los 15 y los 24 años el consumo mensual alcohol de manera intensiva al menos una vez está en torno al 20% en hombres, y entre 35 y 64 años desciende pero aún en torno al 12%. En mujeres casi alcanza el 10% entre los 15 y los 34 años, y baja escalonadamente a partir de esa edad.
- En la EESE14 se observa el valor más bajo en sedentarismo (en tiempo libre) de toda la serie histórica, tanto para hombres como para mujeres. En 2014, el 36,68% de la población adulta (15+ años) se declara sedentaria. Las diferencias por sexo son muy marcadas, 31,08% en hombres y 42,01% en mujeres.
- Las mujeres comen más fruta que los hombres (67,1% de las mujeres toma fruta al menos una vez al día, vs. 58,2% de los hombres) y también más verduras (50% de las mujeres toma verdura al menos una vez al día, vs. 39,1% de los hombres). La evolución de este indicador entre 2001 y 2014 muestra una tendencia con pocos cambios para la fruta y un ascenso moderado en el consumo diario de verdura. Entre 2011 y 2014, el cambio es pequeño, pero el consumo de ambos alimentos tiende a disminuir en ambos sexos.
- El 84,6% de la población de 15+ años consultó a un médico (78,6% de los hombres y 90,1% de las mujeres) en 2014, el 27,4% ha utilizado un servicio de urgencias (29,4% de los hombres y 25,3% de las mujeres), el 8,7% ha estado hospitalizado (8% de los hombres y

9,4% de las mujeres) y el 6,6% ha acudido a un hospital de día (6,1% de los hombres y 7,1% de las mujeres). Los servicios urgentes son los únicos utilizados con mayor frecuencia por los hombres. Después del incremento en la utilización de los servicios (consulta médica, asistencia urgente y hospitalización) entre 1987 y 2003, se observa una estabilización, con la excepción de la consulta médica, que ha repuntado algo en 2014.

- El cribado de cáncer de cuello de útero en el periodo recomendado (cada 5 años en mujeres de 25 a 65 años) ha sido siempre el de mayor cobertura en España. El 79,41% de las mujeres de entre 25 y 64 años se había hecho una citología vaginal en los últimos 5 años, y el 72,69% en los últimos 3 años. En este mismo grupo de edad el 86,18% de las mujeres se ha hecho una citología alguna vez.
- El porcentaje de mujeres que se ha hecho una mamografía en el periodo recomendado (cada 2 años en mujeres de 50 a 69 años) para la detección precoz del cáncer de mama alcanzó en 2014 a la citología. Ocho de cada diez mujeres, el 79,79%, se hacen la prueba de detección precoz del cáncer de mama en el plazo recomendado, y otro 8,63% hace más de dos años pero menos de tres. El 5,29% se la ha hecho hace más de 3 años y solo un 6,9% de este grupo de edad no se ha hecho nunca una.
- La estrategia de cáncer del Sistema Nacional de Salud ha introducido más recientemente la recomendación de realizar la prueba de sangre oculta en heces (PSOH) (cada 2 años en población de 50-69 años). El 12,4% de la población de 50-69 años se ha hecho una PSOH en los últimos dos años, el 2,12% hace más de 2 años pero menos de 3 y el 4,89% hace más de 3 años. En total, el 19,41% declara que se la ha hecho alguna vez. El 12,4% de la población de 15 y más años se ha realizado una colonoscopia alguna vez en la vida, y el 8,47% en los últimos 2 años.

No existen, en el informe del Ministerio utilizado como fuente principal en este apartado, referencias a la demencia y a la fragilidad, pero los datos disponibles muestran proyecciones de notable incremento vinculadas a la previsión de evolución demográfica analizada en el apartado anterior^{11,25,26}.

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 fragilidad²⁷, para el que no está preparado el actual modelo sanitario (ni su prácticamente nula relación con la dependencia) español.

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

el manejo del “soft” para conectar con estas comunidades y sentirse confortables compartiendo los medios que ellas elijan.”

7. Las expectativas de los ciudadanos

La evolución a futuro de las preferencias de los ciudadanos con respecto al sistema sanitario probablemente tenderán a la convergencia con 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 información confiable sobre el funcionamiento de los servicios; 2. la capacidad del paciente para decidir sobre las alternativas terapéuticas, basada en una información veraz sobre la enfermedad, alternativas y calidad de vida; 3. La corresponsabilidad del paciente como productor de salud (se volverá a este concepto en el apartado 14); 4. la capacidad de respuesta de los servicios sanitarios para adaptarse a las preferencias de los usuarios, incluyendo la rapidez en la atención; y 5. los aspectos relativos a confortabilidad, adquirirán todavía más peso que en la actualidad.

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 tenderán a aumentar en el inmediato futuro y que, además, atenderlas será un factor crítico para la legitimación social del sistema^{28,29}. NICE ha desarrollado unos estándares de calidad basados en la “experiencia del paciente”³⁰. JAMA ha publicado recientemente su editorial *Talking to patient in the 21th Century*³¹ que revisa los cambios que los profesionales médicos tendrán que incorporar para adaptarse a los nuevos modelos de práctica clínica. La principal buena práctica sería conseguir que el paciente formulara todas las preguntas que necesite realizar. Otros cambios estarían relacionados con la necesidad de tomar decisiones compartidas, herramientas de comunicación directa e inmediata entre profesionales y pacientes, y la propuesta de una nueva agenda clínica de investigación realizada conjuntamente con los pacientes.

La educación para la salud, el autocuidado y la implicación de los familiares como co-proveedores forma parte de las estrategias de la Kaiser Permanente para aumentar la eficiencia del servicio y disminuir los costes^{32,33}. Desde la percepción del ciudadano como ser político la transparencia se exige cada vez más a las instituciones, éstas -todas ellas y especialmente las que deberían tener la consideración de interés público- deben estar abiertas al escrutinio público general y especialmente al de su masa social. Una dimensión conexas a las tendencias descritas es la emergencia, cada vez en mayor medida, de conflictos o problemas de índole ética.

8. La innovación tecnológica

La introducción de tecnología se ha identificado como el factor más relevante de crecimiento del gasto sanitario en los países occidentales desarrollados³⁴, explicando hasta un 50% del

crecimiento del gasto en la segunda mitad del siglo XX³⁵, y su importancia probablemente se mantendrá en el inmediato futuro³⁶. Los distintos informes Instituto de Prospectiva sobre la introducción de las tecnologías en sanidad^{37,38,39} han señalado algunos aspectos que se muestran relevantes para la facilitar la incorporación y el eficiente uso 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 tecnológicos.

El documento “*Future physician*”², cita los proyectos del gobierno británico “delta y sigma scan”^{40,41} 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 y manipulación genética, y en los 20 años venideros en medicamentos biotecnológicos, implantes electromédicos y tecnología de las células-madre. ¿cómo afectarán estos avances a la MI?. Es difícil pronosticarlo en sus detalles, pero no lo es tanto aventurar un dramático cambio en la configuración de las especialidades médicas derivado de las innovaciones tecnológicas, lo que conlleva una necesidad de permanente actualización de conocimientos.

9. Las tecnologías de la información y comunicaciones

Aunque podría considerarse dentro del epígrafe de innovación tecnológica, su potencial transformador de la asistencia sanitaria. En un trabajo patrocinado por el Observatorio de Prospectiva Industrial y la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitarias⁴², 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 a la que tenía el “Informe Wanless” para el futuro *National Health Service* inglés⁴³. Aspectos clave de la utilización de las TIC en el sistema sanitario son, de acuerdo con estas visiones, la disponibilidad inmediata (“historia compartida”) de la información clínica; la longitudinalidad de la información a través de los distintos niveles de asistencia sanitaria y social; el desarrollo de sistemas de información adaptados a la gestión clínica de determinadas áreas de conocimiento; la información y las TIC al servicio de la accesibilidad del paciente al sistema y la eficiencia en la gestión de pacientes (videoconferencia, telemetría)⁴⁴; la devolución de la información al usuario para que éste pueda tomar decisiones informadas; y la información y difusión del conocimiento científico a los profesionales.

Por otra parte, como se ha comentado en relación con las expectativas de los ciudadanos, existe otra dimensión de las TIC probablemente menos interiorizada en nuestro sistema sanitario, que adolece todavía de una gran impronta paternalista, como es el uso de estas

tecnologías para potenciar el automanejo y el trabajo compartido con comunidades de pacientes.

10. El cambio de modelo sanitario

El modelo asistencial del SNS está basado en la atención del episodio agudo, que gestiona mal 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. La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS¹¹ es una muestra de esta necesidad y sigue la estela de otros sistemas sanitarios que han abordado de forma sistemática el reto de enfrentarse al aumento de una población cada vez más envejecida y, por tanto, de la cronicidad, dependencia y fragilidad asociadas a las etapas avanzadas de la vida^{45,46}. Las experiencias internacionales muestran que el manejo sistemático de los pacientes con enfermedades crónicas reduce la frecuentación y las estancias hospitalarias, disminuye la tasa de consultas urgentes, así como el consumo de medicamentos^{47,48,49,50}. Se debe establecer un continuo con el sistema de servicios sociales, así como una mayor integración y cooperación - más allá de la mera “coordinación”- entre atención primaria y especializada. Para llevar a cabo el cambio de modelo sanitario la atención primaria debe desarrollar un papel primordial en el proceso de continuidad asistencial de los pacientes crónicos complejos. El documento sobre estándares y recomendaciones de las unidades de pacientes pluripatológicos⁵, elaborado por el Ministerio de Sanidad con la colaboración de la SEMI, contiene relevantes indicaciones sobre organización y gestión del trabajo conjunto entre las unidades de MI y los equipos de atención primaria. Dentro de la mencionada serie de estándares de unidades asistenciales, elaborada por el Ministerio de Sanidad, también tiene interés para el cambio de modelo asistencial la referida a las unidades de cuidados paliativos⁵¹.

11. La transformación del hospital

El hospital del futuro debería, según el informe del *Royal College of Physicians* (RCP) sobre el “hospital del futuro”³:

- 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.
- Proveer un efectivo y oportuno acceso a la asistencia, incluyendo citas, pruebas, tratamiento y traslados fuera del hospital.
- Evitar los traslados de habitación de los pacientes, salvo que esto sea preciso para su asistencia.
- Desarrollar mecanismos sólidos para garantizar las transferencias asistenciales.
- Establecer como norma una buena comunicación con y sobre el paciente.

- Diseñar la asistencia para facilitar el autocuidado y la promoción.
- Adecuar los servicios para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes, incluyendo a los pacientes vulnerables.
- Garantizar que todos los pacientes tienen un plan asistencial que refleja sus necesidades individuales, clínicas y de soporte.
- Apoyar a los profesionales para que proporcionen una asistencia segura, compasiva y comprometida con la mejora de la calidad.

Future Hospital concibe un hospital que, para la atención médica, tiene dos grandes orientaciones. La primera sería la atención integral al paciente aguda y críticamente enfermo⁵², mediante la implantación de sistemas de seguimiento y activación⁵³, y el desarrollo de equipos de respuesta rápida y servicios ampliados de cuidados críticos^{54,55,56,57,58}, 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^{59,60} deberían actuar dentro de un continuo asistencial intrahospitalario, que garantizara la máxima seguridad mediante la detección precoz de los síntomas de deterioro.

La segunda gran orientación que para el hospital del futuro prevé el documento del RCP³ es, evidentemente, la orientación comunitaria, centrada en garantizar el continuo asistencial y la atención integral de los pacientes con condiciones crónicas complejas. Como señala el documento de *Future Physician*², “la prestación de asistencia se moverá más cerca del hogar del paciente... pocas personas con condiciones crónicas requerirán acudir al hospital sobre bases regulares. Los departamentos ambulatorios tenderán a desaparecer en muchas especialidades. Cuando se precise la consulta ellas pueden realizarse a distancia, utilizando nuevas tecnologías o en los centros de salud y no ser necesariamente realizadas por un especialista”.

La planificación y diseño del hospital general de agudos, así como su estructura organizativa y de gestión, deberán cambiar para atender a estas dos grandes orientaciones, así como para integrarse dentro de redes asistenciales. 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.

12. Los cambios en las profesiones sanitarias

La innovación tecnológica (incluyendo las TIC) y el cambio de modelo asistencial demandan cambios en las profesiones sanitarias. Estos cambios se refieren tanto a la “multidisciplinariedad” e “interdisciplinariedad” que requieren las nuevas formas de organizar y gestionar los servicios sanitarios, como a las relaciones de complementariedad y sustitución entre profesiones sanitarias y muy especialmente -pero no restringido a- entre medicina y enfermería^{61,62,63}. No sólo existen relaciones de sustitución entre profesiones sanitarias, sino que

la mejora de la calidad, la innovación tecnológica, la necesidad de introducir una mayor flexibilidad en la utilización de los recursos, entre otros factores, inciden en la modificación de las barreras profesionales también mediante la extensión de las competencias profesionales, y los procesos de innovación y delegación⁶⁴.

El médico internista deberá asumir su papel dentro de equipos multidisciplinares. La formación de estos equipos será “la piedra angular de la atención sanitaria tanto en el ámbito hospitalario como comunitario en los próximos 20 años, dirigiendo al paciente a lo largo de rutas asistenciales integradas y trabajando sin barreras con los servicios sociales”². Esta aproximación conlleva la necesidad de compartir tareas con otros profesionales, focalizando la labor del médico más sobre la planificación de la asistencia que en la administración del tratamiento, pero ello supone -como señala el documento del RCP- aceptar que algunos papeles tradicionales, como el seguimiento de pacientes con condiciones crónicas debe ser traspasado a otros profesionales, que realicen procedimientos protocolizados.

La función del médico internista varía (y lo hará también en el “hospital del futuro”) dependiendo de la tipología del hospital. En los hospitales con áreas de gran especialización desarrolladas (hospitales de tercer nivel), la integración de internistas de apoyo en los equipos multidisciplinares puede tener una especial justificación.

13. El impulso a la gestión clínica

La “gestión clínica” es uno de los elementos de debate en el SNS. La gestión clínica es un término polisémico. Allan Maynard señala que la “cuestión central del gobierno clínico es el aumento de los resultados del paciente (estado de salud) al menor coste”⁶⁵. Este mismo autor señala la relevancia de los incentivos como elementos esenciales del gobierno clínico, “que se ignoran con el riesgo de desaprovechar unos recursos escasos y de perjudicar la salud de las personas”.

En la práctica, como señalaba Richard Smith, el prestigioso editor del *British Medical Journal*, el concepto de “gestión clínica” comprende un “cajón de sastre” en el que conviven múltiples instrumentos de gestión que tienen como objetivo común 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 servicios⁶⁶.

La Alianza para el desarrollo de la Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud, ha definido los principios para el funcionamiento de las unidades de gestión clínica^(10,11):

- Prestar asistencia sanitaria de acuerdo con los principios del SNS y del correspondiente Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma.

⁽¹⁰⁾ Decálogo para el desarrollo de la Gestión Clínica en el Sistema Nacional de Salud. www.facme.es/comunicados/decalogo.pdf

⁽¹¹⁾ Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura. FACME, junio 2015. <http://www.facme.es/docs/ManifiestoFACMEJUNIO15.pdf>

- Promover una atención integral centrada en el paciente.
- Debe permitir la transferencia de responsabilidad a los clínicos a través de la autonomía de gestión.
- Facilitar el control y evaluación del Servicio de Salud, mediante una gestión e información transparente.
- Conllevar una gestión guiada por la eficiencia clínica.
- Incorporar un modelo de incentivos ligados a la calidad y eficiencia, la incentivación no puede ligarse al ahorro.
- Debe promover la innovación e investigación.
- Debe contribuir a garantizar un modelo de formación pre y postgrado de alta calidad.
- Las mejoras de eficiencia que se logren se deben reutilizar para mejoras que reviertan en la atención sanitaria y ayuden conseguir los fines sociales del sistema sanitario público.
- Debe fomentar alianzas con la sociedad civil (Asociaciones de pacientes, ONG, etc.).

14. Profesionalismo y autorregulación

Existe una marcada tendencia en los países occidentales desarrollados hacia el profesionalismo y la autorregulación^{67,68}, 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*"⁶⁹. Profesionalismo se entiende como la base del contrato de la medicina con la sociedad. Sus principios fundamentales son⁽¹²⁾:

- 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 debe ser primordial, siempre y cuando esas decisiones estén en consonancia con la práctica ética y no conducen 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 las siguientes responsabilidades:

- El compromiso con la competencia profesional.
- El compromiso de honestidad con los pacientes.
- El compromiso de confidencialidad.
- El compromiso de mantener relaciones apropiadas con los pacientes.

⁽¹²⁾ <http://www.abimfoundation.org/~media/Foundation/Professionalism/Physician%20Charter.ashx?la=en>

- El compromiso con la mejora de la calidad de la asistencia.
- El compromiso con la mejora en la accesibilidad a la asistencia.
- El compromiso con la justa distribución de unos recursos finitos.
- El compromiso con el conocimiento científico.
- El compromiso con el mantenimiento de la confianza mediante la gestión de los conflictos de interés.
- Compromiso 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.

Dentro de esta tendencia existen aspectos que pueden tener una especial incidencia en los escenarios de futuro:

- Formación continuada. Re-certificación.
- Información / Registros.
- Calidad:
 - Criterios de indicación y uso adecuado^(13,14).
 - Guías clínicas / rutas asistenciales.
 - Acreditación (“unidades de gestión”, servicios, profesionales).
- Indicadores de desempeño (incluyendo los ajustes de riesgo)⁷⁰ y “pay for performance”⁷¹.
- Transparencia. Acceso a los indicadores de resultados⁷².

Future Physician señala, asimismo, los riesgos de la “gestión clínica”. Este documento “anticipa una creciente presión para aplicar ‘contundentes’ medidas 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 la “eficiencia” y señala las conclusiones del informe de la Fundación NESTA: *How should we think about value in health and care?*, estimando importantes ahorros desarrollando servicios centrados en el paciente, 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 sanitaria⁷³.

15. ¿Cuáles son las grandes tendencias que cambiarán la práctica de la MI en los años venideros?

Del análisis anterior, ¿cuáles son las tendencias que cambiarán la práctica de la MI sobre los que construir estándares de buenas prácticas?. Las más evidentes parecen las siguientes 10 tendencias:

⁽¹³⁾ <http://www.choosingwisely.org/>

⁽¹⁴⁾ <https://jamanetwork.com/collection.aspx?categoryid=6017> (Less is More)

1. La MI debe tener un papel central en el manejo integral del paciente crónico complejo, el adulto con difícil diagnóstico sin enfermedad órgano-específica y en el paciente crítica y agudamente enfermo.
2. Profesionalismo, autorregulación y gestión clínica están comprendidos dentro del compromiso de la profesión médica con la sociedad. El desarrollo de estándares profesionales, que persigue este proyecto, está en consonancia con (y debe responder a) los principios fundamentales y las responsabilidades del profesionalismo.
3. El control sobre el gasto sanitario y la rendición de cuentas sobre la eficacia de los recursos destinados a sanidad tenderán a aumentar. La eficiencia en la gestión de estos recursos es un compromiso que se debe asumir en el marco del contrato de la profesión médica con la sociedad.
4. La configuración autonómica del estado español puede tender a aumentar las desigualdades en salud si no se desarrollan adecuados instrumentos de cohesión. Las entidades científico-médicas y los profesionales deben asumir su responsabilidad en el desarrollo de estos instrumentos, basándolos en evidencia científica, efectividad y calidad asistencial.
5. El poder político tenderá a redistribuirse hacia la sociedad civil, incluyendo a las sociedades científicas. Paralelamente, el poder profesional médico se distribuirá entre otras disciplinas y se compartirá con los pacientes. Esta tendencia exigirá el desarrollo de un nuevo liderazgo médico, dentro de equipos multidisciplinares que presten una asistencia centrada en el paciente.
6. Las expectativas de los ciudadanos tenderán a ser más exigentes, no solamente en relación con la capacidad de elección y la transparencia de la información, de decisión, de inmediatez de respuesta y de mayor confortabilidad, sino (y esto supone una tendencia de cambio relevante) que pasarán de ser “consumidores” de asistencia sanitaria a “productores” (o gestores) de su salud.
7. La combinación entre las proyecciones demográficas y las tendencias en salud en España muestra un escenario marcado por un notable aumento de la cronicidad, discapacidad, dependencia y fragilidad, para el que no está preparado el SNS, que no será sostenible si no se produce un cambio radical de modelo sanitario.
8. El hospital deberá experimentar, asimismo, un profundo cambio para insertarse dentro de una red integral de servicios sanitarios y sociosanitarios.
9. Se producirán importantes cambios tecnológicos, cuya curva de incorporación en el SNS dependerá de 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 tecnológicos.
10. Las tecnologías de la información (TIC) tenderán a modificar el funcionamiento del sistema sanitario y las relaciones entre los pacientes y los profesionales. No obstante, como sucede con las tecnologías biosanitarias, la curva de incorporación de las ventajas de las TIC al SNS dependerá de la capacidad de cambio estructural del sistema.

16. RECALMIN. Qué dice sobre la MI en el SNS

El resumen ejecutivo del proyecto RECALMIN señalaba los siguientes puntos como los más relevantes de la información disponible sobre estructura, procesos y resultados en las unidades de MI del SNS:

1. Existe una importante variabilidad en todos los indicadores de estructura y procesos en las unidades de Medicina Interna que, aunque pueden obedecer a diferentes modelos organizativos y de gestión, probablemente también indican notables diferencias en eficiencia y productividad.
2. Existe una brecha importante entre las recomendaciones elaboradas en los documentos estándares del Ministerio de Sanidad y la imagen que se obtiene sobre la estructura y procesos a partir de la encuesta RECALMIN. Aspectos mejorables son, entre otros:
 - Los programas de atención sistemática al paciente crónico complejo dan cobertura a menos del 24% de la población.
 - Insuficiente protocolización de procesos.
 - Solamente en el 33% de las unidades el pase de visita es multidisciplinar.
 - Un escaso 21% de las unidades ha implantado una sistemática de seguimiento y activación.
 - Solo un 60% de las unidades responde que planifican el alta.
 - Muy elevada relación consultas sucesivas sobre primeras, especialmente en los hospitales más complejos (4:1, como promedio, en hospitales de más de 500 camas).
3. Los datos del CMBD muestran que las altas dadas por los servicios de Medicina Interna del SNS han crecido un 11% durante el período 2007-2013, con una reducción del 12% en el promedio de duración de la estancia media y un progresivo envejecimiento de la población atendida. La tasa bruta de mortalidad se ha mantenido estable alrededor del 10%.
4. La frecuentación en las unidades de MI es mayor cuanto mayor es el grupo de edad poblacional. El 46% de las altas corresponde a personas de 80 años o más y el 57% de los pacientes ingresados de este grupo de edad son mujeres. Es recomendable, por tanto, disponer de información específica sobre las necesidades asistenciales y sociosanitarias de las mujeres mayores de 80 años de edad ingresadas en las salas de MI.
5. Existen notables diferencias entre Comunidades Autónomas en relación con la frecuentación (ingresos por mil habitantes y año) y otros indicadores relevantes, como la mortalidad (bruta y ajustada) o los reingresos. Algunas de estas diferencias pueden ser debidas a la diferente estructura de la población (poblaciones más envejecidas tienen una mayor tasas no ajustada ingresos). No obstante, hay diferencias difícilmente explicables por la estructura demográfica que deben ser investigadas.
6. Existen diferencias relevantes en estructura, procesos y resultados entre grupos de hospitales.
7. Las unidades situadas en hospitales de menor volumen (menos de 500 camas) tienden a tener indicadores de eficiencia y productividad mejores que los hospitales de mayor volumen de actividad, destacando entre estos indicadores el índice de estancia media ajustado por complejidad.
8. La mortalidad global es mayor en unidades de MI situadas en hospitales de mayor volumen, lo que probablemente está asociada a la complejidad, no existiendo diferencias cuando se comparan tasas ajustadas. La tasa de reingresos tienden a ser mayores en hospitales de mayor volumen tanto para el global de los procesos atendidos en las unidades de MI, como para patologías concretas (EPOC, ictus y neumonía). El comportamiento es, sin embargo, distinto para la patología cardiovascular, en donde las unidades de MI de hospitales más complejos tienen mejores tasas (brutas) de mortalidad y reingresos (brutas y ajustadas) en IAM y de reingresos para la IC.

9. No existen diferencias entre grupos en relación con las “buenas prácticas”, con excepción de la implantación de sistemáticas de seguimiento y activación, mayor en hospitales más complejos.
10. Se evidencian notables variaciones entre grupos de hospitales, pero también dentro de cada grupo, en relación con la productividad asistencial.
11. Parece existir cierta asociación entre productividad médica y calidad asistencial. Las causas que pueden explicar este hallazgo pueden ser múltiples y deben ser objeto de estudio.
12. Probablemente existe un baja dotación de enfermeras en las salas de MI (promedio: 10,1 pacientes por enfermera en turno mañana), siendo preciso ajustar la dotación a la necesidad de cuidados. Una mejor dotación de enfermería puede ser costo / eficiente (menos estancias, complicaciones, etc.). Sería sugestivo vincular el probablemente necesario incremento en la dotación de enfermería a objetivos de resultados y programas de mejora de la calidad (reducción de la estancia media, implantación de sistemas de alerta y activación, pase de visita multidisciplinar, planificación del alta, mejora de las transiciones asistenciales, etc.).
13. Las supuestas ventajas de las “unidades de corta estancia” deben ser reconsideradas analizando no solo el desempeño aislado de estas unidades sino su repercusión sobre el conjunto del hospital.
14. Parece existir una asociación entre buenas prácticas de gestión (Comité de Seguridad del Paciente, pase de visita multidisciplinar, gestión por procesos) con mejores resultados. Se debe profundizar en el análisis de estas correlaciones, tanto en la mejora de la información disponible (número de centros y calidad de las respuestas) como en el análisis de aquellas asociaciones que, siendo virtuosas, puedan discriminar mejor “buenas prácticas” vinculadas a mejores resultados en salud.
- 17. La brecha entre las necesidades del futuro y la situación actual. Cómo deben contribuir los estándares**

Existe, obviamente, una brecha importante entre los requerimientos del futuro y la situación actual, tanto en el desarrollo de mecanismos de continuidad asistencial como en la atención sistemática al paciente ingresado en el hospital. Los estándares deberán contribuir a estrechar esta distancia y a situar a la MI en la senda de cumplir de manera más eficaz su papel. Para ello se propone que los estándares atiendan a las siguientes dimensiones del funcionamiento de las unidades de MI:

- Estándares de estructura organizativa y procedimientos de las unidades de MI.
- Estándares de atención al paciente crónico complejo y de continuidad asistencial.
- Estándares de atención al paciente crítica y agudamente enfermo (incluye pacientes con condiciones crónicas descompensadas o con patologías intercurrentes):
 - Con un internista como médico directamente responsable.
 - Con otro especialista como médico directamente responsable (interconsulta).
- Apoyo de consultoría a atención primaria.

- Formación continuada e investigación.

Los estándares propuestos se acompañarán de un conjunto de indicadores, que evalúen la eficacia de su cumplimiento.

Referencias

- 1 Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). London: RCP, 2013.
- 2 Royal College of Physicians. Future physician: changing doctors in changing times. Report of a working party. London: RCP, 2010
- 3 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.
- 4 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.
- 5 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
- 6 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.
- 7 Royal College of Physicians. Acute medical care: the right person, in the right setting – first time. Report of a working party. London: RCP, 2007.
- 8 Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. OECD. 2015 (www.oecd.org/health)
- 9 Focus on health spending. OECD Health Statistics 2015. (www.oecd.org/health)
- 10 OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- 11 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.
- 12 Informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario. Consejo Económico y Social. Octubre, 2010.
- 13 EPC-Commission joint report on health systems. General Secretariat of the Council. Council of the European Union. 2010.
- 14 Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (DOUE L 88, de 4 de abril).
- 15 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>
- 16 Naím M. El fin del poder. Debate. 2013.
- 17 Un momento clave de oportunidad para construir entre todos la España admirada del futuro. Una visión optimista pero contundente de la Sociedad Civil española. Fundación Everis. 2010.
- 18 Papel de las Sociedades Científicas en el Sistema Nacional de Salud. FACME, 12 de diciembre de 2013.
http://www.facme.es/docs/HEALTH_11.pdf
- 19 FACME. Fundación IMAS. Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura. Manifiesto de la profesión médica. Junio, 2015. (<http://www.facme.es/docs/ManifiestoFACMEJUNIO15.pdf>)
- 20 Lázaro M, Marco J, Barba R, Ribera JM, Plaza S, Zapatero A. Nonagenarios en los servicios de Medicina Interna españoles. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(5):193-197.
- 21 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.

- 22** Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. *N Eng J Med* 2013;368:100-102.
- 23** 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.]
- 24** 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
- 25** García Pavón J (Coord.). 1.ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores. MSC. 2006.
- 26** Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers? Economics Department Working Papers No. 47, 2006.
- 27** 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.
- 28** 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>
- 29** Reiser SJ. The era of the patient: using the experience of illness in shaping the mission of health care. *JAMA* 1993; 269: 1012-1017.
- 30** 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>.
- 31** *JAMA*. 2013;309(22):2384-2385 <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1696085>
- 32** 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.
- 33** Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American exchange. King's. Seminar Report. November 2007.
- 34** 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.
- 35** Newhouse, JP. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?. *Journal of Economic Perspectives*, 1992;Vol. 6, Summer.
- 36** Aaron, H. Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health Care Spending?. *Health Affairs*. 2003, January.
- 37** 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.
- 38** Narváez M, Merello E, Toribio C, Benlloch JM. Diagnóstico por imagen. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y FENIN. Agosto, 2009.
- 39** Vega M, Ruiz Galán M. Farmacogenómica y medicina personalizada en la sanidad española. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y Fundación Genoma España. Agosto, 2009.
- 40** Government Office of Science and Innovation. Delta scan: the future of science and technology, 2005-2055. Stanford: Stanford University, 2005. <http://humanitieslab.stanford.edu/2/247>
- 41** Government Office for Science. The sigma scan. www.sigmascan.org/live
- 42** Narváez MI, Toribio C. Ciencias de la Salud e-Salud 2020. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y FENIN. Agosto, 2006.
- 43** Wanless D. Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. Final Report. The Public Enquiry Unit HM Treasury. April 2002.
- 44** Bover R, Villalba E. Gestión de las enfermedades cardiovasculares crónicas: unidades especializadas, telemedicina e inteligencia ambiental. *Nuevas Tecnologías*. 12 de noviembre de 2009;12:18.
- 45** The National Service Framework for Long-term Conditions. Department of Health. 2005.
- 46** Living well with dementia: A National Dementia Strategy. Department of Health. London. 2009.
- 47** Colin-Thome D, Penny J. Learning from the Castlefields Health Center. Julio 2004 (www.natpact.nhs.uk).
- 48** Adapting the Evercare Programme for the National Health Service. Evercare. 2003 (www.natpact.nhs.uk).

- 49** 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.
- 50** Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American exchange. King's. Seminar Report. November 2007.
- 51** 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.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>
- 52** Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.
- 53** Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London:NHS. National Patient Safety Agency. November, 2007.
- 54** Critical care Outreach 2003. NHS Modernisation Agency. 2003.
- 55** Quality Critical Care. Beyond 'Comprehensive Critical Care'. A report by the Critical Care Stakeholder Forum. September, 2005.
- 56** 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.
- 57** Critical Care Outreach Services. Indicators of Service Achievement and Good Practice. Critical Care Stakeholders' Forum & National Outreach Forum. March, 2007.
- 58** Guidelines for the introduction of Outreach Services. Intensive Care Society. 2003.
- 59** 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&Ing=es&nrm=iso. Consultado 19.12.08.
- 60** Critical to Success. The place of efficient and effective critical care services within the acute hospital. Audit Commission. 1999.
- 61** Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 2002; 324: 819-823.
- 62** Richardson G, Maynard A, Cullum N, Kindig D. Skill mix changes: substitution or service development. Health Policy 1998; 45: 119-132.
- 63** Buchan j, Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. Paris:OECD. 2004.
- 64** McKee M, Dubois C-A, Sibbald B. Changing professional boundaries. En: Dubois C-A, McKee M, Nolte E. Human resources for health in Europe. WHO. 2006. Chapter 4; pp. 63-78.
- 65** Maynard A. Aproximación económica al gobierno clínico. En: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente. Como cumplir la agencia de la modernización. Barcelona:Elsevier. 2010, págs. 17-32.
- 66** Smith R. The future of health care systems. BMJ 1997;314:1495-1496.
- 67** 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>
- 68** 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.
- 69** 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>

70 Greenberg JO, Dudley JC, Ferris TG. Engaging Specialists in Performance-Incentive Programs. N Engl J Med 2010; 362:1558-1560.

71 Ryan A, Blustein J. Making the Best of Hospital Pay for Performance. N Eng J Med 2012;366:1557-9.

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

73 Bunt L. Harris M. The human factor. NESTA, November 2009.

<http://ctrtraining.co.uk/documents/TheHumanFactor-transforminghealthcare.pdf>