

XIII Reunión de
Jefes de Servicio y
Unidad de Medicina Interna

27 y 28
de Septiembre de 2013
Hotel Meliá Los Galgos. Madrid

GESTIÓN CLÍNICA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Dr. Antonio Zapatero Gaviria
Jefe de Servicio Medicina Interna
Hospital Universitario de Fuenlabrada
Profesor Titular. Departamento de Medicina y Cirugía
Universidad Rey Juan Carlos

Son muchas las cualidades de nuestro sistema sanitario y múltiples las bondades de nuestros hospitales y de sus profesionales. Pero en esta época, caracterizada por continuos y atropellados aires de cambio, unos necesarios y otros temerarios, llama profundamente la atención la ausencia de autocritica en nuestro sistema hospitalario. Resulta curioso observar la inexistencia de reflexiones críticas con el funcionamiento de nuestros hospitales.

La causa de esta ausencia es clara: Es tal el poder acumulado en los últimos cincuenta años, que llega a oscurecer la razón de los más brillantes de nuestros analistas. Nos encontramos ante un poder tan robusto, tan firme, tan arraigado entre estudiosos, gestores, profesionales y usuarios, que el silencio aplasta cualquier indicio de crítica o sospecha de amenaza, ante tanto poder.

FALTA DE ADAPTACIÓN

Es imprescindible acabar con este silencio. El mayor problema al que se ha de enfrentar el Sistema Nacional de Salud en la próxima década es la larga y profunda crisis de nuestro sistema hospitalario. Una crisis consecuencia de su profunda debilidad para adaptarse a las auténticas necesidades en salud de nuestros ciudadanos, y una crisis, derivada de la ingente cantidad de recursos que consume y acapara, que impide invertir y poder desarrollar las estructuras auténticamente imprescindibles para conseguir resultados con mayor eficacia y eficiencia.

El espacio de esta crónica me obliga a no ser prolijo en los argumentos, pero sí me permite enumerar algunas de las disfunciones que acumula el gobierno de nuestros hospitales:

■ Una ausencia de autocritica sobre su modelo orga-

¿Cuándo cambiarán los hospitales?



Asensio López Santiago*

El modelo hospitalario actual está en crisis, entendida ésta como una oportunidad de renovación. El autor apunta las carencias y defectos que en él se han ido generando y plantea la necesidad de un amplio debate.

nizativo y su relación con el resto del sistema sanitario. Primera y gran barrera para el cambio: sin autocritica es imposible transformación alguna.

■ El modelo con el que se organizan los hospitales es incapaz de ofrecer a los pacientes una atención cálida y en la que se imponga la humanización.

■ Todavía está muy lejos la participación real de los pacientes en la toma de decisiones; en todas aquellas intervenciones que afectan a su salud.

■ Una profunda debilidad perpetuada en el tiempo: las enormes lagunas en la atención, derivadas de la falta de continuidad asistencial a los pacientes con el resto de los niveles asistenciales.

■ Los modelos de trabajo imperantes, salvo excepciones, están todavía alejados de un auténtico trabajo en equipo entre las diferentes categorías profesionales.

■ Los hospitales son una constante *puerta de entrada* a la tecnificación y a la medicalización innovadora, pero con una carencia generalizada en la evalua-

ción en su impacto en la salud y en la economía del sistema sanitario.

■ La falta de continuidad en la atención origina una deficiencia en la auténtica evaluación de su actividad, pues la mayoría de los datos disponibles se refieren a los tiempos de hospitalización.

■ Salvo excepciones, los hospitales abordan enfermedades. Es poco habitual que se enfrenten a los problemas de salud de las personas de una manera integral, atendiendo a sus contextos familiares y sociales.

■ La extraordinaria fragmentación en múltiples especialidades dificulta la atención coordinada intrahospitalaria de los pacientes. Muchos son los que toman decisiones sobre una misma persona, pero de manera fragmentada.

■ Estamos muy lejos de conocer con transparencia los resultados de su actividad: desde la selección de sus gestores hasta los criterios de asignación de sus recursos y el análisis de las variables que condicionan sus resultados en salud o económicos.

Todas estas carencias son endémicas en nuestro medio. Tanto nos han dado, y nos siguen dando, nuestros hospitales y sus profesionales, que somos incapaces de romper este aplastante velo de silencio. Pero es hora de exponerlo, claro y fuerte: el modelo hospitalario está en una profunda crisis. Y para romper con esta inercia, el primer paso para movilizar un cambio, es tomar autocritica. Invito a debatir y discutir sobre el asunto. Porque, por fortuna, hay vientos que rompen desde más allá de nuestras fronteras, proclamando una *nueva gobernanza* para los hospitales. El futuro de nuestro sistema público de salud nos va en ello.

* Coordinador de proyectos estratégicos de la Consejería Sanidad de Murcia.

Necesidad de cambio en los hospitales....

- Ausencia de autocrítica sobre el modelo organizativo
- No están centrados en el paciente
- Falta de continuidad asistencial con otros niveles
- Ausencia de trabajo en equipo
- Fragmentación en múltiples especialidades
- Puerta de entrada a la tecnología sin la correspondiente evaluación
- Parte mas importante del gasto sanitario
- Se tratan enfermedades, poco habitual el acercamiento global a la persona enferma
- No se tiene en cuenta contexto familiar y social del paciente
- Falta de conocimiento sobre sus resultados en salud y/o económicos
- Transparencia: Muy lejos de conocer los resultados de su actividad
- Selección de sus gestores
- Etc..., etc...

Objetivos de futuro

1. Limitar el ingreso hospitalario para procedimientos terapéuticos ligados a alta complejidad tecnológica y reagudizaciones muy específicas de pacientes muy seleccionados con enfermedades crónicas.
2. Disminuir camas de agudos
3. En paralelo crear y ampliar dispositivos de apoyo para la resolución rápida de problemas
4. Creación de Unidades de Procesos (multiprofesionales y multidisciplinares) para el manejo de enfermedades prevalentes o que consuman muchos recursos
5. Desarrollar alternativas a la hospitalización convencional (Equipos de soporte, domiciliaria, hospital de día..)
6. Unidades de gestión de procesos crónicos(con médicos de familia, enfermería, apoyo domiciliario, soporte de hospital de día, call centers, ayuda de herramientas de teleasistencia o telemonitorización
7. Implicar a los profesionales en una gestión eficiente con respuesta innovadora a la enfermedad crónica
8. Coordinación con Atención Primaria. Modelo transversal. Concepto generalista. Atención sanitaria integrada, coordinada y medible en términos de resultado de salud. Coordinación con Residencias Ancianos y dispositivos sociosanitarios.
9. La organización debe girar de forma agrupada en torno al paciente y cada colectivo realizar la parte de la atención para la que esté mejor formada, mas efectiva y con menor coste.
10. Modificar sistemas de incentivos y retribuciones de las partes intervinientes.

Y en concreto en Medicina Interna, qué?

1. Cambios organizativos

- *Pacientes crónicos*
- *Envejecimiento. Relación con sociosanitario*
- *Aumentar dispositivos alternativos a la hospitalización convencional*
- *Adecuación ingresos. Ingresos evitables. Reingresos*
- *Unidades de procesos*
- *Gestión clínica (eficiencia en tiempos de crisis)*

2. Continuidad asistencial

3. Relación con otras especialidades medicas y quirúrgicas

4. Sistemas de información. Indicadores de resultados. Cuadro de mando de seguridad. Transparencia

GESTIÓN CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA.....

Leading Clinicians and Clinicians Leading

Richard M.J. Bohmer, M.B., Ch.B., M.P.H.

From Harvard Business School, Boston,
and the King's Fund, London.

N ENGL J MED 368;16 NEJM.ORG APRIL 18, 2013

Above all, leading peers in the four key tasks requires asking questions: “What are we trying to achieve?” “What is the best way to achieve it?” “Are we getting the desired results?” “What can we do to get even better results?” And “are our systems keeping patients safe?”

Surveys suggest that clinicians want a greater leadership role but feel unprepared³ or disempowered.⁴ Institutional leaders can

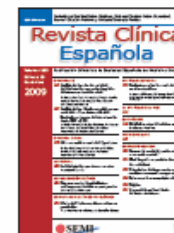
CEOs may resist investing in developing clinical leadership and decentralizing control or may believe the process will be too slow to address current pressures. But the need is evident, the tasks are clear, and the skills are at hand — data orientation, the relentless pursuit of excellence, and a habit of inquiry are all second nature to clinicians. Ultimately, investment in such leaders will be essential to achieving the goals of health care reform.

HOSPITALIZACION



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud

R. Barba Martín^a, J. Marco Martínez^b, J. Emilio Losa^c, J. Canora Lebrato^d, S. Plaza Canteli^e y A. Zapatero Gaviria^{f,*}

Resultados. Durante este periodo se dieron en nuestro país 7.130.825 altas, ingresando a cargo de MI 1.099.652, (15,4%). Un 53,6% de los pacientes eran varones, la edad media fue de 70,6 años, la estancia media de 10 días (desviación estándar [DE] 11,7) y fallecieron el 9,9%. El 92,7% de los pacientes ingresaron por urgencias. El peso medio fue de 1,74 (DE 1,41) según el sistema de clasificación americano y 1,1 (DE 0,73) según los datos del SNS. La insuficiencia respiratoria (grupo relacionado de diagnóstico [GRD] 541, 88 y 101) supone un 14% de las altas, y la insuficiencia cardiaca (GRD 127, 544 y 87) el 12,4% de todos los episodios.

Conclusiones. En España los internistas atienden a uno de cada seis pacientes hospitalizados. Más de la mitad de los pacientes que ingresan por una patología cardiorrespiratoria lo hacen de forma no programada, y uno de cada 10 fallece durante el ingreso. Estos datos dan una muestra de la importancia de esta especialidad en el contexto de la atención sanitaria de nuestro país.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Hospitalización. Conclusiones

- 16% de altas totales
- 39% de altas del área médica
- 53,4% de patología del aparato circulatorio y del respiratorio
- Edad media 70.6 años
- Estancia media 10 días
- Mortalidad durante el ingreso 9.9%
- 92,7% ingresan procedentes de los servicios de urgencia

Evolución en 7 años...

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Exitus	10,30%	9,50%	9,90%	9,90%	9,85%	9,90%	10,30%
% urgencias	93,40%	92,10%	92,20%	92,60%	92,50%	93,10%	93,0%
Edad media	70,8	70,5	71,2	71,8	71,9	72,4	73,1
Edad mediana	75	75	76	77	77	77	78
Estancia media	10,1	9,8	9,8	9,7	9,5	9,4	9,1
Resp+Cardiaco	52,70%	51,10%	52,80%	52,40%	52,40%	52,10%	53,2%
% mujeres	46,20%	46,60%	46,80%	47,40%	47,50%	47,60%	48,1%



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud[☆]

J.E. Losa^{a,*}, A. Zapatero^b, R. Barba^c, J. Marco^d, S. Plaza^e y J. Canora^b, por el Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Resultados: Se cumplimentaron 68 encuestas (22%). De media un internista hace 3 guardias mensuales y anualmente 200 altas, 500 consultas y 40 interconsultas. El SMI está constituido por 10 internistas y tiene asignadas 1/5 de las camas del hospital. Un tercio de los hospitales tiene alternativas de hospitalización; la más frecuente, cuidados paliativos. La consulta monográfica más habitual es enfermedades infecciosas, 1/3 no tiene estructurada su relación con Atención Primaria y urgencias no depende del SMI. La mitad tiene al menos un residente de MI, 6 de otras especialidades, realiza al menos dos ensayos clínicos y 1/3 participa en formación médica pre-graduada. Se detectan problemas de relación con directivos, otras especialidades y población. La excesiva presión asistencial, el envejecimiento y la desmotivación de la plantilla y los problemas sociales tienen efectos negativos. Aún así se desea poner en marcha algún proyecto, existe optimismo respecto al futuro e interés por investigar en epidemiología clínica.

Conclusiones: Aunque la muestra es pequeña y heterogénea, el estudio permite conocer la estructura y funcionamiento estándar de un SMI en España, así como sus expectativas de futuro y principales áreas de mejora.

Actividad realizada

- **ALTAS HOSPITALARIAS**

distribución de las plantillas por grupos de edad. La mitad de los SMI participantes dan al menos 2.174 altas anuales (462-12.703). El tiempo asignado al pase de visita de cada paciente hospitalizado es de 30 min (10-60) y el que se consideraría adecuado 30 min (15-90). Asumiendo que los jefes también dan altas, en el Sistema Nacional de Salud español un internista da una mediana de 207 altas anuales (66-398); la mediana y la moda de número de camas por internista es de 5 (2-10). En la [tabla 2](#) se recogen las alternativas a

- **CONSULTAS**

La mediana del número anual de consultas externas por cada SMI participante fue 6.409 (900-26.147) y la del índice sucesivas/nuevas, 3 (0,6-9,5). En un año la moda y la mediana del número de consultas externas de pacientes nuevos es 1.300 (127-7.415) y la mediana de consultas sucesivas 4.671 (600-19.274); el número de consultas externas anuales por cada internista (asumiendo que los jefes hacen consulta) sería de 479 (111-2.092). La mediana de horas día-

- **INTERCONSULTAS**

La mediana del número de IC quirúrgicas anuales atendidas por los SMI encuestados fue de 365 (0-3.900) y la moda, 250. En el 25% de los SMI existen facultativos asignados en jornada completa a esta tarea; en el 42%, en jornada parcial; en el 69% se reparten entre los distintos médicos del servicio y en el 5% la atención es preferencial por residentes con supervisión. Las medianas de facultativos en estos grupos es

TABLA IV. Características de los Servicios de Medicina Interna de la Comunidad Autónoma de Madrid comparados con los del conjunto del país.

	Madrid	rango	España	rango
Camas	82	29-191	52	18-376
camas/médico	5	3-10	5	2,4-9,5
Altas	2175	110-6675	2174	462-12703
Altas/médico	155	36-312	207	66-398
Consultas nuevas	1832	66-8830	1300	127-7415
Consultas sucesivas	5921	132-28300	4671	600-19274
Índice s_n	3	1-12	3	0,5-9,5
consultas/médico	404	66-3027	478	111-2091
Guardias planta/médico	3	1-9	3	0-8
Guardias urg/médico	0	0-3,5	0	0-9
Internistas	13	3-55	10	4-49
MIR/año	1	0-9	1	0-6
	especiales	pequeños	medianos	grandes
Camas	37	38	96	90
camas/médico	6	4	5	4
Altas	1428	1158	3565	3941
Altas/médico	133	127	154	159
Consultas nuevas	4230	866	1871	2605
Consultas sucesivas	1251	1710	5921	12130
Índice s_n	1,4	1,8	3,9	4,4
consultas/médico	398	249	416	598
Guardias planta/médico	4	3	3	3
Guardias urg/médico	0	2	0	0
Internistas	7	9	19	22
MIR/año	0	0	2	4

Especiales= Hospitales de Apoyo y de Larga estancia

Pequeños= hospitales del Grupo C

Medianos= " " " B

Grandes = " " " A

Índice s_n (sucesivos/nuevos).

IMPORTANCIA DEL RECURSO CAMA EN EL SISTEMA

International comparisons

(Report by Heijink R, Polder JJ, et al., 2006)

Table 15: Percentage of total (SHA) health expenditure per provider category

	AUS 2000	CAN 1998	FRA 1998	GER 2002	NETH 2003
HP.1 Hospitals	33,8	32,8	41,9	30,1	35,5
HP.2 Nursing and residential care facilities	6,9	9,7	3,1	7,3	11,8
HP.3 Providers of ambulatory care	31,9	27,7	25,0	26,9	22,1
HP.4 Retail sale and other providers of medical goods	17,1	17,8	22,1	21,1	16,0
HP.5 Provision and administration of public health	-	6,3	2,4	1,9	1,7
HP.6 General health administration and insurance	4,4	1,8	1,8	5,9	4,1
HP.7 Other industries (rest of the economy)	-	0,3	1,3	3,9	2,8
HP.9 Rest of the world	-	-	-	-	1,0
Total current expenditure on health care	94,0	96,5	97,6	97,1	95,1
Capital formation of health care provider institutions	6,0	2,8	2,4	2,9	4,9
Undistributed	-	0,7			
Total health expenditure	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

AUS=Australia; CAN=Canada; FRA=France; GER=Germany; NETH=Netherlands.

Source: OECD Health Data, with an adjustment for France: €2105 million from hospital expenditure moved to nursing and residential care facilities. This entails long-term hospital stays, arranged for elderly (see table 9).

SHA: System of Health Accounts

System of Health Accounts (SHA 2011) is the new global standard for producing health expenditure accounts.

Data produced under the system will be more comparable, more convincing, and more policy relevant.

Johan Polder, PhD | Professor in Health Economics

Cost of illness - Framework & Data

**“Measuring education and health volume
output”**

OECD - Paris, June 6th- 7th, 2007

Costes por paciente y edad

- < de 65 años2.200 Euros/año
- Entre 65 y 79 años....8.750 Euros/año
- Entre 80 y 94 años....15.000 Euros/año



1.2. Extension of work on
expenditure by disease,
age and gender

INTERIM REPORT
EU CONTRIBUTION AGREEMENT 2011 53 01
April 2012

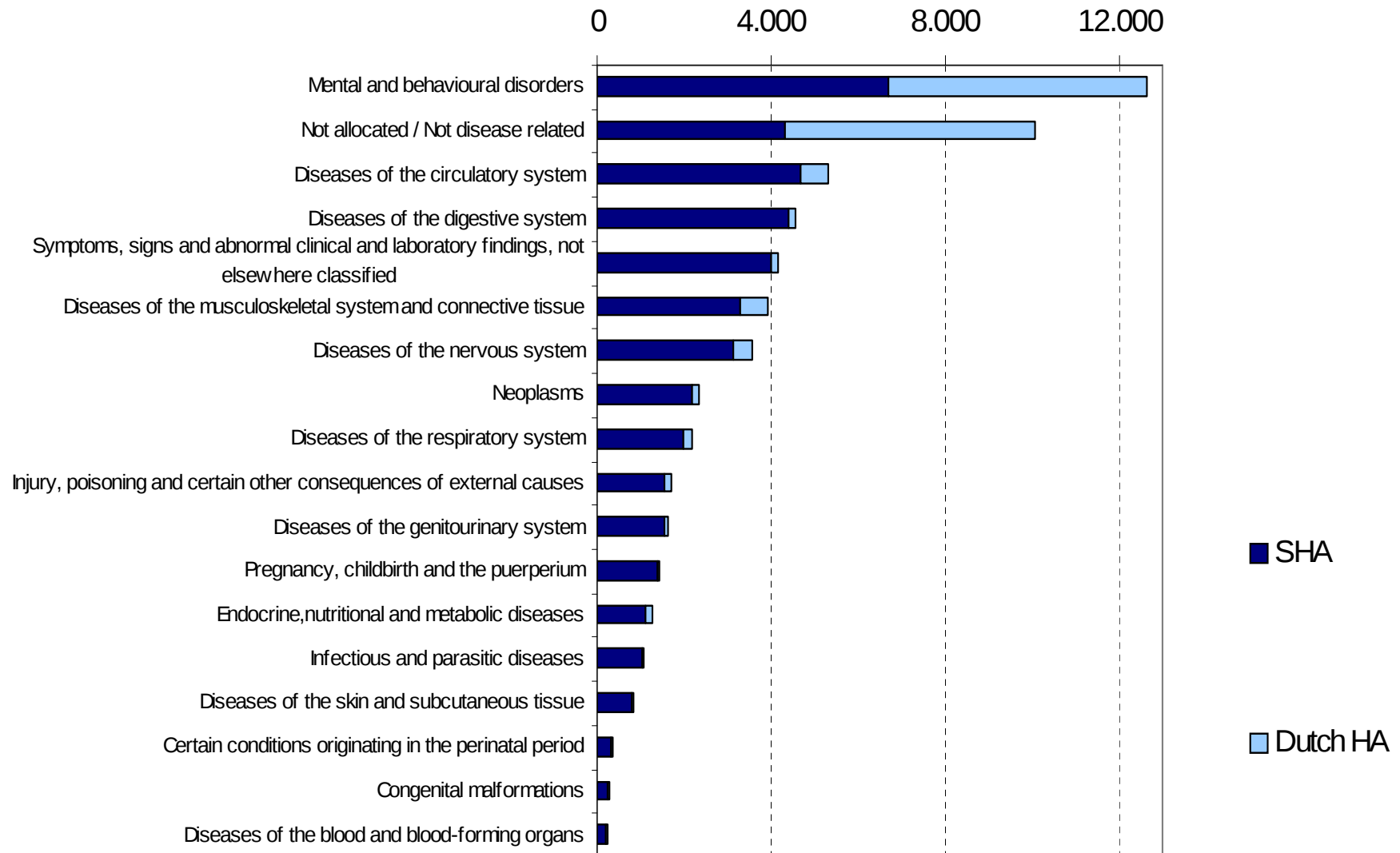


Health Division

www.oecd.org/health

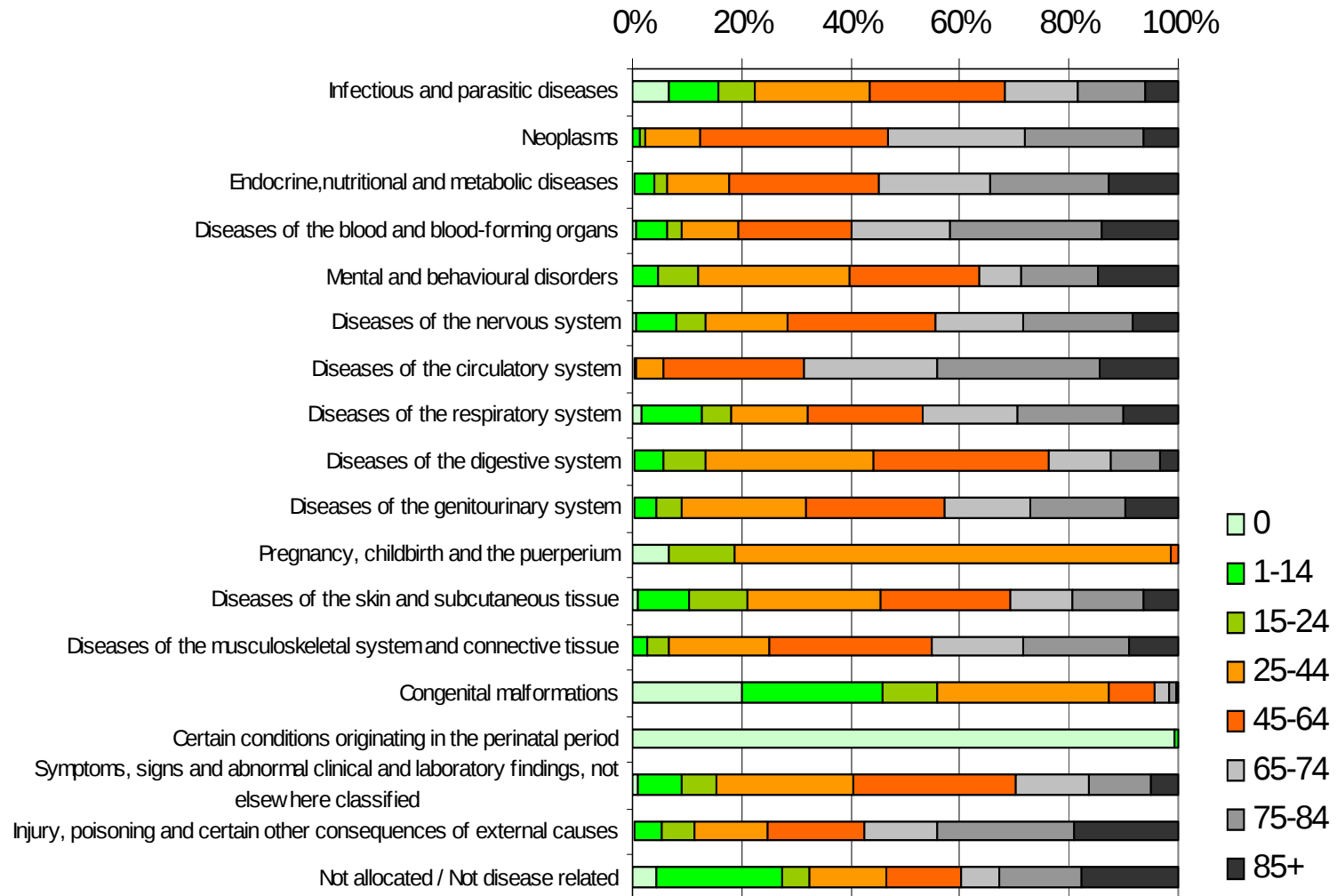
Directorate for Employment, Labour and Social Affairs

COI-2003: costs by disease (€)



COI-2003: by age and diagnosis

Distribution ICD-9 chapters (%)



HEALTH CARE RESOURCES

Total hospital beds, Per 1 000 population

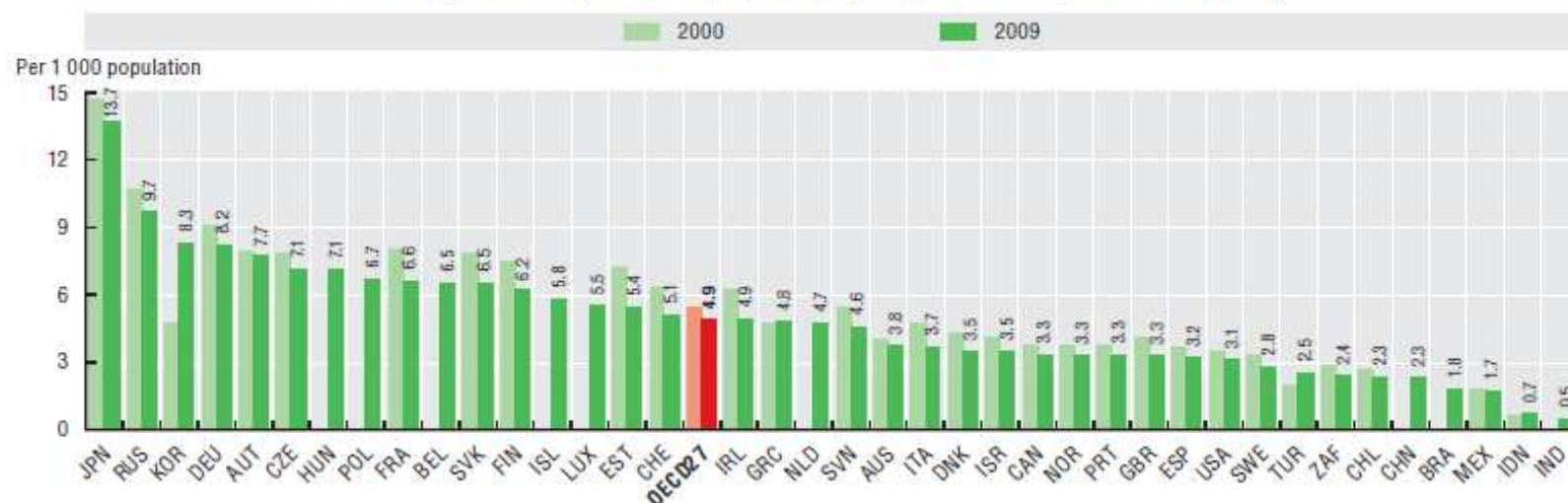
	2011 (or nearest year)
Australia	3,8
Austria	7,7
Belgium	6,4
Canada	2,8
Chile	2,2
Czech Republic	6,8
Denmark	3,5
Estonia	5,3
Finland	5,5
France	6,4
Germany	8,3
Greece	4,9
Hungary	7,2
Iceland	3,3
Ireland	3,0
Israel	3,3
Italy	3,4
Japan	13,4
Korea	9,6
Luxembourg	5,4
Mexico	1,7
Netherlands	4,7
New Zealand	2,8
Norway	3,3
Poland	6,6
Portugal	3,4
Slovak Republic	6,1
Slovenia	4,6
Spain	3,2
Sweden	2,7
Switzerland	4,9
Turkey	2,5
United Kingdom	3,0
United States	3,1
OECD AVERAGE	4,8

Source: OECD Health Data 2013

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC



4.3.1 Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2009 (or nearest year)

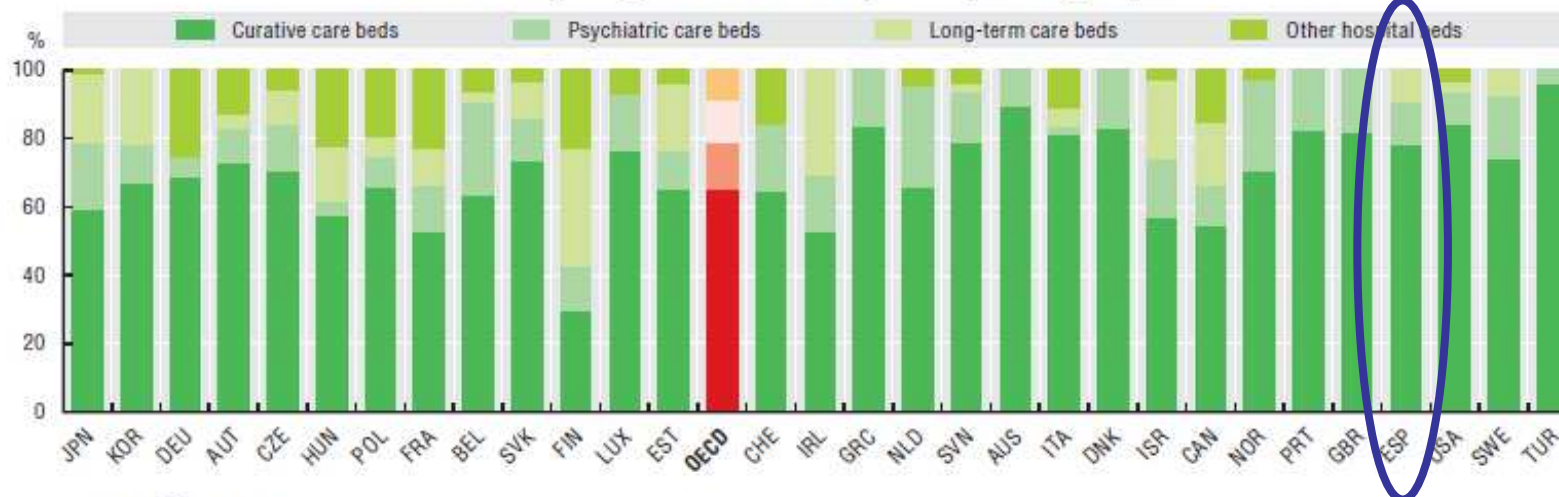


Source: OECD Health Data 2011; national sources for non-OECD countries.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524545>

4.3.2 Hospital beds by function of health care, 2009 (or nearest year)

Countries ranked from highest to lowest number of total hospital beds per capita



Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932524564>

HEALTH CARE ACTIVITIES

Average length of stay, All causes,
Days

	2011 (or nearest year)
Australia	5,0
Austria	7,9
Belgium	6,9
Canada	7,7
Chile	5,9
Czech Republic	10,2
Denmark	4,6
Estonia	7,5
Finland	11,6
France	5,7
Germany	9,5
Greece	7,0
Hungary	8,7
Iceland	5,8
Ireland	6,1
Israel	5,8
Italy	7,6
Japan ¹	18,2
Korea	15,8
Luxembourg	8,8
Mexico	3,9
Netherlands	5,6
New Zealand	8,5
Norway	4,5
Poland	7,6
Portugal	5,9
Slovak Republic	7,5
Slovenia	7,3
Spain	6,8
Sweden	6,0
Switzerland	9,0
Turkey	4,1
United Kingdom	7,4
United States	4,8
OECD AVERAGE	7,5

Source: OECD Health Data 2013

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

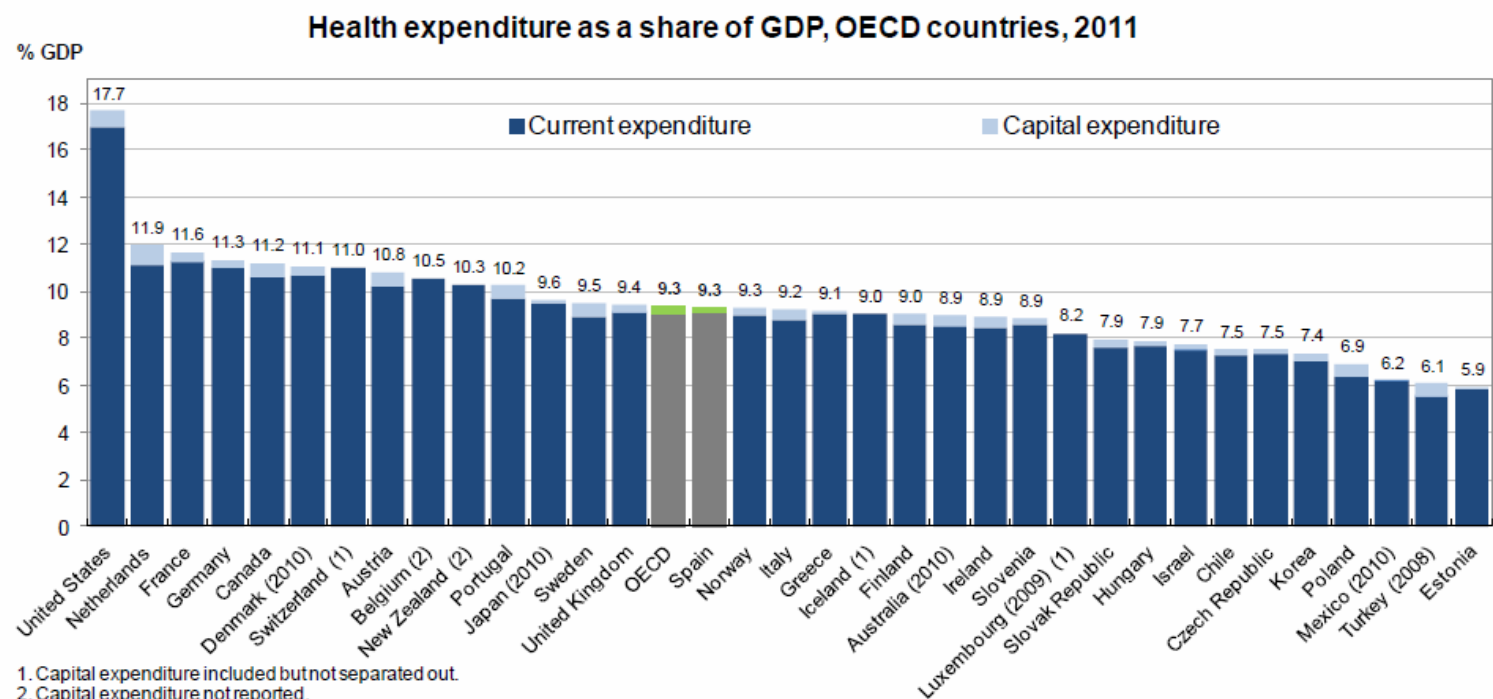


OECD Health Data 2013

How Does Spain Compare

Total health spending accounted for 9.3% of GDP in **Spain** in 2011, equal to the OECD average. The financial and economic crisis initially led to an increase in the health spending to GDP ratio in **Spain**, as GDP began to fall sharply in the second half of 2008 and in 2009 while health spending continued to increase, albeit at a slower pace. However, subsequent cuts in health spending in 2010 and 2011 have led to a decrease of the health spending share to GDP. Health spending as a share of GDP is highest in the United States (which spent 17.7% of its GDP on health in 2011), followed by the Netherlands (11.9%), and France (11.6%) and Germany (11.3%).

Spain ranks slightly below the OECD average in health spending per capita, with spending of 3072 USD in 2011 (adjusted for purchasing power parity), compared with an OECD average of 3339 USD in 2011.



Resources in the health sector (human, physical, technological)

In 2011, **Spain** had 4.1 practising physicians per 1000 population, above the OECD average of 3.2. On the other hand, there were 5.5 nurses per 1000 population in **Spain**, well below the average of 8.7 in OECD countries.

The number of hospital beds in **Spain** was 3.2 per 1000 population in 2011, less than the OECD average of 4.8 beds. As in most OECD countries, the number of hospital beds per capita in **Spain** has fallen over time. This reduction has coincided with a reduction of average length of stays in hospitals and an increase in the number of surgical procedures performed on a same-day (or ambulatory) basis.

During the past decade, there has been rapid growth in the availability of diagnostic technologies such as computed tomography (CT) scanners and magnetic resonance imaging (MRI) units in most OECD countries. In **Spain**, the number of MRIs also increased over time, to reach 13.9 per million population in 2011, slightly above the OECD average of 13.3. There were 17.3 CT scanners per million population in **Spain** in 2011, below the OECD average of 23.2.

More information on *OECD Health Data 2013* is available at www.oecd.org/health/healthdata.

For more information on OECD's work on **Spain**, please visit www.oecd.org/spain.

El sistema sanitario español, en riesgo de quiebra si no se recorta el gasto

ESTUDIO DE LA FUNDACIÓN BBVA-IVIE/ Los expertos alertan de que el PIB tendría que crecer al menos un 1,4% durante tres años para sostener el sistema, un escenario en el que no cree el FMI.

El sistema sanitario es insostenible si la economía no crece al 1,4%

Este es uno de los resultados de la investigación *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: Sostenibilidad y reformas*, dirigida por el profesor de la Universidad de Murcia José María Abellán y realizada junto a un equipo de especialistas en Economía de la Salud de la citada universidad formado por Fernando I. Sánchez,

Según las tendencias de gasto, para que los recursos de cada autonomía igualen el crecimiento estimado de gasto sanitario las regiones **deberían crecer a una media del 1,4% anual mínimo del PIB en términos reales**. “Si esa tasa de crecimiento del PIB no se alcanza, la relación anterior continuaría aumentando en los próximos años”, dice el estudio.

Una de las **estrategias para mejorar la calidad y sostenibilidad** de los sistemas sanitarios públicos pasa por potenciar los servicios primarios de salud. Desde esta perspectiva, comunidades como Andalucía, Castilla y León y Castilla-La Mancha, que tienen **un gasto per cápita superior a la media nacional** en atención primaria pero por debajo en servicios hospitalarios y especializados, “podrían identificarse como ejemplos de buenas prácticas en política sanitaria y servir como referente al resto de regiones”, asegura el informe.

August 6, 2013

What Do Physicians Think About Their Responsibility for Controlling Healthcare Costs?

Thomas L. Schwenk, MD reviewing Tilburt JC et al. JAMA 2013 Jul 24/31.

Most accept some responsibility for reducing costs but are not very enthusiastic about reforms that limit reimbursement.

Physicians' views about controlling healthcare costs might be helpful in developing effective policies. To assess physicians' attitudes toward and perceived responsibility for controlling healthcare costs, researchers surveyed a random sample of 2556 U.S. physicians (mean age, 51; 70% men), most of whom were in group or salaried practices (only 15% were in government or academic settings).

Roughly 60% of respondents said trial lawyers, health insurance companies, hospitals and health systems, and pharmaceutical and device manufacturers have the major responsibility for lowering healthcare costs, as opposed to physicians themselves (36%) and professional societies (27%); 52% of physicians assigned major responsibility to patients. About 90% of respondents expressed some or strong support for "limiting access to expensive treatments with little net benefit" and using cost-effectiveness data to guide treatment. They were less supportive of "penalizing providers for avoidable readmissions" and bundling payments, and they strongly opposed "eliminating fee-for-service payment models." A significant proportion (76%) said they were aware of the costs of tests and treatments they recommend. About half the respondents were somewhat or very enthusiastic about "reducing compensation for the highest-paid specialties," but the authors don't tell us whether primary care physicians answered this item differently from highly paid specialists.

COMMENT

Not surprisingly, most physicians believe someone else bears the responsibility for controlling healthcare costs and are unenthusiastic about interventions that limit their practice autonomy or income. I am skeptical of the respondents' confidence that they know the costs of tests and treatments, perhaps because of my own limitations here. Major changes in the way healthcare is delivered and funded inevitably will conflict with the views of many (perhaps most) physicians.

CONSULTAS EXTERNAS

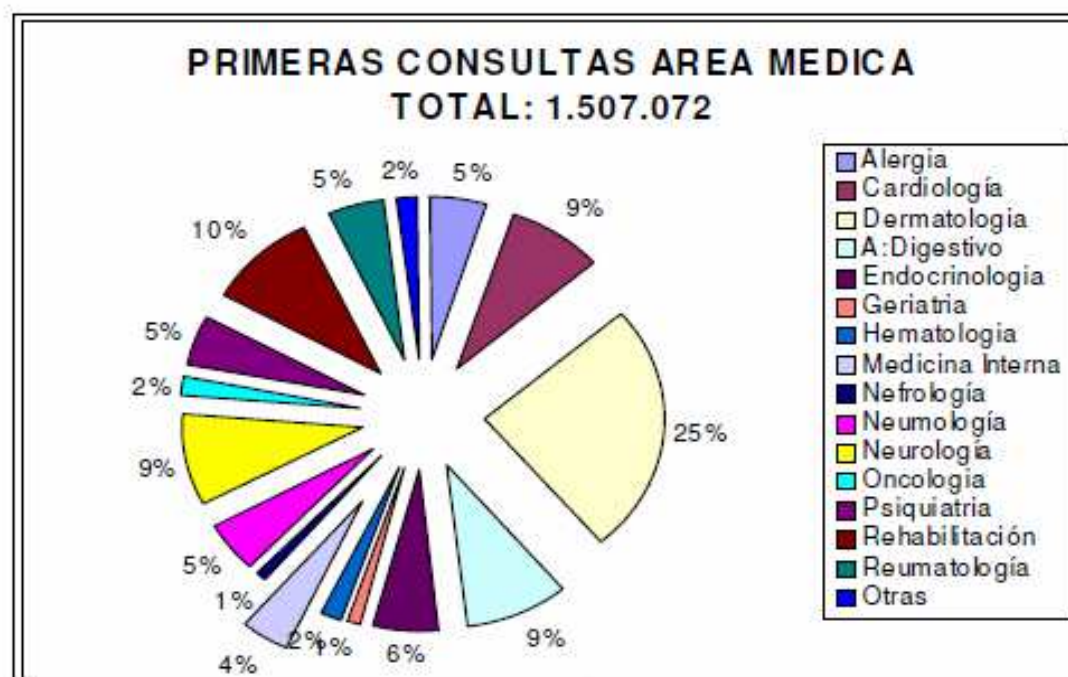


Fig. 8. Primeras consultas en área médica por especialidades. Tomado de CMBD_ SIAE 2009

Sucesivas

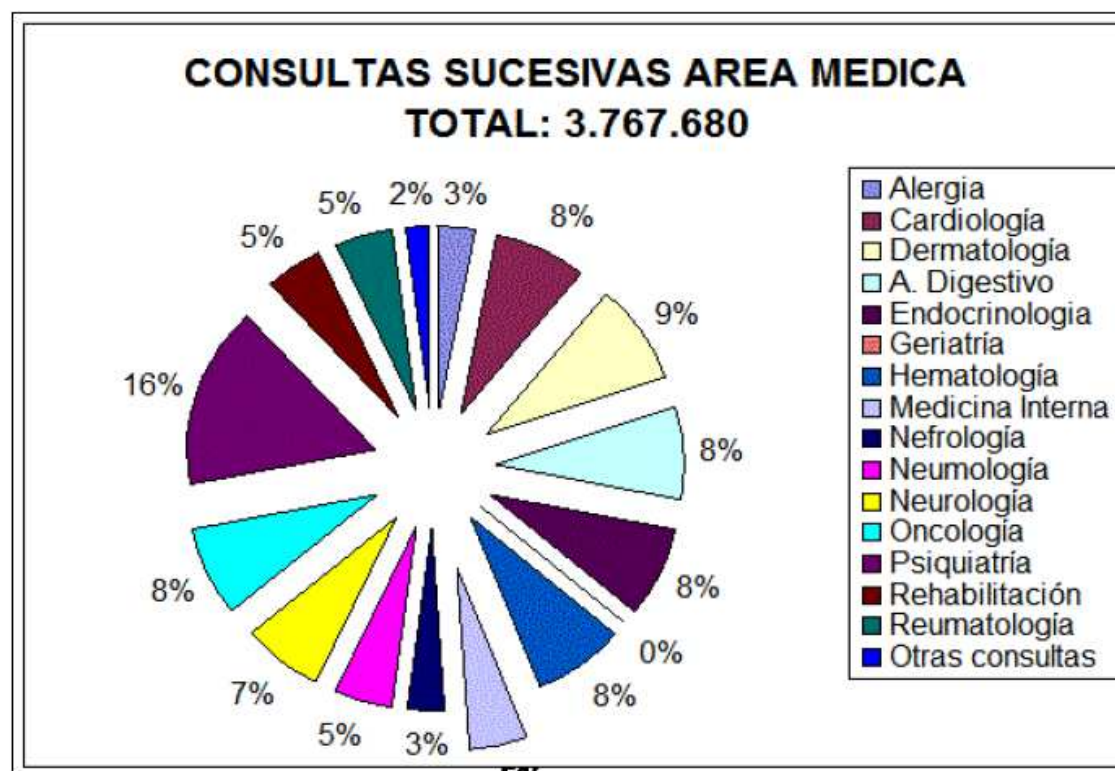


Fig. 9. Consultas sucesivas en el área médica por especialidades. Tomado de CMBD_ SIAE 2009

Solicitadas por Atención Primaria

Plan estratégico de Medicina Interna de la Comunidad de Madrid

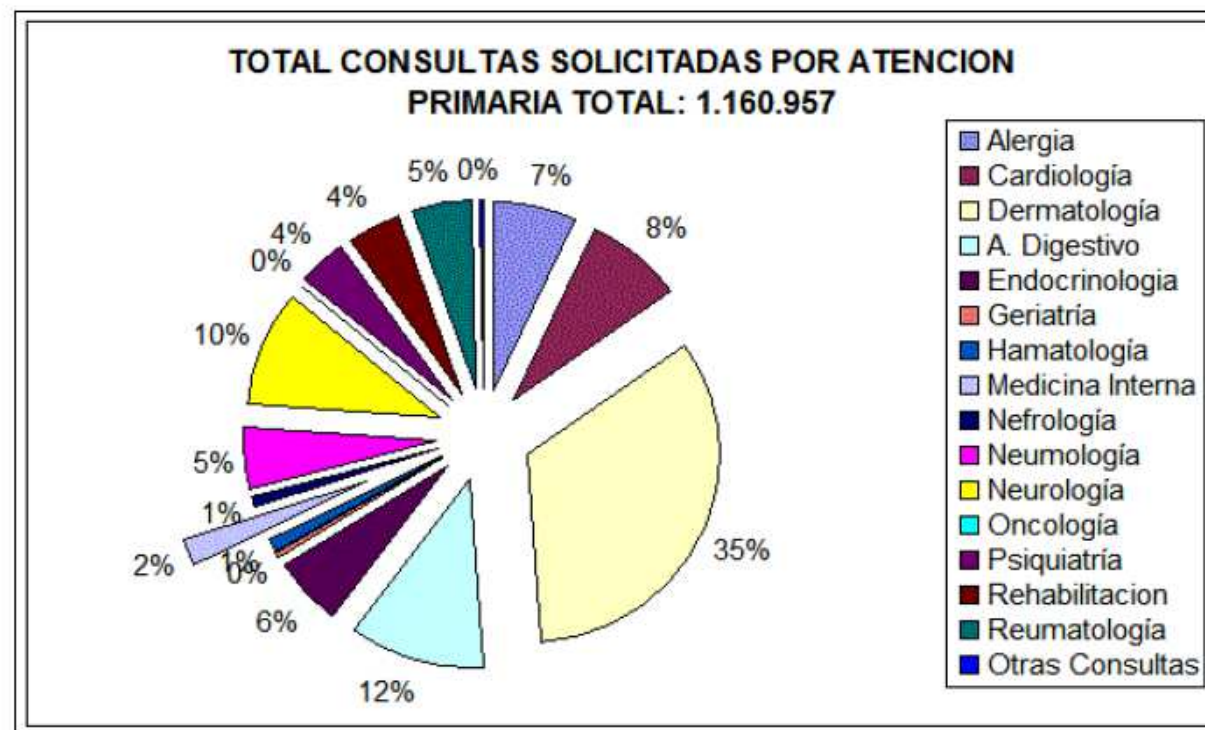


Fig. 10. Consultas solicitadas por Atención Primaria por a las distintas especialidades médicas. Tomado de CMBD_SIAE 2009

Consultas externas:

Conclusiones

- Solo el 4% de las primeras consultas del área médica (frente al 39% de las altas)
- El 2% del total de solicitudes por parte de Atención Primaria
- No tenemos codificada la actividad ambulatoria

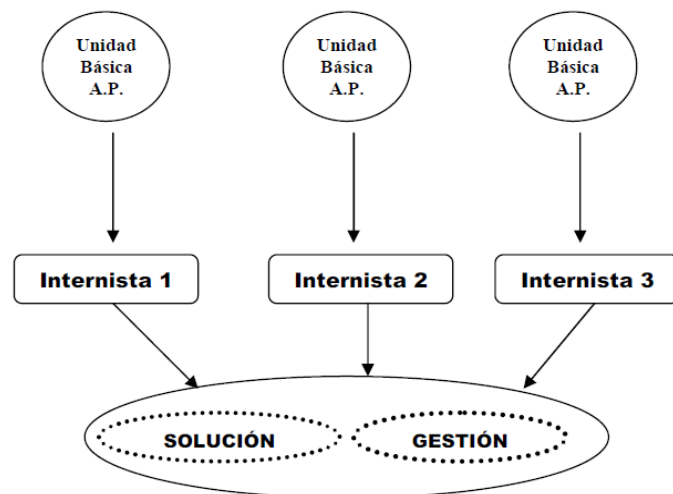
CONTINUIDAD ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA

Consultoría Atención Primaria

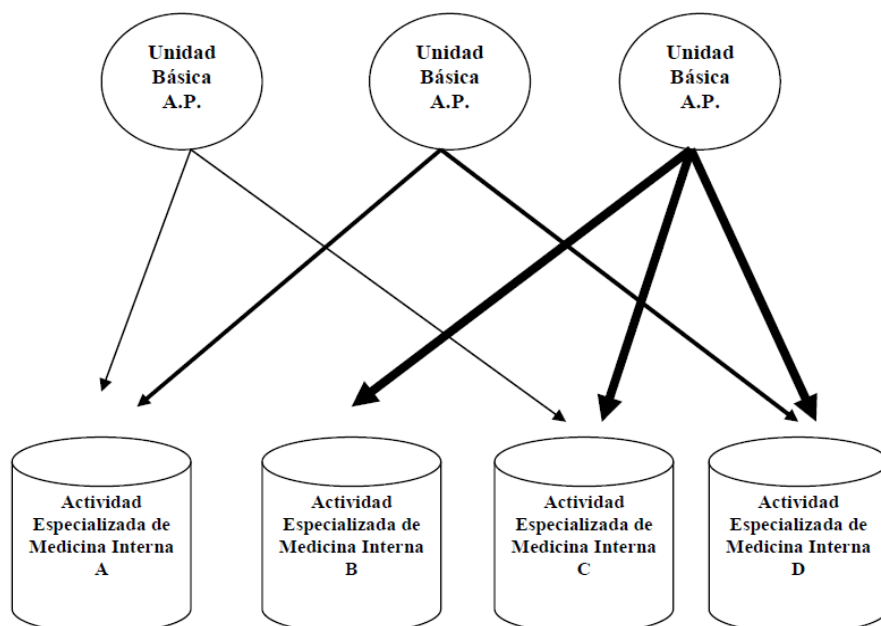
- Modelo 1. Sectorización de la población dentro del servicio. Un internista de referencia por sector, que podría resolver personalmente el caso o derivarlo a otras unidades del propio Servicio de MI.
- Modelo 2. Internista de referencia ("*gatekeeper*") encargado de decidir la pertinencia de iniciar un procedimiento hospitalario, proponiendo una gestión específica o sugerir otra conducta clínica en el Centro de Salud.
- Modelo 3. Sectorización de la actividad: unidades de enlace o referencia (consultas, unidades de día, consultorías, atención domiciliaria, etc.) sin personalización del internista. Es el modelo tradicional.

Estos posibles modelos quedan ilustrados en la figura 10.

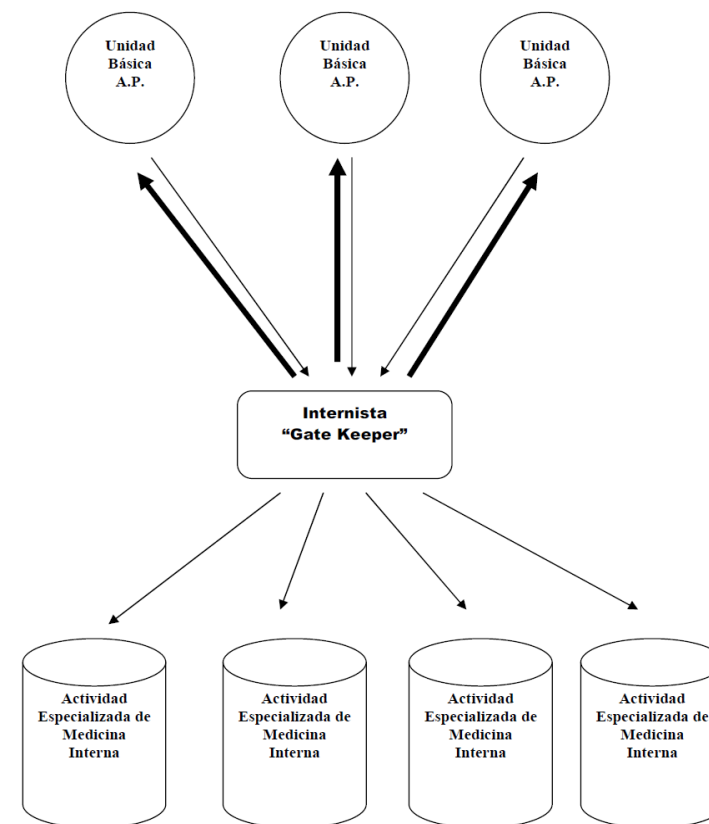
Modelo 1



Modelo 3



Modelo 2



**PLAN ESTRATÉGICO MEDICINA INTERNA.
COMUNIDAD DE MADRID. 2012**

Consulta de Atención Inmediata/Prioritaria

- Los pacientes seleccionados para la Consulta de Atención Preferente / Prioritaria deben estar incluidos en una lista de protocolos diagnósticos específicamente diseñados, seleccionados por AP y MI y elaborados por todas las partes implicadas en su realización. A modo de sugerencia, podrían definirse los siguientes protocolos diagnósticos:
 - Cuadro constitucional.
 - Fiebre prolongada.
 - Adenopatías.
 - Masa torácica.
 - Masa abdominal.
 - Dolor abdominal.
 - Anemia de origen no aclarado.
 - Enfermedad metastásica de origen no conocido.

eReferral — A New Model for Integrated Care

Alice Hm Chen, M.D., M.P.H., Elizabeth J. Murphy, M.D., D.Phil., and Hal F. Yee, Jr., M.D., Ph.D.

The rate of outpatient specialist referrals has nearly doubled over the past decade. Increased utilization, along with documented variation in referral rates, has raised concerns about worsening fragmentation of care and the appropriateness of referrals.

In 2005, San Francisco General Hospital (SFGH) was grap-

Because of a tremendous mismatch between supply and demand for specialty services, patients were waiting 11 months for a routine clinic appointment for gastroenterology, 10 months for nephrology, and 7 months for endocrinology. If a patient

The dual imperatives of timely access and rational triage drove the creation, implementation, and spread of our homegrown, Web-based, integrated specialty referral and consultation system, called eReferral. It uses health information technology to link primary care providers (PCPs) and specialists, with the goals of increasing access to care, improving dialogue, optimizing the efficient use of specialty resources, and enhancing primary care capacity.

Originally piloted for gastroenterology services, eReferral is now used for more than 40 services at SFGH. PCPs initiate new specialty referral requests through eReferral. The electronic form is automatically populated with relevant information about the patient and the PCP, and the reason for consultation is entered as free text, along with relevant history and exam findings.

Every service has a designated specialist provider who reviews and responds to each referral. The

Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna (Hospital Clínico Universitario de Valladolid)

Rev Clin Esp. 2006;206(2):84-9

P. Á. de Santos Castro^a, A. Jimeno Carruez^a, M. C. García Cobo^a, M. I. Ellices Calzón^a,
A. Almaraz Gómez^a y M. F. Muñoz Moreno^b

^aServicio de Medicina Interna, ^bUnidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Semergen. 2012;38(2):126-130



TRABAJANDO JUNTOS

Unidades de diagnóstico rápido o consultas de atención inmediata en medicina interna. Análisis de los primeros 6 meses de funcionamiento en Palencia

S. Franco Hidalgo^{a,*}, J.M. Prieto de Paula^b, J.I. Martín Serradilla^a y J.L. Martín Carbayo^c

^a Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Pintor Oliva, Palencia, España

Rev Calid Asist. 2010;25(2):70-76



ORIGINAL

Evaluación de la satisfacción de un programa de colaboración entre Atención Primaria y Medicina Interna

N. Ramírez-Duque^{a,*}, M. Ollero Baturone^a, M.A. Ortiz Camúñez^b, M. Bernabéu Wittel^a,
A. Codina Lanasa^c y J.A. Cuello Contreras^a

^aServicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^bCentro de Salud de Camas, Aljarafe, Sevilla, España

La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica

Med Clin (Barc) 2004;122(2):46-52

Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC)*

Hospital Universitario Puerto Real y Distrito Sanitario Cádiz, Vejer y La Janda (Centros de Salud Padre Salado y Jesús Nazareno en Chiclana, y Centro de Salud de Puerto Real), Cádiz. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cádiz. Cádiz. España.

El especialista en medicina interna como consultor de atención primaria

Med Clin (Barc) 2004;122(2):60-1

Ramon Pujol Farriols y Xavier Corbella Virós

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Realidad de relación con Atención Primaria.....

- En España: 66% tienen algún mecanismo de relación
- En la Comunidad de Madrid: 60%

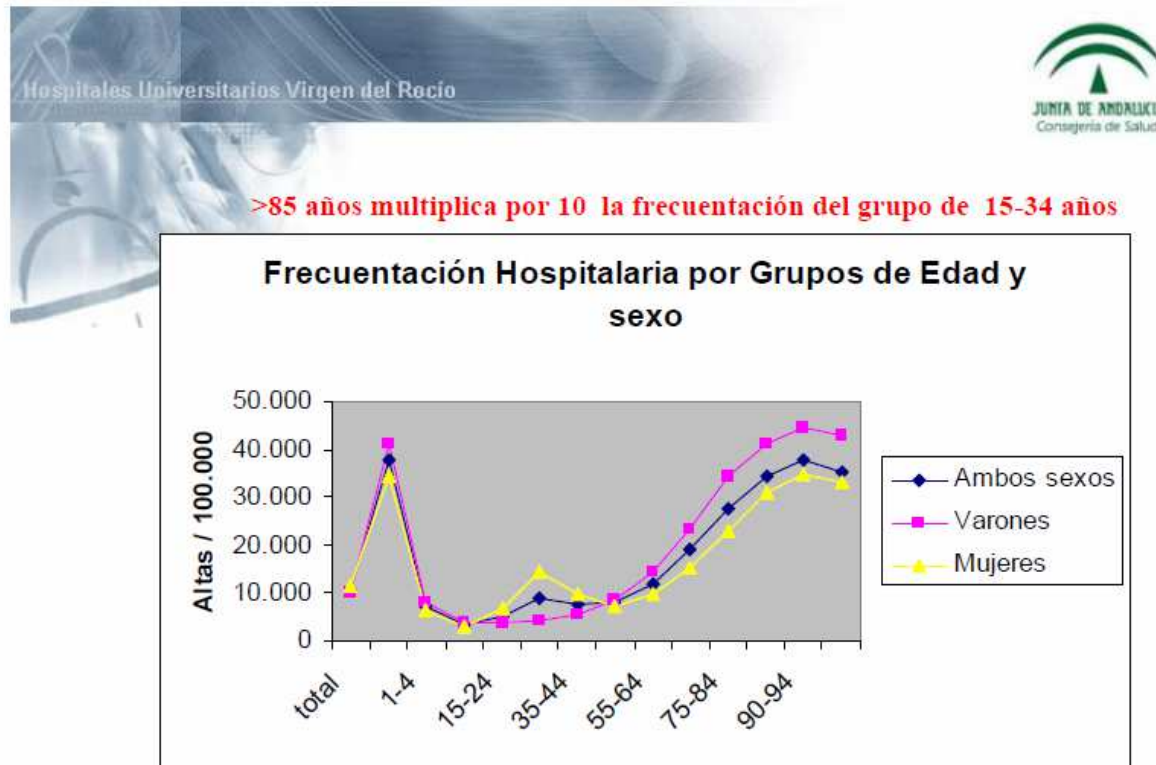
***ES IMPORTANTE, ÚTIL, SE VALORA
POSITIVAMENTE, PERO NO LO HACEMOS....***

Paciente crónico complejo

- **Paciente complejo crónico.** Puede definirse como el paciente pluripatológico que reúne las siguientes condiciones:
 - Enfermedades incurables.
 - Requiere el control por parte de dos o más especialistas médicos.
 - Requiere un número elevado de ingresos hospitalarios, al menos dos al año.
 - Tiene importante riesgo de descompensación, y por lo tanto de reingreso, en los 30 días siguientes al alta hospitalaria.
 - Tiene elevado riesgo de deterioro funcional y de la calidad de vida.
 - Consume muchos recursos sociales y económicos.

Debe destacarse que este grupo de pacientes, cuyo peso porcentual en la población está en torno al 5 %, consume una gran cantidad de recursos (60 %). Son pacientes frecuentemente inválidos o con deterioro cognitivo, con escaso potencial económico, ancianos y, en muchos casos, sin ayuda

Ollero M. “Modelos de organización para pacientes crónicos complejos”. Sevilla 2009

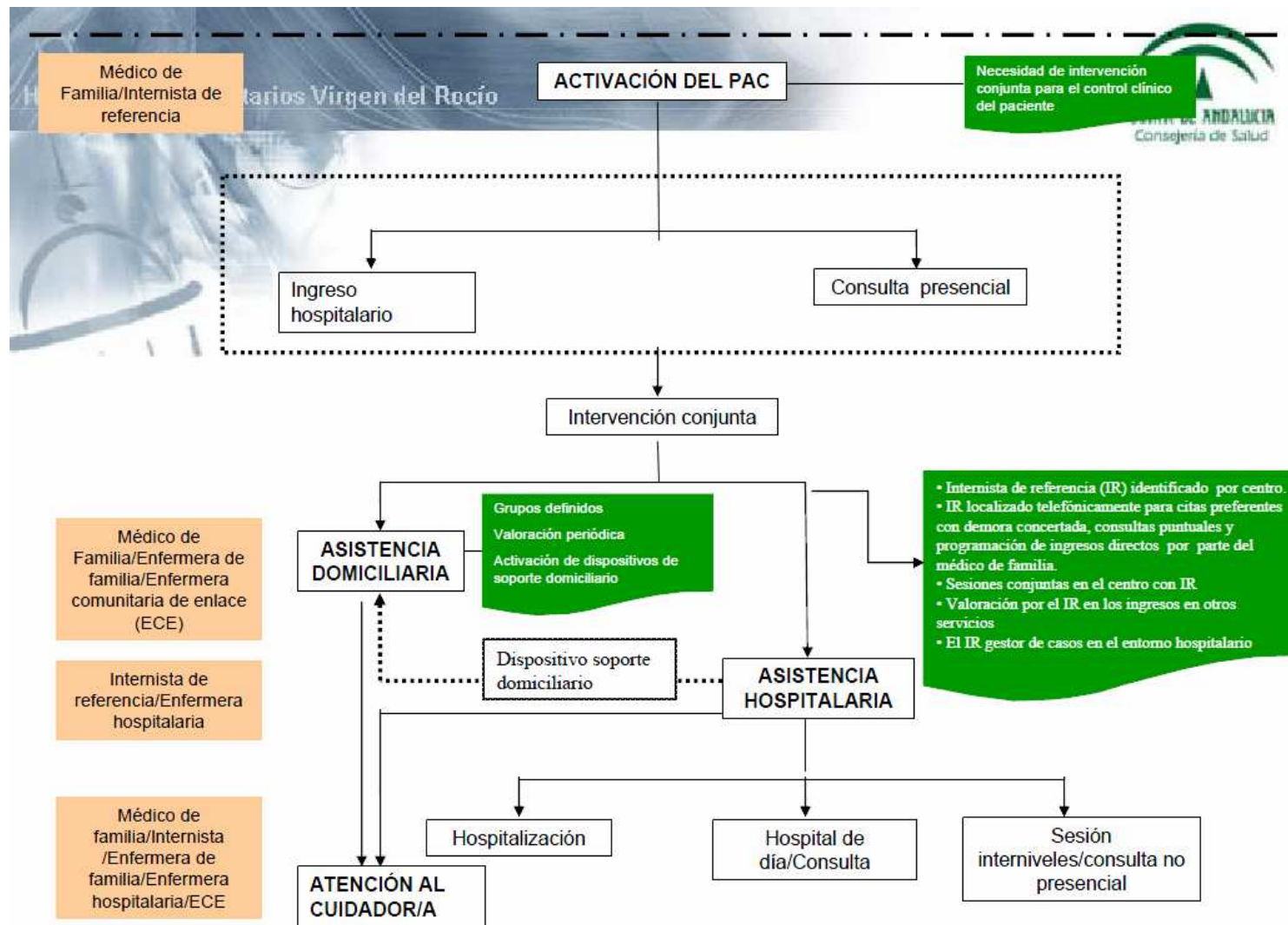


Ollero M. “Modelos de organización para pacientes crónicos complejos”. Sevilla 2009

OMS: “Cronicidad el principal reto de salud para el siglo XXI”



- ☐ Las enfermedades crónicas llegan a motivar:
 - ✓ el 80 % de las consultas a atención primaria
 - ✓ el 60% de los ingresos hospitalarios
 - ✓ el 70% del gasto sanitario
- ☐ La Organización Mundial de la Salud ha previsto que estas enfermedades crónicas serán la **principal causa de discapacidad en 2020.**
- ☐ Se estima que hacia 2030 se doblará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.
- ☐ Si este problema no se aborda adecuadamente, consumirán la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios.



UNIDAD DE PCP

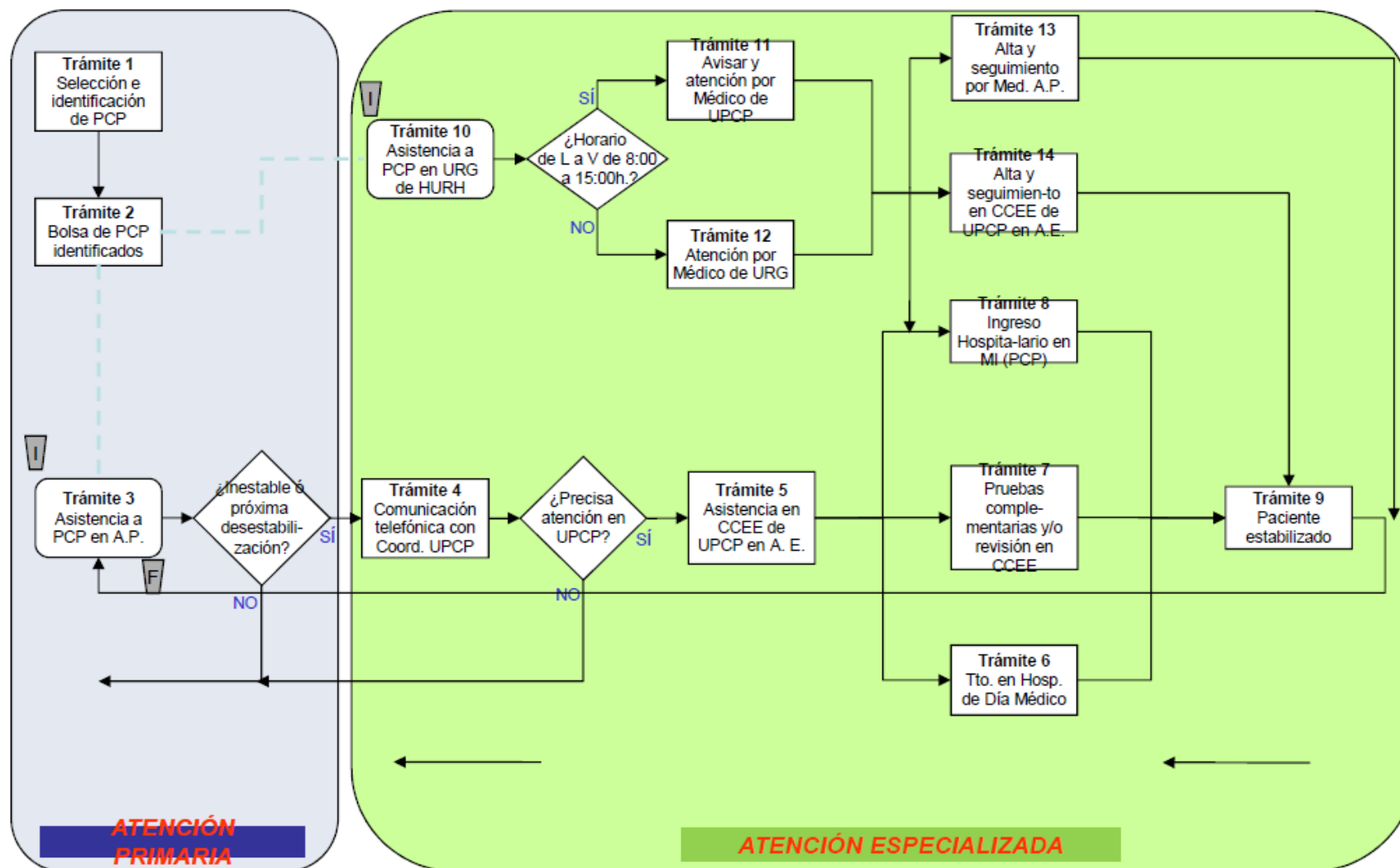
(PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS)

Proceso de Atención a Pacientes Crónicos Pluripatológicos (PCP):

Ponente: Dr. Luis Inglada Galiana, Universitario Río Hortega - Valladolid

Flujograma

XXVIII CONGRESO SOCALMI



Modelos

- Existen varios modelos en la actualidad
- No está generalizado
- Identificar pacientes
- Coordinación con Médico de Familia, internista de referencia
- Enfermería de familia y hospitalaria
- Asistencia domiciliaria. Consulta no presencial
- Hospital de día
- Atención al cuidador

BECOMING A PHYSICIAN

Experiments in Continuity — Rethinking Residency Training in Ambulatory Care

James A. Colbert, M.D.

In 2005, the Accreditation Council for Graduate Medical Education implemented the Educational Innovations Project (EIP), and participating residency programs were allowed the freedom to deviate from traditional program requirements in the interest of curricular reform. To date, 21 internal medicine residency programs have been selected, and many of these programs have focused on improving residents' experience of outpatient primary care clinics.³

Going forward, I believe we need to encourage more residency programs to think creatively about the ambulatory care training experience. High-functioning residency clinics could equip both future internists and subspecialists with the necessary tools to treat chronic disease and might even convince more trainees to choose careers in primary care. More important, increased curricular attention to ambulatory care training will ultimately benefit the millions of U.S. patients with chronic disease.

Envejecimiento. Residencias de ancianos

Original Investigation

The State of US Health, 1990-2010

Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors

JAMA. doi:10.1001/jama.2013.13805
Published online July 10, 2013.

US Burden of Disease Collaborators

RESULTS US life expectancy for both sexes combined increased from 75.2 years in 1990 to 78.2 years in 2010; during the same period, HALE increased from 65.8 years to 68.1 years. The diseases and injuries with the largest number of YLLs in 2010 were ischemic heart disease, lung cancer, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, and road injury. Age-standardized YLL rates increased for Alzheimer disease, drug use disorders, chronic kidney disease, kidney cancer, and falls. The diseases with the largest number of YLDs in 2010 were low back pain, major depressive disorder, other musculoskeletal disorders, neck pain, and anxiety disorders. As the US population has aged, YLDs have comprised a larger share of DALYs than have YLLs. The leading risk factors related to DALYs were dietary risks, tobacco smoking, high body mass index, high blood pressure, high fasting plasma glucose, physical inactivity, and alcohol use. Among 34 OECD countries between 1990 and 2010, the US rank for the age-standardized death rate changed from 18th to 27th, for the age-standardized YLL rate from 23rd to 28th, for the age-standardized YLD rate from 5th to 6th, for life expectancy at birth from 20th to 27th, and for HALE from 14th to 26th.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE From 1990 to 2010, the United States made substantial progress in improving health. Life expectancy at birth and HALE increased, all-cause death rates at all ages decreased, and age-specific rates of years lived with disability remained stable. However, morbidity and chronic disability now account for nearly half of the US health burden, and improvements in population health in the United States have not kept pace with advances in population health in other wealthy nations.

En España la esperanza de vida aumenta 3 horas cada día.....



Original article

Mortality and complications in very old patients (90+) admitted to departments of internal medicine in Spain

Raquel Barba^{a,*}, Javier Marco Martínez^b, Antonio Zapatero^c, Susana Plaza^d, Juan Emilio Losa^e,
Jesús Canora^c, Alejandro Pérez^c, Gonzalo García de Casasola^a

Results: During the study period, there were 1,567,659 patient admissions to IM departments in Spain, and 90,679 (5.8%) were older than 90. Hospital mortality occurred in 22.3% of very elderly patients. The main predictors for hospital death were pressure ulcer (Odds Ratio [OR] 1.55, CI95% 1.45–1.66), thromboembolic disease (OR 1.83, CI95% 1.61–2.09), nosocomial pneumonia (OR 2.53, CI95% 2.39–2.69), hip fracture (OR 2.20, CI95% 1.53–3.18), male gender (OR 1.06, CI95% 1.03–1.10), age (OR 1.05, CI95% 1.04–1.06), dementia (OR 1.13, CI95% 1.08–1.18), cancer (OR 1.60, CI95% 1.51–1.71), acute respiratory failure (OR 1.83, CI95% 1.76–1.89), acute infectious disease (OR 2.30, CI95% 2.11–2.52), and Charlson comorbidity index (OR 1.21, CI95% 1.16–1.26).

Conclusions: Very elderly patients represent a large and growing fraction of the total admissions to IM departments in Spain. They are at higher risk for complications during their hospital stay and mortality rate is double that of the younger elderly.



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Original Study

Admission of Nursing Home Residents to a Hospital Internal Medicine Department

Raquel Barba PhD^{a,*}, Antonio Zapatero PhD^b, Javier Marco PhD^c, Alejandro Perez PhD^b,
Jesús Canora PhD^b, Susana Plaza PhD^d, Juan Losa PhD^e

Results: Between January 2005 and December 2008, 2,134,363 patients were admitted to internal medicine departments in Spain, of whom 45,757 (2.1%) were nursing home residents. Overall, 7898 (17.3%) patients died during hospitalization, 2442 (30.91%) of them in the first 48 hours. The following variables were the significant predictors of in-hospital mortality in multivariate analysis: age (odds ratio [OR] 1.02, 95% confidence intervals [CI] 1.02–1.03), female gender (OR 1.13, 95% CI 1.13–1.17), dementia (OR 1.09, 95% CI 1.03–1.16), previous feeding tube (OR 1.34, 95% CI 1.09–1.79), malignant disease (OR 2.03, 95% CI 1.86–2.23), acute infectious disease (OR 1.18, 95% CI 1.12–1.25), pressure sores (OR 1.88, 95% CI 1.62–1.95), acute respiratory failure (OR 2.00, 95% CI 1.90–2.10), and nosocomial pneumonia (OR 2.5, 95% CI 2.23–2.72).

Conclusions: Two of every 100 patients admitted to internal medicine departments came from nursing homes. The rate of mortality is very high in these patients, with almost one third of patients dying in the first 48 hours, which suggests that many of these transfers were unnecessary. The cost of these admissions for 1 year was equivalent to the annual budget of a 300- to 400-bed public hospital in Spain. The mechanism of coordination between nursing homes and public hospitals must be reviewed with the aim of containing costs and facilitating the care of patients in the last days of life.

SPECIAL ARTICLE

End-of-Life Transitions among Nursing Home Residents with Cognitive Issues

Pedro Gozalo, Ph.D., Joan M. Teno, M.D., Susan L. Mitchell, M.D., M.P.H.,
Jon Skinner, Ph.D., Julie Bynum, M.D., M.P.H., Denise Tyler, Ph.D.,
and Vincent Mor, Ph.D.

Table 2. Variation in Rates of Burdensome Transitions among 474,829 Patients, According to State.

Criterion for a Burdensome Transition	Overall Rate for All Patients %	State with Lowest Rate*	State with Highest Rate*
Transition 72 hours before death			
To hospice	4.4	Alaska (0)	Nevada (8.0)
From nursing home to acute care hospital	5.8	Vermont (1.1)	Mississippi (12.7)
From hospital to nursing home	2.3	Alaska (0)	Mississippi (3.9)
Lack of continuity in hospitalization			
From nursing home A to hospital to nursing home B in last 90 days	2.7	Alaska (0)	Louisiana (10.9)
Multiple hospital admissions in the last 90 days of life			
≥2 Episodes of pneumonia	2.3	Alaska (0)	Louisiana (6.0)
≥2 Episodes of urinary tract infection	3.9	Vermont (0.1)	Louisiana (11.8)
≥2 Episodes of dehydration	2.7	Alaska (0)	Louisiana (7.6)
≥2 Episodes of septicemia	2.1	Alaska, Idaho, and Wyoming (0)	Louisiana (5.2)
≥3 Hospitalizations for any reason	4.2	Oregon (0.1)	Louisiana (12.2)

Reducing Unnecessary Hospitalizations of Nursing Home Residents

Joseph G. Ouslander, M.D., and Robert A. Berenson, M.D.

It's a common scenario: a 90-year-old resident of a U.S. nursing home — call her Ms. B. — has moderately advanced Alzheimer's disease, congestive heart failure with severe left-ventricular dysfunction,

and chronic pain from degenerative joint disease. She develops a nonproductive cough and a fever of 100.4°F. The night nurse calls an on-call physician who is unfamiliar with Ms. B. Told that she has a cough and fever, the physician says to send her to the emergency room, where she's found to have normal vital signs except for the low-grade fever, a normal basic-chemistry panel and white-cell count, but a possible infiltrate on chest x-ray. She is admitted to the hospital and treated with intravenous fluids and antibiotics. During her second night in the hospital, Ms. B. becomes confused and agitated, climbs out of bed, and falls, fracturing her hip. One week after admission, she is dis-

charged back to the nursing home with coverage under the Medicare Part A benefit. The episode results in about \$10,000 in Medicare expenditures, as well as discomfort and disability for Ms. B.

There is an alternative scenario, however, in which, when the same symptoms develop, the night nurse evaluates Ms. B. using a standardized protocol and calls an on-call nurse practitioner (NP) who visits the nursing home daily. "Late this afternoon, the resident developed a nonproductive cough and a temperature of 100.4°F," the nurse reports. "Her other vital signs are normal, and her lungs sound clear. She isn't complaining of shortness of breath or chest pain, and there is no leg edema.

I think we can watch her and call back if something changes." The NP agrees and says she'll see Ms. B. in the morning, at which point she finds a persistent low-grade fever and crackles in the right posterior lung field. After consulting with Ms. B.'s daughter, who serves as her health care proxy, the NP orders an oral antibiotic and increased oral fluid intake. Ms. B. recovers over the next several days. The episode costs Medicare about \$200 and results in no complications for Ms. B.

More than 1.6 million Americans live in nursing homes. Hospitalizations are common in this population; in 2006, 23.5% of the people admitted to a post-acute-care skilled-nursing facility were rehospitalized within 30 days.¹ Several studies suggest that many of these hospitalizations are inappropriate, avoidable, or related to conditions that could be treated outside the hospital setting —

Original article

The influence of nursing homes in the functioning of internal medicine services

Raquel Barba^{a,*}, Juan Emilio Losa^a, Jesús Canora^b, Justo Ruiz^b,
Jose Virgilio Castilla^a, Antonio Zapatero^b

^a *Fundación Hospital Alcorcón, Spain*

^b *Hospital de Fuenlabrada, Spain*

Received 11 May 2007; received in revised form 10 April 2008; accepted 28 April 2008

Available online 10 June 2008

Abstract

Background: Some hospitals attend to great number of patients who come from nursing homes whose median age, seriousness of illness and comorbidity differ of these patients from those of non-institutionalized patients. This can partly modify and thereby affect some of the parameters used to measure “assistance quality”.

Materials and methods: The data related to the demographic, clinical factors, severity criteria and mortality, were studied in patients hospitalized in two Internal Medicine Services during 2005–6 on the basis of whether they arrived from a nursing home or not. The data were obtained from the electronic databases of the two centers.

Results: During the study period, 13,712 patients were hospitalized (7110 in Fundación Hospital Alcorcón (FHA) and 6602 in Hospital Universitario Fuenlabrada (HUF)). A total of 789 (15.3%) patients of FHA arrived from a nursing home in comparison to 132 (2.6%) of those in HUF. Patients arriving from nursing homes were older (84.1 vs 69.8; $p<0.05$), had a more serious illness (Group Related Diagnostic weight 2.1 vs 1.9; $p<0.05$), more comorbidity (Charlson Index >0 ; 75.5% vs 67.3%; $p<0.05$) and increased mortality (16.8% vs 6.8%; $p<0.05$) than the non-institutionalized patients, while length of hospital stay were shorter in the institutionalized patients (7.8 vs 8.3; $p<0.05$). Intrahospital mortality was significantly associated with living in a nursing home (Odds Ratio 1.4 Confidence Interval 95% 1.1–1.8), regardless of age, gender, condition, comorbidity (Charlson Index), and the involved hospital.

Discussion: The number of nursing homes attended by a hospital determined the activity of an Internal Medicine Service. This study indicates that the patients from nursing homes were older, with increased severity and comorbidity of their illness, greater mortality and rehospitalization although, with similar length of stay.

© 2008 European Federation of Internal Medicine. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

Place of residence before hospital admission and mortality at 12-months in Spanish patients aged 70 years or older

Alejandro Pérez Martín, José Angel Satue Bartolomé, Sonia Gonzalo Pascua, Ana I Farfán Sedano, Ana Franco Moreno, Ana Rodríguez Benavente and Antonio Zapatero Gaviria

Internal Medicine Department, Fuenlabrada University Hospital, Fuenlabrada, Madrid, Spain

Aim: Hospitalization of elderly people is often followed by high mortality rates. The aim of this study was to analyze the influence of prior residence on 1-year mortality after hospital discharge in patients aged 70 years and over.

Methods: This was a prospective observational cohort study. Participants were 426 patients discharged from the Internal Medicine Department at a Spanish Hospital who were followed for a 12-month period. Data collection was carried out during hospitalization and included sociodemographic characteristics, comorbidity (Charlson index), functional (Barthel index and Lawton scale) and cognitive conditions (Short Portable Mental Status Questionnaire), together with parameters related to the disease causing admission (diagnosis related group, laboratory tests, length of hospital stay). Mortality was carried out using telephone interviews.

Results: A total of 420 (98.6%) patients were located at the end of follow up. Of these, 95 patients had died, giving an overall 1-year mortality of 22.6%. The mortality rate for patients living in their private homes was 15.6% versus 24.7% for those living with relatives and 60% for those living in institutions. After adjustment for potential confounders, prior residence was associated with mortality with a hazard ratio of 3.98 (95% CI 1.94–8.17) for those institutionalized and a hazard ratio of 1.68 (95% CI 0.99–2.16) for those living with relatives, as compared with patients living in their private homes.

Conclusions: Prior residence is associated with 1-year-mortality following discharge after controlling for several multidimensional factors. *Geriatr Gerontol Int* 2012; ••: •••••.

Resumen envejecimiento y sociosanitario

- Mediana de edad en Medicina Interna 77 años
- 6% > de 90 años. Mortalidad 22%.
- Los ingresos procedentes de residencia influyen en nuestros indicadores de funcionamiento
- Mortalidad en el seguimiento al año 4 veces mayor en residentes sociosanitario.
- Mortalidad del 18% entre los pacientes que ingresan desde residencias, de ellos un 30% en las primeras 48 horas.
- Aumento de los traslados en las ultimas 72 horas de vida y en los 3 meses finales
- Necesidad de reducir traslados innecesarios desde las residencias

HOSPITALIZACION EVITABLE

Características de la hospitalización evitable en España

José Luis Alfonso Sánchez^{a,b}, Joan Sentís Vilalta^c, Sergio Blasco Perepérez^d
e Isabel Martínez Martínez^e

^aServicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Valencia. Valencia.

^cDepartamento de Salud Pública. Universidad de Barcelona. Barcelona.

^dGerencia. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

^eDepartamento de Atención Sanitaria, Salud Pública y Sanidad Animal. Universidad Cardenal Herrera-CEU. Valencia. España.

RESULTADOS: Los ingresos por HE alcanzaron el 15,8% del total de pacientes ingresados y el 16,6% del total de las estancias hospitalarias. La edad media fue alta, de 54 años, frecuente-

En los últimos años los sistemas sanitarios de varios países intentan identificar las funciones que deben tener los niveles asistenciales del sistema de forma que cada uno de ellos tenga especificado su campo de actuación. Si existe un término que puede definir la mayor parte de la investigación y tendencias en la actualidad en gestión sanitaria, éste es el de evitable. Así, han ido surgiendo los conceptos de ingresos hospitalarios evitables, estancias evitables o no adecuadas¹, reingresos evitables² y otros más. En esta línea surgió, curiosamente para controlar la calidad de la atención primaria, el concepto de hospitalización evitable (HE) o procesos susceptibles de cuidados ambulatorios, es decir, diagnósticos en los que una atención primaria efectiva y a tiempo evita el riesgo de su hospitalización, tanto mediante prevención de la aparición de la enfermedad o complicación como controlando la aparición de un episodio agudo o tratando una enfermedad crónica¹⁻³. Por tanto, el principio que define este concepto es que el manejo adecuado de los pacientes en el ámbito ambulatorio por parte de los centros de salud hubiera evitado el ingreso hospitalario.

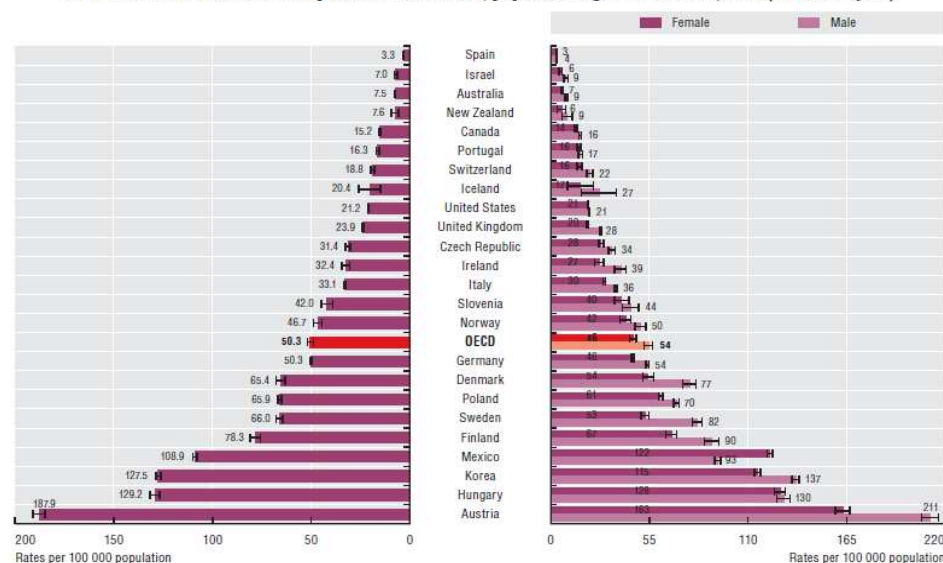
Clasificaciones y códigos de hospitalización evitable utilizados por diferentes autores

Enfermedad	Culler et al ^a	Pappas et al ^b	Casanova y Starfield ^c
	Códigos	Códigos	Códigos
Angina	411.1, 411.8, 413	411.1, 411.8, 413	
Asma	493	493	493
Cellulitis	263, 264, 681, 682.0, 682.9, 683, 686	681, 682.0	683, 686, 681, 682
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	466, 491, 491.1, 491.20, 491.21, 491.8, 492.0, 492.8, 494, 496,		466, 491, 492.0, 494, 496
Insuficiencia cardíaca congestiva	402.01, 402.11, 402.91, 428, 428.0, 428.1, 428.9, 518.4	402.01, 402.11, 402.91, 428	402.01, 402.11, 402.91, 428, 518.4
Deshidratación	276.5	276.5	
Diabetes A, B y C	250.1, 250.3, 250.8, 250.10, 250.12, 250.13, 250.20, 250.22, 250.23, 250.30, 250.32, 250.33, 250.90, 250.92, 250.93,	250.1, 250.3, 251.0	250.1, 250.2, 250.3, 250.8, 250.9, 250.0
Gastroenteritis	558.9		558.9
Gran mal y otras convulsiones	345.0, 354.9, 780.3,		345
Hipertensión arterial	401.0, 401.9, 402.0, 402.10, 402.90	401.0, 402.0, 403.0, 404.0, 405.0, 437.2	401.0, 402.0, 402.10, 402.90, 401.9
Hipoglucemia	251.2		251.2
Infecciones del tracto urinario	590, 590.2, 590.9, 590.10, 590.11, 599.0, 599.9		590, 599.0, 599.9
Neumonía	481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486		481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486
Infecciones otorrinolaringológicas graves	382, 382.1, 382.9, 382.00, 382.02, 462, 463, 464, 465, 472.1		382, 462, 463, 465, 472.1
Úlcera perforación u hemorragia		531.0, 531.2, 531.4, 531.6, 532.2, 532.4, 532.6, 533.0, 533.2, 533.4, 533.5, 533.6	
Pielonefritis		590.0, 590.1, 590.8, 540.0, 540.1	
Rotura de apéndice		276.8	
Hipopotasemia		032, 033, 037, 045, 055, 072	
Trastornos inmunizables		785.4	
Gangrena			033, 037, 045, 320.0, 390, 391
Convulsiones			780.3
Tuberculosis pulmonar			011
Otras tuberculosis			012, 013, 014, 015, 016, 017, 018
Sífilis congénita			090
Problemas dentales			521, 522, 523, 525, 528
Anemia ferropénica			280.1, 280.8, 280.9
Deficiencia nutricional			260, 261, 262, 268.0, 268.1
Fallos en el crecimiento			783.4
Enfermedad inflamatoria pélvica			614

5. QUALITY OF CARE • CARE FOR CHRONIC CONDITIONS

5.2. Avoidable admissions: Uncontrolled diabetes

5.2.1 Uncontrolled diabetes hospital admission rates, population aged 15 and over, 2009 (or nearest year)



Note: Rates are age-sex standardised to 2005 OECD population. 95% confidence intervals are represented by I—I.

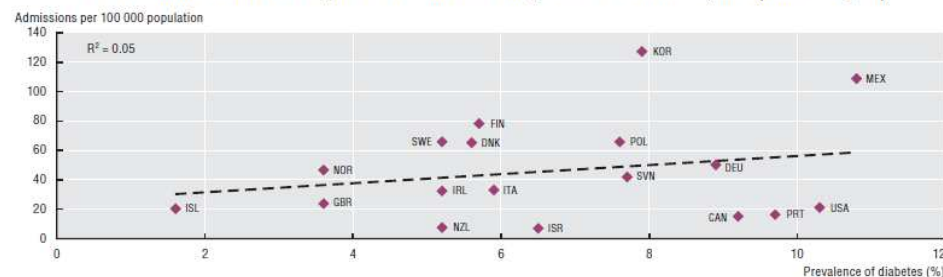
Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525077>

Definition and comparability

The indicator for uncontrolled diabetes is defined as the number of hospital discharges of people aged 15 years and over with diabetes Type I or II without mention of a short-term or long-term complication per 100 000 population. The rates have been adjusted to take account of the age and sex composition of each country's population structure. Differences in coding practices between countries may affect the comparability of data. Variations in disease classification systems, for example between ICD9-CM and ICD10-AM, may also affect comparability.

5.2.2 Uncontrolled diabetes hospital admission rates and prevalence of diabetes, 2009 (or nearest year)



Note: Prevalence estimates of diabetes refer to adults aged 20-79 years and data are age-standardised to the World Standard Population. Hospital admission rates refer to the population aged 15 and over and are age-standardised to 2005 OECD population.

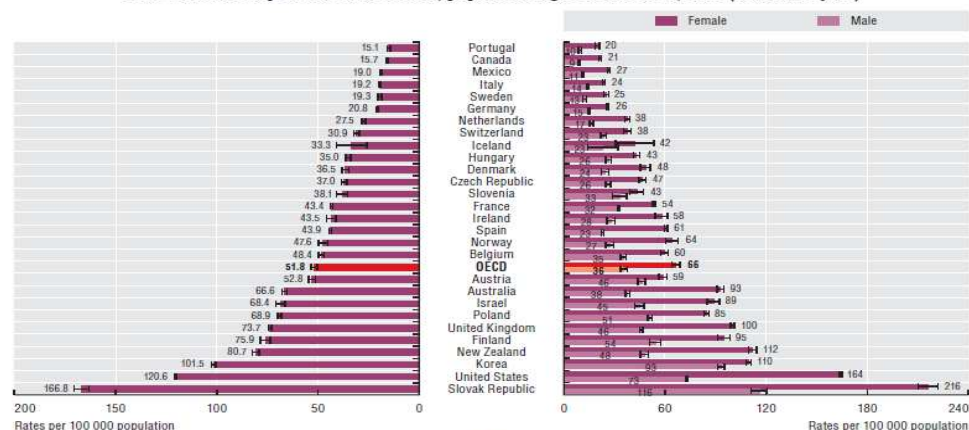
Source: IDF (2009) for prevalence estimates; OECD Health Data 2011 for hospital admission rates.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525096>

5. QUALITY OF CARE • CARE FOR CHRONIC CONDITIONS

5.1. Avoidable admissions: Respiratory diseases

5.1.1 Asthma hospital admission rates, population aged 15 and over, 2009 (or nearest year)



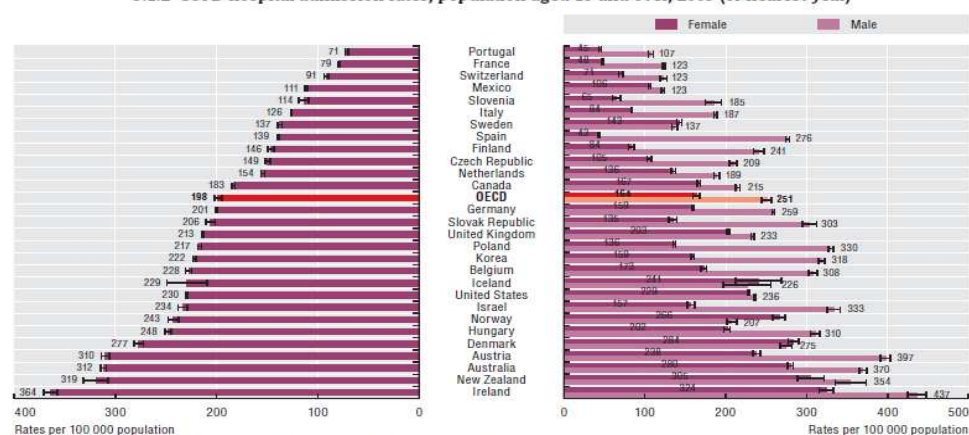
Note: Rates are age-sex standardised to 2005 OECD population. 95% confidence intervals are represented by I—L.

Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525039>

Chronic conditions like asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are either preventable or manageable through proper prevention or primary care interventions. Proper management of these chronic conditions in primary care settings can reduce exacerbation and costly hospitalisation. Hospital admission rates serve as a proxy for primary care quality, so high admission rates may point to poor care co-ordination or care continuity. They may also indicate structural constraints such as the supply of family physicians (AHRQ, 2009; Starfield et al., 2005).

5.1.2 COPD hospital admission rates, population aged 15 and over, 2009 (or nearest year)



Note: Rates are age-sex standardised to 2005 OECD population. 95% confidence intervals are represented by I—L.

Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525058>

Ingresos evitados por el hospital de día médico polivalente

M.A. Escobar, A.A. García-Egido, R. Carmona, A. Lucas, C. Márquez, F. Gómez*
y en representación del GAMIC-HDMP (Grupo para la atención médica integral
y continuada de Cádiz-hospital de día médico polivalente)[◇]

Rev Clin Esp. 2012;212(2):63-74

Resumen

Introducción: El hospital de día es una alternativa a la hospitalización, que mejora la accesibilidad y el confort del paciente, evitando ingresos. No obstante, la eficacia del hospital de día médico polivalente en la evitación de estancias hospitalarias no ha sido evaluada.

Objetivo: Analizar las estancias evitadas por el hospital de día médico polivalente de un hospital universitario del Servicio Andaluz de Salud.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes estudiados y/o tratados en el hospital de día médico polivalente del Hospital Universitario Puerto Real durante un año.

Resultados: Se han atendido 3.640 pacientes, realizándose 1.413 procedimientos y 4.921 tratamientos i.v. La consulta de atención preferente del hospital de día médico polivalente realizó 2.182 visitas. Los motivos de consulta más frecuentes fueron los síntomas constitucionales (15,9%) y la anemia (14,5%). Tras la primera visita, el 21,5% de los casos fueron dados de alta y menos de un 3% eran ingresados. En el 16,8% de los casos se evitó la hospitalización convencional, con una disminución del 6,0% en la necesidad de camas (5% en la unidad de Medicina Interna). Los ingresos inadecuados y los reingresos en 30 días disminuyeron un 93,3% y un 4,2% respectivamente. La afección diagnosticada con mayor frecuencia es la neoplásica (26,0%), más de la cuarta parte de las camas liberadas se generan por pacientes con neoplasias (26,7%).

Conclusión: Con este tipo de hospital de día médico polivalente se observa una mejora de la eficiencia asistencial, liberándose camas hospitalarias mediante la reducción de los ingresos, ingresos no adecuados y de los reingresos precoces en las unidades implicadas.

SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

En el año 2000 el Instituto de Medicina de EEUU, publica el informe “To Err is Human: Building a Safer Health System”...

Patient Safety Indicators

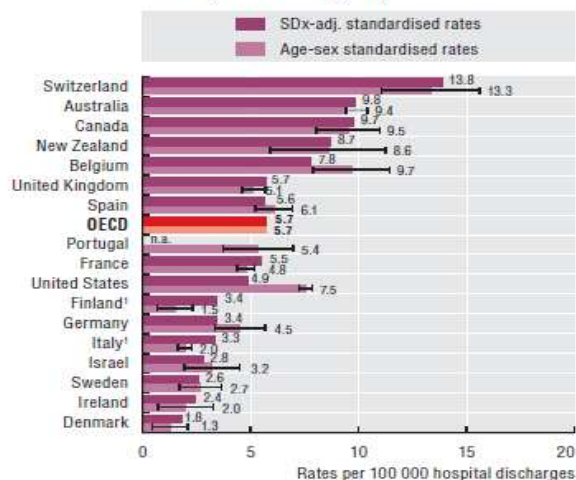
Tras constatarse el potencial de las fuentes de datos administrativos y las herramientas como los CSP o los HCUP QI en la detección (cribado) de sucesos adversos evitables, la AHRQ, especialmente preocupada por los informes de los IOM, inició el proceso de desarrollo de los PSI consistente en ¹⁸:

- a) revisión de literatura para conocer la validez de constructo de los indicadores propuestos por AHQR y añadir algunos más;
- b) aplicación del juicio clínico a los indicadores seleccionados mediante múltiples paneles clínicos y quirúrgicos mediante técnicas de consenso similares al método RAND ;
- c) revisión sistemática de los códigos para asegurar que la definición de cada indicador tenía un correlato apropiado en el lenguaje CIE9-MC;
- d) realización de análisis empíricos que probasen las limitaciones y utilidad de los indicadores; y,
- e) producción de software y documentación de uso público para su replicación en otros entornos.

Del proceso de validación se obtuvieron 20 indicadores con denominador hospitalario (pacientes elegibles) y 6 con denominador poblacional. A saber:

Complicaciones de anestesia
Muerte en DRGs de baja mortalidad
Úlcera de decúbito
Fallo en el rescate
Olvido de cuerpo extraño en cirugía *
Neumotórax iatrogénico *
Infección debida a cuidado médico *
Fractura de cadera postoperatoria
Hemorragia o hematoma postoperatorio
Trastorno metabólico y fisiológico postoperatorio
Fallo respiratorio postoperatorio
Embolismo Pulmonar o Trombosis Venosa Profunda postoperatorio
Sepsis postoperatoria
Dehiscencia de sutura postoperatoria *
Laceración o punción accidental *
Reacción por transfusión *
Trauma en el parto: lesión en el neonato
Trauma obstétrico –vaginal con instrumento
Trauma obstétrico –vaginal sin instrumento
Trauma obstétrico –parto por cesárea
Trauma obstétrico con laceraciones de tercer grado –vaginal con instrumento

5.6.1 Foreign body left in during procedure, 2009 (or nearest year)



Note: Some of the variations across countries are due to different classification systems and recording practices. 95% confidence intervals represented by I—I.

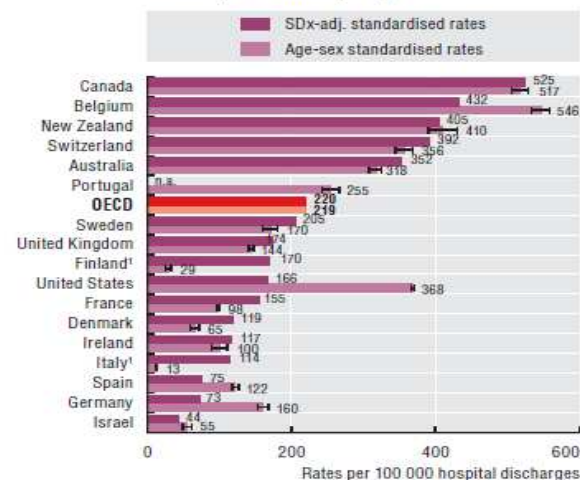
SDx: Secondary diagnoses adjustment.

1. The average number of secondary diagnoses is < 1.5.

Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525248>

5.6.2 Accidental puncture or laceration, 2009 (or nearest year)



Note: Some of the variations across countries are due to different classification systems and recording practices. 95% confidence intervals represented by I—I.

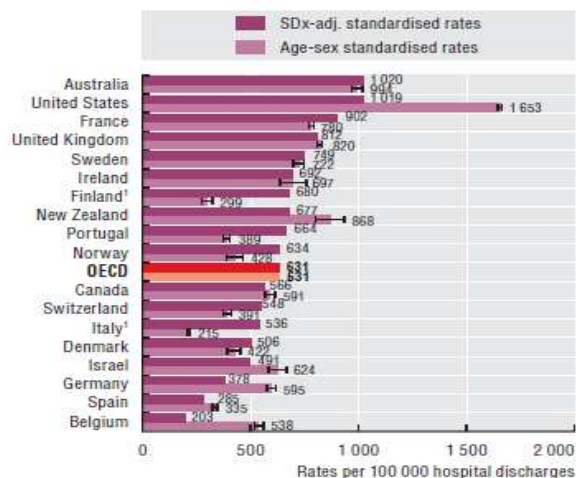
SDx: Secondary diagnoses adjustment.

1. The average number of secondary diagnoses is < 1.5.

Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525267>

5.6.3 Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis, 2009 (or nearest year)



Note: Some of the variations across countries are due to different classification systems and recording practices. 95% confidence intervals represented by I—I.

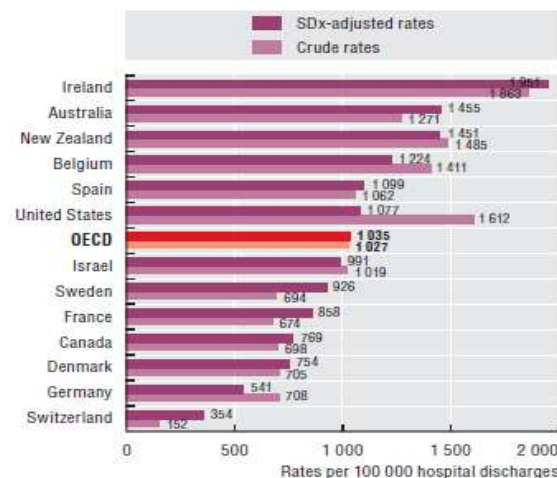
SDx: Secondary diagnoses adjustment.

1. The average number of secondary diagnoses is < 1.5.

Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525286>

5.6.4 Postoperative sepsis, 2009 (or nearest year)



Note: Some of the variations across countries are due to different classification systems and recording practices.

SDx: Secondary diagnoses adjustment.

Source: OECD Health Data 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525305>

Seguridad

- En estos últimos 12 años existe evidencia suficiente que apoye estas prácticas seguras:
Higiene de manos
- Reticencias a protocolos, check-lists, “medicina como libro de recetas”, “cada paciente es único”, etc...
- Utilidad de historia clínica electrónica en este apartado
- Escasa inversión en investigación en este campo
- Papel del médico como líder

July 25, 2013

Top 10 Patient-Safety Strategies Update

Daniel D. Dressler, MD, MSc, FHM reviewing Shekelle PG et al. Ann Intern Med 2013 Mar 5. Shine KI. Ann Intern Med 2013 Mar 5.

Ten strategies are encouraged strongly for immediate adoption on the basis of a systematic literature review.

Patient-safety experts in North America and the U.K. systematically reviewed the growing evidence base for 158 patient-safety topics, including 41 strategies designated as most important to practitioners and patients. All reviews are published in the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) evidence report entitled “[Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices](#)” to update the original 2001 publication. After carefully analyzing each patient-safety problem and its related safety strategy, the authors strongly recommend immediate adoption of the following 10 strategies:

- Preoperative and anesthesia checklists to prevent operative and postoperative events
- Bundles (with checklists) to prevent central line–associated bloodstream infections
- Interventions to reduce urinary catheter use
- Bundles to prevent ventilator-associated pneumonia
- Hand hygiene
- Do-not-use list for hazardous abbreviations
- Multicomponent interventions to prevent pressure ulcers
- Barrier precautions to prevent healthcare-associated infections
- Real-time ultrasonography for central line placement
- Interventions to improve prophylaxis for venous thromboembolism

The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now

Paul G. Shekelle, MD, PhD; Peter J. Pronovost, MD, PhD; Robert M. Wachter, MD; Kathryn M. McDonald, MM; Karen Schoelles, MD, SM; Sydney M. Dy, MD, MSc; Kaveh Shojania, MD; James T. Reston, PhD, MPH; Alyce S. Adams, PhD; Peter B. Angood, MD; David W. Bates, MD, MSc; Leonard Bickman, PhD; Pascale Carayon, PhD; Sir Liam Donaldson, MBChB, MSc, MD; Naihua Duan, PhD; om, MD; Eileen Lake, PhD, RN; Richard Lilford, PhD; . Miller, MD, MSc; Duncan V. Neuhauser, PhD, MBA, MHA; , MBA; David P. Stevens, MD; and Kieran Walshe, PhD

Table 2. Patient Safety Strategies Ready for Adoption Now

Strongly encouraged

- Preoperative checklists and anesthesia checklists to prevent operative and postoperative events
- Bundles that include checklists to prevent central line–associated bloodstream infections
- Interventions to reduce urinary catheter use, including catheter reminders, stop orders, or nurse-initiated removal protocols
- Bundles that include head-of-bed elevation, sedation vacations, oral care with chlorhexidine, and subglottic suctioning endotracheal tubes to prevent ventilator-associated pneumonia
- Hand hygiene
- The do-not-use list for hazardous abbreviations
- Multicomponent interventions to reduce pressure ulcers
- Barrier precautions to prevent health care–associated infections
- Use of real-time ultrasonography for central line placement
- Interventions to improve prophylaxis for venous thromboembolisms

Encouraged

- Multicomponent interventions to reduce falls
- Use of clinical pharmacists to reduce adverse drug events
- Documentation of patient preferences for life-sustaining treatment
- Obtaining informed consent to improve patients' understanding of the potential risks of procedures
- Team training
- Medication reconciliation
- Practices to reduce radiation exposure from fluoroscopy and CT
- The use of surgical outcome measurements and report cards, such as those from ACS NSQIP
- Rapid-response systems
- Use of complementary methods for detecting adverse events or medical errors to monitor for patient safety problems
- Computerized provider order entry
- Use of simulation exercises in patient safety efforts

Eappen S et al. Relationship between occurrence of surgical complications and hospital finances. *JAMA* 2013 Apr 17; 309:1599. (<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.2773>)

July 22, 2013

Paradox: Complications, Not Quality, Pay Dividends

Daniel D. Dressler, MD, MSc, FHM, John F. Sweeney, MD reviewing Eappen S et al. JAMA 2013 Apr 17.

Postsurgical complications generated substantial financial benefit to hospitals for insured patients but marginal benefit for Medicare patients and losses for Medicaid and self-pay patients.

Postsurgical complications occur in 3% to 17% of surgeries and lead to substantial additional cost per patient. Although evidence supports quality improvement initiatives to prevent surgical complications, implementation of such initiatives has been variable. Researchers retrospectively compared hospital costs and revenue between surgical patients who sustained one or more potentially preventable major postsurgical complications (surgical site infections, wound disruptions, sepsis, venous thromboembolism, stroke, myocardial infarctions, cardiac arrests, pneumonia, ventilator use for ≥ 96 hours, or other infections) and those without such complications in a large multihospital system (>34,000 surgical patients in 12 hospitals, including community and academic facilities; complication rate, 5%).

Complications were associated with a nearly US\$40,000 additional contribution margin (revenue minus variable costs) per patient with private insurance, less than \$2000 in Medicare patients, and substantial negative contribution margins in Medicaid patients and self-pay patients. Average inpatient postoperative mortality was 12% in patients with postsurgical complications versus 0.6% in patients without postsurgical complications.

COMMENT

As a healthcare community, we need incentives for getting things right (i.e., no complications) and to be affected negatively when complications occur. The current system does not do that. In either scenario (complications or no complications), private insurance foots the bill for the care of Medicare and Medicaid patients. Hopefully, these results will drive public and private payers to reevaluate their reimbursement practices for surgical complications and drive hospitals to augment systems of care or quality improvement initiatives to prevent complications.

**SISTEMAS DE INFORMACIÓN.
INDICADORES.
CUADRO DE MANDOS**

ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA 2009

Grupo 1



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de Sistemas
de Información Sanitaria

Comunidad de Madrid

ALTAS GRUPO							ALTAS MADRID							% SOBRE EL GRUPO						
7.552							77.110							9,79						
Indicadores de mortalidad en hospitalización							Casos GR		Éxitos GR		%		Casos T		Éxitos T		%			
Insuficiencia cardíaca							847		84		9,92		8.736		751		8,60			
EPOC							454		18		3,96		4.384		178		4,06			
Ictus							228		44		19,30		395		395		25,85			
Ángor							12		1		8,33		162		6		3,70			
Infarto agudo de miocardio							60		13		21,67		495		97		19,60			
Sepsis							265		1		33,21		3.250		1.147		35,29			
Insuficiencia renal							1.026		172		16,76		11.860		1.774		14,96			
Pancreatitis aguda							142		0		0,00		814		22		2,70			
Cirrosis hepática							161		17		10,56		1.454		163		11,21			
Neumonía							913		85		9,31		7.464		730		9,78			
Indicadores de incidencia de patologías							T Grupo		Casos Gr		%		T Madrid		Casos T		%			
Neumonía							7.552		913		12,09		77.110		7.464		9,68			
Infección urinaria							7.552		603		7,98		77.110		6.519		8,45			
Anemia							7.552		1.506		19,94		77.110		14.259		18,49			
Malnutrición							7.552		210		2,78		77.110		2.437		3,16			
Indicadores de seguridad del paciente							T Grupo		Casos		%		T Madrid		Casos		%			
Trombosis venosa o TEP en patologías médicas							7.552		67		0,89		77.110		571		0,74			
Éxitus en GRD de baja mortalidad							2.420		26		1,07		26.431		358		1,35			
Úlceras por decúbito							4.915		203		4,13		49.952		1.696		3,40			
Mortalidad en pacientes quirúrgicos por compl. graves tratables							1		0		0,00		26		4		15,38			
Neumotórax iatrogénico							7.096		2		0,03		73.442		42		0,06			
Infecciones debidas a cuidados médicos							5.807		15		0,26		56.119		132		0,24			
Punción o laceración accidental							7.474		2		0,03		76.677		34		0,04			
Reacción transfusional							7.512		0		0,00		76.858		0		0,00			
Indicadores de RAM							T Grupo		Casos		%		T Madrid		Casos		%			
Diarrea asociada a antibióticos (amoxicilina-clavulánico)							7.552		7		0,09		77.110		99		0,13			
Hiponatremia e hipopotasemia 2aria. a diuréticos							7.552		48		0,64		77.110		588		0,76			
Hipoglucemia 2aria. a insulina y/o antidiabéticos orales							7.552		0		0,00		77.110		0		0,00			
Intoxicación digitálica (Efecto adverso)							7.552		25		0,33		77.110		287		0,37			
REACCIONES ADVERSAS MAS FRECUENTES POR HOSPITAL													Grupo		Madrid		%			
E932.0		EFECTO ADVERSO DE ESTEROIDES DE LA CORTEZA SUPRARRENAL										301		1.571		19,16				
E934.2		EFECTO ADVERSO DE ANTICOAGULANTES										183		1.605		11,40				
E947.9		EFECTO ADVERSO DE FARMACOS NO ESPECIFICADOS										166		617		26,90				
E944.4		EFECTO ADVERSO DE OTROS DIURETICOS										122		1.378		8,85				
E942.1		EFECTO ADVERSO DE GLUCOSIDOS CARDIOTONICOS Y SIMILARES										54		743		7,27				
E930.9		EFECTO ADVERSO DE ANTIBIOTICOS NO ESPECIFICADOS										40		368		10,87				
E933.1		EFECTO ADVERSO DE FARMACOS ANTINEOPLASICO E INMUNOSUPRESORES										38		228		16,67				
E932.3		EFECTO ADVERSO DE INSULINAS Y AGENTES ANTIDIABETICOS										28		225		12,44				
E930.8		EFECTO ADVERSO DE OTROS ANTIBIOTICOS ESPECIFICADOS										28		336		8,33				
E947.8		EFECTO ADVERSO DE OTROS FARMACOS										26		245		10,61				
E942.6		EFECTO ADVERSO DE OTROS AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS										24		248		9,68				
E935.2		EFECTO ADVERSO DE OTROS OPIACEOS Y NARCOTICOS AFINES										22		216		10,19				

Experiencias internacionales

choose and book **Patients** **NHS Staff** **Site Map**

Welcome to Choose and Book

Choose and Book is a national electronic referral service which gives patients a choice of place, date and time for their first outpatient appointment in a hospital or clinic.



Book or change your appointment

If you have been referred to a specialist by your GP and you have an appointment reference number and a password you can book, change or cancel your appointment online or by phone. The Appointment Line (TAL) is on 0345 60 88888. This is open every day except Christmas day. [Book your appointment.](#)



About Choose and Book

Find out what Choose and Book is, why it's important, and how you can use it.
[Read more...](#)



Choose your hospital

If you want to, you can choose where you go for your first consultation by comparing the hospitals you have been shortlisted at.
[Choose now...](#)

<http://www.chooseandbook.nhs.uk/patients>

Experiencias internacionales y nacionales

- <http://www.medicare.gov/>

**Find doctors, providers,
hospitals, plans &
suppliers**

Find doctors & other health professionals

Find nursing homes

Find hospitals

Find home health services

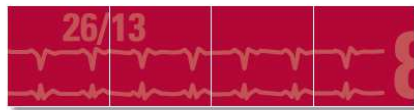
Find dialysis facilities

- Sistema Nacional de Salud: Indicadores clave en Salud
- Andalucía: Indicadores, no desagregan por provincia o centro
- Cataluña: Publica resultados de sus centros (Central de Resultados)

Los hospitales catalanes preservan la calidad

Los datos del quinto informe de la Central de Resultados demuestran que los recortes de 2011 y 2012 no tuvieron efectos nocivos sobre la asistencia

OBSERVATORIO DEL SISTEMA DE SALUD DE CATALUÑA



Central de Resultados

Cuarto informe.
Ámbito Hospitalario
Julio de 2012

Los datos permiten sacar conclusiones como ésta: si el 90 por ciento de los centros se comportasen como el 10 por ciento que presenta mejores datos en hospitalizaciones evitables se podrían impedir al año 39.000 ingresos, que es el equivalente a la actividad anual de un hospital grande.

Datos de acceso libre para usuarios

Para mejorar y hacer más accesible la información de la Central de Resultados se ha publicado una versión web que permite la consulta y la comparativa entre centros a la ciudadanía y a los profesionales, algo que, según el Departamento de Salud de la Generalitat, "confirma el compromiso con la transparencia y la rendición de cuentas". Los datos servirán además, según anunció ayer la Agencia de Calidad y Evaluación, para elaborar y publicar monográficos, unos documentos que deben permitir presentar resultados de diferentes ámbitos relacionados con la asistencia sanitaria a partir de la información de la central. Los primeros versarán sobre la organización de la atención al ictus y sobre nosocomiales.



DOS MODELOS DE GESTIÓN FRENTE A FRENTE

Resultados de salud y económicos del Hospital del Valle de Hebrón (ICS, gestión administrativa y personal estatutario) y el Clínico (consorcio del CatSalut, gestión empresarial y personal laboral), de Barcelona, en 2012

INDICADORES	Clínico	Valle de Hebrón
Número total hospitalizaciones	39.401	55.221
Número de intervenciones CMA	6.520	11.258
Tiempo en lista de espera	88,1	59,3
Índice de satisfacción global con los servicios sanitarios	8,6	8,1
Pacientes con ictus con más de 20 días de estancia	4,1	6
Porcentaje de cesáreas	28,4	24,7
Hospitalizaciones evitables en mayores de 84 años	29,7	31,1
Porcentaje de ingresos urgentes	54,6	68,2
Porcentaje de mortalidad ajustada por enfermedades seleccionadas	8,62	10,05
Porcentaje de reingresos a 30 días por causas seleccionadas	9,35	9,68
Porcentaje de embolismo pulmonar	0,30	0,23
Porcentaje de reingresos a 30 días por complicaciones de la diabetes	6,19	3,53
Porcentaje de reingresos a 30 días por EPOC	0,30	0,23
Bacteriemia de catéter venoso	0,7	0,4
Hospitalizaciones evitables	14,62	16,08
Índice de sustitución de CMA	33,17	40,86
Estancia media	7,05	7,50
Porcentaje del peso de la atención especializada	98,53	100
Porcentaje de la rentabilidad de los ingresos de explotación	1,28	-6,05
Porcentaje de cash-flow generado	4,38	-4,40
Porcentaje de rentabilidad económica	0,99	-13,85
Porcentaje de endeudamiento	85,06	0
Ingresos por UME asistencial	3.155,80	3.313
Margen por UME asistencial	42,02	-206,18
Margen de explotación por personal asistencial	1.468,14	-6.248

Fuente: Central de Resultados. Ámbito hospitalario. Julio 2013

MIÉRCOLES 24 JUL.

"La Central de Resultados tendría que ser independiente"

El presidente del COMB, Miquel Vilardell, se lo ha pedido a Boi Ruiz

Antoni Trilla, de la Agencia gestora, admite una independencia "relativa"

BARCELONA
CARMEN FERNÁNDEZ
carmenfer@diariomedico.com

Miquel Vilardell, presidente del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) y jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital del Valle de Hebrón (del Instituto Catalán de la Salud-ICS), le ha pedido al consejero de Salud, Boi Ruiz, que los informes de la Central de Resultados (económicos y de salud) de los centros sanitarios los elabore una comi-

ción, ve conflicto de interés en la Administración, que en esto actúa como juez (elaborando informes sobre resultados de salud y económicos) y parte (gobierna, financia y gestiona la mayoría de los centros). Lo mismo que Helena Ris, directora de la patronal Unión Catalana de Hospitales, que también dice que la Central tendría que estar en manos de un entidad independiente. Por el contrario, ella ha destacado que los datos los



Miquel Vilardell.

hasta ahora, en la mejora continua de la información y el análisis de los resultados. La colaboración con el COMB, en concreto, es imprescindible y aporta valor añadido al análisis de nuestro sistema".

También ha recordado que la Central analiza "un conjunto de datos diversos, incluyendo aquellos relacionados con el CMBD-AH (conjunto mínimo básico de datos de altas de hospitalización) que proporciona

Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción

J. García-Aparicio*, J. Herrero-Herrero, L. Corral-Gudino y R. Jorge-Sánchez

Rev Calid Asist. 2010;25(2):97–105

Objetivo: Valorar la calidad percibida por los usuarios del Servicio de Medicina Interna de Los Montalvos (Salamanca) durante los 5 primeros años de funcionamiento de este.

Material y métodos: Estudio transversal, realizado desde febrero de 2004 hasta enero de 2009. A todos los pacientes hospitalizados (6.997) se les entregó al alta una encuesta modelo SERVQHOS de cumplimentación anónima y voluntaria.

Resultados: Se recogieron 2.435 encuestas. La participación fue del 34,8%. Excepto en lo relativo a la accesibilidad, las cuestiones planteadas en la encuesta se percibieron como se esperaba o por encima de las expectativas por parte de más del 85% de los encuestados. El 90,6% de los pacientes estuvo satisfecho con la atención recibida y el 83,9% recomendaría el hospital a otras personas. Las variables con mayor capacidad predictiva, en relación con la satisfacción global, fueron el trato personalizado y el interés del personal por solucionar problemas. El 33,6% valoró la facilidad para llegar al hospital por debajo de lo esperado. Tras implantar medidas de mejora, el porcentaje de insatisfacción respecto a la accesibilidad se situó en el 24,8% ($p = 0,02$).

Conclusiones: Nueve de cada 10 pacientes encuestados estaban satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida y recomendarían el hospital a otras personas. Las variables más vinculadas con la satisfacción global fueron las relacionadas con el personal del servicio. Tras detectar deficiencias e implantar medidas de mejora, la encuesta detectó mejoría en el nivel de satisfacción.

GESTION DE REINGRESOS

Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk

Harlan M. Krumholz, M.D.

How might the post-hospital syndrome emerge? Hospitalized patients are not only enduring an acute illness, which can markedly perturb physiological systems, but are experiencing substantial stress. During hospitalization, patients are commonly deprived of sleep, experience disruption of normal circadian rhythms, are nourished poorly, have pain and discomfort, confront a baffling array of mentally challenging situations, receive medications that can alter cognition and physical function, and become deconditioned by bed rest or inactivity. Each of these perturbations can adversely affect health and contribute to substantial impairments during the early recovery period, an inability to fend off disease, and susceptibility to mental error.

Comprehensive strategies for mitigating post-hospital syndrome and its accompanying risks might begin with efforts to target the stressors that probably contribute to vulnerability in patients soon after discharge.

Studies of Rehospitalizations

- Nearly 20% of Medicare hospitalizations are followed by readmission within 30 days.
- 90% of rehospitalizations within 30 days appear to be unplanned, the result of clinical deterioration.
- MedPAC: 75% of readmissions preventable, adding \$12 Bn/yr to Medicare spending.
- Only half of the patients rehospitalized within 30 days had a physician visit before readmission.
 - Unknown if lack of physician visit causes readmissions—but poor continuity of care, esp for many chronically ill patients.
- 19% of Medicare discharges are followed by an adverse event within 30 days—2/3 are drug events, the kind most often judged “preventable.”

**Reducing Avoidable Hospital
Readmissions**

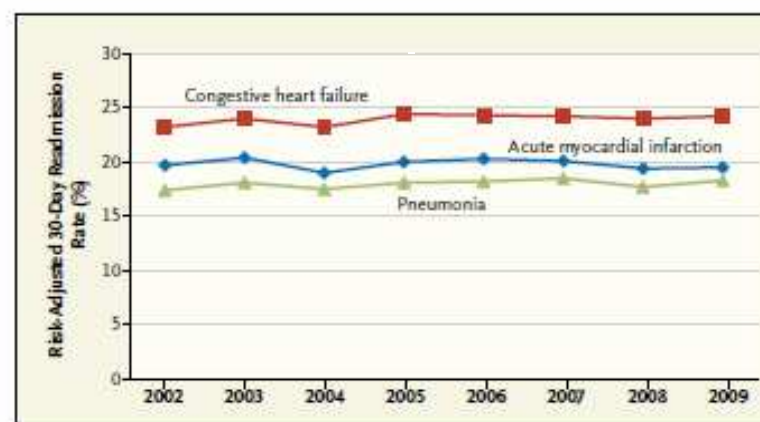
**Steve Hines, PhD
Vice President, Research
Health Research and Educational Trust**

**June 4, 2010
Florida Hospital Association Meeting**

Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences

Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., and Ashish K. Jha, M.D., M.P.H.

The growing body of evidence suggests that the primary drivers of variability in 30-day readmission rates are the composition of a hospital's patient population³ and the resources of the community in which it is located — factors that are difficult for hospitals to change. We know that some of the most important drivers of readmissions are mental illness, poor social support, and poverty, which are often deeply ingrained. Therefore, readmission rates have weak signaling value for identifying high-quality hospitals. The current scheme to penalize hospitals with high readmission rates is likely to disproportionately affect institutions that care for poor or minority populations or those with a high burden of mental illness.



National Trends in 30-Day Readmission Rates, 2002–2009.

Rates are authors' calculations based on Medicare data.

In fact, there are several factors influencing readmission rates that we would not want hospitals to change. For example, hospitals with a low mortality rate among patients with heart failure have higher readmission rates, presumably because they keep their sickest patients alive, and those patients are subsequently more likely to be readmitted.⁴ Similarly, given the close relationship between overall community-level hospitalization rates and readmission rates, communities that invest resources in outpatient care and thus are able to keep their healthiest patients from being hospitalized may see their readmission rates rise. Finally, whereas some studies have shown that sustained efforts can reduce readmission rates somewhat, others have shown that interventions aimed at improving care



Original article

Predictive model of readmission to internal medicine wards

Antonio Zapatero ^{a,1}, Raquel Barba ^{b,*}, Javier Marco ^{c,1}, Juan Hinojosa ^{a,1}, Susana Plaza ^{d,1},
Juan Emilio Losa ^{e,1}, Jesus Canora ^{a,1}

^a Department of Internal Medicine, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, Spain

^b Department of Internal Medicine, Hospital Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, Spain

^c Department of Internal Medicine, Hospital Clínico de San Carlos, Madrid, Spain

^d Department of Internal Medicine, Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid, Spain

^e Department of Internal Medicine, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, Spain

Table 3

“Semi index” for the quantification of risk of readmission within 30 days after discharge stratified by age.

Attribute	≤50 years	51–70 y	71–90 y	>90 y
N (%)	153,409 (15.4%)	226,911 (22.7%)	570,592 (57.1%)	48,177 (4.8%)
Global (Risk of readmission)	8.6%	12.2%	13.6%	11.1%
Points ^a				
Gender (male)	1	1	1	1
Length of stay, (above median)	1	1	1	1
Severe liver disease	5	7	6	4
Exacerbation of chronic pulmonary disease	1	3	3	3
Malnutrition	2	2	3	2
Cancer	5	6	3	0
Chronic renal insufficiency	3	4	2	1
Acute Congestive heart failure	1	3	2	1
Anaemia	1	2	2	1
Diabetes	0	1	1	2
Dementia	5	4	1	1
Atrial fibrillation	0	0	1	2
Accuracy of the model	89%	85%	83%	89%
Risk of readmission				
Low risk	0–3 points	0–5 points	0–5 points	0–5 points
Moderate risk	3–6 points	6–9 points	6–9 points	6–8 points
High risk	>6 points	>10 points	>10 points	>8 points

“SEMI” is the acronym of Sociedad Española Medicina Interna (Spanish Society of Internal Medicine).

^a A patient’s final SEMI score is calculated by summing the points of the attributes that apply to the patient.



JournalWATCH®

SPECIALTIES

"I'll Be Back"

Risk-prediction models for hospital readmission perform poorly, according to a systematic review.

Given that many hospitalized patients return within 30 days, identifying those at greatest risk for rehospitalization would aid in targeting care-transition interventions and limiting readmissions. To assess how well validated readmission risk-prediction models work, researchers performed a systematic review of 30 studies (26 unique models) involving a variety of patient populations and clinical settings. Most studies used data from the U.S.

The studies most often focused on risk for readmission within 30 days. Variables of interest included medical diagnoses or comorbidities (24 studies), patient age (19 studies), patient sex (15 studies), prior use of medical services (14 studies), alcohol or other substance use (11 studies), mental illness (9 studies), cognitive impairment (7 studies), insurance status (6 studies), and illness severity (4 studies). Fourteen of the 26 models relied on retrospective administrative data; all 9 of the 14 that focused on large U.S. populations had poor discriminative ability for predicting readmission. The remaining 12 models used real-time administrative or primary data; most of them also had poor predictive ability.

Comment: Predicting hospital readmission is an imperfect science, and most risk-prediction models in this systematic review performed poorly. Although the vast majority of the models incorporated medical-comorbidity variables, other important variables (e.g., demographics, prior use of medical services, functional status, illness severity, and socioeconomic status) were often omitted. Still other factors, such as timeliness of postdischarge follow-up and communication with primary care providers, surely matter as well. The findings of this review also raise concerns about comparing hospital performance on the basis of risk-standardized readmission rates. As the authors note, we need better approaches for successfully identifying the patients at greatest risk for avoidable readmission.

*Published in Journal Watch Hospital Medicine (Link to: <http://hospital-medicine.jwatch.org>)
February 17, 2012*

A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization

A Randomized Trial

Brian W. Jack, MD; Veerappa K. Chetty, PhD; David Anthony, MD, MSc; Jeffrey L. Greenwald, MD; Gail M. Sanchez, PharmD, BCPS; Anna E. Johnson, RN; Shaula R. Forsythe, MA, MPH; Julie K. O'Donnell, MPH; Michael K. Paasche-Orlow, MD, MA, MPH; Christopher Manasseh, MD; Stephen Martin, MD, MEd; and Larry Culpepper, MD, MPH

Background: Emergency department visits and rehospitalization are common after hospital discharge.

Objective: To test the effects of an intervention designed to minimize hospital utilization after discharge.

Design: Randomized trial using block randomization of 6 and 8. Randomly arranged index cards were placed in opaque envelopes labeled consecutively with study numbers, and participants were assigned a study group by revealing the index card.

Setting: General medical service at an urban, academic, safety-net hospital.

Patients: 749 English-speaking hospitalized adults (mean age, 49.9 years).

Intervention: A nurse discharge advocate worked with patients during their hospital stay to arrange follow-up appointments, confirm medication reconciliation, and conduct patient education with an individualized instruction booklet that was sent to their primary care provider. A clinical pharmacist called patients 2 to 4 days after discharge to reinforce the discharge plan and review medications. Participants and providers were not blinded to treatment assignment.

Measurements: Primary outcomes were emergency department visits and hospitalizations within 30 days of discharge. Secondary

outcomes were self-reported preparedness for discharge and frequency of primary care providers' follow-up within 30 days of discharge. Research staff doing follow-up were blinded to study group assignment.

Results: Participants in the intervention group ($n = 370$) had a lower rate of hospital utilization than those receiving usual care ($n = 368$) (0.314 vs. 0.451 visit per person per month; incidence rate ratio, 0.695 [95% CI, 0.515 to 0.937]; $P = 0.009$). The intervention was most effective among participants with hospital utilization in the 6 months before index admission ($P = 0.014$). Adverse events were not assessed; these data were collected but are still being analyzed.

Limitation: This was a single-center study in which not all potentially eligible patients could be enrolled, and outcome assessment sometimes relied on participant report.

Conclusion: A package of discharge services reduced hospital utilization within 30 days of discharge.

Funding: Agency for Healthcare Research and Quality and National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health.

Ann Intern Med. 2009;150:178-187.

For author affiliations, see end of text.

ClinicalTrials.gov registration number: NCT00252057.

www.annals.org

HANDOFFS

Transitions of Care Consensus Policy Statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency Medicine

Journal of Hospital Medicine Vol 4 | No 6 | July/August 2009

The TOCCC discussed what components should be included in an ideal transition record and agreed on the following elements:

- Principle diagnosis and problem list.
- Medication list (reconciliation) including over-the-counter medications/herbals, allergies, and drug interactions.
- Emergency plan and contact number and person.
- Treatment and diagnostic plan.
- Prognosis and goals of care.
- Test results/pending results.
- Clear identification of the medical home and/or transferring coordinating physician/institution.
- Patient's cognitive status.
- Advance directives, power of attorney, and consent.
- Planned interventions, durable medical equipment, wound care, and so forth.
- Assessment of caregiver status.



Improving the Care of Patients as They Transition from Hospital to Home

Our Vision

By improving hospital discharge processes, Project BOOST aims to:

- Reduce 30 day readmission rates for general medicine patients (with particular focus on older adults)
- Improve patient satisfaction scores and H-CAHPS scores related to discharge
- Improve flow of information between hospital and outpatient physicians and providers
- Identify high-risk patients and target specific interventions to mitigate their risks for adverse events
- Improve patient and family preparation for discharge

Background

According to recent research published in the *New England Journal of Medicine*, about 1 in 5 hospitalized Medicare beneficiaries were readmitted within 30 days after discharge. Unplanned re-hospitalizations cost Medicare \$17.4 billion in 2004.

Project BOOST is led by a national advisory board of recognized leaders in care transitions, hospital medicine, payers and regulatory agencies. The board is co-chaired by Eric Coleman MD, MPH and Mark Williams, MD, FACP, FHM and includes representatives from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Blue Cross and Blue Shield Association, Centers for Medicare and Medicaid Services, Centers for Disease Control and Prevention, Institute for Health Care Improvement (IHI), The Joint Commission, and Kaiser Permanente. Medical, pharmacy and nursing professional societies, and patient advocates participate and contribute to Project BOOST's development.

De: Society of Hospital Medicine [shm@hospitalmedicine.org]

Enviado el: miércoles, 24 de julio de 2013 20:41

Para: Zapatero Gaviria.Antonio

Asunto: New Research Finds Project BOOST Reduces Readmissions

Problem viewing this email? View the [online](#) or the [mobile](#) version.



[New research published online in the *Journal of Hospital Medicine*](#) this week finds that hospitals implementing Project BOOST experienced a reduction in 30-day readmissions. *Now is the time for hospitalists to do something about it.*

In a study of 11 hospitals that implemented one or more Project BOOST tools, hospitals reduced 30-day readmissions by an average of 13.6 percent.

Readmissions are measured by the percentage of hospitalized patients who return to the hospital within 30 days of discharge. The average rate of 30-day readmissions dropped from 14.7 percent before using Project BOOST to 12.7 percent one year afterward.

Hospitalists can play a leadership role in helping their hospitals reduce readmissions. Now is the time to act.

More than 160 hospital sites nationwide have already participated in Project BOOST, and SHM is accepting applications for its 2013 cohort until August 30.

To apply for the 2013 cohort, visit www.hospitalmedicine.org/boost today.

The Check-Out Checklist

Kathleen Finn, MD, Daniel D. Dressler, MD, MSc, FHM reviewing Soong C et al. *J Hosp Med* 2013 Aug.

An evidence-based hospital discharge checklist that starts at admission might improve safe transition from hospital to home.

With the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) reducing payments to facilities with high rates of readmission, discharge safety and efficacy is ever more paramount. A multidisciplinary consensus panel of experts (in acute, chronic, home, and long-term care and in rehabilitation medicine) convened by the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care developed a safe hospital-discharge checklist of evidence-based pre-discharge, post-discharge, and bridging practices, categorized into the following seven domains that represent events that should be completed during a typical hospitalization:

1. Indication for hospitalization

2. Primary care

- Identify/confirm primary care physician (PCP)
- Contact/notify PCP of patient admission, diagnosis, predicted discharge date
- Schedule PCP follow-up within 7–14 days of discharge

3. Medication safety

- Reconcile home and admission medications
- Teach proper use of discharge medications and their relation to prior home medications
- Reconcile discharge, prior-home, and hospital medications

4. Follow-up plans

- Postdischarge follow-up phone call within 72 hours for high-risk patients (high LACE index score [Length of stay, Acuity on admission, Comorbidity, and Emergency department visits])
- Arrange outpatient studies (e.g., lab, radiology) if needed
- Arrange specialty clinic follow-up if needed

5. Home-care referral

- Home-care agency shares information about patient's preexisting community services
- Engage home-care agencies
- Schedule postdischarge home care (if needed)

6. Communication with outpatient providers — provide discharge summary, medication reconciliation information, and inpatient attending contact information to patient, PCP, community pharmacy, and caregiver

7. Patient education

- Use teach-back method
- Explain relation between new medications and diagnosis
- Explain discharge summary
- Explain expected home course, including anticipated or possible symptoms and circumstances and when patient should contact his or her physician

Conclusiones. Reingresos

- 20% de pacientes en Medicare reingresan en 30 días
- Coste de 17.4 billones dólares
- 12,4% en Medicina Interna
- Son potencialmente evitables entre 42-71%
- Identificar los pacientes en riesgo. No hay buenos modelos predictivos.
- Mejorar comunicación a At Primaria. Plan médico
- Planificar actuaciones para evitar reingreso
- Preparación del paciente y familia

RELACION CON OTRAS ESPECIALIDADES. INTERCONSULTAS

Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna

I. Méndez López* y D. Etxeberria Lekuona

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Navarra, Pamplona, España

doi:10.1016/j.rce.2010.05.021

Se detectan cuatro modelos principales de distribución del trabajo que se presentan con similar frecuencia: distribución consecutiva, 29,4%; interconsultor único, 25,5%; asignación de plantas, 25,5%; equipo de dos o más personas, 19,6%. Sistemas rotatorios de asignación de IC se dieron en el 63,5% de los casos. El 21,6% de los hospitales tiene médicos internistas integrados en servicios quirúrgicos. En el 64,7% la carga de trabajo es adicional a la convencional y en un 15,7% la dedicación es exclusiva. En el 94,1% de los hospitales el sistema de solicitud de IC se realiza a demanda personal del cirujano, sin protocolo previo. El registro de la actividad se realiza en el 77,5% de los servicios, pero sólo en un 7,8% de forma avanzada. Un soporte informático de petición y respuesta es utilizado en el 11,8% de los casos. Un 21,6% de los servicios no dispone de sistema de localización urgente del internista interconsultor. Los MIR participan de forma autónoma en esta actividad de modo fijo u ocasional en un 45,1% de los hospitales.

Efecto llamada/rechazo en los cirujanos generales al solicitar interconsultas a Medicina Interna

Eduardo Montero Ruiz*, Laura Pérez Sánchez,
José María Barbero Allende y Marta García Sánchez

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe
de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España*

Tabla 1 – Resultados

Cirujano	Media (DE)	Diferencia (IC 95%)	SE
1	10,7 (4,7)	2,3 (–9,5 a 14)	n.s.
2	4,3 (0,6)	–4,1 (–5,5 a –2,6)	p = 0,007
3	4,7 (0,6)	–3,7 (–5,2 a –2,3)	p = 0,008
4	7 (1,7)	–1,4 (–5,7 a 2,9)	n.s.
5	6,7 (0,6)	–1,7 (–3,2 a –0,3)	p = 0,03
6	22,3 (4,7)	13,9 (2,2 a 25,7)	p = 0,04
7	5 (1,7)	–3,4 (–7,7 a 0,9)	n.s.
8	8 (1)	–0,4 (–2,9 a 2,1)	n.s.
9	5,7 (2,9)	–2,7 (–9,9 a 4,4)	n.s.
10	5,7 (1,1)	–2,7 (–5,6 a 0,1)	n.s.
11	12,3 (4,9)	3,9 (–8,3 a 16,2)	n.s.
Total	8,4 (5,6)		

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; n.s.: no significativo; SE: significación estadística.

Como conclusión podemos decir que existen marcadas diferencias entre algunos cirujanos generales respecto al número de IC que solicitan a MI.

Artículo especial

La interconsulta médica: problemas y soluciones

Medical consultation: Problems and solutions

Eduardo Montero Ruiz * y Joaquín López-Álvarez

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

Posibles soluciones

La especialización médica es cada vez más precoz y profunda, lo que conlleva tener más dificultades con enfermos o enfermedades frecuentes pero que están fuera del área de capacitación de cada profesional. Una adecuada formación médica general mejoraría enormemente todo lo relativo a la IC. Sería importante para la actividad hospitalaria en general, incluidas las IC, una buena formación sobre la delimitación y la transferencia de la responsabilidad sobre el enfermo¹⁵. Se debería dar formación específica sobre IC a los residentes, en especial a los de medicina interna. Todo médico implicado en las IC, tanto solicitante como consultor, debería, por lo menos, conocer y aplicar el decálogo ya enunciado hace años por Goldman et al⁸.

Una forma de dar apoyo médico a aquellos servicios quirúrgicos, cuando el volumen o las características de los enfermos que atienden lo permiten, es la adscripción de internistas a estos servicios con plena responsabilidad sobre el enfermo. Esta forma de colaboración con los servicios quirúrgicos ha demostrado claramente su utilidad, eficacia y rentabilidad⁴. Con este sistema, prácticamente desaparecen todos los problemas que presentan actualmente las IC.

Pacientes quirúrgicos ingresados: asistencia compartida con Medicina Interna

Med Clin (Barc). 2012;138(4):177–180

Eduardo Montero Ruiz*, Cristina Gómez Ayerbe,
Laura Pérez Sánchez y Virginia Melgar Molero

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

La interconsulta de servicios quirúrgicos: una misión para el internista

J. A. Girón González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Facultad de Medicina. Cádiz.

Rev Clin Esp 2004;204(7):343-4

Adscripción de un internista a un servicio de cirugía ortopédica y traumatología: encuesta de satisfacción

Rev Clin Esp. 2011;211(5):267–274

R. Monte Secades*, R. Rabuñal Rey,
M. Peña Zemsch y M. Bal Alvaredo

Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo, España

Resumen Interconsultas

- Útil
- Coste/Eficacia
- No esta estructurada en la mayor parte de los servicios
- Necesaria formación, a nuestros residentes y sobre delimitación de responsabilidades
- Cogestión, un paso mas...
- Algunos especialistas nos quieren y otros, menos..incluso dentro de la misma especialidad
- Campo de desarrollo de nuestra especialidad

La propuesta de rediseño del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

Guillermo Vázquez^a, Salvador Benito^b, Domingo Ruiz^a, Pere Domingo^c, Gemma Domingo^d, Dolors Soler^d, María Teresa García^d, Santiago García^d, Pedro Lázaro^d, Àngels Fontanet^d, Marta Prieto^d, Jaume Monmany^a, Jordi Farrerons^a, Miquel Santaló^b, Silvestre Martín^e y Mercedes Gurgui^c

^aServicio de Medicina Interna y Urgencias. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. ^bComplejo de Urgencias y Críticos. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. ^cUnidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna y Urgencias. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. ^dEnfermería. Servicio de Medicina Interna. Complejo de Urgencias y Críticos. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. ^eUnidad de Informática. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. España.

Rev Calidad Asistencial 2004;19(1):20-6

Tabla 1. Objetivos relevantes* para un servicio de medicina interna

1. Atender al paciente geriátrico en sus dimensiones clínica, rehabilitadora y social
2. Apoyar al servicio de urgencias considerándolo el cliente número uno
3. Integración de la población inmigrante en sus necesidades asistenciales
4. Controlar el riesgo de infección nosocomial, para evitar:
La mortalidad añadida que conlleva
El exceso en el consumo de recursos que produce
5. Hacerse cargo de los pacientes en los que las especialidades no aporten un valor añadido (p. ej., pacientes médicos paliativos, situaciones vegetativas, infección nosocomial de larga estancia)
6. Ofertar una respuesta integrada a los problemas clínicos de nuestro entorno
7. Introducir la cultura de la calidad total centrada en el ciudadano, junto con la gestión eficiente de los recursos

*Todos los objetivos priorizados tienen una importancia similar y deben de valorarse conjuntamente. Esto se debe a las interrelaciones que tienen entre sí las intervenciones encaminadas a convertirlos en resultados obietivables.

Nuestra propuesta de cambio representa una visión de conjunto sobre hacia dónde debe de evolucionar el SMI y tiene el valor añadido de haberse consensuado con la participación de todos los estamentos del servicio. Los diversos

Los pacientes y la sociedad han cambiado. Y nosotros ¿nos estamos adaptando al cambio?

Galicia Clin 2013; 74 (2): 48-49

Patients and Society Have Changed. Are We As Physicians Adapting to Change?

Pilar Román Sánchez^{1,2}

¹Servicio de Medicina Interna del Hospital de Requena. Valencia. ²Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna.

- Cambio de modelo asistencial para hacer frente a la epidemia de la cronicidad
- Equipos con atención primaria y sociosanitario para adelantarse a descompensaciones y evitar progresión, hospitalizaciones y dependencia.
- Actitud responsable y participativa del paciente
- Pérdida del papel centrípeto del hospital
- Apertura a la comunidad. Atención integrada. Tendencia a ambulatorizar.
- Aumento de recursos alternativos a la hospitalización.
- Indicadores basados en resultados de salud, calidad y seguridad del paciente
- Gestión clínica en base a problemas de salud

Por todo ello en la Cartera de Servicios de un servicio de Medicina Interna debería haber... en los próximos años

- **Hospitalización de agudos. Adecuación de ingresos**
- **Consultas:**
 1. *Patología médica general*
 2. *Monográficas. Procesos*
 3. *Paciente crónico*
 4. *Consultoría Atención Primaria:*
 - *Atención inmediata.*
 - *Continuidad asistencial.*
 - *Gestión de la demanda*
 5. *Codificación actividad de consultas. Registro de actividad*
- **Interconsulta médica y quirúrgica. Relación con otras especialidades. Cogestión de paciente quirúrgico (?)**
- **Alternativas a la hospitalización convencional**
- **Gestión de ingresos. Relación con Urgencias y otras especialidades**
- **Paciente anciano: Gestión con residencias sociosanitarias.**
- **Cuadro de mandos. Indicadores de seguridad. Plan de mejora**
- **Participación del paciente**
- **Docencia pre y postgrado**
- **Investigación.**

10 Actuaciones para mejorar resultados y ahorrar con criterio clínico

Jordi Varela

20 d'abril de 2013

gc varela

Decálogo de actuaciones para mejorar resultados y ahorrar con criterio clínico

1. Reducir hospitalizaciones potencialmente evitables
2. Mejorar la gestión de camas
3. Potenciar la ambulatorización de los procesos quirúrgicos
4. Reducir las actuaciones desproporcionadas en oncología e impulsar la atención paliativa
5. Mejorar el manejo clínico de los pacientes geriátricos frágiles hospitalizados
6. Reducir la tecnificación desproporcionada de final de vida de los pacientes crónicos y frágiles
7. Reducir pruebas diagnósticas inútiles o redundantes
8. Reducir visitas sucesivas innecesarias y reducir readmisiones
9. Actualizar protocolos para mejorar resultados y costes
10. Aumentar la seguridad clínica de los pacientes

gc varela

En qué medida, crees que SEMI es una Sociedad que ostenta la gestión del conocimiento?

Opciones

1	9 (2,43 %)
2	7 (1,89 %)
3	20 (5,41 %)
4	21 (5,68 %)
5	50 (13,51 %)
6	88 (23,78 %)
7	86 (23,24 %)
8	63 (17,03 %)
9	25 (6,76 %)
10	6 (1,62 %)

En qué medida, crees que SEMI es una Sociedad innovadora?

Opciones

1	16 (4,32 %)
2	11 (2,97 %)
3	15 (4,05 %)
4	25 (6,76 %)
5	59 (15,95 %)
6	87 (23,51 %)
7	82 (22,16 %)
8	50 (13,51 %)
9	24 (6,49 %)
10	11 (2,97 %)

Can England's NHS Survive?

Nicholas Black, M.D.

Perspective
JULY 4, 2013

For the NHS to survive in its present form, it will need to overcome four formidable challenges. The first is financial constraint. Although the government claims to be maintaining funding in real terms, high rates of inflation in health care plus some financial maneuvers, such as withholding from the NHS any funds in its budget that it hasn't spent, mean there has been an actual funding reduction of almost 1% per year since 2011. Of greater concern is that social services have undergone a substantial cut of about 7% per year since 2011, which is resulting in more emergency admissions to hospitals and delays in discharges. These

The second challenge is that the NHS may face opposition to its attempts to improve productivity.

The third challenge is a lack of managerial capacity, stemming largely from the government's imposition of a reorganization

Finally, there is concern that the way the NHS has been reorganized will impede attempts to achieve greater integration of services across health care and with social services — integration that is essential to achieving efficient, high-quality care.

Can England's NHS Survive?

Nicholas Black, M.D.

turmoil provides an opportunity
for innovation. It can produce
collective efforts in which fac-
tional interests are set aside and
long-standing controversial issues,
such as bringing health care and
social services closer together

N ENGL J MED 369:1 NEJM.ORG JULY 4, 2013

Annals of Internal Medicine

| EDITORIAL

Patient Safety Strategies: A Call for Physician Leadership

paradigms are undertaken. Historically, when physicians
have not responded to the key elements of health care, such
as access, cost, and quality, others have imposed solutions
on them. Quality of care remains the arena in which phy-
sician leadership can still provide direction, innovation,
and enhanced satisfaction for patients and caregivers.