

# XXXIV

## Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la  
Sociedad Andaluza de  
Medicina Interna (SADEMI)

### 21-23

Noviembre 2013

Palacio de Ferias y  
Congresos de Málaga  
**Málaga**



**XXXIV** Congreso Nacional de la  
Sociedad Española de Medicina Interna  
(SEMI)

**21-23** Noviembre 2013    Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

**XXIX** Congreso de la Sociedad Andaluza  
de Medicina Interna (SADEMI)



**Medicina Interna: En el Ojo del  
Huracán. La Medicina Interna  
como respuesta a la crisis  
económica en Sanidad**

**Dr. Jesús Canora Lebrato**  
**Servicio de Medicina Interna**  
**Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid**



**CONTEXTO**

16 Expansión Martes 6 agosto 2013

ECONOMÍA / POLÍTICA

**Expansión.com**

Miércoles, 13.11.13. Actualizado a las 16:13

...o español, en riesgo  
recorta el gasto

Portada » Economía y Política

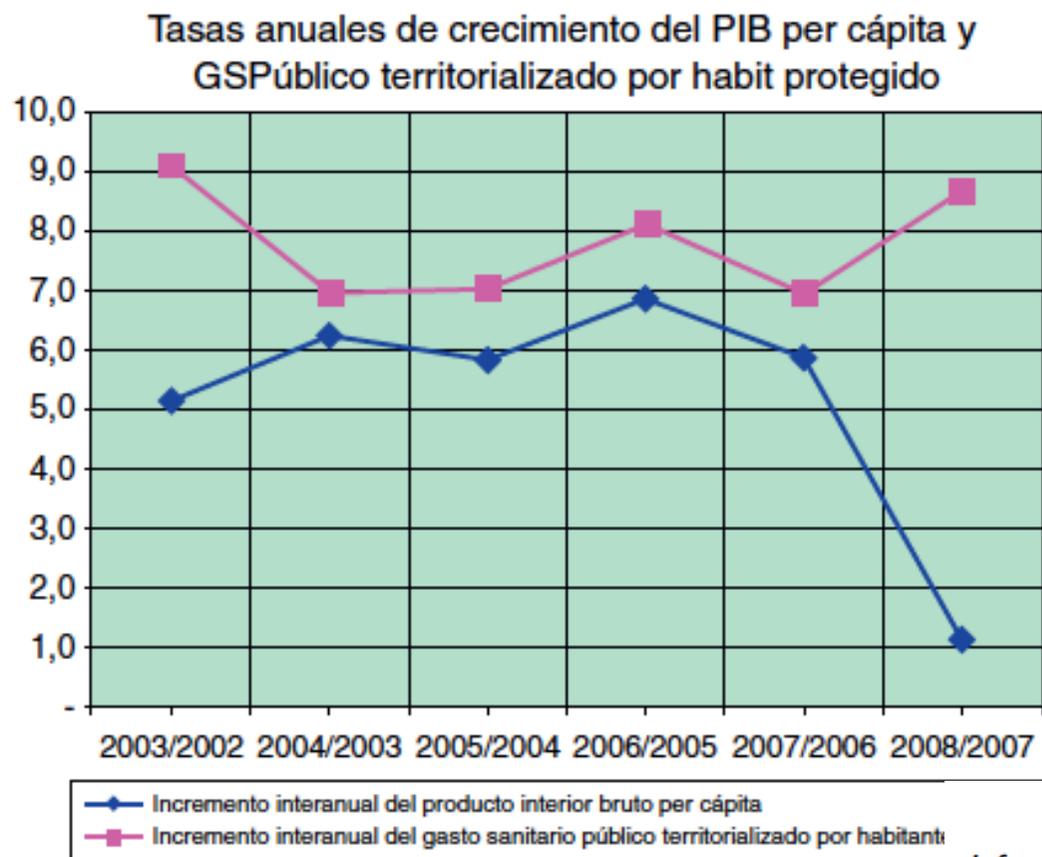
## Economía cree que el ritmo de crecimiento de España a mediados de 2014 será del 1%

... 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.



## EDITORIAL

# Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos



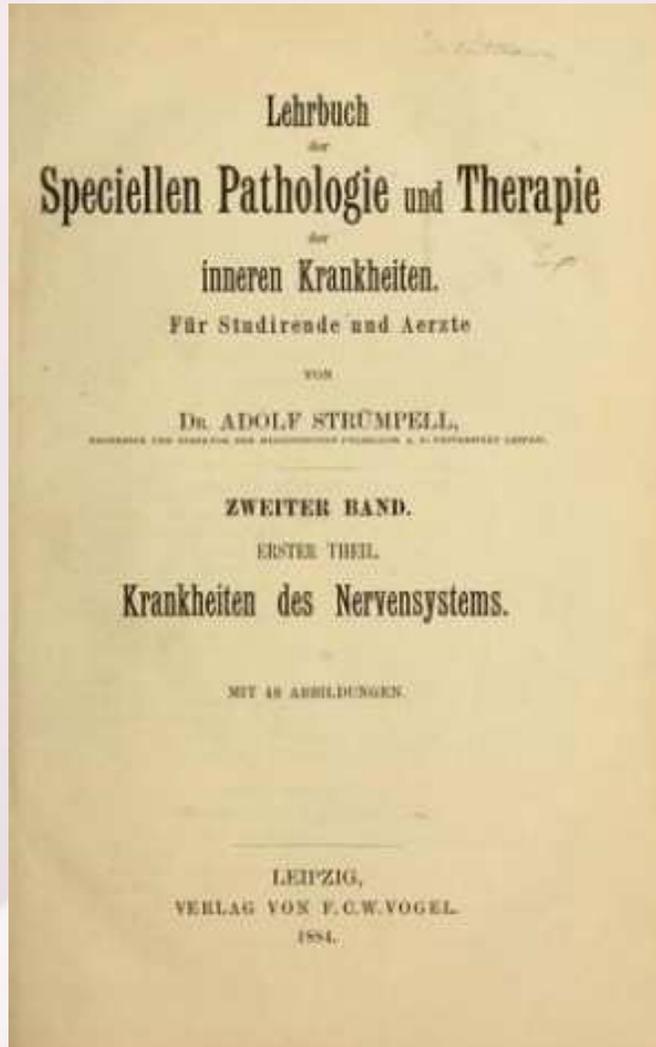
José R. Repullo  
*Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la  
 Salud, Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud  
 Carlos III, Madrid, España*

## I Congreso de Wiesbaden en 1882

Profesor Friedrich Theodor Frierichs

... El campo de la medicina ha crecido tanto, que nadie puede ya abarcar y dominar la totalidad en cada una de sus partes... Pero no podemos ni debemos ignorar el reverso de la moneda...

**Cada vez nos alejamos más de la idea unitaria del organismo humano tal como la concibe la medicina interna, que está llamada a mantener y desarrollar esta unidad del organismo del ser humano**



## SOUNDING BOARD

# Specialization, Subspecialization, and Subsubspecialization in Internal Medicine

Christine K. Cassel, M.D., and David B. Reuben, M.D.

N ENGL J MED 364;12 NEJM.ORG MARCH 24, 2011

At a time when most authorities believe that the country desperately needs more generalists, the American Board of Internal Medicine (ABIM) is adding new subspecialties. Specifically, in the



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

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH
	2000	1998	1998	2002	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
<b>Total current expenditure on health care</b>	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			
<b>Total health expenditure</b>	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).

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

**SHA: System of Health Accounts**

## Case and Care Complexity in the Medically Ill

Peter de Jonge, PhD<sup>a,\*</sup>, Frits J. Huyse, MD, PhD<sup>b</sup>,  
Friedrich C. Stiefel, MD, PhD<sup>c</sup>

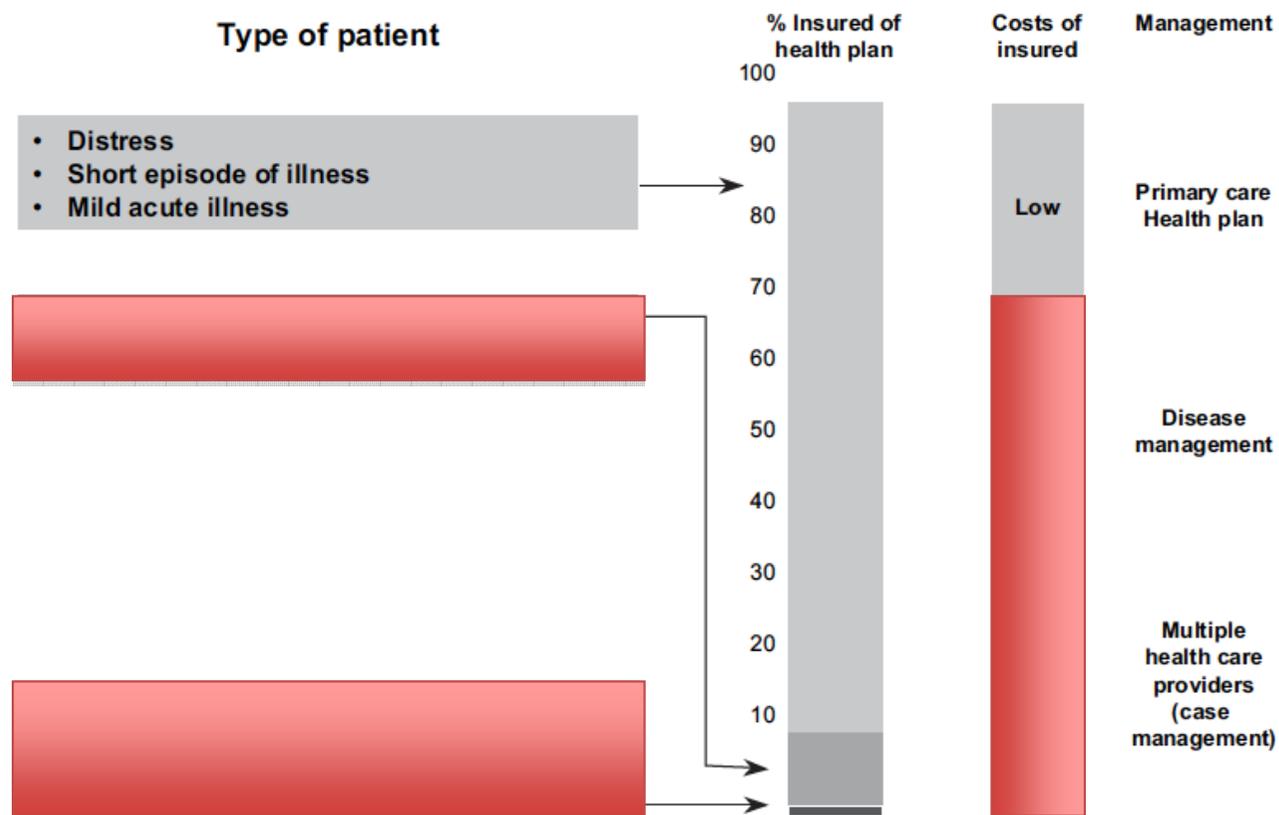
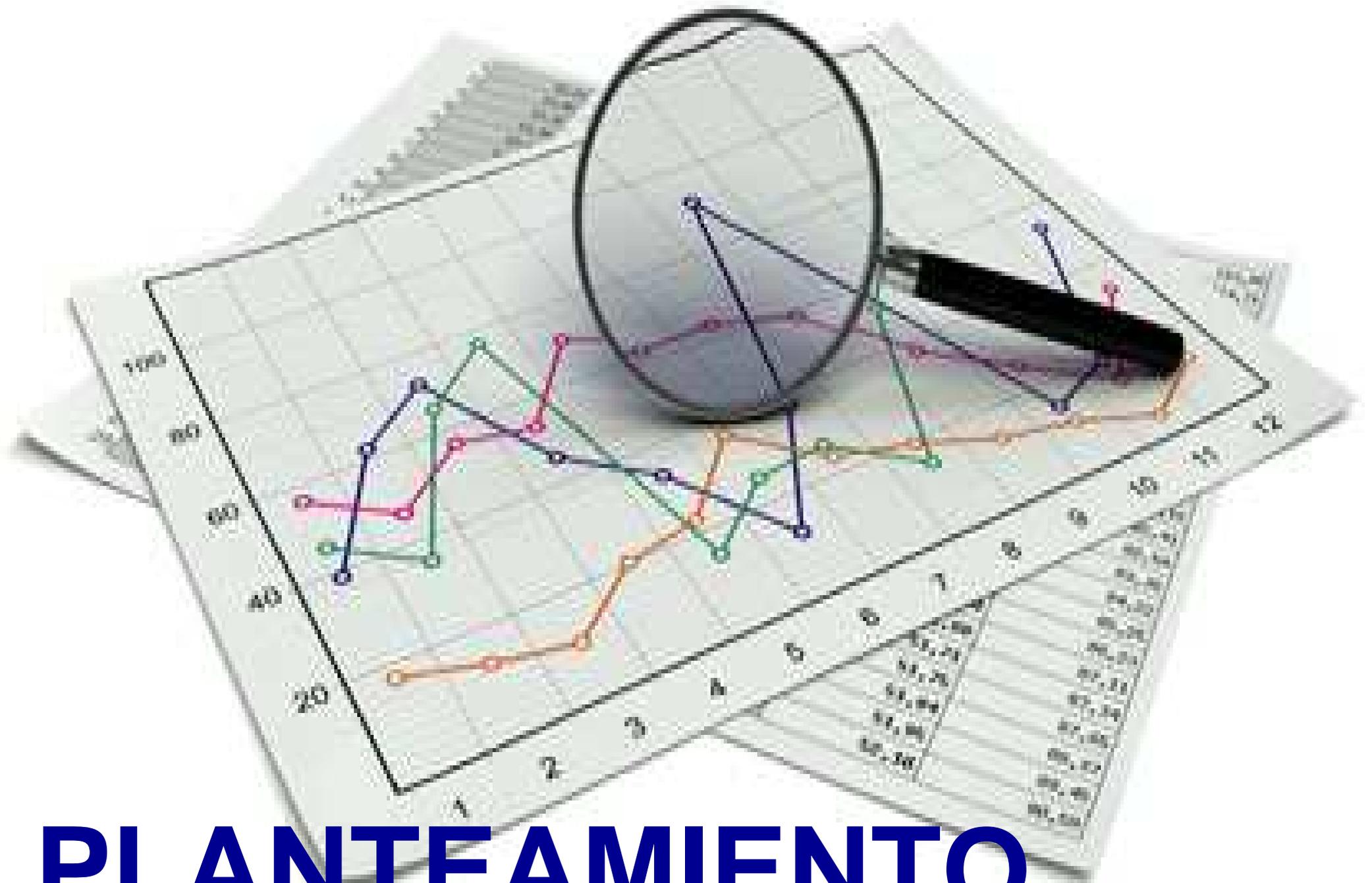


Fig. 1. Matching levels of case complexity to complexity of care in the management of the medically ill.



# PLANTEAMIENTO

# La Medicina Interna en tiempos de crisis

*Internal medicine in times of crisis*

Javier García Alegría

*Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna*

*La Medicina Interna en tiempos de crisis. Galicia Clin 2011; 72 (4): 156-158*



Lección clínica en la Salpêtrière(1887)

- El compromiso con la **eficiencia** está en la esencia de la Medicina Interna.
- La principal aportación que podemos ofrecer es la minimización de actos clínicos por el **abordaje y tratamiento integral** de los distintos problemas médicos del enfermo.
- El clínico experto es el que **resuelve los problemas del paciente con menos pruebas** e inconvenientes para él y para la sociedad.
- Para que nuestros servicios puedan mejorar **hay que medir, evaluar, comparar nuestra calidad y eficiencia** con servicios similares, difundir los datos entre los médicos, y establecer estrategias de mejora.

**XXXIV** Congreso Nacional de la  
Sociedad Española de Medicina Interna  
(SEMI)

**21-23** Noviembre 2013    Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

**XXIX** Congreso de la Sociedad Andaluza  
de Medicina Interna (SADEMI)

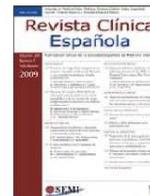
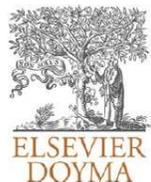


## FORTALEZAS/OPORTUNIDADES

Hospitalización  
Urgencias  
Polivalencia/pluripatología  
Paciente crónico  
Alternativas hospitalización  
Superespecialización  
Relación con Primaria  
Docencia  
Troncalidad

## DEBILIDADES/AMENAZAS

Sólo camas de MIR  
Pérdida de nicho  
No nos interconsultan  
Falta desarrollo  
Disgregación  
Investigación  
Salimos poco del hospital  
Visibilidad

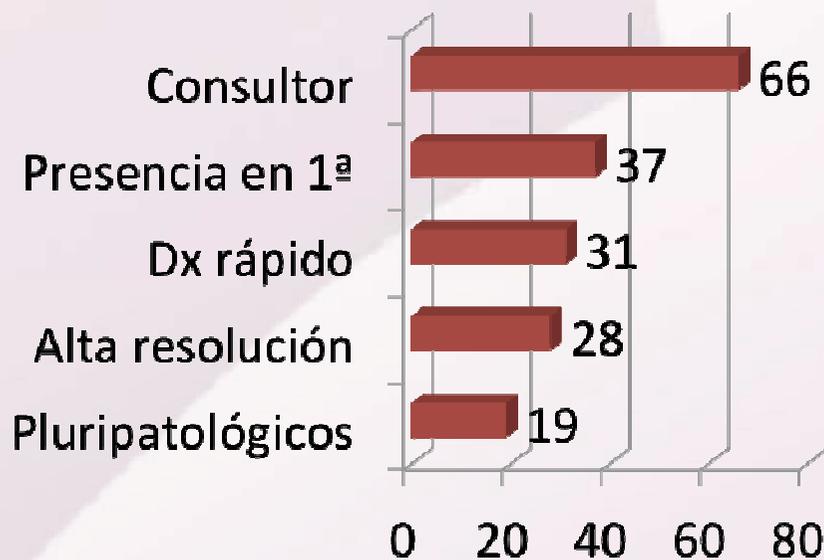


ORIGINAL

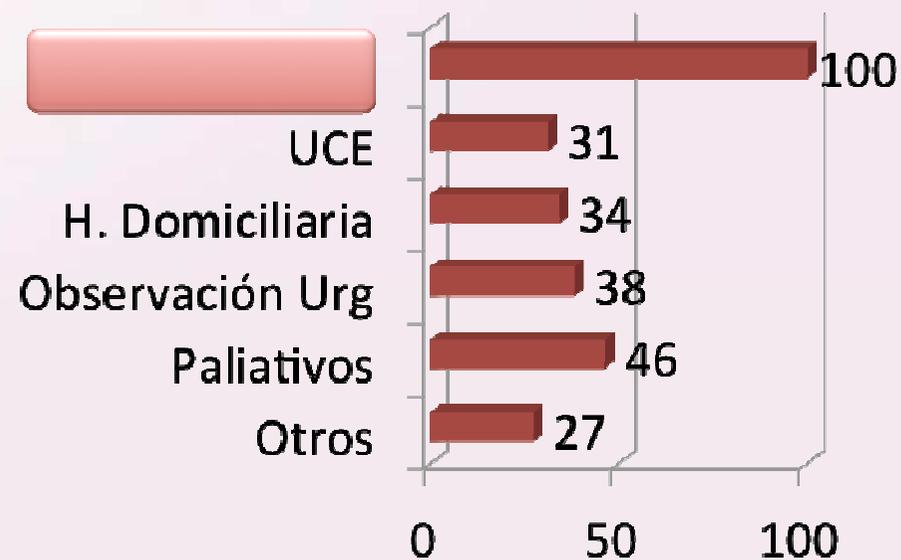
## Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud<sup>☆</sup>

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

### Relación con Primaria (%)



### Actividades del internista (%)



Rev Clin Esp. 2009; 209(10):459-466



# Revista Clínica Española

[www.elsevier.es/rce](http://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<sup>a</sup>, J. Marco Martínez<sup>b</sup>, J. Emilio Losa<sup>c</sup>, J. Canora Lebrato<sup>d</sup>, S. Plaza Canteli<sup>e</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>f,\*</sup>

16% de altas totales

39% de altas del área médica

53,4% de patología del aparato circulatorio y del respiratorio

92,7% ingresan procedentes de los servicios de urgencia



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

Explotación del registro de altas CMBD del Sistema Nacional de Salud

GRD 2005-2011	Casos		Estancia media		Coste	
	MIR	Otro	MIR	Otro	MIR	Otro
Ictus	88.816	151.803	9,46	9,35	3.631,12	3.628,28
Todos ACVAs	117.825	190.375	9,19	8,97	<b>3.452,16</b>	3.476,94
EPOC	106.051	65.878	8,03	8,16	<b>2.597,28</b>	2.601,99
EPOC y otros	301.386	163.327	8,28	8,51	3.090,27	3.082,06
Neumonías	548.919	298.963	9,61	9,61	<b>4.022,24</b>	4.089,25
ICC	251.487	100.701	8,51	8,25	<b>3.274,61</b>	3.275,14
ICC y otros	435.546	137.487	9,3	9,01	4.077,20	3.784,88
TEP	23.411	15.789	10,06	10,15	<b>4.041,65</b>	4.048,73

**Sobre todo, NO INFERIORIDAD**

TRIBUNA



## *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.**

■ Una ausencia de autocrítica sobre su modelo orga-    aora, pero con una carencia generalizada en la evaluac-

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...



Reflexiones

## The Hospitalist Movement — Time to Move On

Laurence F. McMahon, Jr., M.D., M.P.H.

The rapid emergence of hospitalist care in the United States has been extraordinary, with more than 20,000 hospitalists practicing today.<sup>1</sup> Several factors underlie this growth, including the increased demands placed on primary care physicians that make caring for both inpatients and outpatients difficult, restrictions on the work hours of residents, and the belief that “practice makes perfect.”<sup>1,2</sup> Although hospitalists may improve outcomes and enhance clinical efficiency, there has been concern that fragmenting the continuity of care could lead to more medical errors and dissatisfied patients.<sup>3</sup>

Early research focusing on cost and clinical outcomes sought to inform the debate about the relative value of hospitalists. These early investigations, which tended to be small studies from single institutions, found that although hospitalist care was associated with modest cost savings, differences in clinical outcomes were unclear.<sup>4-6</sup> These early studies helped to convince hospital executives to subsidize their fledgling hospitalist programs, which had been unable to support themselves through professional billing alone. In this issue of the *Journal*, Lindenauer and colleagues report on the use of a larger and more represen-

## Definition of a Hospitalist and Hospital Medicine

**Hospital medicine:** A medical specialty dedicated to the delivery of comprehensive medical care to hospitalized patients. Practitioners of hospital medicine include physicians ("hospitalists") and non-physician providers who engage in clinical care, teaching, research, or leadership in the field of general hospital medicine. In addition to their core expertise managing the clinical problems of acutely ill, hospitalized patients, hospital medicine practitioners work to enhance the performance of hospitals and healthcare systems by:

- Prompt and complete attention to all patient care needs including diagnosis, treatment, and the performance of medical procedures (within their scope of practice).
- Employing quality and process improvement techniques
- Collaboration, communication, and coordination with all physicians and healthcare personnel caring for hospitalized patients
- Safe transitioning of patient care within the hospital, and from the hospital to the community, which may include oversight of care in post-acute care facilities.
- Efficient use of hospital and healthcare resources

**Hospitalist:** A physician who specializes in the practice of hospital medicine. Following medical school, hospitalists typically undergo residency training in [redacted] but may also receive training in other medical disciplines. Some hospitalists undergo additional post residency training specifically focused on hospital medicine, or acquire other indicators of expertise in the field, such as the Society of Hospital Medicine's Fellowship in Hospital Medicine (FHM) or the American Board of Internal Medicine's Recognition of Focused Practice (RFP) in Hospital Medicine.



The screenshot shows the SHM website header with the logo and tagline "Hospitalists. Transforming Healthcare. Revolutionizing Patient Care." Navigation links include Home, Log-in, Community, Career Center, and QI Resource Rooms. A search bar is present with a magnifying glass icon and a "GO" button. The left sidebar lists "About SHM", "Membership", and "Education". The main content area features an "EDUCATION" banner and an advertisement for the "HOSPITAL MEDICINE: CURRENT CONCEPTS BOOK SERIES" by Wiley, offering a 35% discount for SHM members. The advertisement includes images of book covers for "INPATIENT ANTICOAGULATION", "PERIOPERATIVE MEDICINE", and "HOSPITALISTS' GUIDE TO THE CARE OF OLDER PATIENTS".

## SPECIAL ARTICLE

## Outcomes of Care by Hospitalists, General Internists, and Family Physicians

Peter K. Lindenauer, M.D., Michael B. Rothberg, M.D., M.P.H.,  
Penelope S. Pekow, Ph.D., Christopher Kenwood, B.S., Evan M. Benjamin, M.D.,  
and Andrew D. Auerbach, M.D., M.P.H.

N ENGL J MED 357;25 WWW.NEJM.ORG DECEMBER 20, 2007

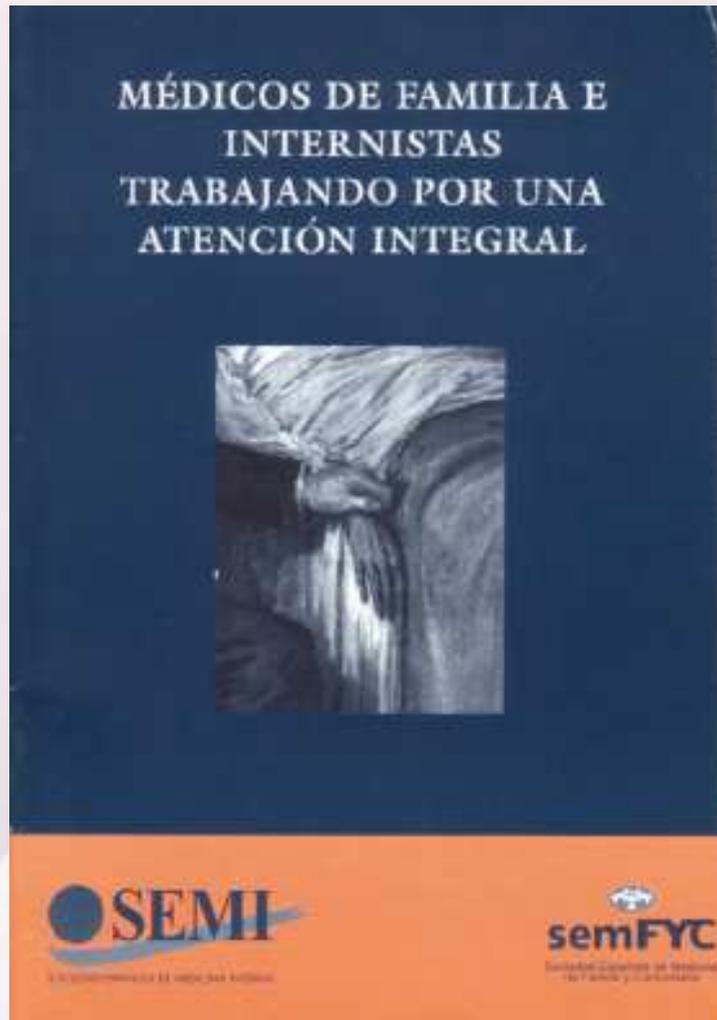
**Table 1. Characteristics of Hospitals and of Patients Cared for by Hospitalists, General Internists, and Family Physicians at 45 Hospitals.\***

Characteristic	Care Provided by Hospitalists (N=24,772)	Care Provided by General Internists (N=33,341)	Care Provided by Family Physicians (N=18,813)	P Value
<b>Outcomes</b>				
In-hospital deaths — no. (%)	1,073 (4.3)	1,507 (4.5)	771 (4.1)	0.08
Discharge disposition among survivors — no./total no. (%)				<0.001
Home	17,902/23,699 (75.5)	23,641/31,834 (74.3)	13,719/18,042 (76.0)	
Non-acute care facility	4,842/23,699 (20.4)	6,970/31,834 (21.9)	3,735/18,042 (20.7)	
Acute care facility	549/23,699 (2.3)	722/31,834 (2.3)	345/18,042 (1.9)	
Hospice	406/23,699 (1.7)	501/31,834 (1.6)	243/18,042 (1.3)	
Readmission within 14 days — no./total no. (%)	1,496/23,699 (6.3)	2,191/31,834 (6.9)	1,212/18,042 (6.7)	
Length of stay — days				<0.001†
Mean	4.7±6.0	5.2±6.3	4.8±4.8	
Median (interquartile range)	3.0 (2.0–6.0)	4.0 (2.0–6.0)	4.0 (2.0–6.0)	
Cost — U.S. \$				<0.001†
Mean	8,078±12,846	8,003±12,516	7,077±9,305	
Median (interquartile range)	4,775 (3,000–8,275)	4,941 (3,119–8,423)	4,548 (2,898–7,639)	

**XXXIV** Congreso Nacional de la  
Sociedad Española de Medicina Interna  
(SEMI)

**21-23** Noviembre 2013    Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

**XXIX** Congreso de la Sociedad Andaluza  
de Medicina Interna (SADEMI)



1997: Documento SEMI-SEMFC:  
«Médicos de Familia e Internistas  
trabajando por una atención  
integral»

*“El internista y el médico de familia (...)  
comparten una misma mentalidad  
asistencial integral. Esta formación común  
debiera permitir la ejecución de un modelo  
de coordinación entre internistas y médicos  
de familia, que garantizara la continuidad  
asistencial dentro y fuera del hospital”*

## Editorial

# El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible

José Ramón Repullo Labrador

Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud.  
Escuela Nacional de Sanidad / Instituto de Salud Carlos III.

Hay experiencias interesantes: la estrategia de crónicos del País Vasco, y las experiencias de alianza entre la AP y medicina interna para atender a pacientes pluripatológicos y frágiles. Y otras que hay que evaluar críticamente, como

# DIARIO MEDICO.COM

ÚLTIMOS AVANCES DE LA INICIATIVA

## Las sociedades eligen cinco recomendaciones para optimizar el SNS

A mediados de diciembre se presentará oficialmente las recomendaciones más relevantes propuestas por las sociedades.

A. Serrano. Madrid | 15/11/2013 00:00

☆☆☆☆☆ |vota! |  0 comentarios

imprimir  | tamaño  

El proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas en España, una iniciativa que la SEMI propuso el año pasado a los responsables de Sanidad para racionalizar los recursos sanitarios con el consenso de las sociedades científicas, presentará oficialmente a mediados de diciembre las recomendaciones más relevantes propuestas por las sociedades. Su ideólogo, Javier García Alegría, expresidente de la SEMI y actual coordinador del proyecto, explica a DM los últimos avances de la iniciativa. De momento, se han adherido al proyecto 39 sociedades, como es el caso de Endocrinología, Cardiología y Oncología Médica, entre otras.

ORIGINAL ARTICLE

Mayo Clin Proc. 2013;88(8):790-798



## A Decade of Reversal: An Analysis of 146 Contradicted Medical Practices

Vinay Prasad, MD; Andrae Vandross, MD; Caitlin Toomey, MD; Michael Cheung, MD;  
Jason Rho, MD; Steven Quinn, MD; Satish Jacob Chacko, MD; Durga Borkar, MD;  
Victor Gall, MD; Senthil Selvaraj, MD; Nancy Ho, MD; and Adam Cifu, MD

Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group et al,<sup>68</sup> 2008)

A target hemoglobin A<sub>1c</sub> of 7.0% or less as recommended for most patients with diabetes.<sup>69</sup> The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) trial found that target of <7.0% sustained for 3.5 years increased mortality and did not significantly reduce major cardiovascular events compared with a more permissive goal

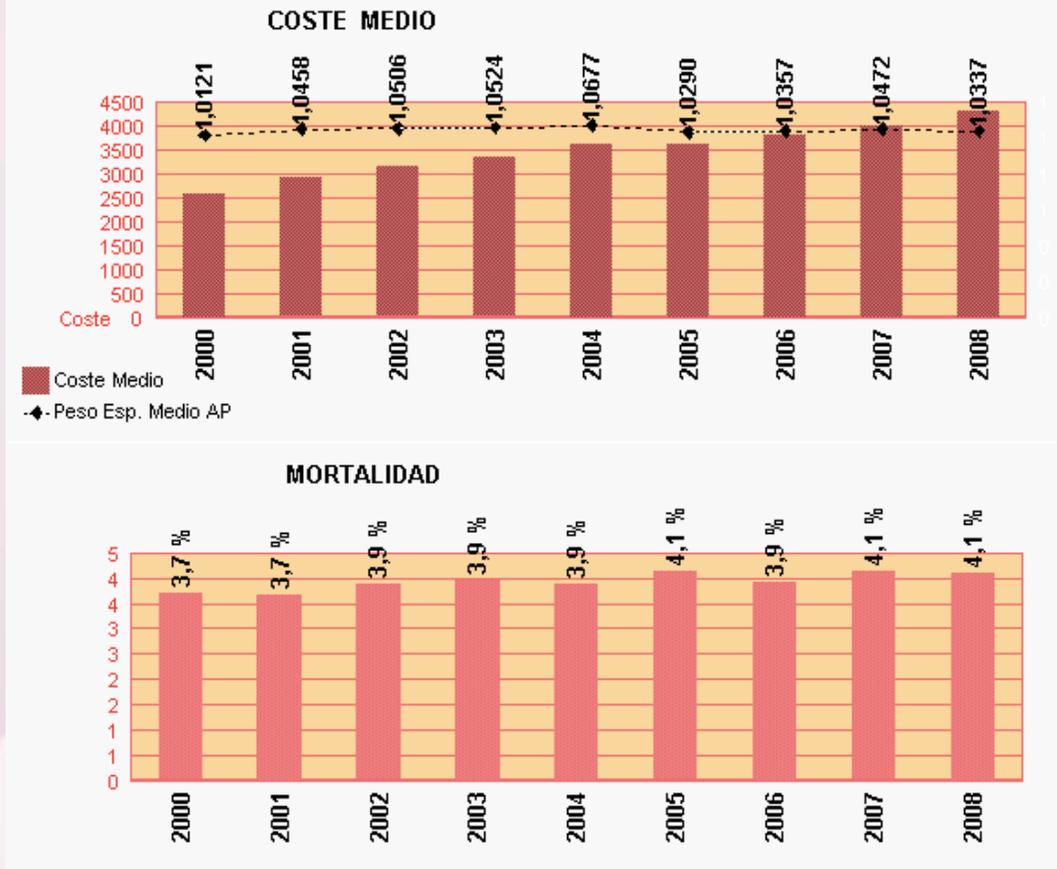
68. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group; Gerstein HC, Miller ME, Byinton RP, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358(24):2545-2559.
69. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2007. *Diabetes Care*. 2007;30(suppl 1):S4-S41.

# XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

# XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

Mortalidad estable, complejidad similar, y sin embargo, más costes



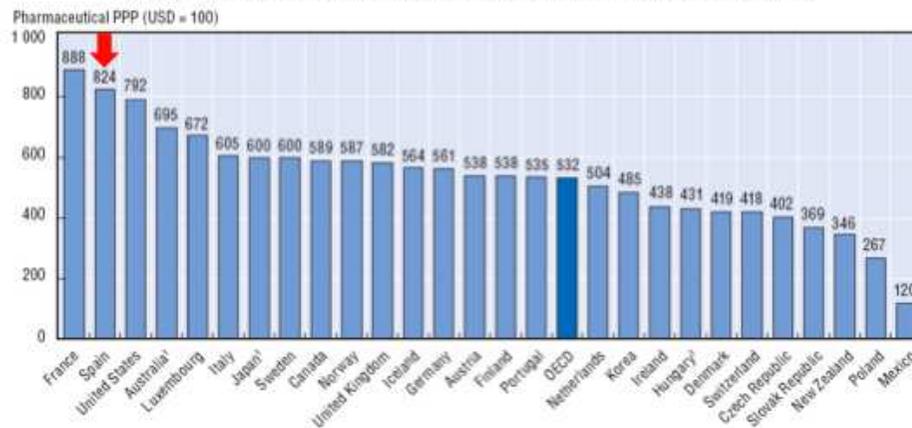
# XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

# XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

## GASTO EN MEDICAMENTOS AJUSTADO POR PRECIO

Figure 1.11. Real per capita spending on pharmaceuticals, 2005  
Volume of consumption, in USD, adjusted for differences in pharmaceutical prices



## 1. Consecuencias Clínicas

Falta de adherencia a los tratamientos

Tasa incumplimiento:  
15% 1 medicamento  
25% 2-3 medicamentos  
35% ≥ 4 medicamentos

Incremento de Reacciones Adversas a Medicamentos

10-20% de las visitas urgencias

Interacciones Medicamentosas

↑ N° fármacos ↑ Interacciones

Riesgo de ingresos hospitalarios

Población anciana

# Propuestas



# Redacción Médica

A la vanguardia de la información sanitaria



Foto de familia del presidente, Javier García Alegría, con los expresidentes de la sociedad.

LA SOCIEDAD CIENTÍFICA CELEBRA SU 60 ANIVERSARIO

## Interna reclama su "papel crucial" en tiempos de crisis

**Considera que el SNS necesita de especialistas generalistas, como son los internistas**

Jueves, 09 de febrero de 2012, a las 00:07

g+1

Twitter

Me gusta

0



**Redacción / Imagen: Miguel Ángel Escobar. Madrid**

La Medicina Interna tiene que jugar un "papel crucial" para garantizar la evaluación global del paciente, la reducción de la fragmentación y la coordinación asistencial, vitales en tiempos de crisis, ha señalado este miércoles el presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Javier García Alegría, con motivo del 60 aniversario de su organización.

NOTA SINGULAR

## ***De internosaurus a internosapiens: evolución hacia una necesaria eficiencia***

***From internosaurus to internosapiens: Evolution towards a necessary efficiency***

La otra gran asignatura pendiente en tiempos actuales es la de adoptar decisiones clínicas razonadas con un coste económico ajustado. El internista, como repetidamente han

La SEMI está inmersa en un plan de docencia para formar a sus [redacted] de sus actividades y dada la importantísima actividad de los internistas esto debe ser objetivo prioritario. Ello, junto a la gestión de los [redacted] decididamente



# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## EDITORIAL

### Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos

La calidad de la atención sanitaria a nuestros pacientes se defiende [redacted] y enfermería día a día, pero también asumiendo entre todos [redacted] para hacer más funcionales y eficientes nuestras organizaciones: [redacted] de gestión clínica, buscando el trabajo por procesos entre niveles y con las redes sociales, evitando el despilfarro y [redacted] los esfuerzos hacia mejoras efectivas de la salud de nuestros conciudadanos. Parafraseando un dicho del viejo y extinto INSALUD, y para combatir el desánimo plañidero y pasivo, cabría decir: al SNS debemos venir cada mañana "llorados de casa".

José R. Repullo  
*Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la  
Salud, Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud  
Carlos III, Madrid, España*

lunes, 29 de abril de 2013

## Decálogo para mejorar resultados y ahorrar con criterio clínico



<http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es>

## Decálogo de actuaciones para mejorar resultados y ahorrar con criterio clínico

[Redacted]

[Redacted]

3. Potenciar la ambulatorización de los procesos quirúrgicos
4. Reducir las actuaciones desproporcionadas en oncología e impulsar la atención paliativa

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

A top-down view of four hands holding four blue puzzle pieces in a square arrangement. The hands are positioned at the corners of the square, with fingers gripping the edges of the pieces. The puzzle pieces are arranged in a 2x2 grid, with their interlocking edges facing outwards. The background is a plain, light color.

COROLARIO

# Can England's NHS Survive?

Nicholas Black, M.D.

Perspective  
JULY 4, 2013

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



*'The patient must be the first priority in all of what the NHS does. Within available resources they must receive effective services from caring compassionate and committed staff working within a common culture, and they must be protected from avoidable harm and any deprivation of their basic rights.'*

(Robert Francis QC)<sup>1</sup>

*'Patient safety should be the ever-present concern of every person working in or affecting NHS-funded care. The quality of patient care should come before all other considerations in leadership and conduct of the NHS, and patient safety is the keystone dimension of quality.'*

(Don Berwick, 2013)<sup>2</sup>

## Future hospital: Caring for medical patients

A report from the Future Hospital Commission  
to the Royal College of Physicians  
September 2013



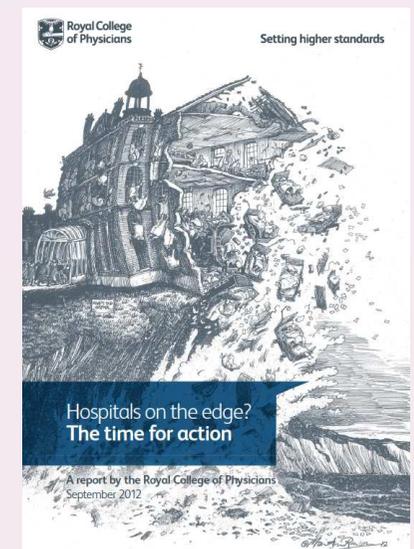
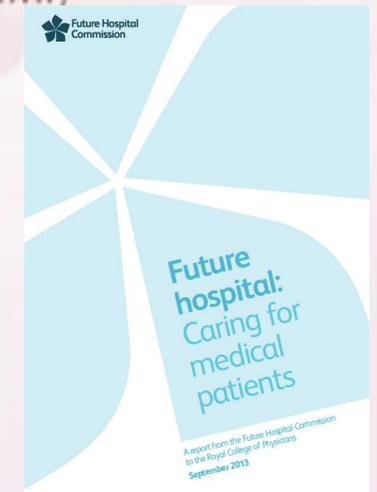
Sir Michael Rawins, chairman of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).



Royal College  
of Physicians

## Five major challenges facing the acute hospital medical services

1. Increasing clinical demands in the face of reduced facilities for acute medicine
2. The changing needs of patients, with those over 65 years of age, and with multiple conditions, requiring holistic care
3. Poor continuity of care that too many patients receive when admitted to hospital
4. Inadequate arrangements for out-of-hours care in hospitals
5. A looming workforce crisis amongst both consultants and trainees.



# Recomendaciones de la Comisión para el rediseño de hospitales. El paciente y sus necesidades como centro del cambio

- **Atención sanitaria segura, efectiva y humana**
- **Atención continuada como norma, 24 horas al día, 7 días/sem**
- **Equipos médicos estables que garanticen calidad en los cuidados del paciente y aseguren el correcto entrenamiento de los médicos en formación.**
- **Relaciones efectivas entre profesionales de distintos niveles de atención**
- **Nueva distribución de responsabilidades entre generalistas y especialistas**
- **Mejora en las transferencias de pacientes entre distintos servicios y niveles**





## **Medical Division:**

- will be responsible for all medical services across the hospital – from the emergency department and acute and intensive care beds, through to general and specialist wards.
- will work closely with partners in primary, community and social care services to deliver specialist medical services across the health economy.
- will be led by the chief of medicine

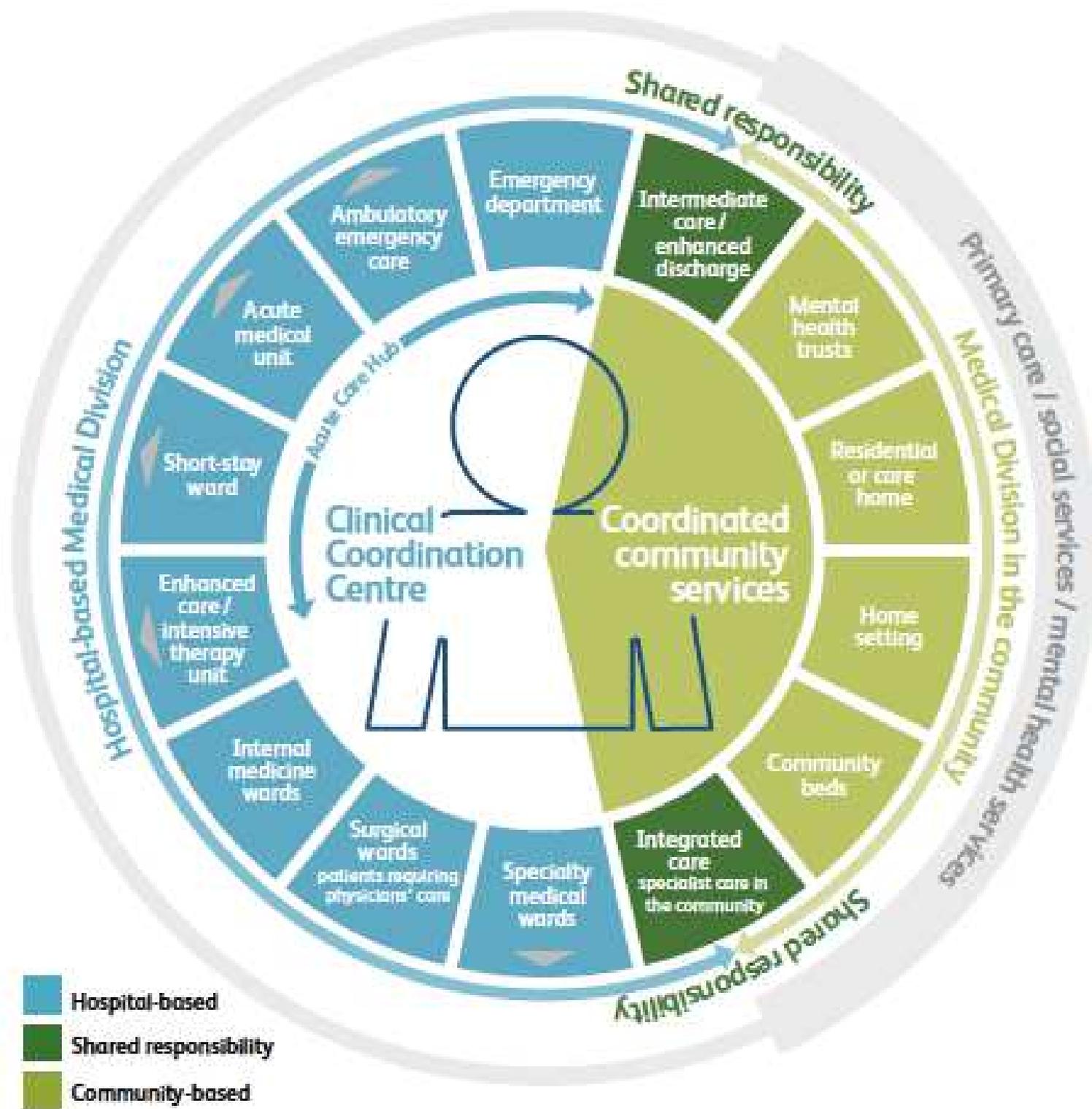
## **Acute Care Hub**

- Initial assessment and stabilisation of acutely ill medical patients (less than 48 h).
  - Include the acute medical unit, the ambulatory care centre, short-stay beds, intensive care unit and, depending on local circumstances, the emergency department.
- Acute care coordinator.

## **Clinical Coordination Centre**

## ¿QUIÉNES DEBEN ENCARGARSE DE TODO ESTO?

In order to achieve the mix of skills that delivers for patients, a greater proportion of doctors will be trained and deployed to deliver expert (general) [redacted] care. The importance of acute and (general) [redacted] must be emphasised from undergraduate training onwards, participation in (general) [redacted] training will be mandatory for those training in all medical specialties, and a more structured training programme for (general) [redacted] will be developed.



- Hospital-based
- Shared responsibility
- Community-based

# Future hospital: Caring for medical patients

A report from the Future Hospital Commission  
to the Royal College of Physicians  
September 2013

Table 2. Patient flow and designated consultant responsible for assessment and ongoing care.

Patient category	Initial assessment on AMU by	Placement	Ongoing care
Internal medicine not requiring admission (with early review in ambulatory care unit)	Acute medical team	Home – next-day return to ambulatory care	
Specialty medicine not requiring admission (next-day review in ambulatory care)	Specialty team ± acute medical team	Home – next-day return to ambulatory care	Specialty consultant
Specialty medicine requiring front-door assessment to decide on admission or alternative (eg older people with frailty)	Specialist team at the front door (eg acute frailty MDT service)	Home or community placement or admission direct to elderly care	Geriatrician
Internal medicine predicted short stay < 48 h	Acute physician	Transfer to AMU (Acute Care Hub)	
Internal medicine predicted longer stay > 48 h	Acute physician	Transfer when stable to medical ward	(general internal medicine, GIM) running ward
Primarily internal medicine with some specialty problem(s)	Acute physician <sup>a</sup> specialty team review/advice	Transfer when stable to medical ward	running ward
Specialty medicine: need for specialty ongoing care identified by local agreed criteria	Acute physician (or specialty team according to local protocol)	Fast track to specialist bed (same day)	Specialty consultant
Deterioration in AMU and critically ill	Acute physician <sup>a</sup> specialty team	Level 2/3 bed (co-located with hub)	Intensive care medicine

AMU = acute medical unit; MDT = multidisciplinary team.

<sup>a</sup>AMU consultant can refer to either an acute physician (acute internal medicine) or a (general) internal medicine physician.

**XXXIV** Congreso Nacional de la  
Sociedad Española de Medicina Interna  
(SEMI)

**21-23** Noviembre 2013    Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

**XXIX** Congreso de la Sociedad Andaluza  
de Medicina Interna (SADEMI)



**En situación de crisis necesidad de cambio**

**Replantear estructura hospitalaria y relaciones con  
la Comunidad**

**Gestión de crónicos, pluripatológicos y  
envejecimiento**

**Sentimiento de orgullo de ser Generalistas**

*Lo que cuenta es lo que se hace y no lo que se tenía  
intención de hacer.  
Picasso 1923*

**JUST DO IT.**





Muchas gracias por su atención