

## Gestión clínica en hematología

COORDINADORES: E. FELIU. *Barcelona*  
A.I. HEINIGER. *Málaga*

### Resumen del simposio

El objetivo de este simposio es abordar y discutir diferentes aspectos relacionados con la gestión clínica. La organización de los recursos humanos y tecnológicos con el fin de mejorar integralmente la atención que prestamos a nuestros pacientes sería una buena definición de gestión clínica, aunque hay otras formas para definirla.

El objetivo principal de los profesionales de la gestión clínica en los hospitales es establecer un equilibrio entre la actividad, la calidad asistencial y el consumo de recursos. Las decisiones de los profesionales de la gestión clínica pueden repercutir en la salud de los pacientes atendidos en el hospital. Conocer la percepción de los pacientes es imprescindible para los gestores clínicos; para ello es de gran utilidad el análisis de las encuestas de satisfacción, las reclamaciones y sugerencias. La evaluación global de la satisfacción debe incluir el análisis o la opinión de los pacientes según el lugar de atención y de los familiares o personas cuidadoras. Estas cuestiones serán analizadas por el Dr. Jordi Trelis, director asistencial del Instituto Catalán de Oncología del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.

No existe una formación reglada en gestión clínica de los médicos, sino que ésta suele ser muy desigual. Para poner en práctica la gestión clínica, es necesario disponer de una serie de recursos y sistemas de información adecuados, conocer la realidad asistencial y diseñar un cuadro de mandos con la selección de indicadores de actividad y calidad, auditorías periódicas, conocer la opinión de los profesionales y los pacientes, entre otros muchos. De la experiencia en una unidad de gestión clínica en la comunidad autónoma de Andalucía versa la exposición de la Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Cuesta Casas, del Servicio Hematología y Hemoterapia del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.

Los diferentes modelos sanitarios en el conjunto de autonomías y la inexistencia de un horizonte claramente definido para nuestra especialidad, que lucha por sobrevivir integrada, tanto en su vertiente clínica como en la biológica, hace que el tema de la integración/desintegración de la especialidad de Hematología y Hemoterapia despierte gran interés. Para discutir sobre estos temas contamos con la experiencia del Dr. Pedro Sánchez Godoy del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés (Madrid).

Para finalizar, el Dr. Valentí Martínez Espinosa, de La Fundación Universitaria del Bagés, en Manresa (Barcelona), analizará cómo los profesionales de la salud pueden y deben estar implicados en sus diferentes lugares de trabajo y cómo las organizaciones sanitarias deben incentivarlos para que se desarrollen y responsabilicen de forma adecuada en los procesos y resultados de la organización.

Esperamos que este simposio permita a los hematólogos españoles un mayor conocimiento sobre la gestión clínica que pueda aportar algún beneficio para los profesionales, los centros de trabajo y los pacientes.

## SATISFACCIÓN DEL PACIENTE HEMATOLÓGICO Y SUS FAMILIAS

J. TRELIS

*Instituto Catalán de Oncología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)*

---

### Introducción

Según el diccionario de la Real Academia Española, se entiende por *satisfacción* la “razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria”. Incluye también dos definiciones más, como la confianza o seguridad del ánimo y el cumplimiento o deseo del gusto.

La definición per se es ambigua e induce a caer en subjetividades, y es curioso cómo ese término no aparece en diccionarios médicos: será que se sobreentende que todos los pacientes y familias están satisfechos y no es necesario definirlo.

En términos de gestión, se utiliza el concepto de *satisfacción* para relacionarlo con todos los planes de calidad. Las administraciones obligan a disponer de ellos en los centros sanitarios, sean de atención hospitalaria o de atención primaria.

A menudo se confunde el término *satisfacción* con el de *calidad de vida* y, por este motivo, los profesionales los consideran como sinónimos. La realidad es completamente diferente. La satisfacción es el resultado definido por el paciente y familia sobre la interacción de todas las intervenciones relacionadas con su proceso de enfermedad, mientras que la calidad de vida es un concepto mucho más personal e íntimo, relacionado con el propio bienestar personal del paciente y su familia.

A modo de ejemplo, un paciente puede estar satisfecho del resultado de un trasplante pero no estar de acuerdo con el estado que ha quedado su calidad de vida. También es lógico que sea a la inversa: presentar una buena calidad de vida con una insatisfacción total por cómo ha ido el proceso.

Si se pretende buscar sinónimos al término, en la actualidad se considera como correcto hablar de *calidad percibida*.

En resumen, la satisfacción está relacionada con procesos, y la calidad de vida, con sentimientos. No debe olvidarse que en estas áreas hay sesgos de interpretación y uno debe ser muy cuidadoso con éstos.

---

### Evaluación de la satisfacción

La evaluación global de la satisfacción, debe incluir el análisis/opinión de los pacientes según el lugar de

atención y de los familiares o personas cuidadoras. Para poder dar más valor a los resultados, debería incluir la opinión de familiares o cuidadores después de la curación de la enfermedad o el fallecimiento del paciente.

El diseño de las encuestas de satisfacción se realiza en base a dimensiones. Existen diferentes modelos de diseño; en la actualidad el más utilizado es el SERVQUAL, un modelo teórico que mide la calidad percibida.

A grandes rasgos, el análisis de la satisfacción engloba tres grandes apartados: los relacionados con los factores implicados en la satisfacción de las personas usuarias, los relacionados con las modalidades de los servicios donde están atendidos y, por último, los datos comparativos por territorio o unidad de referencia.

En relación con los factores implicados en la satisfacción de las personas usuarias, debería contemplar los siguientes aspectos:

- Aspectos tangibles: relacionados con las instalaciones y equipamientos.
- Aspectos relacionados con la eficacia, con la finalidad de analizar si las respuestas son adecuadas a las necesidades.
- Aspectos relacionados con la capacidad de respuesta: la respuesta a los problemas es ágil, rápida, sin demoras innecesarias...
- Aspectos relacionados con la seguridad: en este apartado es donde se valora la profesionalidad, la capacidad de transmitir confianza, de dar una buena información. Es aquí donde se valora la buena praxis sanitaria.
- Aspectos relacionados con la empatía y comprensión: la capacidad del profesional mediante un trato amable y personalizado, la implicación y el compromiso.

En referencia a las modalidades de los servicios donde están atendidos, se debería tener en cuenta si la atención se realiza en:

- Hospitalización.
- Consultas externas.
- Hospital de día.

Por lo que se refiere a datos comparativos por territorio o unidad de referencia, es adecuado disponer de información de cómo estamos considerados por otros recursos. Más valor tendría comparar información similar con otros (el denominado *benchmarking*).

El siguiente paso en el desarrollo de la evaluación de la satisfacción es mucho más teórico: incluye las características y validación de los cuestionarios, cálculo de la dimensión de la muestra, selección y formación de encuestadores, tratamiento estadístico de los datos, presentación de resultados, análisis y posibles conclusiones de los mismos.

## Estudios relacionados con la satisfacción

Por la muestra de las encuestas (3.000 en una primera fase y 2.000 en una segunda) y la realización del estudio en el territorio nacional, se considera adecuado aludir al estudio denominado *Confianza en el Sistema Nacional de Salud*, realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en Boston y la Fundació Biblioteca Josep Laporte de Barcelona en 2006<sup>1</sup>.

Los resultados a destacar son:

- Los médicos de hospitales satisfacen en un 56% de forma responsable las necesidades de los pacientes; los médicos de atención primaria, con un 61%, y enfermería, en un 59%, superan este índice.

- El 53% de los encuestados refieren que les preocupan mucho las esperas para ser atendidos.

- El 57% considera que la tecnología sanitaria es moderna.

- En referencia a la satisfacción de los servicios médicos y sanitarios, se consideran muy satisfechos en un 32%, y bastante satisfechos en el 47%.

Es importante matizar que se trata de un encuesta general de satisfacción sobre el modelo sanitario y no específica del ámbito de la oncohematología.

## Satisfacción y paciente hematológico

Difícil, por no decir imposible, es poder encontrar publicaciones relacionadas con el tema, excepto situaciones muy específicas. La mayoría de ellas están relacionadas con el trasplante de médula ósea; no hay evidencia de información en otras enfermedades hematológicas.

Heinonen, en 2001<sup>2</sup>, presenta un estudio donde analiza la evolución de pacientes con trasplante de médula ósea y su índice de satisfacción: el resultado es que, a medida que recuperan su vitalidad y pueden realizar actividades previas a su enfermedad, mayor es su satisfacción.

En este mismo sentido, Kopp, en 1998<sup>3</sup>, describe que una mayor información de los problemas que pueden surgir previamente al trasplante promueve una mayor adaptación emocional en fases posteriores; en el artículo se menciona sólo calidad de vida.

El Instituto Catalán de Oncología, con el soporte técnico de DEP Institut (Instituto de Estudios Sociológicos), ha realizado en 2008 una encuesta de satisfacción a pacientes y familiares en el ámbito específico de las enfermedades oncológicas<sup>4</sup>.

Este estudio, pendiente de publicación, aporta información fundamental para mejorar en aspectos de atención a pacientes y familias atendidas por la institución. En comparación con otros, se considera que la información podría generalizarse a otros centros o áreas específicas en oncohematología.

La dimensión de la muestra es de 2.480 entrevistas realizadas mediante una llamada telefónica.

Aunque los resultados a nivel general son muy buenos, por encima del estándar del 75%, se considera destacar a modo de resumen los aspectos mejor y peor valorados:

- Los aspectos mejor valorados por los pacientes son: el trato y amabilidad del personal de enfermería, el ajuste de la atención recibida a sus necesidades, el respeto a la intimidad y la información en relación con el tratamiento.

- Los aspectos menos valorados por los pacientes son: intervenir en la información que debe darse a los familiares, disponer de una persona a quien llamar en caso de duda o urgencia, el factor tiempo (relacionado con la demora al ingreso, puntualidad en la consulta externa) y la comida del hospital.

- Los aspectos mejor valorados por los familiares son: el trato y amabilidad del personal de enfermería con capacidad para hacerse cargo de su malestar, el ajuste de la atención recibida a sus necesidades y la forma de abordar el caso en la primera visita. Dan mucho valor a la educación sanitaria relacionada con los tratamientos.

- Los aspectos menos valorados por los familiares son: poder participar más en la toma de decisiones, el confort de las habitaciones para el acompañante y el factor tiempo como en el caso del paciente.

Del total de las encuestas, 90 se realizaron a familiares de pacientes que habían fallecido; de éstas destacan:

- Los aspectos mejor valorados son: el trato y amabilidad del personal de enfermería con capacidad para hacerse cargo de su malestar y también del equipo médico, información al paciente ajustada a su voluntad de saber y la ayuda en el control del dolor y sufrimiento.

- Los aspectos menos valorados son: poder participar más en la toma de decisiones y el seguimiento de los familiares después de la muerte.

## Conclusiones

- Satisfacción y calidad de vida deberían de ser conceptos diferentes.

- Las encuestas de satisfacción son necesarias para mejorar los aspectos del día a día en la atención a pacientes y familias.

- Los planes de calidad de cada centro requieren por norma encuestas de satisfacción.

- Las necesidades de los pacientes y sus familias son los factores que más vinculados están con su nivel de satisfacción.

- Una parte de los problemas de satisfacción están relacionados indirectamente con el ámbito de la organización/gestión.

- Otra parte está relacionada directamente con el profesional y la forma que tiene para ejercer su profesionalidad.

---

## Bibliografía

1. www.fbjoseplaporte.org
2. Heinonen H, et al. Quality of life and factors related to perceived satisfaction with quality of life after allogeneic bone marrow transplantation. *Ann Hematol.* 2010; 80 (3): 137-43.
3. Kopp M. Time after bone marrow transplantation as an important variable for quality of life: results of a cross-sectional investigation using two different instruments for quality-of-life assessment. *Ann Hematol.* 1998; 77 (1-2): 27-32.
4. www.dep.net

## GESTIÓN CLÍNICA Y CALIDAD EN HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

M.Á. CUESTA CASAS, A.I. HEINIGER MAZO

*Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga*

En los últimos años los hospitales públicos han experimentado un aumento de la demanda sanitaria que, junto a la limitación de los recursos, ha determinado que se replantee la asistencia sanitaria más acorde a la realidad socioeconómica del siglo XXI. Los hospitales se han visto así sometidos a una gran presión para reducir los gastos sanitarios sin que se pueda ver afectada la calidad asistencial.

Los problemas fundamentales ante los que nos encontramos son el envejecimiento progresivo de la población, que requiere más servicios y de mayor intensidad; cambios en el patrón de las enfermedades; aumenta la duración de la vida de los gravemente incapacitados y terminales; finalmente, se registran cambios en el patrón epidemiológico: inmigración, enfermedades crónicas, etc. Asistimos, asimismo, a un gran desarrollo de nuevas tecnologías (aumento de recursos en hospitales, pruebas complementarias, actos médicos), que, sumado a los cambios en la sociedad, que determinan un aumento de las expectativas de los ciudadanos (se ha producido un cambio en las prioridades sociales), dan lugar a un gran crecimiento del gasto sanitario.

En el caso del sistema sanitario español vemos cómo esta dinámica habitual de los países desarrollados se ha agravado por la situación de escasa integración de los niveles asistenciales, gran crecimiento del gasto e insuficiencia presupuestaria; estilo de dirección excesivamente jerárquico, falta de flexibilidad para poder ejercer una gestión más acorde con la realidad que vivimos y una prestación de asistencia médica más eficaz.

Dicho todo esto, nos enfrentamos a una serie de retos que han determinado en el sistema sanitario en general, y más concretamente en España, un replanteamiento de la asistencia. Las principales expectativas ante esta demanda creciente de servicios son, en primer lugar, la mejora de la equidad de acceso, la prestación de una asistencia sanitaria integral que alcance unos elevados niveles de calidad que han de ser debidamente evaluados y controlados, así como una mejora de los estándares de calidad y satisfacción percibidos por los ciudadanos.

El problema central de toda estrategia de gestión es cómo reducir costes sin disminuir la calidad de los servicios ni su accesibilidad a la población. Los instrumentos básicos para conseguir estos objetivos son las técnicas de gestión de la utilización. Se han desarrollado varias estrategias: entre otras, disminuir el número de camas disponibles en los hospitales, disminución del número de ingresos y estancias inadecuadas, orientar los recursos disponibles para los enfermos crónicos a cuidados en el domicilio (hospitalización domiciliaria, atención social en el domicilio) y los cuidados en la comunidad (hospital de día, centros de día), etc.

Los programas de gestión de la utilización pueden definirse en líneas generales como el conjunto de técnicas utilizadas por los financiadores de la atención sanitaria, sean públicos o compañías aseguradoras, para gestionar los costes asistenciales influyendo en la toma de decisiones clínicas a través de la evaluación individual de la pertinencia o idoneidad de la atención prestada. Frente a la tradicional ausencia de interacción entre el financiador y el proveedor de servicios, la gestión de la utilización implica un cambio radical de la relación entre ambos, convirtiendo al primero en un activo participante en la toma de las decisiones asistenciales.

Ante todo esto, lo primero es que nos planteemos qué es la gestión clínica. Podemos definirla de varias formas, como un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica, suponiendo así una herramienta para impulsar la mejora de la calidad en la atención sanitaria mediante la aplicación de técnicas y procedimientos de trabajo con el objetivo de mejorar la eficiencia en la atención.

El objetivo, pues, es ofrecer los mejores resultados en salud a nuestros pacientes (eficacia), a través de prácticas que hayan podido demostrar su capacidad para favorecer el curso clínico de la enfermedad (efectividad), con los menores inconvenientes y costos para el paciente y el sistema (eficiencia). Se permite así al profesional una mayor autonomía organizativa, junto a una mayor responsabilidad en la gestión de los recursos. Es, en resumen, el uso de recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos.

La gestión de los servicios la realizan las administraciones. Todos los hechos que venimos comentando han determinado que a lo largo del tiempo hayan venido surgiendo nuevos modelos organizativos; a raíz fundamentalmente de la Ley 15/1997<sup>1,2</sup>, que habilita nuevas formas de gestión, se abre la posibilidad de que los servicios sanitarios sean prestados por personas jurídicas privadas, de que existan distintos modelos de provisión de servicios, y surgen así los conciertos con entidades privadas, las Fundaciones Públicas Sanitarias, los Consorcios, las Empresas Públicas, concesiones como el Hospital de Alzira o los nuevos hospitales de Madrid.

En cuanto a las fundaciones y empresas públicas, son más flexibles en relación con su gestión, pero siguen siendo organismos públicos de naturaleza pública y de titularidad igualmente pública. El modelo de Alzira surge por el contrario, como una concesión administrativa, presentando una financiación pública y prestación privada. Los nuevos hospitales de la comunidad de Madrid son concesiones con corporaciones locales, con una gestión privatizada. Los servicios de hematología en estas diferentes formas de gestión existen como tales servicios o no, dependiendo del sistema organizativo, formando parte en muchos casos de los servicios de diagnóstico biológico.

Dentro de esta dinámica de cambio, en la red de la comunidad autónoma de Andalucía ha surgido una forma de entender la gestión a través de la creación de las Unidades de Gestión Clínica, dentro del contexto del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Las Unidades de Gestión son así la estructura organizativa donde se desarrolla la gestión clínica, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos, gestionar los servicios con idea de mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia. Se posibilita así la consecución de unos objetivos relacionados con diferentes decisiones diagnósticas y terapéuticas mediante la coordinación e implicación de las personas.

La gestión clínica permite el abordaje integrado en cuanto a prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. Los instrumentos para una buena gestión incluyen el conocimiento de las necesidades de salud de la población atendida; una atención sanitaria basada en el mejor conocimiento científico disponible, uso habitual de herramientas de evaluación (guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, revisión sistemática de la literatura, metodología de uso adecuado de fármacos, tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción de usuario, etc.), medición asimismo de los resultados de la asistencia sobre la salud de la población, incorporación de la opinión del ciudadano (modelos de práctica integrados y participativos) e impulsos de la investigación y el desarrollo.

En el marco del SSPA existen diferentes formatos de Unidades de Gestión Clínica; hasta ahora la mayoría han sido creadas dentro del contexto de los propios servicios, mediante la integración de los profesionales de las diferentes áreas y estamentos en la consecución de una serie de objetivos compartidos; en otras ocasiones ha sido dentro de equipos multidisciplinares (integración de diferentes servicios). La tendencia actual es integrar en las unidades de los hospitales de referencia a las unidades de hospitales más pequeños con idea de mejorar los flujos de trabajo de todo el sistema potenciando la continuidad asistencial; en definitiva se trata de que el paciente, para un mismo proceso, no tenga que ir a sitios diferentes sino que se centralice toda su atención.

Observamos así, de las diferentes modelos de unidades de hematología creadas hasta el momento, un total de tres unidades, dentro de las cuales están integradas laboratorio y clínica en dos de ellas; en otro caso observamos una división del servicio, encontrándose integradas dentro de áreas multidisciplinares (área clínica integrada en el servicio de oncología, o área de laboratorio dentro del servicio de laboratorios generales).

Nuestra unidad, con un rodaje de siete años, mantiene la integración de las tres áreas de la especialidad: clínica, laboratorio y hemoterapia. Sus objetivos primarios siguen siendo una constante en el quehacer diario: reducir la variabilidad clínica mediante elaboración de protocolos, vías clínicas, planes de cuidados estandarizados y protocolos de trabajo normalizados (PNT); proyectos de cooperación con otros niveles asistenciales mediante talleres educativos, protocolos diagnósticos consensuados; así como la colaboración con otros centros o con la universidad para impulsar la docencia e investigación. La evaluación constante de estos objetivos (anualmente se analizan y proponen nuevos objetivos o mejoras de los niveles obtenidos previamente) está dando como resultado la alta satisfacción de los pacientes, la implantación de procesos diversos, así como un impulso a la investigación y la calidad.

Esta forma de gestión está imbricada con los Procesos Asistenciales Integrados, realizándose una gestión por procesos. Éstos son la herramienta con la que se analizan todos los componentes que intervienen en la prestación sanitaria, ordenando los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrando el conocimiento actualizado, intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones para lograr un mayor grado de homogeneización.

En el marco del SSPA en relación con nuestra especialidad hay realizados una serie de procesos (creados desde los profesionales de las diferentes unidades de gestión); por ejemplo: proceso de anemias y proceso de soporte hemoterapia. Desde la implantación de este proceso se ha visto cómo mejora la calidad inter-

niveles, las derivaciones de primaria, la respuesta desde consultas de rápida atención, etc., lo que permite hablar con un mismo lenguaje, mejorando la calidad de la atención, realizando menos trabajo innecesario, ya que cada nivel sabe dónde actuar.

Tras analizar esta nueva forma de organización, llegamos a un segundo punto no menos importante: la calidad asistencial; es importante evaluar y asegurar la calidad de los resultados, ya que esto es en definitiva parte integrante, así como uno de los objetivos de nuestro quehacer diario. La mayor parte de los recursos se asignan en decisiones tomadas en condiciones de incertidumbre; concretar, evaluar, evitar la variabilidades importante y nos dará calidad. Se gestiona lo que puede medirse, pero ¿qué herramientas tenemos para medir? Tenemos herramientas para medir la gestión clínica, la gestión económica o la calidad del producto que aportamos<sup>3</sup>.

Entre las herramientas de gestión económica nos encontramos con los sistemas de clasificación de pacientes (grupos relacionados al diagnóstico GRD, conjunto mínimo básico de datos CMBD), contabilidad analítica, control de costos, etc.

Existen igualmente herramientas para la evaluación y mejora de la calidad científica que en definitiva buscan disminuir la variabilidad de la práctica médica, como son los protocolos, vías clínicas, las guías de práctica clínica. Entre los indicadores de evaluación de la calidad, que nos permiten medir en parte la gestión clínica, encontramos los indicadores de salud, los indicadores de actividad y productividad, etc. Dentro de estos últimos encontramos aquellos que nos permiten la evaluación y control de la asistencia, evaluando el uso hospitalario, nos permiten identificar si los ingresos son apropiados, así como las estancias hospitalarias, detectando con ello procedimientos inadecuados para poder facilitar así la elaboración de planes para corregirlos. Una utilización inadecuada tiene importantes efectos negativos, como el incremento de costes hospitalarios y de los gastos de los familiares del paciente, la alteración en el normal funcionamiento de los servicios clínicos así como un aumento del riesgo para el paciente de adquirir infecciones nosocomiales y de estudios, exploraciones diagnósticas o tratamientos innecesarios.

En nuestra unidad hemos realizado, por ejemplo, un estudio, evaluando los ingresos y estancias adecuadas e inadecuadas, así como las causas de dicha inadecuación a través de la aplicación del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Se trata de un programa de evaluación en el que mediante la aplicación de determinados criterios explícitos y objetivos se juzga la necesidad clínica del ingreso hospitalario y cada uno de los días de hospitalización a partir de la revisión de historias clínicas<sup>4,5</sup>. Existen varios programas el AEP ya comentado, el Intensity-Severity-Discharge Criteria

Set ISD (Criterios de Intensidad y Severidad al Alta), el Standardized Medreview Instrument SMI (Protocolo estandarizado de revisiones médicas) y el Delay Tool DTO (Lista de Demoras). El más utilizado en nuestro medio es el primero. Hemos realizado un estudio para ver el impacto que tenía el cambio del modelo organizativo, la creación de la Unidad de Gestión Clínica, sobre una medida objetiva de evaluación de la calidad como es el AEP, aplicando éste antes y tras un tiempo de rodaje de cuatro años de la Unidad de Gestión Clínica. Hemos observado así una mejora en la calidad asistencial, con una disminución tanto en el número de ingresos inadecuados como en las causas analizadas de inadecuación de éstos. Asimismo, evidenciamos cambios en las causas de inadecuación de las estancias hospitalarias, observando una mejoría en las causas derivadas de la responsabilidad del médico, probablemente debido a los continuos fenómenos de *feedback* realizados a los clínicos, presentando los datos del estudio y proponiendo de forma conjunta puntos de mejora<sup>6</sup>.

Dentro de esta dinámica de intentos de mejora de la calidad asistencial, hemos desarrollado un proyecto consistente en la creación de una seroteca de hemofilia, con objeto de contribuir a la mayor seguridad de nuestros pacientes.

Además de estos sistemas de calidad que estamos analizando, denominados “sistemas de calidad internos”, existen otros sistemas de calidad externos (CAT Banco de Sangre; JACIE Trasplante; Agencias Certificadoras; Agencias de Calidad) ampliamente conocidos en el ámbito de nuestra especialidad y que no vamos a entrar a detallar.

En el SSPA se ha creado dentro de este marco de evaluación la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), a través de la cual se realiza la acreditación tanto de los profesionales como de las unidades. Desde un punto de vista de atención sanitaria integral (o sea, una atención sanitaria en conjunto), se valoran fundamentalmente los conceptos de *continuidad asistencial* y de *procesos asistenciales* (ya comentados).

La acreditación bajo este sistema es un proceso en el cual a través de la observación y reconocimiento de la forma en que prestamos la atención sanitaria, tanto los profesionales como las unidades en conjunto, vemos si se adapta a nuestro modelo de calidad. Así, existen una serie de estándares que son patrones de referencia (estos estándares, definidos a partir de leyes: Ley 2/1998 de 15 de junio, el II Plan Andaluz de Salud, Plan de Calidad de la Consejería de Salud, los Contratos Programa, Guía de Procesos Asistenciales, etc.), sin olvidar las recomendaciones sobre las mejores prácticas.

Mediante la acreditación se impulsa el proceso de mejora continua, entendido como algo dinámico, así como la evaluación constante dentro del SSPA; en este

proceso se valora el cumplimiento de una serie de estándares de calidad propuestos, se analizan las áreas de mejora detectadas y se proponen líneas de actuación para continuar el camino de mejora.

Estos procesos de acreditación se han iniciado hace algún tiempo. Existen actualmente dos unidades de hematología acreditadas, estando en proceso algunas más; se ha comenzado asimismo el proceso de acreditación de los profesionales. Tanto nuestra unidad de gestión clínica como algunos profesionales de la misma están ya acreditados por la ACSA.

Para finalizar, podemos puntualizar que, aunque el sistema sanitario español se ha situado entre los mejores, con unos resultados buenos, se debe adaptar a las necesidades del momento actual. Se hace necesario, como hemos visto, emprender un cambio en el modelo organizativo y escoger el que mejor se adapte a las necesidades de la comunidad. Además se hace imprescindible la evaluación constante de la actividad sanitaria, que ha de ser controlada y evaluada en todos sus aspectos, tanto los económicos como los relativos a la calidad del servicio ofrecido.

## Bibliografía

1. Sevilla F. La Ley General de Sanidad: el impulso necesario. *Rev Adm Sanit.* 2007; 5 (3): 407-25.
2. Sevilla F. La organización de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. *Rev Admin Sanit.* 2006; 4 (1): 13-6.
3. Peiró S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2008; 10 (3): 84-7.
4. Bañeres J, Alonso J, Broquetas J, et al. Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar. *Med Clínica (Barc.)* 1993; 100: 407-11.
5. Sangha O, Schneeweiss S, Wildner M, et al. Metric properties of the appropriateness evaluation protocol and predictors of inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data. *International Journal for Quality in Health Care.* 2002; 14: 483-92.
6. Payne S, ASH A, Restuccia J. The role of feedback in reducing medically unnecessary hospital use. *Medical Care.* 1991; 29 (8 Suppl.): 91-106.

## FUNCIONAMIENTO INTEGRADO DE LA CLÍNICA CON EL LABORATORIO

P. SÁNCHEZ GODOY

*Servicio de Hematología y Hemoterapia  
Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid)*

Corren tiempos difíciles en todas las organizaciones. La crisis económica está afectando, de momento, a todos los sectores productivos, y no es más que la con-

secuencia de la evolución natural de una sociedad que no ha permitido que las grandes conquistas sociales que se han ido consiguiendo a través de la historia con tanto esfuerzo pudieran haber llegado a todos. Valores humanos como la solidaridad, justicia o la equidad, tan necesarios para haberlo podido conseguir, han ido siendo vencidos por el egoísmo de unos pocos y la complacencia de otros muchos que se han encontrado más cómodos estando cerca de aquéllos. En este momento existe, además, una crisis de ideas y no se sabe cómo se va a poder salir de ella, pero lo que es seguro es que habrá que continuar, y más tarde o más temprano se saldrá de ella. Es de esperar que aparezcan algunas transformaciones sociales y que se vayan implantando lentamente, ya que no es época de esperar revoluciones y tienen que aparecer también los líderes que las vayan dirigiendo.

En la **medicina actual** también los valores tradicionales que nos han caracterizado a los médicos se han ido perdiendo –o, al menos, han ido cambiando–, dejando paso a grandes dosis de insolidaridad, competitividad, desigualdad y otras cualidades negativas. Al ser, desde sus orígenes, una ciencia en evolución, la crisis actual le afectará, pero de una forma diferente ya que afectará a sus organizaciones; pero no alterará su desarrollo técnico e intelectual, e incluso es posible que recupere en parte sus valores.

La AEHH, junto a otras prestigiosas asociaciones profesionales de la especialidad como la ASH, acaban de cumplir sus primeros 50 años<sup>1,2</sup> y, a través de todo este tiempo, el conocimiento y la práctica de la hematología han sufrido una gran transformación. Se ha conseguido poder curar, o al menos controlar, las enfermedades carenciales; que aunque no las curemos, podamos manejar satisfactoriamente las que tienen un origen inmunitario; conocemos la patología molecular de muchas enfermedades congénitas y, aunque todavía tampoco las podemos curar, sí que podemos dar consejo genético, hacer diagnóstico prenatal y mejorar algunas de ellas con el trasplante. También el desarrollo de la biología molecular está permitiendo descifrar mejor los procesos fisiológicos de la sangre y los patológicos de la mayoría de las enfermedades hematológicas, y estos conocimientos se han ido traduciendo en adelantos terapéuticos para los pacientes. Podemos curar algunas leucemias y linfomas y controlar temporalmente la mayoría de las que no curamos. En el futuro será de esperar que las mejoras continúen desarrollándose, incluso a una mayor velocidad, de forma que en poco tiempo es posible que lleguemos a manejar a los pacientes de forma muy diferente a como lo hacemos actualmente.

El desarrollo de la especialidad de hematología podría servir como ejemplo de la evolución de la mejor medicina, ya que ha ido alcanzando un gran desarrollo técnico. Ha sido pionera en los tratamientos qui-

miotéricos del cáncer, en la puesta en marcha de los hospitales de día, en trasplantes de órganos, en la aplicación de las nuevas tecnologías de laboratorio como el inmunofenotipado celular, genética celular, biología molecular, cultivos celulares, ingeniería celular o terapia génica; y, actualmente, en todas sus áreas de trabajo se hace imprescindible la utilización de las nuevas tecnologías, de la comunicación, programas informáticos y programas dirigidos a la calidad y a la gestión de los recursos, lo que hace que mantenga una viveza extraordinaria y pueda ser contemplada con mucho futuro por delante.

---

### La hematología integrada

A nivel organizativo la especialidad también ha ido sufriendo transformaciones. Aparece en la década de los cincuenta, junto a otras especialidades médicas que disgregan la medicina interna como consecuencia de la progresión del conocimiento médico y de la complejidad del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades<sup>3</sup>. Le correspondía ocuparse del manejo de las enfermedades de la sangre, y la atención a los pacientes se fue configurando junto a la hemoterapia, que hasta entonces se trataba de un soporte para la cirugía y era realizada por anestesiólogos, y con el laboratorio, donde había que realizar estudios a la sangre necesarios para poder ver cómo se alteraba la morfología de sus componentes en las diversas enfermedades y también los que iban apareciendo para poder estudiar la hemostasia en las enfermedades hemorrágicas.

En los años setenta es cuando se desarrollan los hospitales de la Seguridad Social en nuestro país y, a través de una normativa ministerial, se crean la mayoría de los servicios clínicos asistenciales que se mantienen actualmente y quedan integradas las diversas áreas asistenciales que componen la especialidad en los servicios de hematología y hemoterapia<sup>4</sup>. Es a partir de esta época y en estas estructuras integradas cuando se va produciendo el gran avance de la especialidad, que llega a ser una de las más fructíferas y de mayor prestigio científico en España y fuera de ella.

En estas estructuras integradas, la evolución de la especialidad ha ido cambiando su orientación, dirigiéndose los recursos materiales y económicos preferentemente hacia la clínica, sobre todo para el manejo de las enfermedades oncohematológicas, quedando el resto en un segundo plano. El prestigio y las direcciones de los servicios también, en general, han recaído en los "hematólogos clínicos", y sus causas, aunque hayan sido científico-técnicas, probablemente también hayan influido la trágica imagen social de leucemias y linfomas y el *glamour* de los trasplantes.

La labor asistencial ha podido completarse de forma exitosa con una intensa actividad docente, consiguien-

do el alto grado de preparación que tienen actualmente los hematólogos españoles al finalizar su residencia y con la investigación, que ha sido realizada en su mayor parte colaborando en los diversos grupos cooperativos que tiene la especialidad.

---

### Otros componentes del modelo integrado: hospitales comarcales y los centros de referencia

En la década de los ochenta se dejan de construir grandes hospitales y se pasa a construir otros de menor tamaño que puedan atender a poblaciones más pequeñas y a las áreas rurales. Aunque en ellos se intenta mantener la estructura integrada de la especialidad, los recursos con que cuentan son insuficientes, y las secciones en las que quedaban dividida la especialidad (clínica, hemostasia y coagulación, hemoterapia y laboratorio) pueden contar, como mucho, con un hematólogo en cada una, de forma que en muchos casos esta dotación llega a ser insuficiente y éstos tienen que unirse a otros especialistas, especialmente internistas y otros especialistas de laboratorio, para poder continuar realizando muchas de las actividades hematológicas. Es también en estas organizaciones donde aparece la necesidad de tener que contar con **centros de referencia** donde puedan realizarse actividades que por su complejidad, y con los medios de que disponen, no llegan a poder realizarse.

Con ellos se abre una nueva forma de funcionamiento diferente a la de los clásicos servicios de hematología y hemoterapia, ampliándose el abanico de organizaciones asistenciales que realizan actividades hematológicas. La atención a los pacientes con enfermedades congénitas hemorrágicas es la primera que tiende a centralizarse en centros únicos regionales de referencia, aunque se mantienen dentro de los servicios de hematología y también se abre alguna unidad de trasplante de médula con funcionamiento independiente del resto de la actividad del servicio. Estas nuevas formas no han llegado a suponer una disgregación de la especialidad sino que han contribuido a su mantenimiento integrado.

Algo distinto ha ocurrido con la **hemoterapia**, donde la aparición devastadora del VIH y otras enfermedades transmisibles ha obligado a mejorar el procesamiento de todos los hemoderivados y, a través de diversas normativas internacionales y nacionales, toda su actividad ha venido siendo regulada, y su funcionamiento, modificado; así, los tradicionales bancos de sangre hospitalarios se han transformado en servicios de transfusión, manteniendo la actividad transfusional y otras relacionadas con aféresis y congelaciones de progenitores, y el resto ha pasado a ser realizado en los centros de transfusión, donde su actividad

es parecida a la de cualquier producción industrial y su funcionamiento al de una organización empresarial donde se producen y distribuyen los componentes sanguíneos. La ley obliga a que ambas organizaciones deban estar funcionando en colaboración y sus actividades tienen que seguir siendo realizadas y dirigidas por hematólogos, por lo que son estructuras que aunque modifican el modelo integrado del servicio de hematología, no desintegran el modelo de especialidad. Algunos centros transfusionales como el catalán están introduciendo actividades hematológicas no transfusionales en su cartera de servicios, como el control TAO o una consultoría de hematología clínica, lo que podría interpretarse como un nuevo modelo de practicar una hematología integrada que, a diferencia del modelo clásico, que es hospitalario, tiene su ubicación extrahospitalaria<sup>5</sup>.

### La crisis de la especialidad

Ya durante la década pasada y especialmente en lo que llevamos de ésta, estamos asistiendo a una crisis de la especialidad<sup>6</sup>. Si bien en sus aspectos científicos la hematología española probablemente esté alcanzando su mayor prestigio a nivel internacional, a nivel organizativo estamos asistiendo, con la puesta en marcha de una gran diversidad de modelos de gestión de la atención hematológica, a una desintegración del modelo clásico "integrado", y esto está ocurriendo debido a varios factores:

1. En primer lugar, la medicina está sufriendo las consecuencias de una importante transformación social producida como consecuencia de la gran revolución tecnológica, del crecimiento económico y del desarrollo en general, lo que ha ido acompañado de un incremento continuo de la demanda sanitaria y un incremento continuo del gasto muy superior al crecimiento del PIB.

2. En segundo lugar, se encuentran diversos factores que afectan directamente a los profesionales, como son la desmotivación o las clásicas resistencias al cambio, que son generales a todos los médicos y otros más específicos de los hematólogos, ya que ejercen una especialidad que tiene un alto coste en sus intervenciones, mucha heterogeneidad en sus contenidos y quizá, después de muchos años, esté perdiendo su liderazgo como especialidad vanguardista, dejando paso a otras que están más de moda. También los hematólogos, tras varios años de jefaturas vitalicias y ausencia de carrera profesional, han colaborado en la disgregación de las áreas clásicas de la especialidad, con la intención de poder repartir sus áreas de poder. La creación de la SETS y de la SETH podrían haber sido una consecuencia de ello y a todo ello se le podría unir, quizá, que haya habido cierta

despreocupación en general de anteriores directivas de la AEHH por el mantenimiento de la integración de la especialidad y no hayan sido capaces, como organización, de haber conseguido el suficiente prestigio social para haber podido influir en las decisiones políticas que han ido afectando a la práctica profesional de la especialidad.

3. En tercer lugar, está habiendo problemas de definición y límites con otras especialidades. Nos encontramos en un momento en que otras especialidades del laboratorio necesitan reinventar su identidad<sup>7</sup>. Es difícil de entender que se pueda acceder a ser especialista de una especialidad médica desde diferentes licenciaturas, sin que el diferente contenido formativo que tienen tenga relevancia alguna para el posterior trabajo asistencial que van a tener que desarrollar, como está ocurriendo con Bioquímica, Microbiología y Análisis Clínicos; o que los analistas estén autorizados para poder realizar cualquier tipo de análisis, independientemente de su complejidad o de la institución para la que se realicen, asumiendo, debido a ello, las funciones que les correspondería realizar al resto de especialistas del laboratorio. Esto a nivel práctico tiene una importante repercusión en la calidad de sus actuaciones, y también a nivel profesional, ya que el acceso al mundo laboral les está siendo muy complicado, especialmente a los bioquímicos. En la clínica es menos trascendente y está ocurriendo con Oncología, especialidad muy joven pero que está sufriendo un gran desarrollo y desde siempre ha tenido apatías sobre los linfomas.

4. Por último, hay que hablar del actual sistema de organización de los hospitales, conocido como *gerencialismo*, nacido hace más de veinte años con el objetivo de poner orden en las cuentas; en este momento, y ya con las cuentas algo mejor ordenadas, todo lo que siga funcionando en los términos actuales va a continuar retrocediendo en lo que deben ser organizaciones que funcionen acordes a las necesidades actuales. Los gerentes deberían abandonar el autoritarismo con que actúan, como modelo de dirección, y dejar de ser meros administradores dirigidos desde unas centrales burocratizadas y politizadas. Como gestores de empresas del conocimiento que son, deberían estar dotados de la formación y experiencia necesaria y realizar su función en un escenario donde contarán con la participación de sus profesionales en la gestión y en el resto de actividades.

A nivel internacional, la especialidad está sufriendo problemas parecidos y también está siendo motivo de reflexión en las asociaciones profesionales<sup>8-10</sup>. En Estados Unidos, al contrario de lo que ocurre en nuestro país, tienen una larga tradición de integración de oncología y hematología. Habiendo nacido la oncología como especialidad médica en el seno de la hematología, se están encontrando con que la

mayoría de los profesionales que atienden enfermedades hematológicas tienen doble titulación en hematología y oncología y saben manejar las enfermedades hematooncológicas, pero no tienen formación suficiente para manejar las no malignas, produciéndose una disfuncionalidad en la atención a estos pacientes y se está proponiendo la separación de ambas especialidades<sup>11</sup>.

---

### Los servicios de hematología en los nuevos modelos de gestión

La práctica de la hematología en instituciones privadas ha sido siempre minoritaria, tratándose de una especialidad cuya actividad, en general, se desarrolla en los hospitales públicos y a éstos la legislación reguladora de la administración del estado los somete, al igual que a otras entidades públicas, a un encorsetamiento que hace muy difícil poder gestionarlos. Es a partir de la Ley 15/1997 cuando queda habilitada la posibilidad legal para la implantación de nuevas formas de gestión, ampliándolas de manera notable con la tipología abierta para organismos autónomos, entidades públicas empresariales, sociedades anónimas públicas, sociedades de responsabilidad limitada, consorcios, fundaciones y cooperativas. Algunas de estas nuevas fórmulas de gestión sanitaria se han ido implantando en la mayoría de las comunidades autónomas (CC AA) y, a excepción de los organismos autónomos, el régimen jurídico que tienen es el derecho privado, lo que les ha permitido adoptar cambios importantes en su gestión, haciéndola más flexible y con ello poder conseguir, desde el punto de vista teórico, mejores resultados en el funcionamiento de los centros sanitarios. Pero esto no siempre está ocurriendo así, ya que en ocasiones los cambios no responden a intereses generales o profesionales, sino que lo hacen a necesidades de sus directivos, a veces tomando decisiones arbitrariamente o, incluso, atendiendo a intereses personales.

Estos cambios organizativos están afectando a nuestra especialidad, de forma que, en las nuevas instituciones sanitarias, sean fundaciones, empresas públicas o consorcios, la práctica de la hematología integrada, y dentro de un servicio integrado, está llegando a ser inusual<sup>12</sup>. Es con algunos de estos modelos donde se están realizando experiencias que quebrantan la integridad de la especialidad. Ejemplo de ello están siendo ciertas variantes que se ofrecen, como, por ejemplo, la separación de hematólogos de un mismo hospital, adscribiendo una mitad al servicio de análisis clínicos y la otra al de oncología; o la dependencia funcional de todo un equipo completo de hematólogos de otros especialistas, que lógicamente no cuentan con la acreditación ni prepa-

ración suficiente para tal responsabilidad, o como la realización por “equipos volantes” extrahospitalarios de actividades hematológicas que les correspondería realizar a hematólogos existentes en el propio centro. Es de esperar que muchas de estas experiencias sean transitorias, ya que no han aparecido acompañando al progreso o a intereses generales y la mayoría de ellas no hacen más que crear funcionamientos anormales.

---

### El laboratorio “actual” de hematología

La mayoría de las variantes organizativas que han ido afectando a la especialidad suponen diferentes formas de realizar las tareas hematológicas, pero no tienen por qué afectar a su integridad como especialidad.

La hemoterapia está regulada por ley y sus funciones deben estar asumidas por hematólogos, por lo que su integración está asegurada; y la clínica –aunque existan algunos intentos de absorción por parte de la oncología– tampoco tiene por qué tener problemas, ya que nuestra relación con ellos debe quedar solamente en la conveniencia de tener que compartir algunos recursos estructurales y en que necesitan nuestro apoyo técnico, dados los frecuentes problemas hematológicos que presentan sus pacientes. Es el laboratorio de hematología, junto al resto de laboratorios de diagnóstico biológico, el que (al estar inmerso en una de las actividades asistenciales que mayor transformación está sufriendo) tiene por delante un futuro más incierto, y es en esta área de la especialidad donde existe un peligro real de desintegración.

En España, en los años setenta aparecen ubicados en las cátedras de medicina, y es en la década siguiente, coincidiendo con la creación de los servicios de hematología, cuando se produce un gran avance de las técnicas instrumentales y un gran aumento en el número de pruebas. Se ve la necesidad de tener que realizar controles internos y externos para poder obtener una mayor precisión de los resultados y se inicia su automatización con la aparición de los autoanalizadores, que iban a permitir realizar un gran número de determinaciones en poco tiempo. Es una época en la que los laboratorios se especializan y funcionan separados en las diversas especialidades que forman el laboratorio de diagnóstico clínico.

En los años noventa aparecen nuevas metodologías, especialmente las técnicas de biología, genética molecular y marcajes celulares, que van a aportar pruebas para poder llegar a un mejor conocimiento de las enfermedades. Aparecen también la robotización, que permite un mayor grado de automatización, las pruebas cercanas al paciente y los sistemas de información.

Durante todo este tiempo el laboratorio ha ido consolidando un alto grado de especialización, llegando al **laboratorio actual**, que realiza una actividad que es clave en la asistencia, al aportarla un amplísimo catálogo de pruebas que permiten que se llegue a poder realizar alrededor de un 70% de los diagnósticos en medicina. El gran desarrollo tecnológico ha acabado con los pequeños laboratorios tradicionales con funciones artesanales y ha dado paso a laboratorios con una alta cualificación técnica de los profesionales que trabajan en ellos, consiguiendo una alta fiabilidad de los resultados analíticos, cuentan con una gran capacidad para asumir los avances tecnológicos y están preparados para poder dar cobertura a grandes poblaciones.

El **laboratorio**, que inicialmente se desarrollaba atendiendo a las necesidades de los clínicos, que le iban pidiendo cada vez una mayor calidad y rapidez en poder obtener los resultados, en la actualidad está obligado a satisfacer también las necesidades de gestores, que quieren, sobre todo, que cueste lo menos posible, y de los pacientes, que esperan poder tener las mayores facilidades para llegar a hacérselos. Tiene que ofrecer, por tanto, un servicio sanitario con carácter de excelencia, y ello, unido a la alta complejidad de sus actuaciones, al amplísimo catálogo de pruebas y a la utilización de las nuevas tecnologías, ha conseguido que el laboratorio clínico siga evolucionando y haya tenido que adaptarse a las necesidades de todos ellos. La progresiva complejidad en su funcionamiento, la constante presión para la moderación de los costos, la creciente demanda asistencial y la exigencia de calidad en las instituciones sanitarias, junto a la aparición de legislación que pretende regularlo, hace que una gran parte de su funcionamiento tenga que ser muy parecido al de otros sectores de la producción industrial, y por ello les está copiando muchas de las técnicas de su funcionamiento. Desde esta perspectiva, el **laboratorio actual** está configurado como una pequeña empresa que hay que gestionar, por lo que se puede considerar que se encuentra actualmente en la etapa de la gestión; el “laboratorio gestionado”, que está basado en cuatro pilares que son fundamentales para su funcionamiento: el equipamiento analítico-técnico, el sistema de información, la gestión de los recursos y la gestión de la calidad.

Actualmente, es la **calidad** a nivel técnico su principal objetivo y para ello se le está exigiendo que esté dotado de una *Política de Calidad* y de un *Sistema de Calidad*, con objetivos firmes y responsabilidades claramente definidas, y con un *Programa de Gestión de Calidad* que le permita poder realizar su planificación, su control, su aseguramiento y su mejora continua. El grado de inexactitud y de imprecisión de cada laboratorio debe verificarse participando en *Programas de Evaluación Externa de la Calidad (EQAS)*, que están ga-

rantizados por instituciones profesionales nacionales o extranjeras. En España contamos con el patrocinado por la AEHH, con el que, junto con el programa internacional *EQAS* (de la ECAT Foundation), queda cubierta la práctica totalidad de las pruebas de hematología, trombosis y hemostasia que realizamos. A través de ellos se va a poder monitorizar de una forma continuada el nivel técnico del laboratorio y se van a poder corregir errores en la realización de las pruebas. Más novedosos, en esta metodología de evaluación externa de la calidad, son los *Programas de Garantía Externa de la Calidad (EQAP)*, que amplían la evaluación a áreas extraanalíticas y a la propia gestión de la calidad de los laboratorios.

El laboratorio actual debe tener autorizado su funcionamiento y, para ello, debe cumplir las normativas legales que le afecten. Cada una de las CC AA ha ido desarrollando la suya propia y, en el camino hacia la excelencia en su funcionamiento, a través de la mejora continua, requiere además que alguna entidad autorizada en *acreditación de la Calidad* le audite y le certifique o acredite que efectivamente su funcionamiento cumple con las normas que entidades internacionales de estandarización de la calidad han creado para ello. En el laboratorio de ensayo, son las *normas ISO* las que lo regulan, y dos de estas normas son las que le afectan de una forma más directa: la *UNE-EN ISO 9001:2000* (revisada en 2008) y la *UNE-EN ISO 15189:2003* (revisada en 2007). Cumpliendo la primera, se certifica que el laboratorio tiene implantado un Sistema de Gestión de la Calidad por cualquiera de las entidades acreditadoras autorizadas (AENOR, APPLUS, Bureau Veritas, TÜV, etc.); y, cumpliendo con la segunda, se consigue que se acredite formalmente que el laboratorio tiene capacidad técnica para las tareas que realiza. A diferencia de la certificación, en España únicamente la entidad ENAC está autorizada para poder acreditar.

El laboratorio actual también ha de contar con un responsable que, teniendo claros la misión y los objetivos de su laboratorio y estando dotado de la formación y experiencia suficientes, sea capaz de realizar las funciones que le competen de planificar, organizar, dirigir y controlar todas las actividades o procesos que se realicen, incluidos la investigación y docencia, debiendo delegar y repartir las funciones delegables entre los profesionales que le atienden.

El **laboratorio de hematología** no ha sido ajeno a toda esta evolución. A nivel técnico, en sus propios procedimientos ha sido donde más se ha diferenciado del resto, y también en la capacitación profesional de sus responsables técnicos, que deben ser médicos y especialistas en hematología y hemoterapia. En su funcionamiento también ha cambiado y, junto al resto de laboratorios de un mismo centro, ha pasado de realizar todas sus actividades de una forma aislada, inclu-

so en ubicaciones separadas, a que sean comunes muchas de ellas. Hoy es difícil plantear por separado la mayoría de las actividades que se realizan en las fases pre y postanalíticas o el funcionamiento de servicios importantes como el sistema de información, el mantenimiento informático o el equipo de suministros<sup>13</sup>.

Pero todo este avance y gran desarrollo del laboratorio ha venido acompañado de un aumento continuo de la demanda, lo que conlleva, sobre todo en el sistema público, un gran consumo de recursos y un alto costo difícil de asumir. De ahí que estén surgiendo diversos modelos organizativos, no exentos de polémica. Entre ellos, los **macrolaboratorios**, que, aprovechando los avances tecnológicos y basándose en el teórico efecto beneficioso de la economía de escala, intentan copiar la producción de los sectores industriales, aparentando una mejora en su eficiencia, algo que podría ser cierto si el laboratorio sólo necesitara producir resultados, como ocurre en caso de estudios o chequeos poblacionales. Pero la función del laboratorio de diagnóstico clínico en las instituciones sanitarias y, especialmente, en los hospitales es otra, y consiste en aportar sus pruebas y el conocimiento de los profesionales que en ellos trabajan, a la labor de los clínicos para el diagnóstico, manejo y mejor tratamiento de sus pacientes.

Aquí es donde de nuevo se encuentra una diferencia importante con los otros especialistas del laboratorio, que en general tienen como función (misión) única dar resultados. El hematólogo le añade la interpretación al resultado, pudiendo indicar un estudio más amplio, recomendar un tratamiento adecuado, e incluso puede aplicárselo directamente al paciente, y es, entre otras cosas, porque también le diferencia en este caso del resto de especialistas médicos, que el hematólogo orienta su asistencia en torno a los procesos de una forma integral (utilizando terminología de moda en la gestión sanitaria) de forma que la práctica de la hematología lleva funcionando ya desde hace muchos años como una unidad funcional, "Unidad funcional de la Sangre"; entidades, como la de la mama, que están siendo puestas de moda por los gestores actuales.

Este valor añadido que aporta el hematólogo al laboratorio le va a permitir, además, poder controlar la demanda, realizando las pruebas de su cada día más amplio catálogo, con excepción de hemogramas, tiempos de coagulación y alguna otra de bajo coste, sólo a aquellos cuya solicitud esté bien fundamentada. Este control de la demanda se transforma en un claro beneficio económico, y es condición sine qua non para que, asociado a todas las características descritas anteriormente que debe tener el laboratorio actual, se pueda hablar del laboratorio que requiere la sociedad en este momento, que es un laboratorio eficiente y de calidad contrastada.

---

## El futuro del laboratorio y la hematología molecular

El laboratorio actual se encuentra ya de lleno inmerso en la era de la medicina molecular; por ello, el laboratorio de hematología y la especialidad en sí tienen que estar preparados para realizar todas aquellas pruebas citogenéticas y moleculares que, según vayan dejando de ser experimentales, se vayan convirtiendo en necesarias para el manejo de las enfermedades hematológicas<sup>14</sup>. Estas pruebas están apareciendo cada día a mayor velocidad y están suponiendo una auténtica revolución biológica y tecnológica. Sirviendo inicialmente para realizar un mejor diagnóstico de enfermedades, ya empiezan a ser necesarias para el pronóstico, evaluación de respuesta terapéutica y su seguimiento<sup>15</sup>.

Esta nueva hematología molecular –que ya cuenta con ejemplos prácticos en algunas enfermedades, como la leucemia mieloide crónica o la promielocítica aguda– conlleva una alta complejidad en el manejo de las pruebas a realizar en el laboratorio y debería estar siendo realizada por expertos con la necesaria formación hematológica. Las experiencias actuales con el manejo de la medicina molecular llevado a cabo por profesionales sin el suficiente conocimiento de las enfermedades está suponiendo la realización de extensas baterías de pruebas, muchas de ellas innecesarias y un coste insostenible.

La indicación de las nuevas pruebas moleculares tendrá que individualizarse en función del estado de la enfermedad y del propio paciente; por tal motivo, el laboratorio de hematología molecular, como mejor va a poder ofrecer una mayor calidad técnica y eficiencia será ubicándose en el área de diagnóstico citológico y citometría de flujo y en hospitales que atiendan a este tipo de pacientes, y, como ocurre con otras actividades complejas que tienen alto coste o una baja frecuencia, queden repartidos en niveles de referencia, atendiendo sobre todo a criterios poblacionales<sup>16,17</sup>.

---

## Consideraciones finales

Como hemos venido exponiendo, no están siendo la modernidad, la mejora en la eficiencia o los intereses generales de la sociedad los factores que amenazan con disgregar la especialidad. La confusión existente en las competencias, misiones y definiciones de otras especialidades y su futuro poco claro hace que sus especialistas tengan que estar buscando nuevas actividades y funciones. La hematología es una especialidad médica que, aparte de su contenido, tiene una característica importante que la diferencia del resto: que contempla en conjunto el diagnóstico por el la-

boratorio, el manejo del paciente con enfermedad hematológica y el recurso de la sangre como tratamiento, y ello hace que el hematólogo tenga que asumir funciones en las tres áreas. Los límites en las competencias de la mayoría de las especialidades médicas son realmente difíciles de definir, razón por la cual en nuestra especialidad, al ser tan heterogénea, muchas de las actividades sean parecidas a las de las llamadas “especialidades frontera”<sup>18</sup>, y de ahí que algunas de ellas estén siendo realizadas en ciertos entornos por estos especialistas.

Su pasado como especialidad ha sido brillante; su presente se encuentra inmerso en una crisis que no debe ser entendida en sentido peyorativo, sino como un fenómeno de cambio; y el futuro, aunque difícil de predecir, es de esperar que esté asegurado. Recientemente ha quedado definida por la ley de Ordenación Sanitaria y coincide con la recogida por la American Society of Hematology (ASH), por la European Hematology Association (EHA) y en el Real Decreto del 2 de octubre de 2006. El próximo decreto sobre la troncalidad es de esperar que recoja la propuesta del Grupo de Trabajo del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud del Ministerio de Sanidad para que entre a formar parte del tronco médico; y también es de esperar que resuelva las diferencias entre especialidades frontera y contribuya a superar la actual sensación de intrusismo favoreciendo la cooperación entre ellas<sup>19</sup>.

Esta previsible mejoría en las definiciones y limitaciones de las especialidades no quita para que la práctica de la hematología tenga que ser exclusiva del especialista, ya que ésta debe realizarse dentro de un equipo de atención médica con el que comparte responsabilidades y experiencias. El médico de atención primaria y el médico internista no sólo representan el primer contacto con el enfermo, sino que además inician el proceso diagnóstico y van a tener que seguir colaborando en muchos aspectos del manejo y seguimiento de los pacientes hematológicos, al igual que lo deberán seguir haciendo otros especialistas.

En cuanto a cómo deben ser los modelos organizativos, en una sociedad tan abierta como la actual, ciertas dosis de flexibilidad son necesarias y los hematólogos debemos estar abiertos a que sigan apareciendo nuevos modelos donde tengamos que prestar la atención hematológica a nuestros pacientes. Es a las asociaciones profesionales a las que corresponde, como técnicos que son, aportar soluciones a los problemas que se vayan planteando y colaborar con la Administración sanitaria y entidades afines en el diseño de los nuevos modelos. Deberán velar por la existencia de una actividad hematológica de calidad y por unas condiciones laborales de sus profesionales dignas, así como liderar los cambios que deban de irse produciendo.

Al hematólogo le corresponderá seguir avanzando en el conocimiento de las bases celulares y moleculares de las enfermedades y continuar con la puesta en práctica, en cada una de sus actuaciones, de los valores tradicionales que acompañan al progreso y que están en sus manos, como el esfuerzo, conocimiento, adaptación al cambio, innovación y flexibilidad, etc., junto a otros más actuales, como la efectividad y la eficiencia.

## Bibliografía

1. Rozman C. Breve historia de la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia (AEHH) y algunas reflexiones para el futuro. *Haematologica*. 2008; 93 (Extra 1): 67-73.
2. Jaffé ER, Kaushansky K. The American Society of Haematology: a success at age 50. *Blood*. 2008; 111: 11-5
3. Beeson PB. The natural history of medical Subspecialties. *Ann Intern Med*. 1980; 93: 624-6.
4. Fernández MN. El reto de la hematología-hemoterapia del siglo XXI. *Haematologica*. 1997; 82 (Supl. 1): 298-302.
5. Pla R, Salinas R. El Banc de Sang i Teixits. Empresa pública de base territorial. V Curso de Gestión en Hematología y Hemoterapia de la AEHH. Barcelona (El Montanyá) 2009.
6. Vicente V, De Arriba F, Amigo ML, Heras I. ¿Sigue siendo útil el modelo de servicio de hematología y hemoterapia clásico e integral? Organización actual y futuro previsible. *Haematologica*. 2008; 93 (Suppl. 1): 232-6.
7. Hallworth M, Hyde K, Cumming A, Peake I. The future for clinical scientists in laboratory medicine. *Clin Lab Haem*. 2002; 24: 197-204.
8. Schafer A. The future of hematology: the need to reassert its identity. *Hematologist*. 2004; 1 (3).
9. Schrier SL. Thoughts on the future of hematology. *Hematologist*. 2005; 2 (2).
10. Bunn HF. The future of hematology: good news, bad news. *Hematologist*. 2004; 1(3).
11. Drews RE. Careers in hematology: hematology-oncology: Do two halves make a whole? *Hematologist*. 2005; (2).
12. Sánchez Godoy P. Modelos de Servicios de Hematología y Hemoterapia en los diversos modelos de gestión: V Curso de Gestión en Hematología y Hemoterapia de la AEHH. Barcelona (El Montanyá), 2009.
13. Sánchez Godoy P. La calidad en el laboratorio de hematología-hemostasia. IV Congreso de la AMHH. 2009.
14. Weatherall DJ. Haematology in the new millennium. *Br J Haemat*. 2000; 108: 1-5.
15. Fielding AK, Ager S, Russell SJ. The future of haematology, molecular biology and gene therapy. *BMJ*. 1997; 314: 1396-9.
16. Morgan GJ, Pratt G. Modern molecular diagnostics and the management of haematological malignancies. *Clin & Lab Haemat*. 1998; 20 (3): 135-41.
17. Richards SJ, Jack AS. The development of integrated haematopathology laboratories: a new approach to the diagnosis of leukaemia and lymphoma. *Clin Lab Haem*. 2003; 25: 337-42.
18. Declaración oficial de la AEHH sobre la especialidad en relación con otras especialidades frontera. Diciembre, 2008. [www.aehh.org](http://www.aehh.org).
19. Alegre A. Informe sobre troncalidades en la formación de especialidades en ciencias de la salud. Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. IV Congreso de la AMHH. 2009.

## LA MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

V. MARTÍNEZ ESPINOSA

*Fundación Universitaria del Bagés. Manresa (Barcelona)*

Es evidente que no todas las personas actúan, argumentan, trabajan y se relacionan con el entorno personal y laboral de la misma forma.

Las capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes individuales se forman a partir de nuestra propia personalidad así como de nuestras experiencias familiares, escolares, laborales y sociales. Nuestra situación en los grupos de trabajo y la valoración que de nuestros resultados se realice en la organización sanitaria donde trabajemos dependerán en gran medida de la capacidad de interrelacionarnos y de cómo transmitimos y nos posicionamos con el resto de nuestros iguales. La personalidad nos identifica, nos individualiza y nos permite diferenciarnos del resto.

A menudo la gente habla de la personalidad como si se tratara de un producto, como una corbata de colores brillantes que le diera vida a un traje viejo. No sólo eso; algunas veces hablamos como si la personalidad consistiera en rasgos atractivos y admirables: efecto, encanto, honestidad. Pero no vemos que la personalidad sea algo mucho más complejo de lo que indica el uso ordinario del término, e incluye tantos rasgos positivos como negativos. Y, entre ellos, las actitudes.

Las actitudes son determinantes sobre la conducta, ya que están ligadas también a la percepción, a la personalidad y a la motivación. Una actitud es un sentimiento o estado mental positivo o negativo de buena disposición, conseguido y organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia específica sobre la respuesta de la persona a los demás, a los objetos y a las situaciones. Las actitudes se aprenden.

Las actitudes también definen nuestra predisposición hacia determinados aspectos del mundo. Por otro

lado, nos proporcionan las bases emocionales de nuestras relaciones interpersonales y de identificación con los demás.

La satisfacción en el trabajo es una actitud que los individuos mantienen con respecto a sus funciones laborales. Es el resultado de sus percepciones sobre su quehacer profesional, basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla, como el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la afiliación de los grupos de trabajo, las condiciones laborales y el margen de beneficios.

Para poder estar satisfechos, necesitamos estar motivados. La motivación personal es el elemento intrínseco básico que hace que las personas realicen su actividad laboral de forma adecuada y con elevados niveles de satisfacción. En este sentido el ámbito sanitario no es muy diferente del propio de otros ámbitos laborales y profesionales.

Vamos a analizar y reflexionar en esta sesión en torno a cómo los profesionales de la salud pueden y deben estar implicados en sus diferentes lugares de trabajo y cómo las organizaciones sanitarias deben incentivarlos para que se desarrollen y corresponsabilicen de forma adecuada en los procesos y resultados organizativos, económicos y asistenciales.

Si esto se cumple, todos saldremos ganando.

---

### Bibliografía

- Furham A. Personalidad y diferencias individuales en el trabajo. Madrid: Prentice Hall; 1995.
- Gil E, García M. Grupos en las organizaciones. Madrid: Pirámide.; 1996.
- Heller R. Cómo motivar. Barcelona: Grijalbo; 1998.
- Lebeouf M. El gran secreto de la motivación. Empresa Activa. 2009.
- Peters, T. Nuevas organizaciones en tiempos de caos. Deusto. 1994
- Valls, A. Automotivación. Profit Editorial. 2008.
- Watzlawick, P. El arte de amargarse la vida. Barcelona: Herder; 2003.