
Libro Blanco

de la Anatomía Patológica en España

(Primer suplemento)



XIX CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ANATOMIA PATOLOGICA
BARCELONA.- SEPTIEMBRE 1999.



Sociedad Española de Anatomía Patológica

Libro Blanco
de la Anatomía Patológica en España
(Primer suplemento)

Editores:

Ana M^a Puras Gil
Alfredo López Cousillas
José Palacios Calvo

Sociedad Española de Anatomía Patológica

Edición de carácter no venal.

©Sociedad Española de Anatomía Patológica

D.L.

ISSN: 0031-3106

IMPRIME

**COMITÉ ORGANIZADOR DEL
XIX CONGRESO NACIONAL DE LA SEAP**

Presidente A. Cardesa

**JUNTA DIRECTIVA DE LA SEAP
COMISION PERMANENTE:**

Presidente:
Antonio Cardesa García.
Presidente saliente:
Alfredo Matilla Vicente.
Presidenta electa:
Ana Mil Puras Gil.
Tesorero:
Francisco Alameda Quillet.
SECRETARIO-
José Palacios Calvo.

Presidentes Asociaciones
Territoriales de la S.E.A.P.
ANDALUCIA:
Alfredo Blanes Berenguel
ARAGON:
José Miguel Morales Asín
ASTURIAS:
Manuel Florentino Fresno Forcelledo
BALEARES:
Juan Enrique SerraTrespalle
CANARIAS:
Juan José Cabrera Galván
CASTILLA LA MANCHA:
Manuel Carbajo Vicente
CANTABRIA:
María Francisca Garijo Ayensa
CASTILLA Y LEON:
Carmen García Macías
CATALUÑA:
José María Corominas Torres
EXTREMADURA:
José Moreno Casado
GALICIA:
Carlos Alvarez Fernández
MADRID:
Mª Purificación Dominquez Franjo
MURCIA:
Sebastian Ortiz Reina
NAVARRA LA RIOJA:
Miguel Angel Idoate Gastearena
PAIS VASCO:
José María Arrinda Yeregui
VALENCIA:
Miguel Hernández Martí.
EDITOR "PATOLOGIA":
Javier Pardo Mindan
EDITORES ASOCIADOS:
Luis Vicioso (SEAP)
José Mil Rivera (SEC)
SECRETARIO DE REDACCION:
Iosu Sola-Gallego

Secretario T. Ribalta
Tesorero F. Alameda

Vicepresidentes	J.A. Bombí J. Ramírez S. Serrano	
Miembros	L. Alós C Barranco E Campo J. M. Corominas P.L. Fernández J. Lloreta C. Mallofré	M. Márquez A Munné A.Nadal J. Ordi A Palacín D Ribas-Mujal M.Solé
Consultores	A Anaya A. Ariza L. Bernadó R. Bernat A. Bullón-Sopelana R. Canet L. Díaz-Flores J. Fariña O. Ferrer J. Forteza R. García del Moral R. González-Cámpora V. Marco A.Martín-Herrera A. Moragas	J.J. Navas F Nogales J Ortego G. Ortuño A.Peydró J.Prat S.Ramón y Cajal J. Ramos J.M. Rivera J. Sanz-Esponera J.J. Sirvent J.D. Toledo F. Val-Bernal J. Varela-Durán J. Vila

COORDINADORES:

E. Alvarez
A. Anaya
I. Aranda
M. Carbajo
P. Fernandez Segoviano
T. García Miralles
F. Garijo
F. Manzarbeitia
R. Martinez Cabruja
E. Moro
M. Nistal
G. Ortuño
J.M. Ruiz Liso
A. Sampedro
M. Sanz Anquela
M. Vaquero

SEMINARIO GRUPOS DE TRABAJO BARCELONA

SALA 4

Enseñanza de la Patología pre-grado

Moderador: Dr.G. Ortuño. (Hospital General Universitario.- Murcia)

17,45 h.- **Docencia de Anatomía Patológica en el pre-grado de Medicina.**

Introducción y resultados de la Encuesta realizada.

Dr. G. Ortuño (Hospital General Universitario de Murcia).

18,05 h.- **Evolución de la enseñanza de Anatomía Patológica en Medicina.**

Situación actual y perspectiva.

Dr. A. Anaya (Clínica Puerta de Hierro.- Universidad Autónoma.- Madrid).

18,25 h.- **La tecnología de información como apoyo a la enseñanza de la Anatomía Patológica.**

Dr. A. Sampedro (Hospital Central de Asturias.- Universidad de Oviedo).

Relaciones institucionales y con los medios de comunicación.

Moderadora: Dra. T. Ramirez Gasca. (Hospital General del Insalud de Soria.

Dirección)

19 h.- **Las Instituciones Sanitarias y los Servicios de Anatomía Patológica. Pasado, presente y futuro.**

Dra. T. Ramírez Gasca y Dr. L.de la Merced Monge. (Hospital General del Insalud de Soria.- Dirección).

19,15 h.- **Los Medios de Comunicación Social y la Anatomía Patológica. Situación actual y perspectivas.**

Dr. J. M. Ruiz Liso (Hospital General del Insalud. Dirección Provincial del Insalud de Soria).

19,30 h.- **El impacto periodístico de la Anatomía Patológica.**

Dr. A. López Cousillas (Hospital Universitario Virgen del Camino de Pamplona)

SALA 6

Recursos y Gestión aplicada en Anatomía Patológica

Moderador: Dr. E. Alvarez. (Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid).

17,45 h.- Evaluación de la presión asistencial en los Servicios de Anatomía Patológica de 44 hospitales españoles.

Drs. J.M. Sanz Anquela (Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá), A. Puras Gil (Hospital Universitario Virgen del Camino de Pamplona), A. Maguire ("Centro de Estudios, Programas y Servicios Sanitarios", Fundación Hospital Parc Taulí de Sabadell), y J. E. Moro Rodríguez. (Hospital La Cardesa de El Escorial).

La adecuación de los Servicios De Anatomía Patológica ante la futura autogestión. Información preliminar de la Encuesta SEAP 1998.

Drs. M Nistal Martín de Serrano y A Puras Gil.

18,05h. – Objetivos de la Anatomía Patológica. Cartera de Servicios preliminar del Insalud.

Dr. F.J. Martínez Tello (Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid).

18,25 h.- Catálogo de procedimientos. Aliado o enemigo? Experiencia en la Comunidad Valenciana.

Dr. I. Aranda (Hospital General Universitario de Alicante).

19h. - La Gestión en Anatomía Patológica. Un reto para el futuro.

Drs. M. Carbajo (Hospital Ntra. Sra. de Alarcos de Ciudad Real), R. Martínez Cabruja (Patología diagnóstica, de Madrid) y J. Sánchez Fernández de la Vega (Hospital General Universitario de Guadalajara).

SALA 8

Problemas jurídico-laborales y medioambientales

Moderadora: Dra. F. Garijo (Hospital Universitario Marques de Valdecilla de Santander)

17,45 h.- La responsabilidad legal profesional del patólogo.

Dr. A. Guirao (Subdirector General de Inspección del Insalud de Madrid).

19 h.-Problemas actuales en la práctica anatomopatológica..

Dra. T. García Miralles (Hospital Central de Asturias de Oviedo).

19,20h. - " Prevención de riesgos laborales en el Laboratorio de Anatomía Patológica"

Dra. A Córdoba Iturriagoitia (Hospital Reina Sofía. De Tudela, Navarra).

LA DOCENCIA DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA EN EL PREGRADO DE MEDICINA EN ESPAÑA.

Dr. Guzmán Ortuño Pacheco

INTRODUCCIÓN

Desde hace bastante años existe una inquietud creciente entre los patólogos españoles, acerca de considerar que la situación de la Anatomía Patológica dentro de la Medicina en España no es todo lo satisfactoria que cabría esperar. Es durante el pasado congreso nacional de la especialidad celebrado en Málaga, cuando la SEAP realiza una profunda e interesante reflexión sobre la situación actual de la Anatomía Patológica, en la que influyen numerosas variables, una de las cuales, sin duda, es la formación que sobre Anatomía Patológica reciben los alumnos en las facultades de Medicina.

Para que los patólogos podamos penetrar mas fácilmente en la Medicina en España, es fundamental que la docencia que impartimos en el pregrado de Medicina tenga la consideración que se merece una materia que constituye un pilar básico de la formación del Licenciado en Medicina. Dicho de otra manera, si queremos que en un futuro los médicos españoles puedan solidarizarse, o al menos comprender nuestros problemas profesionales de toda índole, como quedaron expuestos en el Congreso de la SEAP en Málaga, es necesario que la formación conceptual básica que reciban sobre Anatomía Patológica tenga el contenido y la importancia necesaria que mas conviene a nuestros nobles y más legítimos intereses.

La impartición de la docencia de Anatomía Patológica en el pregrado de Medicina ha sufrido en los últimos años diversos avatares, resultantes de la implantación de los nuevos planes de estudio, promovidos en un intento de mejorar la coordinación entre las diversas asignaturas y así enseñar mejor nuestra disciplina. Cuando hemos hablado con profesores que habían introducido los nuevos planes de estudio, hemos percibido, en general, motivos de preocupación. Por otro lado, está claro que la docencia clásica de la Anatomía Patológica, ubicada en su totalidad en 3º

curso, cuando el alumno prácticamente no ha entrado en contacto con la clínica, no es del todo satisfactoria.

En la actualidad nos encontramos con 28 Facultades de Medicina en España, en las que la orientación docente de la Anatomía Patológica es heterogénea.

El motivo del presente trabajo es la recogida de datos procedentes de la Cátedras o Unidades Docentes de Anatomía Patológica del país, para tener una información preliminar de la situación actual, para así poder elaborar entre todos los docentes, en el marco de la SEAP, un análisis conjunto que permita diagnosticar los posibles problemas y así poder abordar sus soluciones futuras.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza encuesta tratando de conocer las siguientes circunstancias referidas a la Anatomía Patológica.

1. Datos sobre el departamento en el que se encuentra ubicada la unidad docente de anatomía patológica. Otras unidades docentes incluidas en el departamento.
2. Datos sobre el profesorado: Número. Categoría docente. Categoría asistencial. Tiempo de dedicación.
3. Datos sobre la asignatura. Nombre de las asignaturas. Alumnos matriculados. Clases teóricas y prácticas. Asistencia a clase. Tipos de prácticas. Contenido de la asignatura. Porcentaje de repetidores. Tipos de exámenes. Enseñanza integrada con otras asignaturas.
4. Datos referidos a la conformidad del profesorado respecto a la situación docente actual. Tipos de cambios que deberían establecerse.

La encuesta es enviada por correo a todas las unidades docentes y posteriormente reiterada mediante fax.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Unidades docentes que respondieron a la encuesta

Un total de 15 respondieron a la encuesta. Una de ellas no se ha tabulado en los resultados (Dr. Anaya) por no disponer de la encuesta específica, aun cuando la contestación ha sido en extenso y su contenido y orientaciones han resultado muy valiosas para la elaboración del presente trabajo (Tabla1).

Alicante		Dra. Mayol
	Barcelona	Dr. Cardesa
	Barcelona (Autónoma)	Dr. Prats
	Córdoba	Dr. Toro
Lleida		Dr. Egido
	Madrid (Complutense)	Dr. Sanz
	Murcia	Dr. Ortuño
	Oviedo	Dr. Sampedro
	Pamplona	Dr. Pardo
	Reus (Rovira y Virgili)	Dr. Sirvent
	Salamanca	Dr. Bullón
	Sevilla	Dr. Galera
	Valencia	Dr. Llombart

Tabla 1: Unidades de docencia de pregrado que han respondido a la encuesta

La muestra puede considerarse como representativa, ya que incluye a la mitad de las unidades docentes del país, y, además, en la misma están representadas las facultades de medicina clásicas y las más modernas, así como también unidades docentes con el antiguo plan y otras con el nuevo plan de estudios.

Ubicación de la unidad docente de Anatomía Patológica

Que duda cabe que antes de la implantación de la estructura departamental, las Cátedras de Anatomía Patológica eran unidades independientes en la planificación y en la gestión de sus recursos, además de encontrarse directamente representadas en las Juntas de Facultad. Con el advenimiento de la estructura departamental, sólo aquellas Cátedras con suficiente número de profesores por ser el jefe de la unidad catedrático, no sólo de Anatomía Patológica sino también de Histología, además de algunas privadas, pudieron mantener la “independencia” de la Anatomía Patológica. Las cátedras restantes tuvieron que buscar aliados muy dispares, con intereses distintos, para encontrar cobijo bajo la que aparecía como nueva y prometedora organización universitaria.

La mayoría de las cátedras (6) se encuentran ubicadas en departamentos que llamamos misceláneos, al lado de unidades docentes tan heterogéneas como las especialidades Médico-Quirúrgicas, Medicina Legal o Ciencias Básicas. Otras se asociaron a ciencias básicas afines para constituir el departamento (4) o simplemente a ciencias básicas (2). Solamente en dos ocasiones la Anatomía Patológica constituye por sí misma un departamento, como ocurre en la Complutense y en Pamplona (Tabla2).

- **Exclusivo de Anatomía Patológica (2):** Madrid (C) y Pamplona
- **Acompañado de Ciencias Morfológicas afines** (Biología celular e Histología) (4): Valencia, Sevilla, Salamanca y Barcelona
- **Departamento de Ciencias Morfológicas (2):** Barcelona (A) y Lleida
- **Miscelánea (6):** Anatomía Patológica junto a Especialidades Médico-Quirúrgicas, Medicina Legal, Ciencias Básicas

Tabla 2: Ubicación departamental de la Anatomía Patológica

La estructura departamental ha significado, a nuestro juicio, un paso atrás, por cuanto que en aquellos casos en los que el departamento no está controlado por el profesor de Anatomía Patológica, toda la planificación docente, así como la petición de profesorado y la asignación de recursos económicos, depende del consenso intradepartamental, en el que otros intereses de clínicos y no clínicos chocan con los del patólogo.

Relación profesor/alumno

El número de profesores por unidad docente es muy variable, oscilando entre 39 profesores en la Complutense y sólo 3 en Lleida. Lo habitual es contar con una media de 6-7 profesores por cátedra.

El número de alumnos varía entre un máximo de 400 en Valencia y un mínimo de 80 en la Autónoma de Barcelona. Cifras alrededor de 200 alumnos por curso son las más frecuentes. Donde se demuestra mas claramente la heterogeneidad de las cifras es en la relación existente entre profesor y alumno, que es muy baja en la Complutense de Madrid (7,7) y muy alta en Murcia (48) (Tabla 3).

	Nº PROFESORES	Nº ALUMNOS	RELACION P/A
Alicante	5	100	20
Barcelona	12	200	16
Barcelona (A)	7	80	11
Córdoba	5	140	28
Lleida	3	90	30
Madrid (C)	39	300	7,7
Murcia	5	240	48
Oviedo	6	100	16
Pamplona	6	200	33
Reus	6	90	15
Salamanca	9	170	19
Santiago	5	180	36
Sevilla	10	350	35
Valencia	10	400	40

Tabla 3: Relación profesor-alumno.

Estos datos merecen un comentario. Es curioso observar que el número más elevado de profesores se da en una unidad docente como la de Madrid, que por sí sola constituye un departamento universitario.

Se hace necesario realizar un estudio en profundidad que permita diseñar la carga lectiva teórica y práctica, teniendo en cuenta la llamada carga de experimentalidad de la asignatura, en la que probablemente no sea aconsejable establecer grupos de prácticas de más de 5 alumnos, cuando se quiere desarrollar una docencia con participación activa por parte del alumnado, con asistencia a autopsias clínicas, sesiones de P.A.A.F., etc.

Equiparación entre categoría docente y asistencial

Que una actividad asistencial es totalmente necesaria para impartir la docencia de la Anatomía Patológica está fuera de toda duda, no sólo para la impartición de clases prácticas, sino además para comunicar a los alumnos experiencia vivida. Pero para dar una docencia correcta es necesario también que el profesor universitario, al menos un catedrático, sea el máximo responsable de la actividad asistencial.

Cuando se observa el grado de equiparación entre la actividad docente y la asistencial, se observa que en sólo el 71% de los casos existe una equiparación adecuada. Un 25,5% de los profesores no están equiparados y el 3,3% carecen de actividad asistencial (Tabla 4).

	Catedrático	Jefe de Servicio o de Departamento
	P. Titular	Jefe de Sección o de Servicio
Total de Numerarios:	59	100 %
Equiparados	42	71,2%
No equiparados	15	25,5%
Sin puesto asistencia;	2	3,3%

Tabla 4: Equiparación entre categoría docente y asistencial.

No nos parece adecuada la situación actual, mediante la cual la vinculación hospitalaria de los profesores universitarios se hace a nivel de F.E.A., ya que si un profesor no puede planificar y dirigir la actividad asistencial, difícilmente la misma se va a realizar acorde a los intereses docentes, dándose en la actualidad situaciones incómodas en las que los alumnos tienen dificultades para seguir una docencia práctica directa en los propios servicios de Anatomía Patológica.

Si estamos convencidos de la necesidad de un aprendizaje de la Anatomía patológica a “pie de obra”, para que el alumno obtenga una información sobre la Anatomía Patológica como una disciplina clínica, enraizada en el trabajo diario con los enfermos, es necesario defender unos servicios de Anatomía Patológica más permeables al alumnado, que difícilmente podremos conseguir si uno de los profesores universitarios no ostenta la jefatura del servicio.

Programa docente en Anatomía Patológica

La ubicación de la docencia de la Anatomía Patológica es generalmente en 3^{er} curso, bien en exclusiva o también en cursos superiores, cuando se trata de enseñanza integrada.

En cuanto al contenido teórico explicado, se explica patología general y también patología de órganos y sistemas.

Las horas totales dedicadas a la docencia de la anatomía patológica varían entre las 200 de Pamplona y las 80 de la Complutense de Madrid, con una media de unas 130 horas. El tiempo dedicado a clases prácticas varía desde un 50 % a un 20%.

Microscópicas	13	92,85%
Macroscópicas	13	92,85%
Seminarios	13	92,85%
Asistencia a autopsias	11	78,5 %
Asistencias a PAAF	10	71,4 %
Asistencias a Intraoperatorias	6	42,8 %
Sesiones Anatornoclínicas	8	57,1 %
Enseñanza por ordenador	6	42,8 %
Realización de protocolos de autopsias	3	21,4 %

Tabla 5: Actividades docente de tipo práctico.

El contenido de la docencia práctica es sobre todo a base de prácticas macroscópicas, microscópicas y seminarios, mientras que la enseñanza práctica directa sobre nuestra actividad hospitalaria diaria es menos frecuente: asistencia a autopsias (78,5%), a P.A.A.F (71,4%) y a sesiones clínico-patológicas (57%), realización de protocolos de autopsia (21%) (Tabla 5).

La enseñanza asistida por ordenador se realiza en un 42,8% de los casos y el contenido de la misma es heterogéneo. Para clases teóricas se hace en 3 facultades, en aula informática en 7, y con material accesible por red en sólo 4 de ellas.

La asistencia a clase es, en general, muy numerosa, situándose en cifras del 80%. Sin embargo, en las fechas próximas a los exámenes parciales la asistencia a clases teóricas cae de una manera considerable.

El grado de dificultad de la asignatura medido por el número de repetidores, oscila entre un 30% de repetidores en Barcelona, Murcia y Pamplona, a un 2% en Salamanca (Tabla 6).

	Asistencia	Repetidores
Alicante (Miguel Hernández)	70%	10%
Barcelona	70%	30%
Barcelona (Autónoma)	70%	10%
Córdoba	90%	10%
Lleida	80%	15%
Madrid (Complutense)	75%	23%
Murcia	70%	30%
Oviedo	50%	10%
Pamplona	80%	30%
Reus (Rovira y Virgili)	80%	20%
Salamanca	80%	2%
Santiago	85%	15%
Sevilla	70%	10%
Valencia	60%	20%

NOTA: En general, la asistencia a clase baja a un 5-10% en días previos a exámenes.

Tabla 6: Asistencia a clase y repetidores.

Cuando se compara el número de repetidores en Anatomía Patológica con otras asignaturas de 3º curso, una mayoría de los profesores consultados contestan que el número de repetidores es inferior para Anatomía Patológica. Solamente en dos facultades el número de repetidores de Anatomía Patológica es superior a la del resto de las asignaturas de 3º curso de Medicina.

La Anatomía Patológica se imparte en nuestras Facultades de dos maneras, bien como asignatura independiente en su totalidad o como asignatura integrada en parte o en su totalidad junto a otras de tipo clínico.

Las denominaciones de las asignaturas independientes indican su contenido. Junto a la clásica asignatura de 3^{er} curso denominada Anatomía Patológica General y Especial, existen otras de AP General, AP Especial, AP de Órganos y Sistemas, AP de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Métodos Diagnósticos en Patología, etc.

La Anatomía Patológica, en los casos de enseñanza integrada, se imparte junto a cada una de las especialidades Médico-Quirúrgicas.

Es necesario comentar algo que nos parece muy grave, y es la respuesta unánime de todos los encuestados a la pregunta de: ¿en caso de enseñanza integrada con las clínicas, puede un alumno superar el examen si ha dejado de contestar la mayoría de las preguntas sobre Anatomía Patológica?

Por otro lado en caso de enseñanza integrada de la Anatomía Patológica no existe en ningún caso un acta específica.

Situación actual y propuestas de cambios

Una inmensa mayoría del profesorado no se encuentra satisfecha con la situación actual y al mismo tiempo casi todos piensan que debería de modificarse.

Los cambios que se proponen para mejorar la docencia de la Anatomía Patológica en el pregrado de Medicina, son los que a continuación se enumeran:

1. Mantener la Patología General en 3° Curso.
2. Integrar la Patología Especial en las disciplinas clínicas compartiendo programación y evaluación.
3. La Anatomía Patológica cuando esté integrada debe tener un acta independiente.
4. Restringir el número de nuevas asignaturas.
5. Aumento de la plantilla docente.
6. Correspondencia de categorías docente y asistencial
7. Mayor número de créditos teóricos y prácticos.
8. Cambio del nombre de Anatomía Patológica por el de Patología.
9. Reducir el número de créditos teóricos y aumentar el de los prácticos.
10. Evitar la duplicación y triplicación en las explicación de temas.
11. Explicar la Patología Especial en 5° curso, independiente, sin perjuicio de que existiera otra integrada que podría ser Patología para el diagnóstico clínico.
12. Establecer dos asignaturas denominadas Morfopatología Fundamental en 3°, independiente, y Morfopatología Diagnóstica, coordinada, en cursos superiores.
13. Establecer un programa docente a base de sesiones clínico-patológicas en el segundo ciclo.

En las propuestas anteriores, así como en las diferentes denominaciones para la asignatura subyace algo muy elemental. La integración sólo es deseada si se permite mantener la individualidad de la anatomía patológica como disciplina, en cuanto que sea vista por el alumno como una materia que si desconoce no puede superar la asignatura global en la que se encuentre ubicada. Hasta que no se nos garantice tal objetivo, debemos por nuestra parte de seguir manteniendo la independencia de las asignaturas.

La Anatomía Patológica en el pregrado de Medicina sirve para tres cosas:

1°. Para establecer un cuerpo doctrinal que permita comprender los procesos patológicos básicos: lesión a diferentes niveles de organización, inflamación, trastornos del crecimiento y tumores, trastornos metabólicos y trastornos de los líquidos corporales: **PATOLOGIA GENERAL O MORFOPATOLOGIA FUNDAMENTAL.**

2°. Para explicar las distintas enfermedades concretas de una manera lógica y comprensible de su etiología, patogenia, clínica, pronóstico y tratamiento: **PATOLOGIA DE ÓRGANOS Y SISTEMAS O PATOLOGIA ESPECIAL.** Personalmente prefiero la primera denominación para defender su no integración en las disciplinas clínicas y no confundirla con la asignatura propuesta en el apartado siguiente.

3°. Para enseñar al alumno el importante papel que desempeña la Anatomía Patológica en la práctica medica diaria para el manejo clínico y terapéutico de los pacientes: **PATOLOGIA DIAGNOSTICA o MORFOPATOLOGIA DIAGNOSTICA.** Esta asignatura debe de estar totalmente integrada, y aunque se difuminara con las disciplinas clínico-quirúrgicas, no sería del todo negativo si conseguimos mantener la independencia de las dos primeras asignaturas propuestas, y si además conseguimos que esta asignatura se explique como conferencias clínico-patológicas, en las que irremediamente el patólogo es el protagonista de las mismas.

La presente encuesta representa un trabajo preliminar, que ha puesto de manifiesto circunstancias que concurren en la docencia de la Anatomía Patológica en el pregrado de Medicina, pero que necesariamente ha de tener su continuidad a través de una conferencia nacional de profesionales de la docencia, que podría elaborar un libro blanco sobre la situación actual de la docencia de la Anatomía Patológica en España y nuestras propuestas concretas para una mejora de la misma.

PATOLOGÍA FUNDAMENTAL Y PATOLOGÍA DIAGNÓSTICA

Una respuesta al reto de la enseñanza integrada

Dr. Alberto Anaya.

ANTECEDENTES

En el sistema tradicional cada asignatura era completamente independiente de las demás y cada cátedra enteramente soberana en el diseño del programa, su desarrollo y sus exámenes, y así estaban las circunstancias en todas las Facultades españolas, con algunas excepciones. En la Autónoma de Madrid, por ejemplo, desde su misma fundación en 1968, se hicieron tímidos intentos de integración, que cada año y en cada curso terminaban con un examen "integrado" sin el que no se podía pasar al curso siguiente. Es justo decir que el examen era lo mas integrado que aquella enseñanza tenía, y muchos saludamos con alivio su desaparición.

La Patología, que así se llamó allí en un principio nuestra disciplina (aunque pronto hubo de recuperar su viejo nombre para ser acorde con la legislación general) tenía una importante participación en los cursos clínicos, en forma de "Seminarios" que venían a ser clases teóricas ricas en iconografía, porque el número de estudiantes (50 a 70 por hospital) no era propicio para otra cosa.

La Reforma que se gestó al final de los 80 pretendió, con una redistribución de las clases, no solo fomentar la integración de los conocimientos, sino también evitar repeticiones inútiles y colocar cada disciplina en el curso en que mejor pudiese asimilarse. Aquella reforma no alcanzó el éxito que sus buenas intenciones merecían, entre otras razones porque le faltó flexibilidad para ulteriores ajustes que permitiesen su propio perfeccionamiento sin pasar otra vez y tan pronto por el BOE. Pero también le faltaron apoyos económicos, que se supusieron innecesarios y la aquiescencia del

cuerpo docente, poco consultado, que se mostró reticente a la hora de reunirse para integrar lo poco que se dejó a su alcance.

En lo que concierne a AP, se dejó en Tercero la General y, nominalmente, se integró la Especial con las disciplinas clínicas. Pero en la práctica fue absorbida por éstas, perezosamente, sin ningún entusiasmo y en el proceso perdió prácticas y exámenes y, lo que es aún peor, su propia congruencia interna. En Tercero quedó un muñón de asignatura, cuya pobreza fue disfrazada con retazos de Especial y alargamiento o invención de temas "generales" que si disminuyeron la pobreza de horas no ocultaron la profundidad del destrozo.

Algunas Facultades escaparon, al menos en parte, al desastre, bien ignorando del todo la Reforma o bien creando dos disciplinas nuevas AP2 y AP3 para los cursos Cuarto y Quinto, pero aún así no pudieron encontrar tiempo para dar Prácticas, justamente con los Temas de "Especial" donde las Prácticas son más efectivas.

Seguramente porque habíamos venido clamando tan repetidamente, en todos los foros a nuestro alcance, contra esta situación a finales de 1998 recibimos el encargo de la Presidencia de estudiar y proponer una solución para el problema.

PLANTEAMIENTO GENERAL

El proyecto que se expone a continuación pretende salvaguardar todas las ideas y todos los intereses legítimos: el peso de la disciplina en la carrera, su correcta ubicación, el mantenimiento de su estructura interna, la correlación con prácticas adecuadas, la valoración en oportunos y exhaustivos exámenes, la coordinación con las disciplinas clínicas y el reconocimiento de que no es igual lo que debe ser enseñado en Tercero y en los cursos superiores.

La organización razonable de los estudios en cualquier Facultad de Medicina supone el reconocimiento de tres niveles, cuyo orden no puede alterarse:

1. **La comprensión de la normalidad** humana fisio-morfológica con el necesario apoyo en ciencias básicas que el recién llegado a la Universidad no conoce suficientemente (biofísica, bioquímica) o desconoce casi por completo (microbiología, psicología).
2. **El conocimiento de la enfermedad** a través de la fisiopatología y la morfopatología, asociadas tradicionalmente a la semiología, la propedéutica y a los principios de la terapéutica, todo ello en un bloque pivotal que se asienta en lo que precede y es base inexcusable de lo que sigue.
3. **El estudio individualizado de las enfermedades principales** con la adquisición de las habilidades precisas para su diagnóstico y tratamiento. A este grupo de enseñanzas, por razones de índole práctica se añade la obstetricia normal, haciendo bloque con la patológica y a veces con la ginecología.

Hay además disciplinas consideradas culturalmente necesarias pero cuya localización no es imprescindible en un bloque concreto (medicina legal, historia, higiene, estadística, epidemiología, deontología, inglés, etc.).

A la hora de diseñar las incompatibilidades es impensable que se estudie el tercer bloque sin tener completamente aprobado el segundo y éste sin haber dejado enteramente atrás el primero.

La Anatomía Patológica (la PATOLOGÍA de todas las sociedades cultas del mundo, a excepción de Francia y España) es el núcleo medular de la carrera. Cada paso que el estudiante da, desde que entra en la Facultad y hasta que la abandona, o conduce a construir el concepto de enfermedad, partiendo de las leyes de la naturaleza, la

biología y los conocimientos estructurales o fisiológicos, que han de confrontarse con los agentes etiológicos para producir la lesión, lo nuestro, o proceden de lo nuestro en forma de síntomas, signos, síndromes y enfermedades que han de ser estudiados como Clínica y combatidos con la terapéutica.

Quitemos la Patología a la carrera de Medicina y será un conjunto de saberes inconexos de difícil comprensión y utilidad muy limitada; peor aún: será una necesidad inmensa, porque todo, absolutamente todo en medicina gira alrededor del concepto de enfermedad, y éste precisa con carácter definitorio del concepto de lesión. Es decir, de la Patología. Y así ha sido desde que la Medicina se hizo Ciencia.

LO QUE EL ESTUDIANTE PRECISA

El grande y venerable árbol de la Patología puede (y seguramente debe) considerarse dividido en dos grandes ramas, como la Reforma propiciaba; pero no en la forma propiciada por la Reforma: hay una Patología (y la hubo siempre) que precisa ser comprendida de manera global, sin dejar ningún resquicio del organismo inexplorado, sin ignorar ningún mecanismo nosológico. No es solo la llamada "General", conjunto de ideas básicas imprescindibles pero a menudo demasiado inconcretas, si no baja a la realidad de los ejemplos, donde se convierte en "Especial". Es **toda** la Patología lo que se precisa para cimentar sólidamente en años posteriores el conocimiento pormenorizado de cada enfermedad. Antes de llegar a cada una de ellas, antes deseablemente de conocer su fisiopatología, su propedéutica, su semiología y desde luego su terapéutica; pero si no puede ser antes al menos a la vez. Si se estudia en Tercero la disnea, ¿se puede ignorar el enfisema?: si se estudian las diarreas ¿se pueden ignorar las colitis? Si se estudia la hipertensión intracraneal ¿se puede eludir un vistazo a todas las causas que la producen?

Hay una Patología sin cuyo conocimiento integral no se puede ser médico, porque sin ella no hay base suficiente para pasar al estudio de la Clínica. Para aprenderla se precisa inexcusablemente una formación suficiente en Anatomía y

Fisiología y en otras ciencias básicas de las que la Microbiología es la más relevante. Para aprenderla bien no es necesario el detalle morfológico exhaustivo pero sí que tenga una bien organizada estructura interna y una buena interrelación con otras Disciplinas.

La organización interna exige el despliegue ordenado de conocimientos ante el alumno desde los procesos genéticos a los de compleja etiología, desde las menores alteraciones ultramicroscópicas a las mas complicadas lesiones, desde las mínimas consecuencias a la muerte. Y exige también prácticas razonablemente paralelas a la adquisición del caudal teórico, asumiendo el principio de que teoría y práctica no son conceptos diferentes sino maneras distintas y complementarias de mirar a cada problema. La correlación externa es necesaria con ese complejo de disciplinas, Fisiopatología, Propedéutica y Semiología, agrupadas con toda impropiedad como “Patología General”.

A esta PATOLOGÍA MORFOLÓGICA que acabamos de describir como fundamento esencial de todas las enseñanzas posteriores, núcleo de todos los conocimientos médicos, gozne entre las ciencias de la normalidad y las habilidades del arte de curar que corresponden a cursos superiores, se la debería llamar, si usáramos un lenguaje apropiado, PATOLOGÍA FUNDAMENTAL. Primero porque su contenido y la función que sirve así lo justifica. Pero también para distinguirla de otra PATOLOGÍA no menos trascendente, que debe ser explicada y aprendida durante los cursos clínicos: la PATOLOGÍA DIAGNÓSTICA.

ACLARACIÓN CONCEPTUAL

Lo primero que acude a la mente de quienes oyen por primera vez estos conceptos es el pensamiento de que se están redescubriendo, disfrazadas con otros nombres, la Patología General y la Patología Especial. Y nada está mas lejos de la verdad, sin embargo. O la Patología Autópsica y la Patología Quirúrgica: y nada sería más

erróneo. Una confusión de este tipo implica o una visión superficial de quien escucha o una torpeza inadmisibles de quien expone.

La Patología Fundamental y la Patología Diagnóstica cubren el mismo campo, el de toda la Anatomía Patológica clásica; sus diferencias no residen en el territorio que exploran sino en la forma en que lo hacen. La primera es el sólido sedimento científico dejado durante siglos por el único instrumento de investigación en que se ha basado la medicina moderna desde su origen: la autopsia. Reposada, exhaustiva, sin otro interés que el de la construcción doctrinal, sin otra meta que la explicación a posteriori de los síntomas del paciente, sin mas horizonte que el horizonte infinito del saber, sin mas consecuencia práctica que la de construir día a día el cuerpo de doctrina en que se asienta todo lo demás. Un objetivo fantástico, de inmarcesibles perspectivas, pero sin interés alguno para el paciente estudiado que es en nuestra sala de autopsias al mismo tiempo fuente de todo saber y testimonio de nuestro saber incompleto. Patología de ayer y de mañana, PATOLOGÍA FUNDAMENTAL, sin la que se sería mucho menos médico que ignorando el curso de la poplítea o la sintomatología del dengue.

Y junto a esa Patología de construcción secular, importancia formativa básica y consecuencias que debe procesar el intelecto, hay otra Patología, la DIAGNÓSTICA, nacida ayer y en rápido crecimiento todavía, la de la biopsia y la citología, de resultados no siempre positivos, inútil a veces, pero rigurosamente inigualable en su capacidad diagnóstica y apoyo insustituible del clínico antes de las decisiones trascendentes: sin ella es una aberración la exéresis mutilante, sin ella es puro azar el límite entre lo sano y lo enfermo, sin ella no se pueden comenzar las quimioterapias agresivas ni se pueden garantizar las curaciones, sin ella no se separa el rechazo de la infección; sin ella en los casos más graves no hay diagnóstico ni pronóstico ni respuesta conocida al tratamiento. Sin ella no hay en la medicina actual un enfoque inteligente y responsable del enfermo.

SIMILITUD Y DIFERENCIA

Esta patología no se podría haber hecho sin la otra: por eso la otra es la fundamental. Pero en ese comienzo común se extinguen sus relaciones. La PATOLOGÍA DIAGNÓSTICA ha tenido que hacer su propia Morfología; las lesiones que estudia no son ya procesos terminales sino alteraciones incipientes, sin modificaciones post-mortem, a menudo en fragmentos minúsculos, sin etiología demostrable tras las terapéuticas de amplio espectro. Los dictámenes no están abiertos a sesudas reflexiones tranquilas, sino que han de emitirse bajo enorme presión, a veces de una actuación quirúrgica inmediata. Abundan los materiales no aptos para el diagnóstico, por inapropiados, por mal tratados, por insuficientes; y también los de difícil o imposible clasificación, aquellos frente a los que nos sentimos ignorantes, los que creemos haber visto antes pero no recordamos dónde.

La Patología Diagnóstica nos ha sacado de nuestra tranquilidad secular involucrándonos en la vorágine de la clínica y la cirugía de vanguardia. Al hacerlo ha puesto de relieve todas nuestras limitaciones; las personales y las del arte que ejercemos: nos ha robado en tranquilidad lo mismo que nos ha dado en trascendencia inmediata. Porque ahora sí: con esta disciplina ya no somos los sabios distraídos de antaño, que lo sabían todo, pero demasiado tarde. Ahora nuestra decisión diagnóstica llega a la cama de cada paciente e influencia de modo trascendente su futuro. Somos ajenos al resfriado común pero desde el inocente fibroadenoma de mama a los procesos tributarios de cirugía o quimioterapia agresivas, nadie que tenga algo serio en el hospital deja de pasar por nuestras manos.

Lo que dice el patólogo no es un dato mas en el grueso expediente clínico de los pacientes crónicos o graves: es la piedra de toque, la base de todas las demás decisiones: cuando nuestros estudiantes desertan de las clases de AP, después de oír atentamente como se corrige una fractura o se diagnostica un infarto, nos están transmitiendo un mensaje que no podemos ignorar: nadie les ha dicho el papel que nuestra PATOLOGÍA juega en la medicina actual; ni hasta donde llegamos, ni los

riesgos de errar que corremos. Nosotros mismos, a los pocos que se quedan a oírnos les abrumamos otra vez con interminables descripciones académicas. Y no están ya en esos momentos para tales canciones. Si obramos así, no estamos a la altura que las circunstancias exigen.

Ya tienen aprobadas todas las bases imprescindibles para ser médicos (en América no se dan clases “magistrales” en los cursos clínicos, de ninguna disciplina; tan solo seminarios en el cuarto de médicos); lo que nuestros estudiantes de Clínicas quieren, y precisan, saber son las bases del diagnóstico y la terapéutica de cada enfermedad; y somos nosotros, los dueños de la mas irrefutable capacidad diagnóstica, los que emborronamos nuestra disciplina con viejos discursos fundamentalistas, menospreciamos el papel que cada día jugamos, ignoramos la presencia de nuestro saber en el destino de los pacientes y no hablamos ni de lo que podemos decir en cada caso ni del riesgo de equivocarnos que corremos: les hablamos otra vez de lo que seguramente tiene el paciente, como observadores, cultos sí, pero lejanos e indiferentes, ajenos a su suerte individual, cuando en realidad esa suerte está en nuestras manos porque sin un diagnóstico anatomopatológico no se toma hoy ninguna decisión trascendente en el hospital.

Esto tiene que cambiar: pero no para que nos respeten mas, sino para que nuestros alumnos, mañana ya médicos, aprendan a aprovecharse de nuestros saberes y también para sepan nuestra capacidad de errar en esa función; por fin: para que aprendan a dialogar en sus hospitales, sin mantener una distante fe ilimitada en lo que el patólogo pueda decir ni un insensato menosprecio en lo que el patólogo a veces no dice, por un profundo sentido de la responsabilidad.

EL ORIGEN DE LA PATOLOGÍA DIAGNÓSTICA

La PATOLOGÍA DIAGNÓSTICA, a diferencia de la Fundamental, no se ha hecho durante siglos: es hija absoluta de este siglo XX que se va, con muy modestas excepciones provenientes del XIX. La hemos visto crecer y desarrollarse. Hasta en una

modesta medida la hemos llevado a nuestros hospitales, donde hace 40 años no existía o era una débil recién nacida. Es hija de nuestra dedicación total, de la inclusión en parafina, de la cirugía atrevida, la anestesia eficaz y la antibioterapia protectora. No ha nacido en el desierto ni podría haberlo hecho sin la ayuda y la confianza de otras ramas médicas; pero a su vez ha devuelto a esas disciplinas, con creces, lo que de ellas recibió, haciendo honor a la confianza que la dieron.

Sin ésta patología diagnóstica de hoy muy poco de lo que es la medicina actual podría haberse desarrollado. Su presencia entre las otras grandes ramas de la medicina es un símbolo de la medicina moderna. El diálogo imprescindible en que se basa el diagnóstico exacto, para que la terapéutica pueda ser igualmente perfecta es el símbolo mismo de la medicina de altos vuelos; de la medicina de hospital. En ese diálogo hay una voz trascendente que no debería faltar jamás o ser menospreciada: la voz del patólogo. Nuestros estudiantes no pueden terminar sus carreras pensando en AP como una disciplina de básicas; porque aún siendo cierto es solo una verdad a medias, o sea, una mentira total. Y el problema tampoco se resuelve partiendo simplemente la vieja disciplina y dejando la patología de los órganos para mas adelante, porque esta patología es tan fundamental o más que el concepto de infarto o necrosis explicado en el aire. Y lo que se precisa en los cursos clínicos es Patología Diagnóstica

Pero para ser médicos los estudiantes precisan de las dos. Tienen que saber en su momento toda la patología fundamental. Y en los cursos clínicos tienen que aprender la patología diagnóstica de cada enfermedad para, apoyados en ella, diagnosticar y tratar adecuadamente a sus enfermos. Esta patología diagnóstica, nueva en cuanto materia docente, tendrá que ser inventada en cuantía y método y será seguramente difícil establecer lo que los estudiantes necesitan y pueden asimilar, pero no entrañará dificultades especiales para los profesores que hace tiempo la dominan en su experiencia hospitalaria; será aceptada por los estudiantes cuando la entiendan como un instrumento al servicio de su éxito profesional y desde luego será integrable con las

otras disciplinas clínicas, en la misma medida en que está integrada en la realidad de la práctica médica habitual.

APROVECHAMIENTO DE LO QUE EXISTE

El reto de la medicina integrada, que es una idea perfectamente defendible, no tiene que ser afrontado con renuncia de nuestra básica responsabilidad formativa en la construcción de la carrera médica. Integremos lo que sea integrable; la Patología Fundamental no lo es, pero la Patología Diagnóstica, sí. Para asentar la Clínica en sólidos cimientos tenemos la Patología Fundamental. Pero a la hora de integrar conocimientos (si es que nuestros colegas clínicos deciden dar ese paso) ¿qué otra disciplina puede aportar una mayor capacidad integradora? Solo la Patología hunde sus raíces en los conceptos básicos que hicieron una ciencia de la medicina y, con el mismo material, llega de modo trascendente a cada paciente grave de nuestros hospitales. La situación actual de su enseñanza ha de ser modificada, pero no de cualquier manera. Se precisa guardar lo que merezca guardarse y modificar lo demás. De la presente situación han de salvarse las buenas intenciones, la disponibilidad horaria y cualquier resquicio que permita el cambio.

No vale, desde luego la presunción de que lo que ha de usarse conjuntamente ha de aprenderse conjuntamente; mas bien, al contrario: los actos vitales más válidos reúnen la experiencia de toda una vida. Lo que sí importa es dilucidar el mejor orden del aprendizaje: por ejemplo, definir una enfermedad por su nombre y unos pocos síntomas y luego explicar, como un complemento cultural la anatomía patológica, siendo habitual práctica de los libros de medicina interna, puede estar bien en ellos por razones diversas pero a la hora de construir los conocimientos de un alumno eso no es ni mucho menos seguir un orden lógico. Conocer la estructura de un órgano y su fisiología y analizar las formas en que ambas se alteran, para después aprender las consecuencias clínicas de esa alteración y, por último, la forma en que pueden tratarse, es seguir un camino mucho más lógico. El primer sistema se centra en la clínica y este último en el buen sentido.

Y si el buen sentido es lo que escogemos no hay inconveniente en que se estudie toda la Anatomía Patológica en tercero, al mismo tiempo que la Fisiopatología y antes de dar nombre a cada una de las enfermedades. No solo no hay inconveniente sino que es lo razonable después de conocer in toto la anatomía y la fisiología normales. Porque, en definitiva, por mucha que sea la relación lógica que hay, y debe percibirse, entre lesiones y síntomas, mucho mayor, y más necesitada de ser percibida por el estudiante, es la relación de unas lesiones con otras y consigo mismas cuando evolucionan.

Pero eso no excluye un reestudio posterior, en los años clínicos, breve recuerdo de las alteraciones morfológicas con cada enfermedad en la que hacerlo sea razonable. Se ha hecho así desde siempre por los profesores de Clínicas y la innovación sólo consistía en que con el nuevo plan lo hiciéramos los patólogos. Aún es posible y conveniente pero no sin condiciones. Mucho más que el recuerdo de lo alterado morfológicamente en cada enfermedad, aunque su recuerdo no sea inútil, aprovecha al clínico en ciernes comprender la utilización en su práctica de todos los días de la citología y la biopsia, con su inigualable capacidad diagnóstica que convierte en bizantinas muchas de las antiguas disquisiciones de diagnóstico diferencial teórico. Mucho más que esta pérdida de tiempo aprovecharía al estudiante conocer en cada proceso las horas de dolor y los gastos inútiles que una biopsia ahorraría; pero también sus molestias y sus riesgos, también sus posibilidades de insuficiencia, de inutilidad y aún de error. Aprender el enorme papel que juega hoy la Patología Diagnóstica en la vida del hospital sí es una empresa que urge acometer.

LA AUTOPSIA ES PARTE DE LA PATOLOGÍA DIAGNÓSTICA

Lo propuesto implica la ocupación moral de ese espacio único del mundo hospitalario en el que ya residimos de hecho desde hace mucho tiempo (sin que ni siquiera nosotros mismos nos hayamos enterado); en ese redescubrimiento de nuestra función, hay que volver a usar en el quehacer diario, y enseñárselo así a los estudiantes, la autopsia clínica con el sentido que siempre tuvo (conocer al máximo todo lo posible sobre un paciente para así comprender lo que le ocurrió y ser más útiles

al siguiente); la autopsia clínica no va hoy ligada a la Patología Fundamental, que con ella se hizo, sino a la Patología Diagnóstica; y con el plus añadido que hoy debe tener: analizar con detalle las causas y las formas del proceso final para mejorar la calidad asistencial, porque la asistencia de calidad es lo único que justifica al hospital, que no existe para cuidar sus costes, la comida, las listas de espera, el color de sus paredes o las amenidades televisivas.

Nada de lo dicho tiene que ver con la Patología Fundamental, que se enriquece también de todas las fuentes posibles, pero ya fue aprobada en Tercero. La Patología de los años clínicos, sin rehusar el recuerdo de algunos conceptos básicos cuando sea preciso, es una Patología Diagnóstica, un instrumento de atención al paciente; y no un instrumento cualquiera sino precisamente el que estudia de forma directa la lesión, no sus sombras o la bioquímica alterada, o los cambios eléctricos o la resonancia magnética; y lo hace mediante técnicas de citología, de biopsia o de autopsia, con una objetividad que ni de lejos alcanzan juntos todos los demás métodos de estudio. Que esto sea así y pase desapercibido a los estudiantes es una grave situación que urge remediar.

DOS DISCIPLINAS

Para resumir: nosotros tenemos que percibir, y transmitir a nuestros estudiantes y colegas que donde antes teníamos una disciplina, ahora tenemos dos. Entrelazadas íntimamente, ramas de un tronco común, con un cuerpo de conocimientos esencialmente único, pero con aplicaciones bien distintas: la PF se ocupa del conocimiento global de la enfermedad a través del estudio de la lesión. La PD es una disciplina clínica que se mete en el diario del hospital, lo transforma, le aporta una objetividad insuperable y se convierte también en la base de referencia a la hora de evaluar los resultados asistenciales.

Que algo tan importante como la diferenciación conceptual de estas dos ramas nos haya pasado desapercibido hasta ahora, solo se puede explicar por nuestra

profunda implicación en el proceso. Del nacimiento de la PD no nos hemos dado cuenta precisamente porque lo hemos vivido: los grandes límites históricos se establecen siempre a posteriori.

PROPUESTA AL CONGRESO Y A SU TRAVÉS A LA SOCIEDAD

Patología Fundamental, el estudio de todas las alteraciones morfológicas capaces de producir menoscabo funcional, es la disciplina central, el núcleo, de la carrera de Medicina, espacio compartido en cierta medida con la Fisiopatología, pero con mayor importancia por cuanto la última se ocupa de alteraciones que a menudo son solo funcionales y se curan fácil y a veces espontáneamente. La lesión establecida y reconocible por el patólogo es la clave de la importancia de un proceso y la indiscutible prueba objetiva de su existencia.

Esta disciplina, en su totalidad, tiene que ser conocida, estudiada y comprendida por los estudiantes tan pronto como sea posible: es decir, al acabar las disciplinas Premédicas, en el Tercer Curso de nuestro Currículo. No antes porque no se la puede comprender sin las citadas Premédicas, incluyendo Anatomía macro y microscópica y Fisiología. Y no después porque es ella a su vez la base imprescindible para la comprensión de la Clínica. Y ha de hacerse de un modo sólido y ordenado. Con un desarrollo conceptual interno lógico en fina coordinación con prácticas igualmente programadas. Es de hecho la última oportunidad que los estudiantes tendrán en la carrera de ser verdaderamente ordenados en sus Prácticas. No puede en las Salas predecirse que tipo de ingresos tendrá cada día, ni se programan los quirófanos para atender intereses docentes. Pero las prácticas microscópicas de AP pueden ser muy ordenadas; y deben serlo, como las clases teóricas.

Y los exámenes deben ser también ordenados: hay aproximadamente dos mitades de esta disciplina: General y Especial que deben examinarse y calificarse por separado, sin prestar atención a lo que hacen otras disciplinas del mismo curso, alguna de las cuales está allí como podría haber estado en cualquier otra parte. Proponemos

tres horas teóricas semanales, al comienzo de la semana y tres de Práctica al final. Unas ochenta horas de cada, unos dieciséis créditos anuales. Y dos exámenes liberatorios, no compensables.

En cuanto a la Patología Diagnóstica proponemos unas cuarenta horas anuales en Cuarto y Quinto cursos, en coordinación con los estudios clínicos en la medida de lo posible. Si nos fuera permitido, y esto es difícil porque hay que contar con la aquiescencia de muchas personas, propondríamos un día semanal de Patología. Comenzaría esta jornada, compatible con una cierta dedicación a las Salas que no conviene interrumpir, con una o varias lecciones relativas al programa clínico que se esté desarrollando y terminarían con una Sesión Clínico-Patológica, dirigida a los estudiantes en exclusiva o, mejor aún si es posible, parte de la Enseñanza Continuada del Hospital.

Las circunstancias de cada Facultad (y aún de cada Hospital en las que tienen varios) harían muy variable el detalle de esta enseñanza en los cursos superiores. Entendemos que la aceptación de una filosofía común si se consigue es mucho más importante que la minuciosa imitación de ningún modelo cerrado.

Para empezar y por el momento solo cabe adaptar las nuevas ideas a la legalidad vigente. Donde hay disciplinas adicionales disponibles, AP2 y AP3, ese es un magnífico marco posible para lo aquí propuesto. Donde esa posibilidad no existe, la integración en las superdisciplinas no es un obstáculo insalvable, si bien iría en el mejor interés de los estudiantes que AP tuviese una nota diferenciada, aunque hubiese de sumarse al resto por razones burocráticas de momento insalvables.

Si la torpeza de la ley no permite llamar Patología a esta disciplina, conservemos el nombre tradicional y hagamos por cambiarlo. Si no cabe el adjetivo "Fundamental" conservemos el de "General" pero no su viejo contenido. La contra-Reforma urge mucho más que la perfección de su lenguaje.

Es evidente que sería bueno consensuar un Programa razonablemente común en todas las Facultades, pero no dejamos de comprender que muchas circunstancias (más plausibles unas que otras) pueden hacerlo difícil.

EN SÍNTESIS:

Mientras llega el momento de entrar en detalles, proponemos a la SEAP, como legítima representante de los intereses de esta disciplina, que proponga a los Departamentos Universitarios, responsables de su enseñanza pregraduada:

1. Que reconozcan la existencia real de dos disciplinas hermanas, Patología Fundamental y Patología Diagnóstica, nacidas de un tronco común, la venerable y secular Anatomía Patológica, pero diferentes en el enfoque de su contenido, en la metodología de su estudio y en las consecuencias científicas y asistenciales que cada una de ellas tiene.
2. Que dediquen todas las horas disponibles en Tercer Curso a cimentar, sobre los conocimientos premédicos de los estudiantes, el de la enfermedad en su expresión morfológica como base previa e imprescindible antes de abordar los estudios clínicos; es decir: la docencia de la **Patología Fundamental**, General y Especial, de forma exhaustiva, ordenada y apoyada en Prácticas programadas y en al menos una autopsia, para conocer el procedimiento.
3. Que aprovechen las horas disponibles en los cursos clínicos para lecciones coordinadas con las de Clínica y ejercicios teórico-prácticos, apoyados en cuanto sea posible en Sesiones Clínico-Patológicas; en cuyo sistema docente se trasmita la realidad, plenamente vigente, pero insuficientemente reconocida, del aporte diagnóstico, único basado en el estudio directo de la lesión, que significa la

Patología Diagnóstica; y la capacidad de control de la calidad asistencial, que no ha sido desarrollada hasta ahora, en España, en la medida de sus posibilidades.

4. Que obtengan cuanto antes del Ministerio la modificación del nombre de la disciplina de Anatomía Patológica al mas apropiado, y más internacional, de **Patología**, porque es mucho más acorde con la realidad de su contenido.

LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION COMO APOYO A LA ENSEÑANZA DE LA ANATOMIA PATOLOGICA

Drs. A. Sampedro, A. Martínez-Nistal, A. Torreblanca, R. Rubioi.

Revisada la situación actual y perspectivas futuras en la enseñanza de la A. Patológica, nos corresponde ahora analizar la estrategia de incorporación de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) en el proceso de Enseñanza/Aprendizaje de nuestra disciplina.

Es evidente que en esta última década hemos asistido a una transformación de nuestro entorno social hacia una emergente Sociedad de la Información primero y una Sociedad basada en el Conocimiento en la actualidad. Sin lugar a dudas, el principal motor de este dramático cambio ha sido la irrupción brusca de las TIC que ha repercutido muy directamente en nuestros sistemas de educación y formación.

La incorporación de estas TIC en los procesos educativos ha tenido lugar a distintos niveles siendo quizás el mas representativo la Enseñanza Asistida por Ordenador (EAO). Un excelente ejemplo de esta categoría de aplicaciones en A. Patológica es el sistema INTERPAT, desarrollado en la Universidad de Navarra.

Por otra parte estamos observando cada vez mas la implantación de sistemas de formación centrados en el alumno en contraposición a los modelos educativos tradicionales centrados en el profesor. El sistema Wellpath,* accesible en el servidor de Internet de la Universidad de Oviedo (<http://wellpath.uniovi.es>), responde a este nuevo planteamiento educativo siendo utilizado como herramienta de apoyo a la enseñanza presencial de la A. Patológica .

Estos Sistema Educativos Telemáticos (SET) contemplan entre otras funcionalidades:

- La rápida actualización, búsqueda y presentación de contenidos
- La creación y reutilización de contenidos
- El control del acceso a los cursos existentes
- El seguimiento y evaluación de los avances realizados por el alumno
- La total interacción/comunicación entre el profesor y el alumno
- La conexión en red de diferentes centros de enseñanza

Podemos concluir que la expansión de la ciencia y las nuevas TIC conllevan cambios inevitables en la educación científica, máxime cuando son herramientas que los futuros graduados van a necesitar para su ejercicio profesional. Sin embargo el aprendizaje científico requiere razonamiento, diálogo y un equilibrio de experiencia y reflexión. Por todo ello, estos nuevos SET sólo serán pertinentes cuando son aplicados a una tarea adecuada y en un entorno de formación apropiado

* Proyecto subvencionado en parte por la CICYT ref. :TEL98-0780

LAS INSTITUCIONES SANITARIAS Y LOS SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Dra. Teresa Ramírez Gasca· Dr. Luis de la Merced Monge

INTRODUCCIÓN

Nuestras Instituciones sanitarias son herencia del modelo de organización jerárquico-administrativa del sistema de Seguridad Social imperante desde los años cincuenta. Hoy, los criterios de eficiencia social, sostenibilidad y las nuevas necesidades sociales obligan a replantearse la idoneidad de esta forma "clásica" de organización.

La base del desarrollo de las organizaciones sanitarias, tanto en la primera etapa como en la actual de contención de costes, se ha basado en la equidad y la eficiencia. Siguiendo a Relman, cabría pensar en nuevas orientaciones en la gestión y organización de los servicios sanitarios, añadiendo a los objetivos de equidad y eficiencia los de calidad y seguridad del servicio para el paciente, así como a efectividad de las prácticas clínicas de los profesionales. Con lo que, a la eficiencia estructural se añade una eficiencia basada en los resultados, ello da sentido y razón de ser a las organizaciones sanitarias: la resolución efectiva de los problemas de salud de la población, haciendo lo que sea necesario sin caer en excesos ni en defectos en la toma de decisiones.

Gestión de los servicios de salud

Antes de centrarnos en el desarrollo de la comunicación entre las Instituciones sanitarias y los Servicios de Anatomía Patológica vamos a esbozar algunas reflexiones acerca de la gestión en los servicios sanitarios.

A finales del siglo XX, la necesidad de incorporar la gestión a la vida de los servicios sanitarios es algo que nadie pone en duda. Es de todos conocido que la forzosa limitación de los recursos disponibles y el progresivo desarrollo de las técnicas diagnóstico-terapéuticas, han hecho imprescindible llegar a considerar la gestión como una actividad más entre los responsables de los servicios sanitarios; y ello sin olvidar que, en última instancia, el beneficio del paciente es la guía de actuación, aunque teniendo en consideración el beneficio social que se puede desprender de una más correcta actuación.

El gran problema de índole práctico que se plantea es la incorporación de los clínicos a la gestión. Es difícil asumir que se puedan adecuar los costes sanitarios sin la participación y la colaboración de los responsables clínicos, y aún de todo personal con un mayor o menor grado de responsabilidad asistencial. Y es difícil esta incorporación sin utilizar un lenguaje común que aproxime las culturas clínica y de gestión.

Incentivación

El ser humano tiende, por lo general, a moverse según intereses personales, aunque esto en ocasiones vaya en contra de los intereses de la colectividad, por lo cual existe la tendencia a aceptar la información y las estrategias que más interesan a cada uno, mientras que se rechazan aquellas que vayan en contra de su interés o de su idea preconcebida. Por eso, la información como soporte para la gestión no suele ser suficiente, sino que la incentivación pasa a ocupar un papel relevante a fin de que se acepte e incorpore un modelo organizativo cuyos criterios de eficiencia son trascendentales.

La incentivación, tanto económica como profesional, se convierte pues en este entorno, en un arma imprescindible para el buen funcionamiento de los servicios. En este terreno y situándonos en el ámbito de la Anatomía Patológica, muchos de sus profesionales consideran que la remuneración que reciben por sus servicios, dentro de las instituciones sanitarias públicas, debería ser revisada. Además en la mayoría de los

hospitales no se realizan guardias médicas por lo que para los facultativos de esta especialidad, no existe la posibilidad de incrementar un salario, considerado por muchos de ellos como ajustado.

Medición del coste, resultados/beneficios

A todo lo anterior se añade la propia complejidad del sistema sanitario. Dentro del campo de la gestión de servicios, los centros hospitalarios son, sin duda, los entes más complejos que se puedan considerar. Y esta característica que dificulta enormemente la gestión viene determinada por numerosos (y poderosos) factores externos e internos, no siempre controlables. Por una parte, el producto que se genera, esto es, la Salud es difícil de medir, e incluso de definir; la mano de obra que se emplea es muy numerosa y una buena parte de ella, muy cualificada; las principales decisiones de gasto las toman los médicos y constituyen decisiones constantes que, de forma aislada, son grano de arena, pero que en su conjunto condicionan la marcha económica del centro sanitario. Por último, la capacidad de decisión del gestor del servicio sanitario está muy limitada por una insuficiente descentralización administrativa, y por la fuerte regulación a la que el sistema se ve sometido, procedente de los organismos financiadores y planificadores. El escenario se completa con un nivel de exigencia del consumidor, insospechado hace unos años y en progresivo crecimiento.

Por si eso fuera poco, la compleja situación que se ha descrito se complica por cuanto las actividades de los servicios se van a desarrollar en un entorno cambiante y en evolución permanente. A modo de ejemplo, se pueden considerar algunas características singulares de nuestro país y que introducen una variabilidad hasta cierto punto imprevisible: la descentralización administrativa a las comunidades autónomas; la coexistencia de diferentes sistemas administrativos; la separación entre autorización, financiación y provisión de servicios; la paulatina introducción de la competencia en un entorno donde el poder del usuario ha aumentado; la creación de futuros mercados internos; la introducción del sector privado en nuevas funciones, etc.

Como resumen de este panorama, no es sorprendente señalar que no parece nada fácil gestionar un servicio o un centro sanitario. Así, los equipos directivos nos hemos transformado obligatoriamente en gestores de un cambio que va teniendo lugar en un entorno con un elevado grado de incertidumbre. Se ha asumido que el paradigma se encuentra en proveer medidas no sólo eficaces, sino también efectivas (en la solución del problema aquí y ahora), y además eficientes (al menor coste posible). Para ello, la planificación es la técnica que se ha impuesto como método, por cuanto incluye los procesos metodológicamente ordenados que pueden permitir una gestión más racional: el análisis de situación (indicadores, encuestas, técnicas de consenso), la priorización (ordenación de los problemas por su importancia), la programación (de las actividades) y la evaluación (de las mismas). Por todo ello, estamos en mejores condiciones para medir resultados/beneficios en el ámbito de la Salud, aunque como veremos más adelante siguen existiendo enormes dificultades.

En los últimos quince años se han producido importantes avances en un doble abordaje de tal medición: el cuantitativo (p.ej., podemos referirnos ya a los años de vida ganados ajustados por calidad) y el cualitativo (p. ej., existe capacidad para medir la calidad de vida, la satisfacción de los usuarios y proveedores o la calidad asistencial objetiva). Y por ello, toda intervención sanitaria, tanto diagnóstica como terapéutica, cobra especial importancia porque puede ser evaluada en términos de efectividad y eficiencia.

Sin embargo, estos aspectos de gestión no han calado hasta el momento en la mayoría de los profesionales. Consideramos que los puentes de comunicación deberán sustentarse en dos pilares fundamentales: la eficiencia y la calidad. Ambos conceptos son compatibles y, al mismo tiempo, deben ser lo bastante gratificantes para guiar la actuación del gestor y del clínico, respectivamente.

CONSIDERACIONES A LA RELACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS Y LOS SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Organización de los Servicios

El hospital actual está organizado departamentalmente en servicios según especialidades clínicas y servicios centrales de diagnóstico. Existe en general un amplio desconocimiento por parte de muchos médicos respecto al Servicio de Anatomía Patológica. Así, desde éste se debe promover el interés del resto de profesionales de la medicina, sobre la importancia e implicación del patólogo en el diagnóstico, así como en la base científica del conocimiento de la enfermedad.

Aunque inicialmente Virchow , en 1856, incluyó la Anatomía Patológica en el área de laboratorios, al diseñar su laboratorio de Berlín al que dividió en tres áreas: Anatomía Patológica, Patología Experimental y Química Patológica, él mismo estableció su íntima relación con la Fisiopatología y la Medicina Clínica; esto último fue apoyado por Claude Bernard al establecer las bases de estudio fisiopatológico de la ciencia médica.

La misión del Servicio es proporcionar información al resto de los servicios clínicos, adaptando una serie de métodos o técnicas al estudio de tejidos o líquidos del cuerpo humano para alcanzar un diagnóstico, o proporcionar una información fiable, sobre el curso evolutivo de un proceso o acerca del control de la eficacia de tratamientos aplicados. Para alcanzar esta misión se desarrollan actividades asistenciales, docentes y de investigación.

En la actualidad, la estructura organizativa de los Servicios de Anatomía Patológica está determinada por el nivel de la Institución sanitaria, si bien suelen ser similares en la mayoría de los centros. Oscila desde los básicos hasta los de especialización en secciones. El número y tipo de estas secciones dependerá de cuestiones como la cultura de la institución, el nivel tecnológico, la demanda de los clínicos, etc. A pesar de esto e independientemente del nivel y tipo de Institución

deberá mantener un sistema de funcionamiento que evite un mal aprovechamiento de los recursos económicos y científicos.

La independencia funcional y organizativa de los Servicios de Anatomía Patológica es imprescindible para su buen funcionamiento. La tendencia a su “fusión” estructural con otras áreas de trabajo como Microbiología, Análisis o Hematología, dentro de la estructura orgánica y funcional de algunos hospitales, podría contribuir a una pérdida de identidad clínica y a una merma en la calidad y diferente valoración del rendimiento de trabajo de los Departamentos de Patología.

Por otra parte a medio y largo plazo debe considerarse la extensión del Servicio de Anatomía Patológica fuera de sus barreras puramente diagnósticas. La vía abierta con la PAAF, las realizaciones de pequeñas intervenciones diagnóstico-terapéuticas y la colaboración con otros especialistas-intervencionistas es una importante fuente de oportunidades, ampliación de la cartera de servicios para la especialidad, mejora de la calidad y e incluso los parámetros de coste-beneficio en nuestros Servicios. Todo ello puede realizarse siempre y cuando existan unas excelentes relaciones con otros servicios hospitalarios, con los que se puede realizar la creación de diferentes grupos de trabajo, que redundarán en una mejora de la calidad asistencial, consenso en la actuación ante distintas patologías, siempre basado en las pautas marcadas por las diferentes Sociedades Científicas.

Para estructurar estos servicios en áreas de conocimiento, se precisa de facultativos con una formación sólida que trabajen conjuntamente con los clínicos, facilitando la identificación de sus necesidades y en el uso apropiado de la información que se genera en este servicio integrando todo ello en el proceso asistencial. Debe intentarse un uso adecuado y eficiente de los recursos, evaluando la relación coste/efectividad de técnicas y la elaboración y evaluación de protocolos que se evalúen en reuniones multidisciplinarias.

El tema de la calidad no debe considerarse solamente como un concepto técnico, sino que debe encuadrarse en la calidad total. La implantación de una política de calidad total debe ser un objetivo primordial en la organización, y deben promoverse el diseño y evaluación de programas internos y externos para garantizar la calidad científico-técnica, planificar actividades de mejora continua de la calidad detectando puntos débiles, reparto de responsabilidades, nuevos proyectos, así como la puesta en marcha de medidas correctoras y la evaluación de resultados, pudiendo detectarse posibilidades de mejora.

Respecto a la docencia y la investigación, deben situarse en el ámbito de las actividades habituales del Servicio y desarrollarse en dependencia de los recursos disponibles.

Cuantificación del gasto

Los Servicios de Anatomía Patológica en la mayoría de los hospitales basan su gestión económica en la cuantificación del gasto. Pero algo tan importante como conocer el coste final por estudio realizado, es dificultoso debido a la variabilidad de las muestras y a que en él que deben repercutirse también los costes indirectos (personal, amortizaciones, etc.).

Es extremadamente complicado el intentar evaluar el coste individual por muestra; sin embargo sí resulta más fácil conocer el coste global de la parte técnica que se calcula sumando las retribuciones fijas y variables del personal, consumo de material fungible, gastos de mantenimiento, amortización y gastos repercutidos. Se establecen unas tablas de equivalencias que marcan una unidad básica de medida homologada y múltiplos de ella. Todo ello evaluado en un periodo de tiempo determinado.

Es fundamental además, como primer paso para el conocimiento real del coste de los productos, el elaborar un catálogo completo y homologado de todo lo que se

hace en el Servicio, que nos permita agrupar los productos del catálogo en URV (unidades relativas de valor) de costes superponibles, que sin adjudicación de precios permita el reparto de consumos y costes. El desarrollo de la URV se basa en la ponderación: tiempo invertido por facultativos y técnicos, valoración de la tecnología precisa, material fungible y reactivos.

En cualquier caso, en los hospitales que tienen implantada la contabilidad analítica, se puede llegar a imputar con precisión los costes del Servicio. Por tanto, si estableciéramos estas unidades de equivalencia y dividiéramos el gasto total del Servicio por el número de unidades en un periodo de tiempo determinado, llegaríamos al coste por unidad. El llegar a este conocimiento, sirve para analizar el gasto y poder compararlo con otros Servicios. Además es imprescindible, si se llega a integrar este Servicio o alguna de sus secciones dentro de Unidades de gestión clínica (que se están empezando a crear en algunos hospitales), el avanzar hacia un sistema de costes por proceso o por episodio clínico y así poderlos imputar a los distintos Servicios o áreas clínicas que lo soliciten.

Informatización

Para una correcta gestión del Servicio, es imprescindible establecer unos buenos sistemas de información que nos permitan la recogida, almacenaje, búsqueda y análisis de la información para la toma de decisiones. Hoy en día el soporte informático es imprescindible. En la actualidad, dentro del sistema de información hospitalaria que se está implantando en los hospitales públicos de la red del INSALUD (HP-HIS), se está implementando una aplicación (PAT-WIN de Novasoft) que puede usarse tanto integrada dentro del sistema de información hospitalario, como de forma individual en el Servicio de Anatomía Patológica. La gestión de este recurso informático permite registrar las muestras, especificar técnicas, diagnósticos, informes, archivos.....y también protocolos, estadísticas y listados de explotación de datos. Todo ello estableciendo unas medidas de seguridad necesarias para mantener la confidencialidad de los datos, identificando usuarios y nivel de acceso.

Perspectivas

En los Servicios de Anatomía Patológica de la red pública es importante que se inicie una política de colaboración en aspectos como el soporte técnico y el intercambio de conocimientos, en la medida de lo posible, para facilitar el acceso a técnicas diagnósticas poco frecuentes o para realizar consultas a expertos reconocidos, sobre todo en los casos de dudas en la interpretación de una lesión. Además, algunos de los procesos que se realizan en estos Servicios, muchas veces determinados por la propia cultura del hospital, pueden no ser rentables.

En este entorno, hay que tener en cuenta, que los recursos económicos disponibles dentro del SNS son limitados y que su crecimiento no avanza a la par con el gasto sanitario, y que la evolución en la sociedad en materia sanitaria, el envejecimiento y el aumento del nivel de vida, implica una mayor demanda de servicios en calidad y cantidad. El avance tecnológico y de la Ciencia Médica implica también un mayor consumo de recursos. Por lo tanto habrá que intentar mantener las prestaciones procurando contener el gasto.

Esto puede llevar a la aparición de nuevas formas de organización y gestión, en la que el paciente/cliente sea el eje y el profesional sanitario, sobretodo médico, que realizando una labor de consultor de su especialidad, evaluando e implantando nuevas tecnologías ligadas a estudios de coste/efectividad, gestión de la calidad y recursos, así como docencia e investigación seá capaz de ser el artífice impulsor de un cambio que logre que los Servicios hospitalarios sean competitivos y rentables, sin que se pierda el concepto de Hospital.

ANATOMIA PATOLOGICA Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Dr. Juan Manuel Ruiz Liso

Hoy en día nadie duda que para introducir ó "vender" determinado producto, persona ó marca es imprescindible realizar una buena campaña de imagen.

Hoy ningún producto, por bueno que sea, se vende o promociona por el "boca a boca". Todo aquello que se quiere expandir precisa de un 'marketing' en relación con las metas que se quieran alcanzar.

Por otro lado, el fabricante, creador o autor de ese "ente" -objeto, persona ó imagen- tiene también desgraciadamente en muchos casos un peso específico frente a la sociedad en la cual se desarrolla. Utiliza de alguna forma el peso de sus campañas y de su dinero para su propio lanzamiento individual.

Hemos visto como "empresas", "sociedades" y "personajillos" -a diario en la prensa diaria- han alcanzado unas cotas de poder y de difusión que no se ajustan al valor de su materia prima material ni cerebral. Consecuencia directa es que tienen también una fuerza muy significativa frente a instituciones tanto públicas como privadas.

Desgraciadamente en el mundo científico está ocurriendo algo muy parecido y en nuestro país debido a la prensa amarilla y rosa quizás mucho más.

Todo ello quiero que sirva de introducción a una reflexión de los miembros de la Sociedad Española de Anatomía Patológica.

A lo largo de mil novecientos noventa y nueve, sirva como ejemplo el DIARIO MEDICO, los aspectos anatomopatológicos han sido objeto de comentario en un total

de 22 ocasiones, siempre reducidos a páginas interiores y en la mayoría de los casos como reflejo secundario de un Congreso de otra especialidad ó bien como implicación tangencial en la lucha dialéctica de otras especialidades (cirugía menor ambulatoria por ejemplo).

Sin ánimo de enfrentamiento con otras especialidades, revisemos la fuerza periodística que tienen la SEMG (S.E. de Medicina General), la de Aparato Digestivo, etc... y el nivel de audición" que tienen en diversos estamentos, así como las facilidades que se les dispensa para la realización y proyección de sus actividades.

El "valor relativo" que nuestra especialidad tiene y tendrá frente a la administración y otras instituciones depende en gran medida de la fuerza que le impriman los miembros de la SEAP y de lo "bien" ó "mal" que sepamos vender nuestra actividad diaria, no de una forma personalizada sino como sociedad científica que busca el bienestar de la sociedad civil.

El "valor real" que sabemos tenemos en el seno de nuestros hospitales como "notarios mayores" de la actividad diaria debe adquirir rango de naturaleza en el seno de los órganos de gobierno y participación. La circunstancia de que seamos de las pocas especialidades que carecen de guardias de presencia física ó localizadas en un buen número de hospitales, no significa que seamos facultativos de segunda categoría porque nuestros emolumentos están mermados frente a la mayoría de nuestros compañeros.

Considero que una especialidad como la nuestra que basa en imágenes muchos de sus diagnósticos, no ha sabido hasta ahora mostrar su "imagen" como especialidad. De ahí muchos de los problemas que se desarrollan en algunos centros (Servicios de Análisis Clínicos con secciones de Anatomía Patológica, p.ej.) y los riesgos que corremos si no sabemos estar con el presente en beneficio de la especialidad.

EL IMPACTO PERIODÍSTICO DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Dr. Alfredo López Cousillas

El reciente auge que la información médica ha experimentado en los medios de comunicación social ha sido de dimensiones sorprendentes. No hay diario que no incluya en la actualidad una sección específica dedicada a esta temática y noticias médicas aparecen casi diariamente en los noticieros televisivos, lo que sin duda se debe a la gran repercusión social que han adquirido. Además nuevos medios más especializados han irrumpido en la escena con una gran presencia en los ambientes hospitalarios, incluso con frecuencia diaria, en forma de prensa impresa en papel y sobre todo a través de Internet (Diario Médico, El Médico Interactivo, Medscape, etc.)

La información que incluyen estos medios dedicados a los ámbitos profesionales es más amplia y diversificada, agrupándose en secciones tales como actualidad sanitaria, medicina, profesional, normativa etc., además de secciones específicas de cada especialidad.

La Anatomía Patológica, como ya estamos acostumbrados, ha comenzado tarde esta carrera y goza de escasa representación en estos foros, lo cual no es un mal exclusivo de nuestro país, ya que esto sucede también en EEUU, donde el Medscape, que es la fuente de información médica para profesionales a través de Internet de mayor difusión mundial, carece de una subdivisión específica de nuestra especialidad.

Las causas de esta marginación no hay que buscarlas en el escaso interés que nuestra actividad profesional pueda generar, puesto que existen múltiples temas médicos de gran repercusión social en que los que los patólogos podemos aportar información de gran interés: enfermedades relacionadas con el tabaco, arteriosclerosis,

patología molecular del cáncer, patologías ambientales, enfermedades infecciosas, explotación estadística de las autopsias, etc..

Para que toda la información que podemos generar, aumente su repercusión en los medios de comunicación, es necesario realizar un esfuerzo en hacerla atractiva, realizando un análisis previo de los temas que puedan tener mayor relevancia y buscando darles un carácter divulgativo que los haga interesantes y asequibles al mayor número de personas.

Una relación continuada con los medios, que debería ser coordinada y estar centralizada en la SEAP, mediante la creación de un Gabinete de Prensa, que les suministrase un flujo estable y filtrado de la información generada por la especialidad, podría ser un instrumento determinante en ampliar la presencia de nuestra especialidad en los medios de comunicación.

EVALUACIÓN DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL EN LOS SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE 44 HOSPITALES ESPAÑOLES.

Sanz Anquela JM , Puras Gil A, Maguire A y Moro Rodríguez JE .

RESUMEN

Introducción.- La gestión pública hospitalaria, siguiendo un modelo empresarial, exige la cuantificación de la actividad de los distintos servicios que lo integran. No obstante, los Servicios de Anatomía Patológica desarrollan una actividad científica difícilmente cuantificable y los niveles de presión asistencial que soportan los distintos hospitales están todavía por determinar.

Objetivos.- 1.- Analizar el grado de variabilidad de presión asistencial en distintos hospitales españoles. 2.- Determinar qué parámetros pueden comportarse como predictores de mayor presión asistencial. 3.- Diseñar un método simple de evaluación de necesidades mínimas de patólogos para cualquier nivel de carga asistencial diagnóstica.

Material y métodos.- Encuesta de Recursos de la Patología en España realizada por la Sociedad Española de Anatomía Patológica referida a datos de 1995. Análisis de representatividad de una muestra de 44 hospitales que cubre un total de 215 patólogos y 19.358 camas. Cálculo de presión asistencial (PA), basada en tres algoritmos diferentes de carga de trabajo y su relación con otros parámetros a estudio en un modelo de regresión lineal múltiple. Cálculos de estimación de necesidades de patólogos.

Resultados.- Los niveles globales de presión asistencial guardan relación con la antigüedad del hospital, la existencia de MIRs, la dotación de citotécnicos y la realización de guardias. Los hospitales con mayor sobrecarga asistencial soportan una PA de hasta 6 veces mayor y tienen, por lo general, una antigüedad inferior a 10 años. El

34% - 40% de los hospitales presentan una desviación mayor de +/- 1 patólogo, entre la plantilla esperada para una presión homogénea en el conjunto y la plantilla observada; descendiendo al 16% el número de hospitales que presentan una desviación mayor de +/- 2 patólogos. Según los tiempos por proceso diagnóstico admitidos por el Ministerio de Sanidad (1984), el número de patólogos debería haberse incrementado, ya en 1995, al menos en un 20%.

Discusión.- El producto del trabajo asistencial desarrollado en los Servicios de Anatomía Patológica son los diagnósticos realizados sobre especímenes de distinta procedencia y naturaleza. Este producto no es reducible a una mera cuantificación de biopsias, citologías y autopsias, lo que no impide que puedan realizarse, sobre la base de estos criterios, estimaciones en cuanto a las necesidades mínimas de personal para no sobrepasar un nivel equilibrado de presión asistencial. Entre los predictores de mayor grado de presión asistencial figura la escasa antigüedad del hospital y la no realización de guardias. El desarrollo de la citología ha exigido la participación de citotécnicos que han descargado parte de la presión asistencial asignada al patólogo. El desequilibrio entre recursos y servicio demandado condiciona demoras y disminución de la calidad. El establecimiento de unos recursos mínimos en función de parámetros simples, como el número pacientes/año estudiados o el tamaño de población del área asignada, podría solucionar el problema. La modificación de tiempos de la normativa ministerial, propuesta en esta comunicación, representa una alternativa válida, congruente con la percepción de necesidades mínimas basada en nuestra experiencia profesional.

Conclusiones.- La elevada variabilidad en el grado de presión asistencial detectada hace necesaria la adopción de mecanismos correctores. El número de patólogos en el conjunto de hospitales estudiados es globalmente insuficiente para la actividad asistencial que desarrollan. Otras funciones del patólogo distintas de la meramente asistencial, como su disponibilidad para interconsultas, aportación a sesiones y comisiones hospitalarias y en definitiva cualquier otra actividad científica como la docente e investigadora, pueden

quedar desplazadas por el exceso de presión asistencial hasta niveles que menoscaben la propia calidad asistencial diagnóstica.

INTRODUCCION

Existen distintos grupos de trabajo y varios documentos elaborados, cuyo objetivo es la estandarización de la actividad anatomopatológica en España, pero todavía no se ha alcanzado una normativa de consenso. Esta situación está generando conflictos entre gestores hospitalarios y facultativos en aquellos hospitales en los que se producen demoras diagnósticas.

Como dice A. Anaya (1) “nuestro trabajo no es, no ha sido nunca, ni puede ser un trabajo técnico, ni lo que damos al hospital va en forma de resultados cuantificables. Constituimos, bien al contrario, un grupo profesional cuyo oficio es pensar ...”. Por otra parte, ante el próximo milenio, hay que intentar encontrar fórmulas para comunicar las dos culturas, la médica y la económica (2), reto en el que debemos participar activamente.

En todo Servicio de Anatomía Patológica (SAP), se realizan dos métodos diagnósticos básicos: estudios citológicos e histológicos. Los estudios histológicos pueden proceder de muestras de material biopsico o autópsico. En definitiva son tres los estudios básicos efectuados en todo SAP: Diagnósticos en muestras citológicas, Diagnósticos en muestras biopsicas y Diagnósticos en material autópsico.

El Ministerio de Sanidad en 1984 estableció los tiempos medios para cada tipo de estudio en 9, 30 y 180 minutos respectivamente (entendemos que los 180 minutos se refieren exclusivamente a la evisceración y proyección). Lamentablemente los criterios para la "individualización" de cada tipo de estudio en función de las muestras remitidas no fueron definidos. En unos SAP el “número de biopsias” se corresponde con el “número de envases” en los que llegan las muestras y en otros con el número de "pacientes" de los que cada día se reciben muestras. Algo semejante sucede con las “citologías”, con el agravante del material procedente de "punciones aspiraciones con aguja fina" (PAAF), que no fue especificado en la normativa ministerial y que constituye un tipo especial de estudio citológico. Además, no es lo mismo una PAAF practicada por

el patólogo al paciente, que el material recibido de una PAAF practicada fuera del SAP sin la participación del patólogo.

Otras diferencias de unos a otros SAP son: Si el Hospital en el que están integrados es o no universitario, si existen MIRs, si realizan guardias los patólogos, si disponen de personal citotécnico que realice "screening" de citologías, etc. No obstante, a pesar de estas diferencias que puedan influir en el grado de presión asistencial, en términos generales tanto el material de estudio como el proceder diagnóstico no pueden ser muy distintos de unos hospitales a otros y la presión asistencial va a ser en todos ellos función de la carga de trabajo y del número de patólogos en plantilla.

Es propósito de esta comunicación determinar el grado de variabilidad de la presión asistencial en distintos hospitales españoles, explorando su relación con distintas variables recogidas, con objeto de detectar las posibles causas que estén ocasionando las mayores desviaciones. También el insistir a lo largo de la exposición en que el producto de nuestro trabajo asistencial son diagnósticos y nada más que diagnósticos, con independencia del material a estudio, aunque exista cierta correlación entre el volumen del material estudiado y la presión asistencial soportada.

MATERIAL Y METODOS

La Encuesta de Recursos, Calidad e Impacto de la Patología en España, realizada por la Sociedad Española de Anatomía Patológica y referida a datos de 1995, recoge información pormenorizada de 126 hospitales. La carga asistencial fue evaluada en un total de 12 campos: pacientes y muestras, de estudios biópsicos y citológicos; bloques de parafina; preparaciones histológicas y citológicas; biopsias intraoperatorias, PAAF's, autopsias totales, de adultos y de niños.

De los 126 hospitales en 4 se desconoce el número de patólogos y en 1 de ellos se desconocen además todas las variables que definen la carga asistencial por lo que este hospital fue excluido inicialmente. De los 125 hospitales restantes fue seleccionada para el análisis una muestra de 44 hospitales que reunieron los siguientes criterios de inclusión:

- 1.- realización de los tres tipos básicos de estudios en muestras biópsicas, citológicas y autópsicas.
- 2.- congruencia en la información referida a patólogos, pacientes, muestras, bloques de parafina y preparaciones.

Fueron excluidos del análisis aquellos hospitales con ausencia de información en alguno de los campos referidos o con datos contradictorios.

Se estudió el grado de representatividad de la muestra de 44 hospitales que incluía un total de 19358 camas, mediante comparaciones de las variables con el grupo de 81 hospitales excluidos. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado y para las variables continuas pruebas no paramétricas. Los resultados de las comparaciones no detectaron diferencias significativas, siendo en términos generales ambos grupos comparables y parecidos en las siguientes variables: número de camas, el hecho de ser el hospital universitario o no, la existencia de MIRs, la existencia de citotécnicos, la realización de guardias, la ubicación geográfica del hospital y su

antigüedad. No obstante la propia carga asistencial fue significativamente mayor en el grupo de hospitales seleccionados frente al grupo de excluidos.

La carga asistencial, definida por el conjunto de muestras citológicas, biópsicas y autópsicas, fue calculada mediante tres algoritmos ponderadores de los 3 tipos de estudios. El primer algoritmo fue propuesto por el Dr. Carbajo. El segundo algoritmo, procede de los tiempos medios establecidos por el Ministerio de Sanidad en 1984 para cada tipo de estudio. El tercer algoritmo corresponde a una modificación de los tiempos del Ministerio, presentada por los autores de esta comunicación, considerando que la realización y estudio completo de una autopsia exige una jornada laboral de 7 horas (420 minutos). En este tercer algoritmo se han incrementado también levemente los tiempos medios de los otros dos tipos de estudio, dado el incremento en la complejidad diagnóstica con incorporación de nuevas técnicas desde 1984.

$$\text{carga1} = (\text{muestras citológicas} \times 1,5) + (\text{muestras biópsicas} \times 14) + (\text{autopsias} \times 110)$$

$$\text{carga2} = (\text{muestras citológicas} \times 9) + (\text{muestras biópsicas} \times 30) + (\text{autopsias} \times 180)$$

$$\text{carga3} = (\text{muestras citológicas} \times 10) + (\text{muestras biópsicas} \times 35) + (\text{autopsias} \times 420)$$

La presión asistencial (PA) fue definida mediante el cociente simple entre la carga y el número de patólogos. Los histogramas de PA correspondientes a cada uno de los 2 algoritmos quedan representados en las figuras 1 y 2, observándose una distribución suficientemente normal para la realización de cálculos de regresión lineal. Las variables incluidas en el modelo para la predicción de PA fueron: número de camas, el hecho de ser el hospital universitario o no, la existencia de MIRs, la existencia de citotécnicos, la realización de guardias, la antigüedad del hospital y su ubicación geográfica (Cataluña, Madrid, Andalucía y otras regiones).

La PA obtenida con el tercer algoritmo no fue incluida en el modelo de regresión por lo que no fue analizado su grado de normalidad. El objetivo de incluir un tercer algoritmo fue sólo el de explorar las variaciones en la ordenación de hospitales en orden descendiente de PA. Por este motivo con este tercer algoritmo solamente se realizaron los cálculos de patólogos esperados en cada hospital para una PA homogénea en el conjunto.

El conjunto de 44 hospitales seleccionados comprenden un total de 215 patólogos y 19358 camas. Asumiendo una PA homogénea para el conjunto, la cifra vendría dada por la media aritmética de las PA de cada uno de los 44 hospitales y representaría la cantidad justa de trabajo para cada uno de los 215 patólogos del conjunto. Para determinar el cálculo de los patólogos esperados en cada hospital, para una distribución homogénea del trabajo en el conjunto, sólo hay que dividir la carga asistencial de cada hospital entre la PA media. Es decir, la regla matemática que calcula el número de patólogos que requiere un hospital sería:

patólogos esperados = carga / PA media

La diferencia entre patólogos esperados y observados en cada hospital nos traducirá un exceso o defecto de PA respecto de la media, en términos de número de patólogos. Los hospitales en los que la magnitud de esta diferencia no alcanzase la unidad presentarían una PA que podría definirse como “equilibrada”.

Finalmente y utilizando los tiempos del Ministerio, así como la modificación propuesta para los mismos, se realizó una estimación del número de patólogos que habrían sido precisos en 1995 en cada uno de los 44 hospitales, para cubrir el volumen de trabajo asistencial desarrollado. Para los cálculos se asumieron 5 horas de trabajo asistencial / día, durante 200 días / año.

RESULTADOS

La media de PA aplicando el algoritmo de carga1 fue de 27393.63

La media de PA aplicando el algoritmo de carga2 fue de 73103.03

La media de PA aplicando el algoritmo de carga3 fue de 83010.42

El hospital con mayor PA soportó 5,39 veces más PA que el de menor PA siguiendo el algoritmo de carga1.

El hospital con mayor PA soportó 7,49 veces más PA que el de menor PA siguiendo el algoritmo de carga2.

El hospital con mayor PA soportó 7,12 veces más PA que el de menor PA siguiendo el algoritmo de carga3.

Aplicando el algoritmo de carga1, el 34% de los hospitales presentan una desviación mayor de +/- 1 patólogo, entre la plantilla esperada para una presión homogénea en el conjunto y la plantilla observada. Es decir el 66% tendrían una PA equilibrada.

Aplicando el algoritmo de carga2, el 40% de los hospitales presentan una desviación mayor de +/- 1 patólogo, entre la plantilla esperada para una presión homogénea en el conjunto y la plantilla observada. Es decir el 60% tendrían una PA equilibrada.

Aplicando los tres algoritmos el 16% de los hospitales presentan una desviación mayor de +/- 2 patólogos, entre la plantilla esperada para una presión homogénea en el conjunto y su plantilla observada. Concretamente en 3 hospitales de 450, 400 y 400 camas, ubicados en las provincias de Barcelona, Madrid y Vizcaya respectivamente y con antigüedad inferior a 10 años en 2 de ellos, e inferior a 20 en el tercero, la plantilla era deficitaria en más de 2 patólogos en 1995.

A continuación se presenta el listado de hospitales (identificados por número de camas y comunidad autónoma a la que pertenecen), ordenado en sentido descendente de PA según el primer algoritmo, con el número de “patólogos adicionales” necesarios en 1995 (diferencia entre “patólogos esperados” y “patólogos observados” en primera columna), para una distribución homogénea de la PA en el conjunto:

CAMAS	AUTONOMIA	DIF_PAT1	DIF_PAT2	DIF_PAT3
450	CATALUÑA	3.18	4.41	4.50
400	PAIS VASCO	2.37	2.57	2.78
400	MADRID	2.05	2.22	2.36
600	CATALUÑA	1.96	1.29	1.63
520	CASTILLA LA MANCHA	1.87	1.26	1.58
600	PAIS VASCO	1.49	0.86	1.36
600	NAVARRA	1.43	1.59	1.97
1100	CATALUÑA	1.35	0.51	1.23
750	CATALUÑA	1.22	-0.05	0.51
650	ANDALUCIA	1.20	0.64	0.88
988	PAIS VASCO	1.07	0.77	1.30
150	NAVARRA	1.05	1.12	0.16
681	CATALUÑA	0.85	0.88	0.98
115	PAIS VASCO	0.62	0.60	0.66
420	COMUNIDAD VALENCIANA	0.60	0.51	0.64
175	BALEARES	0.56	0.80	0.88
110	PAIS VASCO	0.47	0.40	0.45
270	ANDALUCIA	0.42	0.26	0.34
320	COMUNIDAD VALENCIANA	0.38	0.39	0.48
378	MURCIA	0.36	0.09	0.27
180	CATALUÑA	0.33	0.53	0.61
258	ASTURIAS	0.33	0.40	-0.63

300	CASTILLA Y LEON	0.23	0.57	0.64
115	PAIS VASCO	0.10	0.58	-1.05
125	ARAGON	0.09	0.13	0.15
260	COMUNIDAD VALENCIANA	0.00	-0.01	0.05
301	COMUNIDAD VALENCIANA	--0.52	0.65	-0.59
96	ASTURIAS	-0.60	-0.51	-0.40
110	MADRID	-0.70	-0.62	-0.62
468	CASTILLA LA MANCHA	-0.72	-0.77	-0.67
399	GALICIA	-0.77	-0.61	-0.53
100	MURCIA	-0.83	-0.93	-0.88
738	ANDALUCIA	-0.84	-0.39	-0.19
415	CASTILLA LA MANCHA	-0.88	-0.99	-0.90
172	MELILLA	-0.94	-0.55	-0.55
1135	GALICIA	-0.95	-1.95	-1.46
200	CATALUÑA	-0.99	-0.89	-0.76
640	GALICIA	-0.99	-1.17	-0.88
372	MADRID	-1.01	-1.05	-0.99
200	GALICIA	-1.24	-1.27	-1.25
800	MADRID	-2.18	-2.28	-2.17
1300	MADRID	-2.75	-3.01	-2.71
297	MADRID	-2.78	-3.00	-2.93
700	CASTILLA Y LEON	-5.11	-5.15	-4.99

La segunda y tercer columna de diferencia entre “patólogos esperados” y “patólogos observados”, corresponden a cálculos realizados con el segundo y tercer algoritmo descritos.

plicando el algoritmo de carga1, el modelo de regresión múltiple de las variables a relacionar con la PA (tabla 1), obtuvo como predictores de mayor PA y en este orden:

- la ausencia de guardias
- la menor antigüedad del hospital
- la presencia de citotécnicos.

Aplicando el algoritmo de carga2, el modelo de regresión múltiple de las variables a relacionar con la PA (tabla 2), obtuvo como predictores de mayor PA y en este orden:

- la ausencia de guardias
- la presencia de citotécnicos.
- la menor antigüedad del hospital
- la ausencia de residentes (MIRs)

Ni la ubicación geográfica del hospital, el número de camas hospitalarias, ni la condición de ser o no el hospital universitario influyeron en la PA.

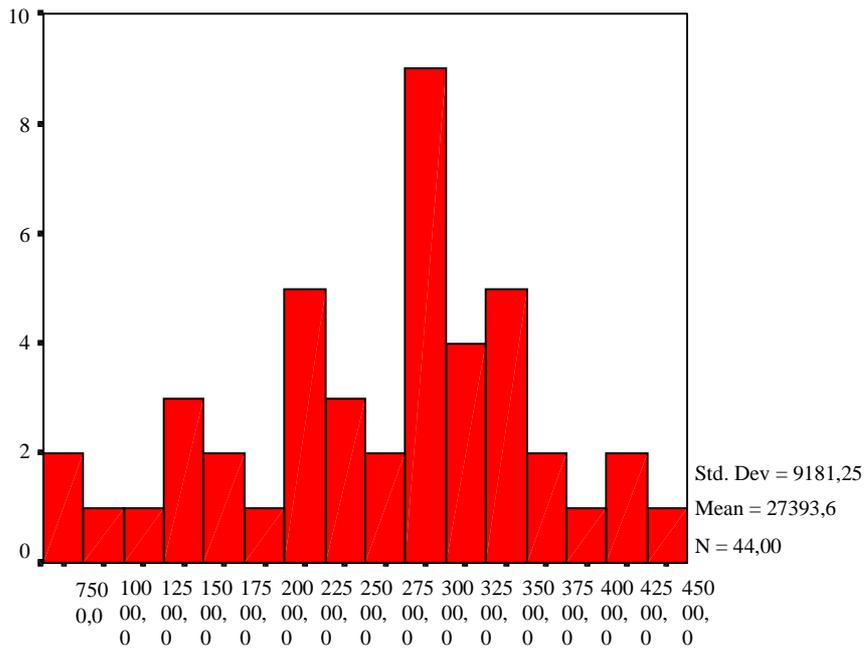
Variable	Coefficiente Beta no Estandarizado	Error Estandar	Coefficiente Beta Estandarizado	Signific. Estadíst. “p”
Guardias	- 8586,53	1718,96	- 0,618	< 0,0001
Antigüedad3	- 6319,23	2849,04	- 0,339	0,03
Antigüedad4	- 3920,78	2863,11	- 0,21	0,18
Citotéc-nicos	1255,32	653,59	0,229	0,06

Tabla 1.- Regresión lineal según algoritmo1. Antigüedad3 son hospitales entre 10 y 20 años de antigüedad comparados con hospitales de menos de 10 años de antigüedad.

Antigüedad 4 son hospitales de más de 20 años de antigüedad comparados con hospitales de menos de 10 años de antigüedad

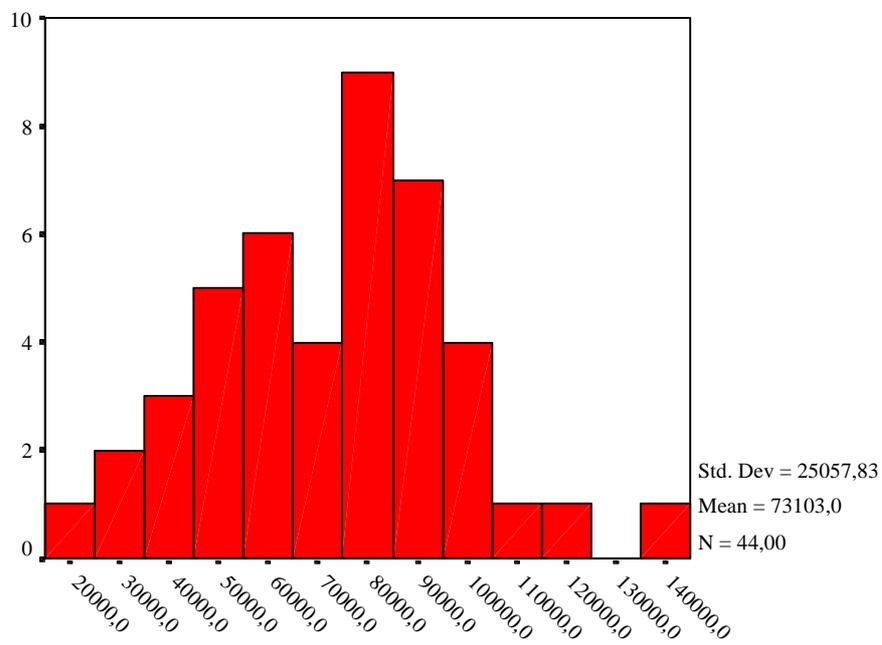
Variable	Coefficiente Beta no Estandarizado	Error Estandar	Coefficiente Beta Estandarizado	Signific. Estadíst. “p”
Guardias	- 22685,71	4590	- 0,599	< 0,0001
Antigüedad3	- 18447,44	7600,38	- 0,363	0,02
Antigüedad4	- 12080,97	8323,77	- 0,237	0,15
Citotéc-nicos	5056,49	1991,23	0,338	0,01
MIR	- 10311,83	8333,36	- 0,190	0,22

Tabla 2.- Regresión lineal según algoritmo2. Antigüedad3 son hospitales entre 10 y 20 años de antigüedad comparados con hospitales de menos de 10 años de antigüedad. Antigüedad4 son hospitales de más de 20 años de antigüedad comparados con hospitales de menos de 10 años de antigüedad



pa según cg_alg1

Figura1: Histograma de Presión asistencial según el algoritmo1



pa según cg_alg2

Figura2: Histograma de Presión asistencial según el algoritmo2

En la siguiente lista aparecen, junto a la primera columna correspondiente al primer algoritmo y por la que se establece el orden de lista, dos columnas más de “patólogos adicionales necesarios” a comparar con la primera. Dif_pat4 serían los patólogos que se habrían necesitado por encima de los existentes en 1995 en cada hospital con los tiempos del Ministerio (segundo algoritmo), contando con 200 días/año en jornadas de 5 horas de trabajo asistencial. Dif_pat5 es lo mismo pero con la modificación propuesta a los tiempos del Ministerio, reflejada en el tercer algoritmo de carga descrito.

CAMAS AUTONOMIA	DIF_PAT1	DIF_PAT4	DIF_PAT5
450 CATALUÑA	3.18	6.46	8.14
400 PAIS VASCO	2.37	4.00	5.38
400 MADRID	2.05	4.01	5.56
600 CATALUÑA	1.96	2.88	4.56
520 CASTILLA LA MANCHA	1.87	3.07	4.88
600 PAIS VASCO	1.49	2.14	3.80
600 NAVARRA	1.43	3.68	5.79
1100 CATALUÑA	1.35	3.25	6.31
750 CATALUÑA	1.22	1.91	4.15
650 ANDALUCIA	1.20	1.66	2.75
988 PAIS VASCO	1.07	3.56	6.40
150 NAVARRA	1.05	1.80	0.98
681 CATALUÑA	0.85	2.39	3.66
115 PAIS VASCO	0.62	1.17	1.68
420 COMUNIDAD VALENCIANA	0.60	1.28	2.04
175 BALEARES	0.56	1.41	1.99
110 PAIS VASCO	0.47	0.70	1.00
270 ANDALUCIA	0.42	0.75	1.24
320 COMUNIDAD VALENCIANA	0.38	1.35	2.20
378 MURCIA	0.36	0.99	1.91
180 CATALUÑA	0.33	1.30	1.99

258	ASTURIAS	0.33	1.14	0.28
300	CASTILLA Y LEON	0.23	1.57	2.42
115	PAIS VASCO	0.10	1.36	-0.31
125	ARAGON	0.09	0.37	0.59
260	COMUNIDAD VALENCIANA	0.00	0.43	0.84
301	COMUNIDAD VALENCIANA	-0.52	-0.14	0.34
96	ASTURIAS	-0.60	-0.18	0.22
110	MADRID	-0.70	-0.54	-0.47
468	CASTILLA LA MANCHA	-0.72	0.15	0.99
399	GALICIA	-0.77	0.13	0.79
100	MURCIA	-0.83	-0.69	-0.45
738	ANDALUCIA	-0.84	1.28	2.81
415	CASTILLA LA MANCHA	-0.88	-0.34	0.28
172	MELILLA	-0.94	-0.23	0.01
1135	GALICIA	-0.95	0.25	2.58
200	CATALUÑA	-0.99	-0.43	0.10
640	GALICIA	-0.99	0.54	2.23
372	MADRID	-1.01	-0.63	-0.22
200	GALICIA	-1.24	-1.11	-0.96
800	MADRID	-2.18	-1.69	-1.09
1300	MADRID	-2.75	-0.17	2.39
297	MADRID	-2.78	-2.78	-2.52
700	CASTILLA Y LEON	-5.11	-4.09	-3.07

Las columnas segunda y tercera, al corresponder a cálculos realizados sobre tiempos, sumarán los patólogos que en el conjunto de 44 hospitales habrían hecho falta según estimaciones de 200 días y 5 horas. Imaginando los 44 hospitales como una única “empresa” de 215 patólogos, esa teórica empresa habría necesitado 44 patólogos adicionales a los 215 (un 20% más de los que contaba), para “dedicar a cada cosa su tiempo” según los tiempos del Ministerio y 84 patólogos más (39%), según la modificación de tiempos propuesta (tercer algoritmo).

DISCUSION

La inquietud de los patólogos por la evaluación de los recursos personales que se estiman necesarios para llevar a cabo su trabajo se remonta en España ya tres décadas (3-4). El Ministerio de Sanidad en 1984 efectuó una estimación de tiempo medio para diagnóstico de muestras procedentes de biopsias, citologías y autopsias, de 30, 9 y 180 minutos respectivamente (5). Posteriormente se ha intentado categorizar cada uno de los distintos procedimientos diagnósticos y establecer equivalencias en términos de "unidades relativas de valor" (URV) (6-7). Además de no existir todavía un acuerdo para los distintos tipos de procedimientos, no faltan quienes cuestionan la eficacia de estos métodos de evaluación cualitativa (8). Por otro lado, parámetros globalizadores como el número de portaobjetos archivados por año, se han correlacionado bastante bien con métodos de evaluación más exhaustiva tipo URV (9).

Un análisis general de la Encuesta de Recursos de la Patología en España realizada por la Sociedad Española de Anatomía Patológica y referida a datos de 1995 ha sido recientemente publicado (10). Ya en este análisis se hacía constar que sólo 44 hospitales superaban algoritmos de congruencia por lo que se diseñó un nuevo cuestionario pendiente de ser procesado.

En el conjunto de los 44 hospitales analizados observamos que más de la mitad presentan una PA definida como "equilibrada". En análisis previos de la encuesta (5), la dotación media de recursos personales parece aceptable, pero hay que tener en cuenta que la muestra de 44 hospitales presenta una carga significativamente mayor que el resto, por lo que las "medias" de PA obtenidas pueden estar algo por encima de lo que pudiera considerarse normal.

No obstante, a falta de otros parámetros de medida, las PA medias dadas para cada uno de los algoritmos de carga podrían utilizarse para que cualquier hospital realizase una estimación de sus necesidades mínimas en número de patólogos, siguiendo la regla

matemática expuesta en Material y Métodos. En otras palabras, como la muestra de 44 hospitales presenta mayor grado de PA que el resto de hospitales excluidos, las medias PA dadas con cualquiera de los algoritmos servirían para que cada SAP que lo desee realice una estimación de los patólogos “mínimos” requeridos en función de los especímenes que reciban. En el caso de que la numeración se realice por “paciente” en lugar de por envase de muestra biopsica, y no se disponga del dato de número de muestras biopsicas, este puede estimarse multiplicando el número de pacientes por 1,3 ya que además de ser el valor medio y el más representado, el cociente muestras/pacientes fluctuó solamente entre 1,1 y 1,5 en la muestra de hospitales estudiada.

Entre los predictores de mayor presión asistencial (PA), detectados, figura la escasa antigüedad del hospital y la no realización de guardias. La realización de guardias no supone una prolongación de la jornada laboral que pudiera "aliviar" la presión asistencial, ya que los hospitales con guardias que podrían en este supuesto soportar mayor presión, soportan en realidad menos presión. Este hecho pudiera significar un "buen entendimiento" entre gestores y patólogos en aquellos hospitales en los que los patólogos realizan guardias lo que traduce una situación óptima. Lamentablemente algunos gerentes parecen ignorar que la disponibilidad del patólogo a lo largo de toda la jornada laboral para interconsultas y aportación a sesiones, comisiones de control de calidad, etc .. es una función crucial que puede quedar desplazada en SAPs con un exceso de PA. Los gerentes conocedores de este valor añadido que representa para el hospital un SAP con una PA equilibrada, no solamente proporcionan los recursos humanos necesarios sino que proponen guardias que prolongan la efectividad del conjunto de funciones del patólogo.

También el creciente control del gasto público ha podido conducir a una situación de infradotación de recursos humanos en hospitales de nueva creación durante los últimos años. Es como si los nuevos gerentes ignorasen que el exceso de PA es causa del conocido síndrome de "burnt out" responsable del deterioro de toda actividad.

Reproduciendo algún párrafo de un reciente editorial de A. Anaya, resulta curioso observar que las generaciones que hace 30 y 20 años organizaron los SAP tuvieron más suerte al participar en el nacimiento y desarrollo de la medicina hospitalaria en nuestro país. “Hoy parece que se intenta más llenar el expediente, obteniendo conclusiones numéricas basadas en datos superficiales que no soportan un análisis en profundidad. Podría decirse, con alguna razón, que de lo único que no se habla hoy en nuestros hospitales es de medicina, cuando en realidad el Hospital o es concierto de voces médicas o no es nada” (1).

La Comisión Nacional para la acreditación de Servicios de Anatomía Patológica para la docencia postgraduada (programa MIR), estableció unos recursos mínimos que garantizaran una PA equilibrada con objeto de que la función docente no fuese desplazada por un exceso de PA. Por esta razón la existencia de MIRs representa un marcador predictor de hospitales sin exceso de PA.

El desarrollo de la Citología ha exigido la participación de citotécnicos que han descargado parte de la presión asistencial asignada al patólogo. Esta es la razón por la que hospitales con citotécnicos podrían soportar mayores niveles de PA.

Probablemente, aunque existan diferencias cualitativas en el tipo de actividad diagnóstica de unos a otros hospitales, las necesidades de personal se ajusten bastante bien a la carga asistencial medida con parámetros globalizadores (número total de muestras y pacientes). La homogeneidad de la carga asistencial es, en términos cualitativos, incluso sorprendentemente elevada ya que los resultados obtenidos siguiendo tres algoritmos de ponderación distintos, son idénticos a la hora de identificar los hospitales con una desviación entre patólogos observados y patólogos esperados mayor de 2 patólogos.

El desequilibrio entre recursos y servicio demandado condiciona demoras y disminución de la calidad. El establecimiento de unos mínimos recursos en función parámetros

simples, como el número pacientes/año estudiados, el número de médicos potenciales consultores y demandadores de servicio o el tamaño de población asignada del área, podría solucionar el problema. No obstante, al no disponer de estos datos en la encuesta no hemos podido realizar estimaciones.

Estos posibles parámetros que influirían en la carga asistencial, así como las variables detectadas como predictores de PA, deberían tenerse en cuenta en el diseño de nuevos algoritmos evaluadores de las necesidades de patólogos para un hospital. No obstante y a falta de estos algoritmos, hemos considerado útil calcular el número de patólogos que habrían sido necesarios en 1995, en los 44 hospitales estudiados, siguiendo los tiempos del Ministerio y la modificación propuesta a los mismos (segundo y tercer algoritmo respectivamente), para 200 días de trabajo/año y 5 horas cada día. Entendemos que dadas las múltiples funciones de un patólogo en el hospital (1), no debería dedicar más de 5 horas de trabajo al día a labores exclusivamente asistenciales. Se da la circunstancia que incluso con los tiempos oficiales del Ministerio se habrían necesitado más de un 20% de patólogos adicionales en 1995 (ver resultados), ya que la muestra de 44 hospitales esta sobrerrepresentada en términos de PA.

Para concluir, y a modo de “adenda” expondremos brevemente la concepción alternativa y globalizadora que sobre la carga asistencial propone Jaime Sánchez Fernández de la Vega, quién ha tenido la gentileza de revisar el contenido de esta comunicación.

En opinión de Jaime Sánchez, opinión refrendada por su dilatada experiencia profesional, un patólogo podría tener la capacidad de realizar aproximadamente un total de 4.000 estudios anatomopatológicos sobre material citológico y biopsico (incluidas piezas quirúrgicas) y 25 sobre material de autopsia. Los 4.000 estudios quedarían distribuidos en 1.500 sobre material biopsico y 2.500 sobre material citológico.

Aplicando la modificación de tiempos del Ministerio propuesta en esta comunicación, la capacidad máxima de trabajo asistencial traducida a horas sería:

2.500 EC x 10 minutos	=	25.000 minutos
1.500 EB x 35 minutos	=	52.500 minutos
25 autopsias x 420 minutos	=	11.500 minutos
total	=	89.000 minutos

Los 89.000 minutos son 1.483 horas y las horas máximas disponibles anualmente son de forma aproximada 1.400 (10 meses / 4 semanas / 35 horas semanales = 1.400 horas), (200 jornadas de 7 horas dedicadas exclusivamente a trabajo asistencial).

Se da la circunstancia de que los enfoques por tiempos y por capacidad anual del patólogo, salvo el margen de 2 horas / día para labores extraasistenciales, resultan bastante concordantes por lo que la modificación de tiempos propuesta parece coherente, teniendo en cuenta que ambos enfoques establecen necesidades “mínimas”, no necesidades óptimas de personal. Este último enfoque de Jaime Sánchez le quita además “rigidez” al sistema de tiempos, más propio de la producción industrial que de la de “servicios”. En esta línea se mueve también la Comisión Nacional para la acreditación de un SAP para la docencia postgraduada (MIR), que establece un mínimo de 3 patólogos a dedicación completa para los primeros 3.000 estudios biópsicos y 5.000 citológicos, así como un nuevo patólogo más por cada 2.000 estudios biópsicos y/o 3.000 citológicos adicionales.

CONCLUSIONES

1. No hablemos más de Laboratorios, sino de SERVICIOS; ni de nº de biopsias, ..., sino de DIAGNÓSTICOS en muestras de diferente procedencia.
2. Los tiempos médicos son difícilmente medibles, salvo su vertiente técnica; debemos tomar como modelo para cuantificar nuestra “Cartera de Servicios”, especialidades médicas poco técnicas.
3. No es, el Servicio de Anatomía Patológica, “externalizable”, ya que actuamos como consultores de todos los Servicios hospitalarios.
4. La dotación mínima inicial para los primeros 3000 estudios biópsicos y 5000 citológicos, según la Comisión Nacional para la acreditación de un Servicio de Anatomía Patológica con docencia MIR, será de tres patólogos.
5. Según la presión asistencial detectada en la Encuesta el Ministerio de Sanidad, en 1.995, debería haber contado con 44 ó con 84 patólogos adicionales, según se aplique el algoritmo 2 ó el 3 (incremento de la plantilla en un 20%).
6. La presión asistencial detectada en la Encuesta ha podido desplazar y/o anular otras funciones y responsabilidades del patólogo.
7. Los algoritmos 2 y 3, traducibles a tiempos, han dado resultados similares en cuanto a la valoración de la presión asistencial y el estado de las plantillas.
8. La realización de guardias por patólogos ha resultado la variable con mayor significación estadística ($p < 0,0001$) en relación con menor presión asistencial, lo cual significa un mayor reconocimiento en los Hospitales en de la imprescindible labor del patólogo, como garantía de la Calidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anaya A. La patología hacia el tercer milenio. Editorial. Rev Esp Patol 1999; 32: 125-130.
- 2.- Galera Davidson H. Necesarias reflexiones. Editorial. Patología 1994; 27: 1-4.
- 3.- Anaya A. Introducción a la metodología anatomopatológica en el hospital. Patología 1969; 2-2: 80-112.
- 4.- Contreras F y cols. Organización del Servicio de Anatomía Patológica de la Ciudad Sanitaria La Paz de Madrid. Patología 1969; 2-2: 113-122.
- 5.- Alameda F y cols. Recursos Personales. Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España. SEAP. Ed Digarza, Málaga 1999. Pag 37-41.
- 6.- Carbajo M. Eficiencia y Costos: Sector público. Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España. SEAP. Ed Digarza, Málaga 1999. Pag 77-87.
- 7.- Martínez Cabruja R. Eficiencia y Costos: Sector privado. Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España. SEAP. Ed Digarza, Málaga 1999. Pag 89-102.
- 8.- Sánchez Fernández de la Vega J. ¿Son válidos los sistemas tipo Unidades Relativas de Valor para la gestión de Unidades Funcionales anatomopatológicas?. Editorial. Rev Esp Patol 1998; 31-3:; 201-205.
- 9.- De la Fuente, A; Centero, C; Chao, V; Prada, B.; Ortiz, J.A.; Sacristán, F; Antón, I.; Marcuño,A. El cristal como unidad de medida en el cálculo de costos de la muestras de Anatomía Patológica. II Congreso Virtual de Anatomía Patológica. Póster N° 33.
- 10.- Puras A y cols. Ambito general de la actividad anatomopatológica. Aspectos generales de la encuesta realizada sobre Recursos, Calidad e Impacto de la Patología en España. Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España. SEAP. Ed Digarza, Málaga 1999. Pag 15-34.

LA ADECUACION DE LOS SERVICIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA ANTE LA FUTURA AUTOGESTION

Dr M. Nistal Martin de Serrano y Dra. A. Puras Gil

La Anatomía Patológica en los próximos años va a tener que superar unos retos importantes. Unos son específicos y conciernen a su desarrollo con la progresiva incorporación de nuevas técnicas que permitan modular los tratamientos tumorales o la creación de bancos de tumores, otros son la consecuencia de las nuevas corrientes que se están imponiendo en el funcionamiento de los hospitales, que en un plazo corto probablemente terminen con la creación de las Fundaciones Hospitalarias. Esta nueva perspectiva incluirá, casi con toda seguridad, la autogestión de los Servicios, Institutos o Areas afines que se constituyan.

Metidos en ésta dinámica tenemos que estar preparados para que nuestros "productos" sean éstos de índole asistencial, investigadora o docente tengan la máxima calidad a un coste razonable. En éste camino hacia la autogestión tenemos que luchar para que los cambios que necesariamente se van a producir no solo no afecten a la calidad de la Anatomía Patológica Hospitalaria sino que la implantación en los diferentes hospitales, que seguramente no será en el mismo momento, respete los tres pilares de nuestro trabajo: Asistencia, docencia e investigación, en prevención de que el porvenir de nuestra especialidad no quede hipotecado.

En este nuevo sistema organizativo tiene que quedar bien claro que aun en los hospitales que no tienen reconocida docencia a pre o postgraduados la labor del patólogo de un hospital no se limita a hacer diagnósticos sino que además es consultor en múltiples procesos y es una pieza clave para mantener e impulsar la actividad científica del mismo. Este valor añadido no puede ser ignorado a la hora del cálculo del coste de un proceso. Y este hecho es fundamental e irrenunciable si en el futuro en algún caso a alguien se le ocurre la externalización de nuestra especialidad.

Creemos que concierne a la SEAP jugar un papel muy importante cuando se produzcan estos cambios ya que va a estar en juego la propia esencia de la Anatomía Patológica hospitalaria. En este sentido desde la propia directiva se ha impulsado la formación de diferentes grupos de trabajo que abordan, entre otros temas, cada uno de los pasos que van desde el estado actual de la Anatomía Patológica hospitalaria hasta la autogestión de los Servicios. Los estudios se han dirigido a los siguientes puntos:

- 1.- Dedicación a las actividades hospitalarias.
- 2.- Valoración de las actividades del Servicio de AP.
- 3.- Número de patólogos de un Servicio de AP
- 4.- Propuesta de adecuación de los Servicios a la demanda previsible.
- 5- Elaboración de la Cartera de Servicios.
- 6.- Hospitales de referencia
- 7.- Homologación de los Servicios

1.- DEDICACIÓN.

Estimación del tiempo que el patólogo debiera dedicar diariamente a las actividades asistenciales, docentes e investigadoras. La actividad asistencial, aun siendo la que globalmente ocupa la mayor parte de nuestra dedicación, tiene que permitir, que en la jornada laboral, dependiendo del tipo de hospital y del puesto que el patólogo desempeñe, el patólogo tenga suficiente tiempo para realizar otras actividades necesarias para cumplir con nuestra misión en el hospital. Así debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Dedicar un tiempo diario, que no debiera ser inferior a 1 hora a lo que podría englobarse como formación continuada (preparación de sesiones, actualización de la bibliografía, asistencia a cursos etc.)

- Dedicar diariamente un tiempo a la investigación, sea ésta clínica aplicada en unos casos, o desarrollo de un proyecto en otros. Este tiempo que como mínimo se establece en lh debe ser aumentado, por razones lógicas (desarrollo tecnológico, apoyo a otros centros, proyectos de investigación, etc.,) en los Hospitales universitarios.
 - Establecer las horas de dedicación a la actividad asistencial en proporción inversa a los cargos de dirección o gestión.
- Introducir en la rutina diagnóstica mecanismos de control de calidad, como revisión de los diagnósticos previos de cada paciente o la calidad de las técnicas de laboratorio.

Estas funciones, a modo indicativo se contemplan de la siguiente manera en los tres grupos en los que se han dividido los hospitales.

1 Hospital General sin docencia pre o postgraduados

2 Hospital con docencia de post-graduados

3 Hospital Universitario (docencia pre y postgraduados)

La distribución del tiempo para una jornada laboral de siete horas podría ser la siguiente.

	ASISTENCIA	FORMACIÓN CONTINUADA	INVESTIGACIÓN	GERENCIA	DOCENCIA
ADJUNTO	5h	1h	1h		
JEFE DE SECCIÓN O UNIDAD	4h	1h	1h	1h	
JEFE DE SERVICIO	4 h	1 h	1 h	1h	

1. HOSPITAL GENERAL SIN DOCENCIA PRE Y POST-GRADUADA

	ASISTENCIA	FORMACIÓN CONTINUADA	INVESTIGACIÓN	GERENCIA	DOCENCIA
ADJUNTO	4h	1h	1h		1h
JEFE DE SECCIÓN O UNIDAD	3h	1h	1h	1h	1h
JEFE DE SERVICIO	3 h	1 h	1 h	1h	1 h

2. HOSPITAL CON DOCENCIA DE POSTGRADUADOS

	ASISTENCIA	FORMACIÓN CONTINUADA	INVESTIGACIÓN	GERENCIA	DOCENCIA
ADJUNTO	3,5h	1h	1,5h		1h
JEFE DE SECCIÓN O UNIDAD	2,5h	1h	1,5h	1h	1h
JEFE DE SERVICIO	1,5h	1h	1,5h	2h	1 h

3. HOSPITAL UNIVERSITARIO (DOCENCIA PRE Y POSTGRADUADO)

2. VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE AP .

Recursos humanos: número de patólogos (plantilla más interinos)

Actividad asistencial.

-material. Biopsias y piezas quirúrgicas: número de muestras.

Autopsias: adultos, pediátricas y fetales

Citologías: PAAF, ginecológicas y no ginecológicas

Consultas extrahospitalarias

-procedimiento

grado de protocolización

grado de informatización

Actividad docente

Pregraduados: número de alumnos

Postgraduados: número de MIR

MIR de otras especialidades en rotación por AP

Especialistas de AP de otros hospitales

Otros: diplomados en enfermería, técnicos, forenses.

Sesiones del Servicio (número año)

Sesiones hospitalarias (número año)

Sesiones interhospitalarias (número año)

Actividad investigadora Proyectos de investigación financiados Número de patólogos
de plantilla incluidos en los proyectos de investigación Factor impacto de
las publicaciones Tesis doctorales dirigidas

Control de calidad interno y externo (ver homologación, SignoII)

Sobre diagnósticos

Sobre técnicas

Sobre tiempos de demora en la emisión de los informes

Sobre grados de protocolización e informatización

3 NUMERO DE PATÓLOGOS DE UN SERVICIO DE AP

Para su cálculo se tendrán en cuenta:

. Tipo de hospital

. Actividades desarrolladas

. Estimación del tiempo medio para el diagnóstico de biopsias, citologías y autopsias (ver libro blanco de la Anatomía Patológica en España).

Es recomendable que el número de patólogos mínimo de un servicio sea de dos en orden a asegurar el trabajo asistencial durante todo el año. En los hospitales que solo cuentan con un patólogo es lógico que del tiempo dedicado a la asistencia se reste el que se está dedicando a la gestión.

4 ADECUACION DE LOS SERVICIOS A LA DEMANDA PREVISIBLE.

Nuestra especialidad, que ha conocido en un pasado reciente una gran expansión, ha entrado en una etapa de estancamiento. La razón del bajo peso específico que tenemos entre los órganos gestores hay que buscarla básicamente en que no hemos sabido transmitir adecuadamente el valor de lo que hacemos, aún es frecuente el caso de que no distinguen entre lo que es un diagnóstico y lo que no pasa de una determinación analítica.

Estamos convencidos que si se respetara dentro del horario un tiempo adecuado para las tareas no asistenciales la mayoría de los servicios serían deficitarios en patólogos. Hay además otros tres hechos que nos afectan directamente:

- **La patología molecular.** No tenemos que olvidar que el patólogo es el único responsable de la pieza quirúrgica a partir del momento de su obtención. Es el único cualificado para hacer el diagnóstico, decidir que tipo de estudios hay que realizar, precisen éstos colaboración con otros servicios o centros, y evaluar los resultados. Si en éste campo no actuamos pronto, después habrá que defenderse del intrusismo y más tarde algunas batallas se van a perder.

Campañas de detección de cáncer. El control de una población determinada pasa primero por una decisión política. Aunque el coste de inmediato pudiera parecer alto nadie duda de la rentabilidad, y hablo solo desde el punto de vista económico, en tal decisión el patólogo vuelve a ser la pieza clave para el diagnóstico y control de los pacientes.

Bancos de tumores. Para hacer el diagnóstico en una pieza quirúrgica utilizamos una parte pequeña del material. El material restante, que no conservamos, salvo en casos excepcionales es de un valor incalculable en éstos momentos. Baste decir que se está produciendo a nivel internacional ya una demanda en determinados tipos de cáncer. El proceso de selección del material, el adecuado almacén del mismo, el mantenimiento de un archivo actualizado, en suma la gestión del mismo ha de ser contemplada por los servicios de AP.

5 CARTERA DE SERVICIOS

Se halla comentada, la del Insalud, en el capítulo escrito por el Dr. Martínez Tello, aunque todavía se encuentra en fase de discusión, previa a su aprobación

6 HOSPITALES DE REFERENCIA.

Hay técnicas que por su complejidad (patología molecular) o por su costo alto (microscopía electrónica) no es rentable que se monten en todos los Hospitales. Lo que hay que establecer son unos cauces para que de forma institucional todos los estudios que estén indicados se realicen. Este es el sentido de los Servicios de AP de referencia (Hospitales de Referencia). De hecho lo más difícil está funcionando y el volumen de las consultas interhospitalarias así como petición de determinadas técnicas es importante, lo que habla tanto del reconocido prestigio de muchos Servicios de AP y por otro del interés de los patólogos en contrastar sus opiniones. Sería interesante que al elaborar la cartera de servicios cada hospital ofertara el estudio de aquella patología en la que sus miembros tienen una contrastada experiencia.

7 HOMOLOGACIÓN DE LOS SERVICIOS

Es el paso final previo a la implantación de un sistema de autogestión (para su implantación ver "Signo II", del Insalud))

**ENCUESTA SEAP, 1999. –RESPUESTAS POR COMUNIDADES
AUTÓNOMAS.**

	Nº DE CAMAS			
	<200	<400	<800	>800
ANDALUCIA				
ASTURIAS	3	3	2	1
ARAGON	3	1	2	1
I.BALEARES	3	1		1
CANARIAS	1	1	4	
CANTABRIA	1	1		1
C.LA MANCHA				
C.LEON	2	4	1	
CATALUÑA	2	5	6	
EXTREMADURA	4	1	2	
GALICIA		2		
LA RIOJA			1	
MADRID		2	3	3
MURCIA	2	1	1	
NAVARRA	1		2	
PAIS VASCO	3	1		1
VALENCIA	1	2		
TOTAL	26	25	24	8

ENCUESTA DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN SU SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA. 1998

Hospital

Ciudad

TIPO DE HOSPITAL

- Sin docencia pre y postgraduada
- Con docencia postgraduada solamente
- Con docencia pre y post graduada
- Con docencia pregraduado solamente

Nº DE CAMAS

Nº DE PATOLOGOS

- Jefe de Servicio o Departamento
- Jefe de Sección
- Adjuntos de plantilla
- Interinos
- MIR

Nº TECNICOS DE LABORATORIO

- Técnicos de laboratorio*
- Citotécnicos (Si están separados)
- * Cualquiera que sea su cualificación

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- Autopsias:
Nº total Adultos Pediátricas y fetales
- Biopsias y piezas quirúrgicas:
Total Pacientes Muestras Preparaciones
- Citologías:
Total PAAF Ginecológicas No Ginecológicas

PROCEDENCIA DEL MATERIAL QUIRURGICO

- Hospitalario Cirugía Menor Ambulatoria

PROCEDENCIA DEL MATERIAL CITOLOGICO

- Hospitalario Extrahospitalario

NIVEL DE INFORMATIZACION DEL SERVICIO

- Avanzado En proceso No informatizado

NIVEL DE PROTOCOLIZACION DE LOS INFORMES

- Todos Algunas patologías específicas No protocolizados

PROYECTOS DE INVESTIGACION FINANCIADOS

- Número Horas de dedicación/semana Personal dedicados
- Sociedad Española de Anatomía Patológica**

¿Crees que llegan todas las muestras de Cirugía Menor Ambulatoria al Servicio de Anatomía Patológica? Si No

¿Crees que deberían llegar? Si No

¿Necesitas para ello más plantilla? Si No

Por cada 500 muestras de Cirugía Menor Ambulatoria especifica con decimales:

Nº de Patólogos

Nº de Técnicos

Nº de Administrativos

OBJETIVOS DE LA ANATOMIA PATOLOGICA

CARTERA DE SERVICIOS

Dr. FJ Martínez Tello

Para marcar los objetivos de la Anatomía Patológica habrá que analizar cual puede ser el futuro de la misma y, para ello, tener en cuenta cuales son sus misiones fundamentales. Se acepta que estas son **la Asistencia, la Investigación y la Docencia**. Por tanto habrá que considerar el futuro de la Anatomía Patológica en estos tres campos para marcar objetivos.

ASISTENCIA

La demanda de la sociedad es cada vez mayor y la Anatomía Patológica habrá de proporcionar unos servicios de mejor calidad através de un estudio riguroso de autopsias, biopsias, piezas quirurgicas y citologias.

Autopsia clínica: Ha experimentado un declinar preocupante en cuanto al número de autopsias que se realizan, reflejado en publicaciones internacionales (1). Sin embargo la autopsia sigue vigente por cuanto la tecnologia punta no ha modificado ni el porcentaje ni la importancia de los errores médicos, según se ha demostrado también en estudios realizados en algunos de los centros hospitalarios más importantes del mundo (2). Por otra parte, la autopsia proporciona una información que produce una fuente inestimable de conocimientos que beneficia muchas de las facetas de la actividad medica y es un instrumento irremplazable para valorar la calidad de la medicina (3).

Los patologos por tanto tenemos que tener el convencimiento del valor vigente actual de la autopsia y hacerlos valer en nuestros hospitales y ante la sociedad,

resaltando su importancia en los siguientes aspectos: 1. Educación médica; 2. Control de calidad; 3. Mejora del conocimiento de los efectos y complicaciones de la terapéutica; 4. Conocimiento de las nuevas enfermedades; 5. Fuente de la investigación, ya que también en ella se puede aplicar las modernas tecnologías; 6. Beneficios familiares y sociales (consejo genético, información epidemiológica); 7. Obtención de órganos y tejidos para trasplantes.

Quirúrgicos: Es el área de mayor importancia en nuestra disciplina y en contraposición a lo que ocurre en la autopsia tiene un gran reconocimiento por parte de los médicos en general y también de la sociedad. Sin embargo, también en este campo la Anatomía Patológica tiene que progresar. Además de clasificar, los patólogos debemos ser más activos en cuanto al pronóstico y actitud terapéutica, haciendo que el diagnóstico experimente un salto cualitativo. Para ello la incorporación de las tecnologías modernas en los laboratorios de Anatomía Patológica (inmunohistoquímica; citogenética; citometría; biología molecular, etc.), es esencial.

Además es fundamental elevar la calidad de los informes. Para ello es necesario la protocolización de los informes. La homologación de los procesos de protocolización de distintos hospitales permitirá obtener series grandes y homogéneas que permitan sacar consecuencias estadísticamente válidas en cuanto a factores pronósticos y resultados terapéuticos.

Citopatología: La citopatología ha experimentado un desarrollo formidable en España y al igual que los quirúrgicos tiene el reconocimiento de la clase médica y de la sociedad. Los objetivos en este campo, al igual que en la patología quirúrgica, serán: 1. La incorporación de las nuevas tecnologías ya citadas en el apartado anterior y 2. Mejorar la calidad de los informes, en que la protocolización y estandarización de los informes también puede suponer una ventaja para estudios de grandes series.

Otro objetivo fundamental en la Anatomía Patológica asistencial debe de ser el control de la calidad de los diagnósticos en autopsias, quirúrgicos y citologías que pueden realizarse dentro del mismo Servicio o mediante revisores externos. La SEAP podría trazarse como objetivo establecer un programa de control de calidad y la participación de los Servicios en el programa podría ser incluida entre los criterios de acreditación de los hospitales.

Uno de los mayores problemas de la sociedad actual es el aumento progresivo de los costes de la sanidad. La Anatomía Patológica es una disciplina cuyos gastos son muy bajos, comparados con el de otras disciplinas, pero su rentabilidad, tal como se refleja en la medicina privada es también baja. Los responsables de la asistencia sanitaria del INSALUD y otros centros de carácter público buscan fórmulas que tratan de incorporar los sistemas de gestión a los hospitales. Estamos viviendo una coyuntura en la que la mayoría de los hospitales del país de la red hospitalaria del INSALUD, o provenientes de esta, en aquellas autonomías en que la sanidad ha sido transferida a la Comunidad, se pretende pasar de un sistema socializado a un sistema de gestión capitalista. Esta transferencia es hoy por hoy, a mi entender, inviable, en tanto persista el sistema actual. Los responsables de las unidades de Anatomía Patológica (Jefes de Departamento, Jefes de Servicio o Jefes de Sección) no pueden autogestionar el Servicio y siguen dependiendo de un presupuesto que les viene impuesto desde la Dirección del hospital al tiempo que el presupuesto de éste le viene impuesto a la Dirección del Ministerio. No obstante la Administración ha tratado de definir los criterios que deben utilizarse para llegar a saber con exactitud la actividad que realizan los Servicios de Anatomía Patológica. A este fin el Ministerio de Sanidad y

Consumo creó con un grupo de profesionales sanitarios un proyecto denominado SIGNO I por el que se pretendía obtener los costes del Servicio y por actividad. En 1992 se constituyó una Comisión SIGNO II de laboratorios en la que se incluía la Anatomía Patológica a la que se encomendó: 1. Definir un catálogo de productos de Anatomía Patológica; 2. Elaborar una gestión de Anatomía Patológica; 3.

Describir criterios básicos para construir un programa informático; 4. Determinar criterios de homologación de un Servicio de Anatomía Patológica. En 1993, la Comisión constituyó un Club de Hospitales interesados en la gestión de Anatomía Patológica en la que se incluyeron 23 hospitales de diferentes autonomías. La cuantificación de la actividad del Servicio en este estudio se realizó en unidades relativas de valor (URV) (4).

Estos trabajos han supuesto un notabilísimo esfuerzo para tratar de conocer la eficiencia de costes en el sector público. Sin embargo, como he indicado antes, no pueden arrojar datos reales de la eficiencia en la gestión. El Jefe de Servicio no participa sino de una forma secundaria en la elaboración del presupuesto y tampoco participa o no tiene capacidad de decisión en el capítulo de compras de instrumental o reactivos. Y lo que es más importante, el ahorro no le supone al Servicio ningún beneficio, por lo que el estímulo de una mayor eficacia en la gestión es negativo.

En el sector privado la situación es distinta en tanto que el patólogo ha de gestionar su propio laboratorio. Aquí se basa el estudio de costes en la metodología propia de la contabilidad de costes (interna o analítica), que permite calcular el coste del producto o servicios concretos, es decir de diagnósticos anatomopatológicos en nuestro caso (5). Este coste medio final de cada laboratorio incluye los costes de todos los consumos de recursos necesarios para mantener el funcionamiento del laboratorio al que hay que sumar los honorarios por cada acto médico.

En sector público el coste medio habría de calcularse igualmente sumando los salarios y cargas sociales de la plantilla del Servicio en vez los honorarios por cada acto médico.

En el campo de la Anatomía Patológica del sector privado el gran handicap es que se aplican los precios que establecen las compañías de seguro de una forma prácticamente unilateral.

Los objetivos en el este campo tan importante serian en el sector público es que efectivamente el Jefe de la Unidad de Anatomía Patológica gestionara directamente la Unidad. Además los patólogos deberían estar representados en los órganos de gestión superiores del INSALUD o de la Comunidades, lo cual podría promocionarse através de la SEAP. Igualmente en el campo de la Anatomía Patológica del sector privado, la SEAP podría designar

o elegir una Comisión de la Anatomía Patológica Privada que vehiculara las relaciones entre la SEAP por un lado y la Federación de asociaciones científicas medicas españolas (FACME) y los Colegios de Médicos por otra.

Para la valoración de los trabajos asistenciales en Anatomía Patológica es preciso en primer lugar acordar un catálogo de prestaciones asistenciales y en segundo lugar acordar los valores relativos de estos. Existen el nomenclator que publicó la OMC en 1995, inspirado en los Current Procedural Terminology (CPT's) americanos (6). Asimismo existen los elaborados por los estudios de SIGNO II y ahora les presento el que ha sido denominado Cartera de Servicios, y que se ha elaborado por un grupo de trabajo coordinado por mi y que fué solicitado por la Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria del INSALUD. La Cartera de Servicios que se presenta es un trabajo preleminar, cuyo primer objetivo ha sido el disponer de un lenguaje común aplicado a un listado de todos los procedimientos ó diagnósticos que se pueden realizar en una unidad asistencial de Anatomía Patológica. Por consenso se optó hacerlo lo más exhaustivo posible, de tal manera que comprendiera las nuevas tecnologías con escasa implantación asi como técnicas en desuso, con el unico fin de que no quedara excluido ningún procedimiento que pudiera estar vigente en la practica actual. Por ello deberá ser revisado y actualizado convenientemente.

En cuanto a la escala de valores relativos es un tema de suma importancia tanto en el sector público como en el sector privado. A este respecto el objetivo debe de ser el que através de comisiones de patólogos, en uno y otro campo, se elaboren escalas en

que se haga valer, no solamente los costes en cuanto a instrumental, reactivos, tiempos de trabajo de técnicos, sino también el tiempo del trabajo del patólogo en que habrá de valorar la dificultad diagnóstica en cada caso concreto. Lo cual encierra siempre la mayor complejidad.

INVESTIGACIÓN: Si en la Anatomía Patológica asistencial España ha tenido un desarrollo espectacular, logrando alcanzar un nivel de buena calidad, equiparable al de países de occidente que tuvieron un desarrollo muy anterior y con gran tradición, en el ámbito de la investigación la producción española ha sido relativamente pobre si bien el impacto de los artículos españoles en medicina, y también en Anatomía Patológica, ha experimentado un incremento bastante notable. No obstante el carácter más sobresaliente de la investigación de la Anatomía Patológica en España ha sido el de la investigación aplicada y el contrario muy escaso en el ámbito de la investigación básica. La investigación se desarrolla en los hospitales, especialmente en los hospitales universitarios y se financia básicamente desde el Plan Nacional de Investigación y Desarrollo (I+D) que agrupa a las instituciones públicas centrales responsables de la financiación de la investigación: 1.- Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS); 2. Programa nacional de I+D en salud y farmacia; 3. Área de ciencias biológicas y sanitarias del programa sectorial de promoción general del conocimiento (DGICIT) del Ministerio de Educación y Ciencia.

Como los objetivos en el campo de la investigación podríamos resumirlos en:

1. Incremento de la actividad por parte de los patólogos, y especialmente de catedráticos y profesores titulares de la Universidad y de Jefes de Departamento y Servicio hospitalarios en la obtención de recursos económicos a través de las instituciones citadas.
2. Desarrollar en los laboratorios las nuevas tecnologías, especialmente las técnicas biomoleculares.

3. En la Universidad incrementar la relación con otras áreas de medicina y biología, especialmente citogenética, inmunología y biología. Solo de esta forma la Anatomía Patológica podrá desarrollar un papel en la investigación básica de punta.

DOCENCIA: Aquí sólo me voy a referir a la participación del patólogo en la docencia postgrado. La enseñanza del Médico Residente de Anatomía Patológica deberá mejorarse. Para ello es en primer lugar fundamental el que los hospitales sean acreditados para la docencia según criterios rigurosos bien establecidos, que deberá realizarse a través de la Comisión de la Especialidad. En el ámbito del Servicio de Anatomía Patológica es fundamental que el Médico Residente sea motivado y estimulado haciéndole participe de las sesiones clinicopatológicas generales, sesiones de autopsias, sesiones de quirúrgicos, de citopatología e interservicios.

Finalmente a nivel hospitalario el patólogo deberá hacer valer la necesidad e importancia de la disciplina participando en las Comisiones de Investigación, Calidad, Mortalidad, Ensayos Clínicos, Docencia, y de Dirección.

BIBLIOGRAFIA

1. Yesner R, Robinson MJ, Reichert CM, Engel L. A symposium on the autopsy. *Pathol Ann.* 1985;20(Vol 1):441-477.
2. Sarode VR, Datta BN, Banerjee AK, Banerjee CK, Joshi K, Bhusnurmath B, Radotra BD. Autopsy findings clinical diagnosis. A review of 1,000 cases. *Hum Pathol*, 1993;24:194-198.
3. Anderson RE. The autopsy as an instrument of quality assessment. *Arch Pathol Lab Med.* 1984;108:490-493.
4. Carbajo Vicente M. Gestión Integral en Anatomía Patológica. Conclusiones del Club de Hospitales. II Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. INSALUD. Oviedo 1994.

5. Rosanas Martí, J.M. Y Ballarín Fredes E.: Contabilidad para Toma de Decisiones, Biblioteco de Gestión, Desclee de Brower, Bilbao, 1993.
6. Physicians' Current Procedural Terminology, CPT'94. American Medical Association, Chicago, 1994.

CARTERA DE SERVICIOS PRELIMINAR DEL INSALUD. ANATOMIA PATOLOGICA

Dr FJ Martínez Tello

DEFINICIÓN DE ABREVIATURAS

A = abdomen; T = Torax; C = Cavidad craneal; M = Médula espinal; P = Sistema nervioso periférico (músculo, nervio o ambos).

INTRODUCCIÓN

Este catálogo ha sido elaborado por una comisión de patólogos a instancias de la Dra. Victoria Ramos Rodriguez, Subdirectora Médica de Servicios Centrales del Hospital Universitario "Doce de Octubre" de Madrid, y coordinadora de los grupos de expertos de Servicios Centrales del proyecto SICAR (*Sistema de Información de Cartera de Servicios*). El Prof.FJ Martínez Tello, Jefe del Departamento de Anatomía Patológica del mismo hospital, fue el encargado de solicitar a distintos colegas su colaboración. Así mismo, se estudiaron y consideraron los siguientes trabajos previos:

1. Catálogo de Procedimientos Diagnósticos de Anatomía Patológica de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.
2. Manual de Xestión do Laboratorio de Anatomia Patologica (Documento provisorio) de la Xunta de Galicia.

3. Estudio Signo I y Signo II del Ministerio de Sanidad y Consumo

El primer objetivo es el de disponer de un lenguaje común aplicado a un listado de todos los procedimientos diagnósticos que se pueden realizar en una Unidad Funcional Asistencial de Anatomía Patológica. Mediante consenso se optó por hacerlo lo más exhaustivo posible, de tal manera que comprendiera tanto las nuevas tecnologías emergentes, como técnica en desuso, con el fin de que no quedara excluido ningún procedimiento que pudiera estar vigente en la práctica actual. Por ello, deberá ser revisado y actualizado periódicamente.

Desde el punto de vista asistencial, el patólogo realiza técnicas sobre especímenes para efectuar diagnósticos anatomopatológicos. Por ello, el diagnóstico anatomopatológico es el producto asistencial final del patólogo. El catálogo preliminar que se recoge a continuación se ha efectuado únicamente sobre los niveles de técnica y espécimen, dejado a consideración la posibilidad futura de aplicarlo también sobre el nivel de diagnóstico anatomopatológico. Dado el carácter asistencial del catálogo, no se recogen en el mismo las actividades de docencia e investigación que conlleva el ejercicio profesional de la Anatomía Patológica.

PREÁMBULO

El patólogo debe realizar la gestión clínica de los diagnósticos anatomopatológicos que realiza. La gestión clínica de los diagnósticos anatomopatológicos permite que éstos posean los niveles adecuados de calidad, rapidez, fiabilidad y confidencialidad, y se lleva a cabo mediante el Sistema de Calidad y el Sistema de Información que deben estar implantados en la Unidad Funcional Asistencial de Anatomía Patológica y ser aplicados sobre los tres niveles de técnica, espécimen y diagnóstico.

CARTERA DE SERVICIOS INICIAL



INSALUD Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria
Subdirección General de Planificación e Información Sanitaria
septiembre de 1999

Este catálogo de técnicas y procedimientos es un documento interno, de trabajo y provisional, sujeto a revisiones y modificaciones, cuya finalidad es servir de base a un Sistema de Información sobre la asistencia que se presta a los usuarios de los Hospitales del INSALUD. La definición de las especialidades médicas y quirúrgicas, y su campo de acción, es función del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Debe tratar este documento como un libro o cualquier material con derechos de autor.

00044 Anatomía Patológica

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
<p>1 Microscopia óptica convencional NOTA: Todos los especímenes que van a ser estudiados mediante técnicas de microscopia óptica requieren una fase previa de <u>estudio macroscópico</u> en la que es necesaria la observación; la documentación escrita, fotográfica y radiológica, y la selección de las muestras que van a ser procesadas para su estudio microscópico, según el tipo de espécimen.</p>	
<p>1.1 Autopsia</p>	
<p>1.1.1 Estándar (ver definiciones de abreviaturas en especificaciones de Servicio/Unidad)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Báscula para pesar cadáveres - Balanza para pesar órganos (precisión 5 gr.) - Balanza para pesar órganos (precisión 1 gr.) - Mesa de autopsia de acero inoxidable - Sistema fotográfico para macrofotografía - Equipo de rayos X - Instrumental para autopsias de adultos - Instrumental de autopsias infantiles - Mascarillas de protección de la cara
<p>1.1.1.1 Adulto</p>	
<p>(ATCM,ATCMP,ATC,ATCP,AT,A,T,C,CM,CP, CMP,organo aislado)</p>	
<p>1.1.1.2 Infantil</p>	
<p>(ATCM,ATCMP,ATC,ATCP,AT,A,T,C,CM,CP, CMP,órgano aislado)</p>	
<p>1.1.1.3 Perinatal (ATCM,ATC,AT,A,T,C,órgano aislado)</p>	
<p>1.1.1.4 Feto (no macerado con y sin placenta, macerado con y sin placenta)</p>	
<p>1.1.1.5 Otros</p>	
<p>1.1.2 Especial</p>	
<p>1.1.2.1 Autopsia realizada por un experto en el área específica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Báscula para pesar cadáveres - Balanza para pesar órganos (precisión 5 gr.) - Balanza para pesar órganos (precisión 1 gr.) - Mesa de autopsia de acero inoxidable - Sistema fotográfico para macrofotografía - Equipo de rayos X - Instrumental para autopsias de adultos - Instrumental de autopsias infantiles - Mascarillas de protección de la cara
<p>1.1.2.1.1 Autopsia de trasplante cardiaco</p>	
<p>1.1.2.1.2 Autopsia de trasplante hepático</p>	
<p>1.1.2.1.3 Autopsia de trasplante renal</p>	
<p>1.1.2.1.4 Autopsia de trasplante pulmonar</p>	
<p>1.1.2.1.5 Autopsia de trasplante pancreático</p>	
<p>1.1.2.1.6 Autopsia de trasplante de médula ósea</p>	
<p>1.1.2.1.7 Otras autopsias realizadas por experto en área específica</p>	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
<p>1.1.2.2 Autopsias de alto riesgo infeccioso</p> <p>1.1.2.2.1 Autopsia de pacientes con infección VIH</p> <p>1.1.2.2.2 Autopsia de pacientes con infección VHC</p> <p>1.1.2.2.3 Autopsia de pacientes con infección VHB</p> <p>1.1.2.2.4 Autopsia de pacientes con TBC</p> <p>1.1.2.2.5 Autopsia de pacientes con enfermedad producida por priones</p> <p>1.1.2.2.6 Otras autopsias consideradas de alto riesgo infeccioso</p> <p>1.1.3 Caso consulta remitida por anatomopatólogos de otros hospitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa de autopsia con dispositivo especial de recogida de líquidos para su inactivación - Mascarillas de protección de la cara - Guantes especiales de protección de cortes - Batas especiales de protección - Sierra especial con sistema de absorción de partículas

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
<p>1.2 Biopsia</p> <p>1.2.1 Estándar</p> <p>1.2.1.1 Dermatopatología</p> <p>1.2.1.1.1 Biopsia (punch, afeitado) de neoplasias</p> <p>1.2.1.1.2 Biopsia (punch, afeitado) de enfermedades inflamatorias</p> <p>1.2.1.1.3 Biopsia de piezas de resección cutánea de tumores anexiales</p> <p>1.2.1.1.4 Biopsia de piezas de resección cutánea de tumores no anexiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa de tallado de biopsias y piezas quirúrgicas con sistema de extracción de vapores tóxicos - Procesador automático de inclusión en parafina u otros materiales - Dispensador de parafina - Teñidor automático - Microtoma para parafina u otros materiales - Sistema de congelación de especímenes a -80°C - Criostato - Frigorífico - Microtomo especial para cortes de hueso sin decalcificar(estudios de patología metabólica del hueso) - Máquina afiladora de cuchillas de criotomo - Microtomo especial para grandes cortes - Balanza para pesar órganos (precisión 1 gr.) - Balanza para pesar especímenes (1 mgr. de precisión) - Balanza de alta precisión - Agitador magnético - Estufa - Reloj avisador - Ph-metro con al menos una cifra decimal - Lupa estereoscópica - Microscopio óptico con lámpara de fluorescencia - Microscopio (oculares de 10X y objetivos 10,20,40,60,100) - Microscopio de luz polarizada con compensador - Fotomicroscopio - Sistema fotográfico para macrofotografía - Equipo de rayos X - Arcón frigorífico - Instrumental para tallado de piezas quirúrgicas y biopsias - Sierra de huesos - Mascarillas de protección de la cara

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 1.2.1.1.5 Biopsia de piezas de resección cutánea de tumores pigmentarios benignos
- 1.2.1.1.6 Biopsia de resección cutánea de tumores pigmentarios malignos
- 1.2.1.1.7 Biopsia de otros especímenes correspondientes al grupo de Dermatología
- 1.2.1.2 Ginepatología
 - 1.2.1.2.1 Anexectomía
 - 1.2.1.2.2 Biopsia cervical
 - 1.2.1.2.3 Biopsia de endometrio
 - 1.2.1.2.4 Biopsia vaginal
 - 1.2.1.2.5 Biopsia vulvar
 - 1.2.1.2.6 Conización cervical
 - 1.2.1.2.7 Histerectomía
 - 1.2.1.2.7.1 Prolapso
 - 1.2.1.2.7.2 Con doble anexectomía (carcinoma ovárico)
 - 1.2.1.2.7.3 Radical (carcinoma de cérvix, carcinoma de endometrio)
 - 1.2.1.2.7.4 Subtotal
 - 1.2.1.2.7.5 Total
 - 1.2.1.2.7.6 Total con anexectomía doble
 - 1.2.1.2.8 Ooforectomía
 - 1.2.1.2.9 Placenta
 - 1.2.1.2.10 Restos deciduo-coriales (restos abortivos)
 - 1.2.1.2.11 Salpigüectomía (comprobación)
 - 1.2.1.2.12 Utero miomatoso
 - 1.2.1.2.13 Vulvectomía
 - 1.2.1.2.13.1 Radical
 - 1.2.1.2.13.2 Total
 - 1.2.1.2.14 Otros especímenes correspondientes al grupo Ginecopatología
- 1.2.1.3 Nefro y uropatología
 - 1.2.1.3.1 Adenomectomía prostática
 - 1.2.1.3.2 Biopsia de próstata
 - 1.2.1.3.3 Biopsia de testículo (patología no tumoral)
 - 1.2.1.3.4 Biopsia prostática múltiple
 - 1.2.1.3.5 Biopsia renal (patología médica)
 - 1.2.1.3.6 Biopsia vesical múltiple
 - 1.2.1.3.7 Cistectomía radical
 - 1.2.1.3.8 Comprobación de conductos deferentes
 - 1.2.1.3.9 Comprobación de uréteres
 - 1.2.1.3.10 Nefrectomía
 - 1.2.1.3.10.1 Parcial tumoral y no tumoral
 - 1.2.1.3.10.2 Radical tumoral y no tumoral
 - 1.2.1.3.11 Orquiectomía

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 1.2.1.3.11.1 No tumoral
- 1.2.1.3.11.2 Tumoral
- 1.2.1.3.12 Pene (resección)
- 1.2.1.3.13 Prostatectomía radical
- 1.2.1.3.14 Resección transuretral
 - 1.2.1.3.14.1 De próstata
 - 1.2.1.3.14.2 De vejiga
- 1.2.1.3.15 Riñón nativo de receptor de trasplante renal
- 1.2.1.3.16 Otros especímenes correspondientes al grupo Nefro y Uropatología
- 1.2.1.4 Neuropatología
 - 1.2.1.4.1 Biopsia cerebral no tumoral
 - 1.2.1.4.2 Biopsia de nervio
 - 1.2.1.4.3 Biopsia muscular
 - 1.2.1.4.4 Biopsia tumor cerebral
 - 1.2.1.4.5 Ganglios raquídeos
 - 1.2.1.4.6 Lobectomía por cirugía de la epilepsia
 - 1.2.1.4.7 Vagos
 - 1.2.1.4.8 Otros especímenes correspondientes al grupo Neuropatología
- 1.2.1.5 Oftalmopatología
 - 1.2.1.5.1 Córnea
 - 1.2.1.5.2 Enucleación ocular
 - 1.2.1.5.3 Evisceración ocular
 - 1.2.1.5.4 Tumor orbitario
 - 1.2.1.5.5 Otros especímenes correspondientes al grupo Oftalmopatología
- 1.2.1.6 Patología Cardiovascular
 - 1.2.1.6.1 Arteria
 - 1.2.1.6.2 Biopsia cardiaca
 - 1.2.1.6.3 Corazón nativo de receptor de trasplante cardiaco
 - 1.2.1.6.4 Placa de ateroma
 - 1.2.1.6.5 Válvula cardiaca
 - 1.2.1.6.6 Varices
 - 1.2.1.6.7 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología Cardiovascular
- 1.2.1.7 Patología de la mama
 - 1.2.1.7.1 Biopsia de mama por punción con trócar
 - 1.2.1.7.2 Mastectomía
 - 1.2.1.7.2.1 Con vaciamiento axilar
 - 1.2.1.7.2.2 Simple
 - 1.2.1.7.3 Piezas quirúrgicas de lesiones benignas
 - 1.2.1.7.4 Piezas quirúrgicas con arpón
 - 1.2.1.7.5 Segmentectomía
 - 1.2.1.7.5.1 < 5 cm.
 - 1.2.1.7.5.2 < 5 cm. con disección axilar
 - 1.2.1.7.5.3 5 - 10 cm.

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 1.2.1.7.5.4 5 - 10 cm. con disección axilar
- 1.2.1.7.5.5 > 10 cm.
- 1.2.1.7.5.6 > 5 cm. con disección axilar
- 1.2.1.7.6 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología de la Mama
- 1.2.1.8 Patología de los Tejidos blandos
 - 1.2.1.8.1 Amputación de miembro por enfermedad vascular
 - 1.2.1.8.2 Amputación de miembro por tumor de tejidos blandos
 - 1.2.1.8.3 Biopsia de tejidos blandos
 - 1.2.1.8.4 Biopsia de tumor de tejidos blandos
 - 1.2.1.8.5 Excisión de tumores de tejidos blandos
 - 1.2.1.8.6 Resección compartimental por tumor de tejidos blandos
 - 1.2.1.8.7 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología de los Tejidos Blandos
- 1.2.1.9 Patología Digestiva
 - 1.2.1.9.1 Apendicectomía
 - 1.2.1.9.2 Biopsia de páncreas
 - 1.2.1.9.3 Biopsia endoscópica
 - 1.2.1.9.4 Colectomía total tumoral o inflamatoria
 - 1.2.1.9.5 Esofagectomía simple
 - 1.2.1.9.6 Esofagectomía transhiatal con linfadenectomía
 - 1.2.1.9.7 Gastrectomía
 - 1.2.1.9.7.1 Parcial no tumoral
 - 1.2.1.9.7.2 Parcial tumoral
 - 1.2.1.9.7.3 Total, parcial y linfadenectomía
 - 1.2.1.9.8 Polipectomía
 - 1.2.1.9.9 Resección intestinal o colectomía parcial tumoral o inflamatoria
 - 1.2.1.9.10 Saco herniario
 - 1.2.1.9.11 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología Digestiva
- 1.2.1.10 Patología Endocrina
 - 1.2.1.10.1 Glándula suprarrenal
 - 1.2.1.10.2 Hipófisis: adenomas-hiperplasias
 - 1.2.1.10.3 Páncreas:
 - 1.2.1.10.3.1 Resección de tumores
 - 1.2.1.10.3.2 Whipple
 - 1.2.1.10.4 Paratiroides
 - 1.2.1.10.4.1 Hiperplasias
 - 1.2.1.10.4.2 Tumores
 - 1.2.1.10.5 Tiroidectomía
 - 1.2.1.10.5.1 Total no tumoral
 - 1.2.1.10.5.2 Total tumoral
 - 1.2.1.10.5.3 Subtotal

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 1.2.1.10.5.4 Hemitiroidectomía
- 1.2.1.10.5.5 Nódulo tiroideo
- 1.2.1.10.6 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología Endocrina
- 1.2.1.11 Patología Hepática
 - 1.2.1.11.1 Biopsia hepática (punción, cuña)
 - 1.2.1.11.2 Hepatectomía
 - 1.2.1.11.2.1 Parcial
 - 1.2.1.11.2.2 Total
 - 1.2.1.11.3 Hígado nativo de receptor de trasplante hepático
 - 1.2.1.11.4 Vesícula biliar
 - 1.2.1.11.5 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología Hepática
- 1.2.1.12 Patología linfoide
 - 2.2.1.12.1 Amígdalas y adenoides
 - 2.2.1.12.2 Bazo reactivo y tumores benignos de bazo
 - 2.2.1.12.3 Biopsias de ganglio linfático por linfadenitis y metástasis
 - 2.2.1.12.4 Biopsia de médula ósea
 - 2.2.1.12.5 Neoplasias hematopoyéticas
 - 2.2.1.12.6 Tumores malignos de bazo
 - 2.2.1.12.7 Vaciamientos ganglionares
 - 2.2.1.12.8 Otros especímenes correspondientes a Patología Linfoide
- 1.2.1.13 Patología Maxilofacial
 - 1.2.1.13.1 Biopsia de labio
 - 1.2.1.13.2 Biopsia de lengua
 - 1.2.1.13.3 Biopsia de mucosa oral
 - 1.2.1.13.4 Biopsia excisional de tumor de labio
 - 1.2.1.13.5 Biopsia-Excisión de tumor de mucosa oral
 - 1.2.1.13.6 Excisión de glándula salival no tumoral
 - 1.2.1.13.7 Excisión de glándula salival por tumor
 - 1.2.1.13.8 Excisión de lengua por tumor
 - 1.2.1.13.9 Resección de maxilar por tumor, con exenteración orbitaria
 - 1.2.1.13.10 Vaciamiento funcional ganglionar cervical
 - 1.2.1.13.11 Vaciamiento radical ganglionar cervical
 - 1.2.1.13.12 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología Maxilofacial
- 1.2.1.14 Patología Osea
 - 1.2.1.14.1 Amputación de miembro por tumor óseo
 - 1.2.1.14.2 Biopsia de hueso por tumor o proceso metabólico

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
1.2.1.14.3 Biopsia ósea patología metabólica	
1.2.1.14.4 Excisión de tumor óseo	
1.2.1.14.5 Resección de miembro por tumor óseo con valoración de respuesta a quimioterapia	
1.2.1.14.6 Resección de piezas óseas no tumorales	
1.2.1.14.7 Resección de tumor óseo (compartimental)	
1.2.1.14.8 Resección de tumor óseo con valoración de respuesta a quimioterapia	
1.2.1.14.9 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología Ósea	
1.2.1.15 Patología Otorrinolaringológica	
1.2.1.15.1 Biopsia de cavum	
1.2.1.15.2 Biopsia de mucosa ORL; pólipos	
1.2.1.15.3 Biopsia oído, pólipo-ótico, colesteatoma	
1.2.1.15.4 Cordectomía	
1.2.1.15.5 Laringuectomía	
1.2.1.15.5.1 Con vaciamiento cervical	
1.2.1.15.5.2 Parcial	
1.2.1.15.5.3 Total	
1.2.1.15.6 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología Otorrinolaringológica	
1.2.1.16 Patología Pulmonar	
1.2.1.16.1 Biopsia pulmonar a cielo abierto	
1.2.1.16.2 Biopsia transbroqueal, broncoscópica o pleural	
1.2.1.16.3 Descorticación pleural y biopsia pulmonar por toracoscopia	
1.2.1.16.4 Lobectomía y neumonectomía por proceso no neoplásico	
1.2.1.16.5 Pulmón nativo de receptor de trasplante pulmonar	
1.2.1.16.6 Resecciones pulmonares atípicas	
1.2.1.16.7 Resecciones pulmonares tumorales	
1.2.1.16.8 Otros especímenes correspondientes al grupo Patología Pulmonar	
1.2.2 Caso consulta remitido por anatomopatólogos de otros hospitales	
1.2.3 Intraoperatoria	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
1.3 Citología	<ul style="list-style-type: none"> - Cubetas metálicas para tinciones - Soportes metálicos - Centrífugas - Citocentrífuga - Sistema de filtros de membrana - Cámara húmeda de incubación - Homogeneizador - Micropipetas - Pipetas convencionales - Tijeras - Pinzas - Matraces - Cristalizadores - Estufa - Neveras - Bandejas portapreparaciones - Bandejas metálicas - Microscopio (oculares de 10X y objetivos 10,20,40,60,100) - Fotomicroscopio - Pistola de punción aspiración - Sistema de tinción y lectura rápida de preparaciones
1.3.1 Citología exfoliativa <ul style="list-style-type: none"> 1.3.1.1 Citología Ginecológica y de Mama <ul style="list-style-type: none"> 1.3.1.1.1 Citología Vaginal <ul style="list-style-type: none"> 1.3.1.1.1.1 Toma vaginal única 1.3.1.1.1.2 Triple toma vaginal 1.3.1.1.1.3 Triple toma vaginal con lectura automática por red neuronal 1.3.1.1.1.4 Triple toma vaginal con lectura automática por análisis de gradientes 1.3.1.1.1.5 Toma endocervical 1.3.1.1.1.6 Toma de la zona de transformación con suspensión en medio fijador para lectura manual o automática de muestras monoplano 1.3.1.1.2 Citología Endometrial 1.3.1.1.3 Citología Vulvar 1.3.1.1.4 Citología Mamaria 1.3.1.1.5 Otros tipos 1.3.1.2 Citología del Aparato Respiratorio <ul style="list-style-type: none"> 1.3.1.2.1 Muestras obtenidas de manera espontánea o mediante inducción <ul style="list-style-type: none"> 1.3.1.2.1.1 Citología de esputo por toma directa 1.3.1.2.1.2 Citología seriada de esputo por toma directa 1.3.1.2.1.3 Citología del exudado nasal 1.3.1.2.2 Muestras obtenidas mediante fibrobroncoscopia 	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 1.3.1.2.2.1 Citología de aspirado bronquial por centrifugación convencional
- 1.3.1.2.2.2 Citología de aspirado bronquial por homogeneización
- 1.3.1.2.2.3 Citología de lavado bronquial por centrifugación convencional
- 1.3.1.2.2.4 Citología de lavado bronquial por citocentrifugación
- 1.3.1.2.2.5 Citología de lavado bronquial por sistema de filtros de membrana
- 1.3.1.2.2.6 Citología de cepillado bronquial
- 1.3.1.2.2.7 Citología por punción transbronquial o transtraqueal
- 1.3.1.2.3 Otros tipos de citología exfoliativa del aparato respiratorio
- 1.3.1.3 Citología de los derrames y de las cavidades serosas
 - 1.3.1.3.1 Citología del líquido ascítico
 - 1.3.1.3.1.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.3.1.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.3.1.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.3.2 Citología del líquido pleural
 - 1.3.1.3.2.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.3.2.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.3.2.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.3.3 Citología del líquido pericárdico
 - 1.3.1.3.3.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.3.3.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.3.3.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.3.4 Citología del líquido sinovial
 - 1.3.1.3.4.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.3.4.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.3.4.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.3.5 Citología del lavado peritoneal
 - 1.3.1.3.5.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.3.5.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.3.5.3 Por sistema de filtros de membrana

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 1.3.1.3.6 Otros tipos de citología exfoliativa de derrames y cavidades serosas
- 1.3.1.4 Citología del Aparato Digestivo
 - 1.3.1.4.1 Citología por lavado de los diferentes segmentos del tubo digestivo
 - 1.3.1.4.1.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.4.1.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.4.1.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.4.2 Citología por balón de abrasión de esófago y estómago
 - 1.3.1.4.3 Citología por cepillado de los diferentes segmentos del tubo digestivo
 - 1.3.1.4.4 Citología por impronta de las muestras de biopsia
 - 1.3.1.4.5 Citología de la vía biliar por rcp
 - 1.3.1.4.5.1 Lavado
 - 1.3.1.4.5.1.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.4.5.1.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.4.5.1.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.4.5.2 Cepillado
 - 1.3.1.4.6 Otros tipos de citología exfoliativa del aparato digestivo
- 1.3.1.5 Citología del Aparato Genito-Urinario
 - 1.3.1.5.1 Citología de orina por micción espontánea
 - 1.3.1.5.1.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.5.1.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.5.1.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.5.2 Citología de orina seriada por micción
 - 1.3.1.5.2.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.5.2.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.5.2.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.5.3 Citología de orina seriada post-hidratación y por micción espontánea
 - 1.3.1.5.3.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.5.3.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.5.3.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.5.4 Citología de orina por punción vesical
 - 1.3.1.5.4.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.5.4.2 Por citocentrifugación

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 1.3.1.5.4.3 Por sistema de filtros de membrana
- 1.3.1.5.5 Citología de orina por lavado vesical
 - 1.3.1.5.5.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.5.5.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.5.5.3 Por sistema de filtros de membrana
- 1.3.1.5.6 Citología de orina por cateterismo uretral
 - 1.3.1.5.6.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.5.6.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.5.6.3 Por sistema de filtros de membrana
- 1.3.1.5.7 Citología de orina por lavado uretral
 - 1.3.1.5.7.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.5.7.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.5.7.3 Por sistema de filtros de membrana
- 1.3.1.5.8 Citología de orina procedente de neovejigas, derivaciones cutáneas o sondas
 - 1.3.1.5.8.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.5.8.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.5.8.3 Por sistema de filtros de membrana
- 1.3.1.5.9 Citología de orina post-masaje prostático
 - 1.3.1.5.9.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.5.9.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.5.9.3 Por sistema de filtros de membrana
- 1.3.1.5.10 Citología del líquido seminal
- 1.3.1.5.11 Otros tipos de citología exfoliativa del aparato Génito-Urinario
- 1.3.1.6 Citología del Sistema Nervioso Central
 - 1.3.1.6.1 Citología del LCR procedente de punción lumbar
 - 1.3.1.6.1.1. Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.6.1.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.6.1.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.6.2 Citología del LCR procedente de punción ventricular
 - 1.3.1.6.2.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.6.2.2 Por citocentrifugación

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 1.3.1.6.2.3 Por sistema de filtros de membrana
- 1.3.1.6.3 Citología de LCR procedente de derivaciones
 - 1.3.1.6.3.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.6.3.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.6.3.3 Por sistema de filtros de membrana
- 1.3.1.6.4 Otros tipos de citología exfoliativa del sistema nervioso
- 1.3.1.7 Citología de la Piel
 - 1.3.1.7.1 Citología por raspado de lesiones cutáneas
 - 1.3.1.7.2 Citología del líquido procedente de lesiones vesiculares cutáneas
 - 1.3.1.7.3 Otros tipos de citología exfoliativa de la piel
- 1.3.1.8 Citología Ocular
 - 1.3.1.8.1 Citología de la secreción lagrimal
 - 1.3.1.8.1.1 Por centrifugación convencional
 - 1.3.1.8.1.2 Por citocentrifugación
 - 1.3.1.8.1.3 Por sistema de filtros de membrana
 - 1.3.1.8.2 Citología por raspado cojuntival
 - 1.3.1.8.3 Otros tipos de citología exfoliativa ocular
- 1.3.1.9 Otros tipos de Citología Exfoliativa
- 1.3.2 Citología por PAAF
 - 1.3.2.1 Citología por PAAF de masas palpables
 - 1.3.2.1.1 Citología de mama
 - 1.3.2.1.2 Citología de las glándulas salivales
 - 1.3.2.1.3 Citología de tiroides
 - 1.3.2.1.4 Citología de los ganglios linfáticos
 - 1.3.2.1.5 Citología de tejidos blandos
 - 1.3.2.1.6 Citología de la piel
 - 1.3.2.1.7 Citología de hueso y articulaciones
 - 1.3.2.1.8 Citología de cabeza y cuello
 - 1.3.2.1.9 Citología de próstata
 - 1.3.2.1.10 Citología de testículo
 - 1.3.2.1.11 Otras PAAF de masas palpables
 - 1.3.2.2 Citología por PAAF de órganos profundos
 - 1.3.2.2.1 Citología de hígado
 - 1.3.2.2.1.1 Con control ecográfico
 - 1.3.2.2.1.2 Con control ecográfico y Doppler
 - 1.3.2.2.1.3 Con control tomografía axial computerizada
 - 1.3.2.2.1.4 Con tomografía axial computerizada helicoidal
 - 1.3.2.2.2 Citología de pulmón
 - 1.3.2.2.2.1 Con control fluoroscópico
 - 1.3.2.2.2.2 Con control con tomografía axial computerizada

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 1.3.2.2.2.3 Con tomografía axial
computerizada helicoidal
- 1.3.2.2.3 Citología de pleura
 - 1.3.2.2.3.1 Con control con tomografía
axial computerizada
 - 1.3.2.2.3.2 Con control con tomografía
axial computerizada
 - 1.3.2.2.3.1 Con control
fluoroscópico
 - 1.3.2.2.3.3 Con tomografía axial
computerizada helicoidal
- 1.3.2.2.4 Citología de mediastino
 - 1.3.2.2.4.1 Con control fluoroscópico
 - 1.3.2.2.4.2 Con control con tomografía
axial computerizada
 - 1.3.2.2.4.3 Con tomografía axial
computerizada helicoidal
- 1.3.2.2.5 Citología de páncreas
 - 1.3.2.2.5.1 Con control ecográfico
 - 1.3.2.2.5.2 Con control ecográfico y
Doppler
 - 1.3.2.2.5.3 Con control tomografía axial
computerizada
 - 1.3.2.2.5.4 Con tomografía axial
computerizada helicoidal
- 1.3.2.2.6 Citología de riñón
 - 1.3.2.2.6.1 Con control ecográfico
 - 1.3.2.2.6.2 Con control ecográfico y
Doppler
 - 1.3.2.2.6.3 Con control con tomografía
axial computerizada
 - 1.3.2.2.6.4 Con tomografía axial
computerizada helicoidal
- 1.3.2.2.7 Citología de suprarrenal
 - 1.3.2.2.7.1 Con control ecográfico
 - 1.3.2.2.7.2 Con control ecográfico y
Doppler
 - 1.3.2.2.7.3 Con control con tomografía
axial computerizada
 - 1.3.2.2.7.4 Con tomografía axial
computerizada helicoidal
- 1.3.2.2.8 Citología de peritoneo
 - 1.3.2.2.8.1 Con control ecográfico
 - 1.3.2.2.8.2 Con control ecográfico y
Doppler
 - 1.3.2.2.8.3 Con control con tomografía
axial computerizada
 - 1.3.2.2.8.4 Con tomografía axial
computerizada helicoidal
- 1.3.2.2.9 Citología de retroperitoneo
 - 1.3.2.2.9.1 Con control ecográfico
 - 1.3.2.2.9.2 Con control ecográfico y
Doppler
 - 1.3.2.2.9.3 Con control con tomografía
axial computerizada

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
<p>1.3.2.2.9.4 Con tomografía axial computerizada helicoidal</p> <p>1.3.2.2.10 Citología del sistema nervioso central</p> <p>1.3.2.2.10.1 Por biopsia estereotáxica</p> <p>1.3.2.2.10.2 Sobre campo quirúrgico</p> <p>1.3.2.2.11 Citología de cualquier masa no palpable en cualquier otra localización</p> <p>1.3.2.2.11.1 Con control ecográfico</p> <p>1.3.2.2.11.2 Con Control ecográfico y doppler</p> <p>1.3.2.2.11.3 Con control con tomografía axial computerizada</p> <p>1.3.2.2.11.4 Con tomografía axial computerizada helicoidal</p> <p>1.3.2.3 Otros tipo de PAAF</p> <p>1.3.3 Técnicas especiales</p> <p>1.3.3.1 Citología intraoperatoria</p> <p>1.3.3.2 Otras técnicas citológicas especiales</p> <p>1.3.4 Sistemas automatizados de lectura</p>	
<p>2</p> <p>Histoquímica/Inmunohistoquímica/Inmunofluorescencia (aplicadas sobre especímenes de autopsia, biopsia y citología)</p> <p>2.1 Catálogo de Histoquímica</p> <p>2.1.1 Estudio del músculo esquelético</p> <p>2.1.2 Diagnóstico diferencial de lesiones mieloides mediante cloroacetato esterasa</p> <p>2.1.3 Diagnóstico anatomopatológico e la enfermedad de Hirschprung</p> <p>2.1.4 Otros procesos que requieren la aplicación de técnicas de histoquímica para su diagnóstico</p> <p>2.2 Catalogo de Inmunofluorescencia</p> <p>2.2.1 Estudio de patología renal en biopsia renal, realizado en material congelado</p> <p>2.2.2 Estudio de anticuerpo en patología cutánea</p> <p>2.2.3 Otros procesos que requieren la aplicación de técnicas de inmunofluorescencia para su diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estufa - Neveras - Congeladores - Ph-metro con al menos una cifra decimal - Pipetas convencionales - Cámara húmeda de incubación - Horno microondas - Olla presión convencional - Tubos de ensayo de plástico con tapas - Vasos de precipitado graduados - Tubos Eppendorf - Jarras de Coplin de vidrio - Cestilla para portas termorresistentes - Cestillas para portas de vidrio o metal - Puntas de pipetas desechables - Soportes de tubos de ensayo - Recipientes de tinción histológica - Microscopio Óptico - Microscopio de fluorescencia

PRESTACIÓN ASISTENCIAL**EQUIPAMIENTO**

- 2.3 Catálogo de Inmunohistoquímica
 - 2.3.1 Técnicas aplicadas sobre material biopsico o autopsico en fresco o en parafina (al menos un corte histológico teñido con hematoxilina-eosina)
 - 2.3.1.1 Diagnóstico diferencial del tumor maligno indiferenciado
 - 2.3.1.2 Búsqueda del tumor primario en casos de adenocarcinoma metastásico de origen desconocido
 - 2.3.1.3 Fenotipo de linfomas
 - 2.3.1.4 Fenotipo de leucemias en médula ósea
 - 2.3.1.5 Diagnóstico de diversas patologías no leucémicas en médula ósea
 - 2.3.1.6 Fenotipo de tumores y lesiones mesenquimales
 - 2.3.1.7 Carcinoma de mama
 - 2.3.1.8 Carcinoma de pulmón
 - 2.3.1.9 Diagnóstico diferencial de lesiones en biopsia pleural
 - 2.3.1.10 Fenotipificación de tumores neuroendocrinos (Pulmón, sistema digestivo, páncreas,...)
 - 2.3.1.11 Carcinoma colorrectal
 - 2.3.1.12 Diagnóstico diferencial en patología vesical tumoral
 - 2.3.1.13 Patología miscelánea
 - 2.3.1.14 Estudio de microorganismos
 - 2.3.1.14.1 Virus de la hepatitis B
 - 2.3.1.14.2 Citomegalovirus
 - 2.3.1.14.3 Virus herpes simple tipos I y II
 - 2.3.1.14.4 Pneumocystis carinii
 - 2.3.1.14.5 Virus del papiloma humano
 - 2.3.1.15 Otros casos en los que son necesarias las técnicas de inmunohistoquímica sobre material biopsico o autopsico para su diagnóstico
 - 2.3.2 Técnicas aplicadas sobre material citológico (en todos los casos estudio del material teñido con Giemsa, Papanicolau o ambos)
 - 2.3.2.1 Sobre material obtenido mediante punción-aspiración con aguja fina
 - 2.3.2.2 Diagnóstico diferencial carcinoma-mesotelioma-hiperplasia mesotelial en líquido pleural,ascítico o pericárdico
 - 2.3.2.3 Estudio de líquido cefalorraquídeo
 - 2.3.2.4 Otras muestras citológicas: vaginal, lavado bronquial, ...
 - 2.3.2.5 Otros casos en los que son necesarias las técnicas de inmunohistoquímica sobre material citológico para su diagnóstico

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
<p>3 Microscopia electrónica (aplicada sobre especímenes de autopsia, biopsia y citología)</p> <p>3.1 Estudio de cortes semifinos</p> <p>3.1.1 Linfomas</p> <p>3.1.2 Lesiones glomerulares</p> <p>3.1.3 Otros</p> <p>3.2 Microscopía electrónica</p> <p>3.2.1 Patología no tumoral</p> <p>3.2.1.1 Patología renal glomerular</p> <p>3.2.1.2 Biopsia de músculo y nervio</p> <p>3.2.1.3 Estudio de esterilidad masculina</p> <p>3.2.1.4 Enfermedades de depósito</p> <p>3.2.1.5 Enfermedad del cilio inmóvil</p> <p>3.2.1.6 Otros casos de patología no tumoral</p> <p>3.2.2 Patología tumoral</p> <p>3.2.2.1 Tumores de tejidos blandos</p> <p>3.2.2.2 Carcinomas indiferenciados</p> <p>3.2.2.3 Tumores de células redondas</p> <p>3.2.2.4 Tumores de origen desconocido</p> <p>3.2.2.5 Otros casos de patología tumoral</p> <p>3.2.3 Aplicación a la punción aspiración con aguja fina</p> <p>3.2.3.1 Patología tumoral</p> <p>3.2.3.2 Lesiones tumorales del ganglio linfático</p> <p>3.2.3.3 Tumores de origen desconocido</p> <p>3.2.3.4 Tumores de células redondas</p> <p>3.2.3.5 Otros casos de aplicación a PAAF</p> <p>3.2.4 Inmunohistoquímica ultraestructural</p> <p>3.2.4.1 Tumores endocrinos</p> <p>3.2.4.2 Otros casos en los que está indicada la inmunohistoquímica ultraestructural</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Microscopio electrónico de transmisión de alta resolución - Ultramicrotomo de avance mecánico - Máquina de fabricación de cuchillas de vidrio - Procesadora de inclusión (al menos 5 programas) - Centrífugas - Ph-metro con al menos una cifra decimal - Balanza de precisión - Campana de extracción - Frigorífico - Agitador magnético - Estufa - Microscopio Óptico - Lupa estereoscópica - Reloj avisador - Placa térmica - Cuchilla de diamantes

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
<p>4 Técnicas de Patología Molecular (aplicada sobre especímenes de autopsia, biopsia y citología)</p> <p>4.1 PCR</p> <p>4.1.1 Detección de secuencias genómicas</p> <p>4.1.1.1 Familia de virus herpes</p> <p>4.1.1.2 Bacilo de Koch y otras micobacterias</p> <p>4.1.1.3 Virus de papiloma humano (HPV)</p> <p>4.1.1.4 Otros microorganismos</p> <p>4.1.2 Reordenamiento de cadenas pesadas inmunoglobulínicas y TCR</p> <p>4.1.2.1 En linfomas</p> <p>4.1.2.2 En otros procesos patológicos</p> <p>4.1.3 Detección de traslocaciones</p> <p>4.1.3.1 t(2;5)</p> <p>4.1.3.2 t(14;18) en linfoma folicular</p> <p>4.1.3.3 t(11;14) en linfoma del manto</p> <p>4.1.3.4 t(12;16) en liposarcoma mixoide</p> <p>4.1.3.5 t(12;22) en sarcoma de células claras</p> <p>4.1.3.6 t(x;18) en sarcoma sinovial</p> <p>4.1.3.7 t(11;22) en sarcoma desmoplásico</p> <p>4.1.3.8 t(9;22) en sarcoma condromixoide</p> <p>4.1.3.9 Otras traslocaciones</p> <p>4.2 PCR-SSPC</p> <p>4.2.1 Mutaciones de p53 para proliferación celular</p> <p>4.2.2 Mutaciones p16 para proliferación celular</p> <p>4.2.3 Mutaciones de RET en el carcinoma medular de tiroides</p> <p>4.2.4 Mutaciones de MSH2/MLH1 en el carcinoma colorrectal</p> <p>4.2.5 Mutaciones K-ras en el adenocarcinoma pancreático y colónico</p> <p>4.2.6 Otras mutaciones</p> <p>4.3 RT-PCR</p> <p>4.3.1 Detección de secuencias genómicas</p> <p>4.3.1.1 Virus de la hepatitis C</p> <p>4.3.1.2 Otras secuencias genómicas</p> <p>4.3.2 Detección de traslocaciones</p> <p>4.3.2.1 EWS-FLI1 y ERG-WS en sarcomas de Ewing</p> <p>4.3.2.2 PAX7 en tumor de Wilms</p> <p>4.3.2.3 t(2;13) en rhabdomyosarcoma</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baños de incubación con agitación - Centrífugas - Agitador magnético - Termocicladores - Cubeta de electroforesis - Fuente de alimentación eléctrica para electroforesis - Balanza de precisión - Congeladores de -20° y -80° - Contenedor de Banco de tejidos congelados - Cubetas horizontales y verticales para realización de geles - Cubetas para Southern Blot - Secuenciador - Sistema de fotografía para geles - Revelador de geles para ultravioletas

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
4.3.2.4 t(15;17) en la leucemia promielocítica	
4.3.2.5 t(8;21) en la leucemia mieloblástica	
4.3.2.6 t(9;22) en las leucemias mieloide crónica y linfoblástica aguda	
4.3.2.7 Otras traslocaciones	
4.4 Southern blot	
4.4.1 Reordenamiento de cadenas ligeras inmunoglobulínicas en los linfomas	
4.4.2 Reordenamiento de receptores de células T en los linfomas	
4.4.3 Otros reordenamientos	
4.5 Determinación de pérdidas de heterocigosidad (LOH) mediante análisis de distintos cromosomas (18p y 3p)	
4.5.1 En retinoblastoma	
4.5.2 Tumor de Wilms	
4.5.3 En otros tumores	
4.6 Secuenciación directa de productos de PCR mediante secuenciador automático	
5 Técnicas de Patología Cuantitativa (aplicadas sobre especímenes de autopsia, biopsia y citología)	<ul style="list-style-type: none"> - Citocentrífuga - Pipetas con filtros - Vortex - Balanza de precisión - Ph-metro con al menos una cifra decimal - Baños de incubación con agitación - Microondas - Tijeras - Pinzas - Neveras - Microscopio Óptico - Ordenador y soporte informático específico - Citómetro de flujos - Sistema informático de citómetro de flujo - Citómetro con barrido láser
5.1 Procesamiento digital de la imagen	
5.1.1 Morfometría	
5.1.1.1 Tamaño y forma: Cáncer de mama, músculo esquelético	
5.1.1.2 Niveles de gris: Cirrosis	
5.1.1.3 Otras aplicaciones morfométricas	
5.1.2 Parámetros densitométricos	
5.1.2.1 Ciclo celular de tumores sólidos (ADN y fase S) para proliferación celular	
5.1.2.2 Recuento de AgNOR para proliferación celular	
5.1.2.3 Receptores hormonales en cáncer de mama y endometrio	
5.1.2.4 Cuantificación de otros marcadores inmunohistoquímicos en técnicas de inmunohistoquímica en general	
5.1.2.5 Otras aplicaciones densitométricas	
5.1.3 Otras aplicaciones del procesamiento digital de la imagen	
5.2 Citometría de flujo	

PRESTACIÓN ASISTENCIAL	EQUIPAMIENTO
5.2.1 Ciclo celular en tumores sólidos (ADN y fase S) para proliferación celular	
5.2.2 Receptores hormonales: En cáncer de mama y endometrio	
5.2.3 Cuantificación de otros marcadores inmunohistoquímicos en técnicas de inmunohistoquímica en general	
5.2.4 Estudios biparamétricos (ADN e inmunofenotipificación) para proliferación celular y cuantificación de marcadores inmunohistoquímicos en general	
5.2.5 Otras aplicaciones de la citometría de flujo	
5.3 Citometría por barrido láser (óptica y confocal)	
5.3.1 Ploidia de ADN	
5.3.2 Células en fase S	
5.3.3 Inmunofenotipificación en tumores	
5.3.4 Expresión celular de marcadores biológicos	
5.3.5 Hibridación in situ fluorescente (FISH)	
5.3.6 Otras aplicaciones de la citometría por barrido láser	
5.4 Hibridación in situ (ISH) e hibridación in situ fluorescente	
5.4.1 Detección de secuencias genéticas	
5.4.2 Otras aplicaciones de la ISH y de ISH fluorescente	
5.5 Hibridación genómica comparativa (CGH)	
5.5.1 Detección de secuencias genéticas	
5.5.2 Otras aplicaciones de la CGH	
5.6 Detección de apoptosis mediante técnicas de TUNEL (terminal deoxynucleotidyl transferase-mediated dUTP- biotin nick end labeling)	

CATALOGO DE PROCEDIMIENTOS.

¿ALIADO O ENEMIGO?

Dr. F. Ignacio Aranda López.

En los últimos años se ha producido un notable aumento de la actividad en los servicios de Patología como consecuencia del crecimiento de la citopatología, de la patología quirúrgica y de las técnicas especiales (inmunohistoquímica, molecular). El aumento de la calidad diagnóstica, la demanda de información pronóstica o los programas de diagnóstico precoz, por poner algunos ejemplos, ha obligado a incrementar los recursos tecnológicos y humanos. Este aumento de actividad no se ha reflejado, en la mayoría de las ocasiones, en los datos que el propio servicio de Patología aporta a la Administración. La asignación de recursos, en muchos casos, se ha basado más en el “prestigio” del servicio dentro del hospital o en la relación de confianza del Jefe de Servicio con la Dirección Médica, que en la aportación de datos de actividad objetivos, reproducibles y comparables. La limitación en el crecimiento del gasto unido al aumento de demanda de recursos sanitarios ha obligado a una gestión más eficiente. En este contexto, la valoración de actividad basada en número de biopsias, citologías y autopsias pierde todo su sentido, si es que alguna vez lo había tenido (número referido a paciente, envase remitido o preparación)

Los catálogos de procedimientos (de procesos) constituyen una herramienta para intentar cuantificar la actividad asistencial de un determinado servicio. En el caso de la Anatomía Patológica un catálogo debería incluir todos y cada uno de los procedimientos relacionados con el proceso diagnóstico, tanto técnicos y de procesamiento como propiamente diagnósticos. Este catálogo debería asignar a cada procedimiento un valor relativo. Sin descartar que en el futuro las herramientas informáticas permitan una valoración pormenorizada, parece recomendable en este momento encontrar fórmulas intermedias, fáciles de aplicar y que aporten una

información veraz sobre la actividad.

Un catálogo de procedimientos en Anatomía Patológica tendría como objetivo:

- a) Establecer una cartera de servicios
- b) Cuantificar la actividad asistencial de un servicio de Patología
- c) Calcular el coste por procedimiento

En 1986 se propone un modelo de gestión en Anatomía Patológica basado en la utilización de una unidad de referencia básica (unidad de actividad) que sería la citología (Sampedro Nuño y cols, 1986). En este modelo se aplicaba un catálogo basado en cuatro procedimientos: citología, biopsia, punción aspiración y necropsia. La cuantificación de la actividad en unidades uniformes que puedan ser sumadas permitiría conocer el coste por unidad con la simple operación de dividir el gasto económico total del servicio (gastos estructurales, de personal y fungibles) en un determinado periodo, por el total de unidades generadas. Posteriormente y de forma paralela a la evolución de los sistemas informáticos se desarrollan catálogos en los que se tiene en cuenta el diferente grado de complejidad de los estudios (Carbajo, 1999).

En el proyecto Signo II, del territorio INSALUD, se catalogaban seis tipos de autopsia, siete de citología, cuatro de punciones y seis de patología quirúrgica/biopsias. A cada uno de estos tipos se le asignaba un número de unidades relativas de valor (URV) basadas en el nivel de gasto de cada procedimiento diagnóstico. Además se incluían 12 tipos más correspondientes a procedimientos especiales (intraoperatoria, inmunohistoquímica, etc.).

La Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana (C.V.) ha implantado de forma paulatina desde 1998 un catálogo de procedimientos desarrollado por un “grupo de consenso” en el que estaban representados la practica totalidad de los hospitales de la Comunidad, basado parcialmente en Signo II (Blas Martinez y cols, 1997). Este catálogo surge, especialmente, de la necesidad de conocer el coste de las

“pruebas específicas” por el Sistema de Información Económica de la Consellería de Sanidad.

El catálogo se refiere exclusivamente a la actividad asistencial y expresamente se excluyen “actividades no asistenciales como la evaluación de técnicas, la evaluación de procedimientos de control de calidad, la docencia pre y post-graduada, la investigación y el desarrollo, el control de suministros y la distribución del personal, la participación en comisiones hospitalarias” (sic). El catálogo de la C.V. desarrolla cuatro tipos de citología, dos de punción, cinco de biopsias/patología quirúrgica, dos de intraoperatoria, cuatro de autopsia, además de los dedicados a técnicas especiales incluyendo la citometría y las técnicas de patología molecular.

En Galicia, y también inspirado en el proyecto Signo, se ha desarrollado un catálogo provisional con cuatro tipos de biopsias (uno de ellos la intraoperatoria), tres tipos de citología y cinco de autopsia. Además, se individualizan 10 grupos que corresponden a procedimientos técnicos (rutina, técnicas especiales, histoquímica, inmunohistoquímica, microscopía electrónica, morfometría, biología molecular, citometría de flujo, cultivo de tejidos, y otros).

Todos estos sistemas se basan en la aplicación de las denominadas unidades de actividad o unidades relativas de valor que serían, según la definición del Servicio de Información Económica de la Consellería de Sanidad Valenciana, “factores de reparto definidos por grupos de expertos, que permiten imputar un coste económico a cada prueba específica”. Esta escala se realiza a partir de una prueba de referencia. Es de destacar que las URV se refieren al coste económico relativo y no a la dificultad diagnóstica.

La asignación adecuada de la URV a una prueba tendría en cuenta el tiempo de dedicación de los recursos humanos y los costes de los reactivos y del material fungible necesarios para su realización. No incluiría los costes de amortización de los equipos. El grupo de referencia puede ser la citología (Signo II, CV) o la “biopsia simple”

(Galicia). Un ejemplo de la comparación de los resultados obtenidos en estos tres modelos realizada por los “grupos de expertos” puede apreciarse en la tabla 1.

Tabla 1. Comparación de procedimientos en tres catálogos.

	Signo II	C.V.	Galicia
Citología simple	1	0,8-2,5	0,5
PAAF	6-15	2,5-5,5	2-3
Apéndice	8	3	1
Biopsia endoscópica	8	5	1
Biopsia hepática	20	7,9	2
Conización	24	13	3
Laringe	30	18,4	3
mastectomía con LA	40	18,4	3
Piel inflamatoria	24	7,9	1-2
Intraoperatoria	12-18	9,3-23,1	2
Autopsia parcial	140	51,6	20
Foto macro	10	no	no

Signo II (INSALUD), C.V.: Comunidad Valenciana

Los ejemplos tomados mas o menos al azar permiten observar las importantes diferencias en las valoraciones. Así, una conización en Galicia equivale a 6 citologías, a 24 citologías en Signo II o a 13 en la C.V. Una piel inflamatoria a 24 citologías en Signo II, a 8 citologías en la C.V. y a 4 citologías en Galicia. Un mero análisis visual de estas diferencias nos indica el grado de subjetividad empleado en la valoración de los diferentes grupos (que tampoco son uniformes), y la información deformada que pueden aportar. Estas diferencias ya habían sido observadas por algunos autores

(Sanchez Fernandez, 1998). Por otra parte, desde el punto de vista económico, el coste de la unidad base de referencia, y la proporción en relación con los diferentes grupos no tiene por que ser la misma en todos los hospitales.

Otra importante crítica que se realiza a este tipo de valoraciones es que en las mismas no se incluyen aspectos relacionados directamente con la asistencia y que consumen una gran cantidad de recursos en los servicios de Patología como son las sesiones internas e interdepartamentales, la participación en comisiones o los relativos a la docencia e investigación, que tienen mucho que ver con la calidad asistencial como cualquier profesional sabe. Tampoco se tienen en cuenta el peso específico de la aportación anatomopatológica que en ningún caso puede compararse a un simple análisis de laboratorio. Estas limitaciones han dado origen a importantes críticas que cuestionan la validez de estos catálogos (Piris Pinilla, 1986; Sanchez Fernandez, 1998). Se podría concluir con la idea de que los catálogos, si no se cumplen algunas condiciones, aportan unos datos que no reflejen la realidad y minusvaloren nuestra actividad.

Con independencia de estas limitaciones y críticas, parece claro que existe la necesidad de cuantificar la actividad de los servicios y calcular el coste económico por procedimiento. Todo el mundo conoce la diferencia entre precio y valor. Y a todos los profesionales nos recuerdan a final de mes el precio que la Administración pone a nuestra actividad. Y también parece claro que es preferible que el catálogo de procedimientos y su valoración sea realizado por los profesionales que por los gestores económicos. Posiblemente sea mejor contar con un mal catálogo que con ninguno (tabla 2). Los servicios de tamaño pequeño o intermedio deben tener puntos de referencia objetivos frente a la Administración que les permitan reclamar los recursos humanos y tecnológicos necesarios. Los grandes centros deben contar con herramientas que les permitan cuantificar la actividad derivada de la aplicación de tecnologías complejas y que requieren recursos específicos.

Tabla 2. Argumentos a favor de existencia de un catálogo de procedimientos

-
1. Los usuarios pueden conocer la totalidad de procedimientos que realiza un determinado servicio.
 2. Cada procedimiento tendría asignando un valor relativo y permitiría estimar el coste económico de cada uno de ellos.
 3. Se podría comparar la actividad y el coste entre diferentes servicios.
 4. Aportan datos objetivos que permiten reclamar recursos cuando éstos no se ajustan al volumen de actividad.
-

Por otra parte, los catálogos son imperfectos y deben ser sometidos a revisiones periódicas. La experiencia acumulada en su aplicación tal vez elimine o al menos atenúe algunos de los argumentos utilizados en su contra (tabla 3)

Tabla 3. Argumentos en contra de los catálogos

-
1. Los catálogos y especialmente sus valoraciones no reflejan de forma correcta el coste real por procedimiento.
 2. Son excesivamente complejos y difíciles de aplicar.
 3. Son poco reproducibles y con frecuencia falseados por problemas de interpretación.
 4. No reflejan la actividad real, ya que en ellos no se incluyen aspectos difícilmente cuantificables pero de importancia decisiva.
 5. Se pueden utilizar de manera incorrecta para comparar servicios y que la Administración tome como referencia aquellos con menor coste teórico.
 6. Su aplicación no tiene demasiado sentido ya que las desviaciones son económicamente poco importantes.

Finalmente, debemos evitar en lo posible la aplicación de los catálogos de procedimientos de forma aislada, sin tener en cuenta algunas condiciones imprescindibles (ver tabla 4).

Ya el proyecto Signo II incluía el catálogo de procedimientos dentro de una filosofía de gestión global de los servicios. Tal vez, una de las principales críticas que se puede realizar a este ambicioso proyecto, era el punto de partida de valorar la actividad anatomopatológica dentro de los “productos de laboratorio”. Nuestra actividad presenta unas peculiaridades que la hacen única dentro de la Medicina, y no podemos consentir que la tradicional asociación de la “Anatomía” con los cadáveres y mortuorios sea sustituida por la idea de que somos un laboratorio más dentro de la estructura hospitalaria.

El producto del área de laboratorio de los servicios de Patología no es un resultado en sí mismo ya que requiere de la interpretación de un especialista que integre de forma adecuada los datos morfológicos y la clínica del paciente para emitir el diagnóstico anatomopatológico. Los patólogos debemos de aceptar el reto y contribuir al desarrollo de un marco adecuado que permita afrontar con garantías los cambios previsibles en el modelo sanitario que se van a producir en un futuro inmediato.

El desarrollo de un catálogo unificado en todo el Estado, integrado en una filosofía de gestión global, puede ser una herramienta fundamental para la adecuación de los recursos con la actividad, además de contribuir a un conocimiento más exacto por parte del Hospital y de la Sociedad de la labor que desarrollan los Servicios de Patología.

Tabla 4. Condiciones para la correcta aplicación de un catálogo de procedimientos.

- a) Catálogo unificado y pactado, tras estudio pormenorizado del coste económico de cada grupo de actividad, teniendo en cuenta el nivel de Hospital.
 - b) Sistemas informáticos específicamente preparados.
 - c) Auditorias externas que comprueben su correcta aplicación.
 - d) Integración del catálogo en un plan completo de gestión que incluya otros importantes aspectos como el control de calidad (médico, de procedimientos), actualización tecnológica, etc.
-

REFERENCIAS.

Blas Martínez J, Gómez Castro A, Simón Ayllon A, y cols. Catálogo de procedimientos diagnósticos de Anatomía Patológica. Servei d'Informació Económica. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 1997.

Carbajo Vicente M. Eficiencia y costos: Sector público. Libro Blanco de la Anatomía Patológicas en España. Recursos, Calidad e Impacto de la Patología en España. Sociedad Española de Anatomía Patológica 1999, pg 77-87

Cernuda Terol C, Barceló Vidal C, Bernardo Turno LL, Salamero Baró P, Roviroso Juncosa J. Determinación de un coste estándar de las pruebas de diagnóstico anatomopatológico del Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta. Todo Hospital 1997; 138: 41-9.

Georgii A. Dificultades actuales en Patología. Patología 1991; 24: 1-5.

Piris Pinilla MA. Riesgos derivados de la cuantificación en unidades de actividad en los laboratorios de Anatomía Patológica. Patología 1986; 19: 84.

Sampedro Nuño A, Martín Ferraz J, Muñoz Rodríguez J, Junco Petrement P, Ballester Cascarilla C. El análisis de costes en anatomía Patológica como instrumento de gestión. Patología 1986; 19: 76-83.

Sanchez Fernandez de la Vega, J. ¿Son válidos los sistemas tipo Unidades Relativas de Valor para la gestión de Unidades Funcionales anatomopatológicas?. Patología 1998; 31: 201-5.

LA GESTION EN ANATOMIA PATOLOGICA: UN RETO PARA EL FUTURO

Drs.Manuel Carbajo Vicente, Ricardo Martinez Cabruja,
Jaime Sánchez Fernández de la Vega

Con el fin de llegar a planteamientos correctos en relación con la “GESTION EN ANATOMIA PATOLOGICA” debemos de establecer referencias conceptuales claras y precisas. En primer lugar hay que definir la GESTION como el proceso conducente a la mejor utilización posible de recursos disponibles para solucionar problemáticas humanas concretas y en nuestro caso sanitarias.

Para llegar a ella debemos contestar a cuestiones fundamentales, en principio teóricas, pero sólidamente conectadas a la práctica real de la ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA y que se pueden concretar en las siguientes :

- 1 ¿ EN QUE CONSISTE LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA ?
- 2 ¿CON QUE OBJETIVOS SE LLEVA ACABO LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA?
- 3 ¿EN QUE ESTRUCTURAS SE REALIZA LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA Y CUALES SON SUS REFERENCIAS FUNCIONALES CONCRETAS ?
- 4 ¿ EN QUE CONSISTE EL PROCESO DE PRODUCCION QUE ENTRAÑA LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA Y COMO DETERMINA EL EMPLEO DE RECURSOS ?
- 5 ¿ COMO SE GESTIONA EL “PRODUCTO FINAL” Y EN CONCRETO LOS BENEFICIOS INDIVIDUALES Y SOCIALES QUE GENERA?

Con el fin de hacer una aportación lo más concreta y clarificadora posible se intentará dar respuesta esquemática a cada una de las cuestiones expuestas, pero sin obviar la precisión necesaria .

1. ¿ EN QUE CONSISTE LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA ?

En el desarrollo de la Anatomía Patológica actual se han invertido casi 600 años y el proceso aunque avanzado dista de estar concluido. La actividad anatomopatológica consiste en la aportación de la especialidad de Anatomía Patológica al conocimiento de las “BASES ESTRUCTURALES SUBYACENTES A LOS PROCESOS DE ENFERMEDAD”, con las aplicaciones que de ello se derivan en los campos de la ASISTENCIA, INVESTIGACION y DOCENCIA , orientadas al “CONTROL DE LOS PROCESOS DE ENFERMEDAD Y PROMOCION DEL ESTADO DE SALUD”. Tal aportación se concreta en la generación del denominado “DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO” .

El DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO debe destacarse de forma especial ya que constituye la referencia fundamental de la actividad anatomopatológica , y de él se derivan múltiples aplicaciones . Contribuye decisivamente a la identificación de los Procesos de Enfermedad o DIAGNOSTICO (Etiopatogénico – Estructural – Fisiopatológico – Clínico). Su aportación al DIAGNOSTICO ESTRUCTURAL , compartida con otras Especialidades Médicas (Biopatología Molecular, Hematología, “Imagen”) es decisiva al dotarlo de gran objetividad científica. De él derivan muy importantes conocimientos para establecer el PRONOSTICO, para la elección TERAPEUTICA y control de la respuesta , así como para la PREVENCION. En otras palabras la actividad anatomopatológica se encuentra integrada en el núcleo central de la MEDICINA CIENTIFICA resultando sus aportaciones decisivas para su eficacia y existencia .

2. ¿CON QUE OBJETIVOS SE LLEVA A CABO LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA?

El objetivo clave, aunque no el único es generar el DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO o en otras palabras el de proceder a la identificación concreta de un proceso de enfermedad desde la perspectiva estructural , aplicando procedimientos característicos de la especialidad de Anatomía Patológica . Por exclusión de los Procesos de Enfermedad, un objetivo es comprobar desde un punto de vista estructural la existencia del Estado de Salud (ej.: Screening citológico, etc). Son objetivos derivados del desarrollo del diagnóstico , los relacionados con sus aplicaciones asistenciales, investigadoras y docentes, gestionándolos desde el punto de vista clínico-patológico (Médico - Científico) y administrativo, a fin de obtener los mejores resultados posibles.

3. ¿EN QUE ESTRUCTURAS SE REALIZA LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA Y CUALES SON SUS REFERENCIAS FUNCIONALES CONCRETAS ?

Las estructuras que se han desarrollado en las últimas décadas en nuestro medio pueden ser definidas genéricamente como “UNIDADES FUNCIONALES ANATOMOPATOLOGICAS” (UFAPs) englobando a otras denominaciones de Departamentos, Servicios, Secciones, etc. Todas ellas presentan en principio una CAPACIDAD BASICA para resolver las problemáticas generales inherentes a la actividad anatomopatológica y sin embargo en alguna de ellas , paralelamente al surgimiento de las superespecialidades, han desarrollado CAPACIDAD ESPECIAL para resolver alguna de ellas más específica. Estas unidades se establecen sobre la base de infraestructuras humanas y materiales, que con ligeras variaciones responden a un patrón general. La CAPACIDAD ESPECIAL puede estar muy desigualmente desarrollada,

implicando desde una al total de las áreas posibles de superespecialización, sin que este último nivel haya sido alcanzado por ninguna UFAP de nuestro medio por el momento. Hoy por hoy, la existencia de todas ellas depende de la disponibilidad de recursos económicos adecuados .

Vagamente existe acuerdo general sobre las infraestructuras materiales con que deben contar las UFAPs “BASICAS”. No hay acuerdo sobre cual debe ser la infraestructura profesional mínima que debe soportarlas. La situación también es irregular en relación con las UFAPs “ESPECIALES”, que también podríamos denominar de “REFERENCIA” . Sobre lo que si hay acuerdo, es que unas y otras funcionando en “RED” (y esto exigiría un desarrollo informático aún no alcanzado), podrían ofrecer una CAPACIDAD DIAGNOSTICA GLOBAL de relativo alto nivel. Está pendiente en definitiva un proceso de “definición-homologación-acreditación” de las UFAPs existentes que en principio parece competencia de la Administración Sanitaria .

Independientemente de la situación anterior se puede decir que existe un consenso generalizado sobre las referencias funcionales operativas en cualquier UFAP y que en principio serían las siguientes:

A. RECEPCION – REGISTRO .

Las UFAPs reciben PETICIONES DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO a realizar sobre MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO (de: Biopsia - Pieza Quirúrgica – Citología – Autopsia), que obligadamente acompaña a dichas peticiones. Estas últimas pueden tener forma gráfica o constituir registros informáticos. En ellas constan los datos a registrar relacionados con la identificación del INDIVIDUO (Enfermo - paciente o sano : Nombre, sexo, edad, etc.), del MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO (origen: topográfico) y tipo de material anatomopatológico, técnica de obtención) y los correspondientes DATOS CLINICOS (Unidad peticionaria, signos, síntomas, diagnóstico clínico, etc.)

B. ESTUDIO MACROSCOPICO Y SELECCION DE MUESTRAS DE MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO (Mmap)

El estudio en cuestión puede generar la DESCRIPCION MACROSCOPICA de mayor o menor importancia según el tipo de MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO de que se trate. Con frecuencia y de forma imprescindible en material tipo PIEZA QUIRURGICA y AUTOPSIA, constituye una aproximación al Diagnóstico Anatomopatológico Inicial. Esta actividad puede asociarse a otras complementarias (fotografía, técnicas especiales de fijación, revelado, etc.). El MATERIAL ANATOMO-PATOLOGICO puede emplearse en su totalidad o solo en parte para procesamiento técnico de LABORATORIO. En este último caso deben SELECCIONARSE LAS MUESTRAS DE MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO adecuadas. Generalmente en tal situación se genera “material anatomopatológico residual” que plantea problemáticas medioambientales. Toda esta parte del proceso puede estar PROTOCOLIZADA o no .

Todo el MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO puede ser catalogado y ya existen CATALOGOS exhaustivos (12 de Octubre ...), que constituyen un buen punto de partida para enfocar su “gestión” correcta , pero pendientes aún de una valoración crítica. Es ya más discutible la utilidad de los “grupos” arbitrariamente propuestos y pueden existir alternativas menos arbitrarias, más reales y mucho más funcionales (Ej.: La de “catalogar” los especímenes o Materiales Anatomopatológicos según las “AREAS TOPOGRAFICAS DE ORIGEN” – de Neurosensorial a Placentaria – y el Tipo de Material - biopsia, pieza quirúrgica, citología , autopsia – que implica un “manejo” específico en cada caso – biopsia de músculo , pieza quirúrgica de prostatectomía radical protocolizada , citopunción hepática , autopsia encefálica ... por seguir con el ejemplo).

C . PROCESAMIENTO TECNICO DE LABORATORIO DE LAS MUESTRAS DE MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO

Clásicamente el procesamiento técnico de LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA consistía en la aplicación a las Mmap de técnicas específicamente anatomopatológicas destinadas a convertirlas en MUESTRAS DE EVALUACION MICROSCOPICA (Memic).

Estas TECNICAS son muy diversas (citohistológicas convencionales básicas y especiales, histoquímicas enzimáticas, inmunohistoquímicas , ultraestructurales, etc.) y permiten la evaluación de distintos datos estructurales con diversos tipos de MICROSCOPIOS ópticos, electrónicos, etc.

En la última década los laboratorios de Anatomía Patológica pueden procesar técnicamente muestras de material anatomopatológico que ya son evaluadas de forma diversa sin utilización de microscopios. Estas TECNICAS determinan la aparición de MUESTRAS DE EVALUACION NO MICROSCOPICA (citometrías, biopatología genético-molecular...), que se van añadiendo a las más clásicas o microscópicas.

Unas y otras técnicas ya se encuentran incluidas en algún CATALOGO, en principio muy preciso en cuanto a la organización por grupos y definición nominal de cada técnica (12 de Octubre...). Sin embargo desde el punto de vista de una adecuada gestión lo más importante es conocer la “estructura de coste” de cada una de ellas, ya que implican un “consumo” específico de Recursos Humanos y Materiales en cada caso . En otras palabras y por poner un ejemplo específico : Es necesario llegar a conocer la “estructura de coste” derivada del desarrollo de una Técnica Inmunohistoquímica determinada , y en definitiva de todas las que empleemos .

D . ESTUDIO DE LAS MUESTRAS DE EVALUACION (MICROSCOPICAS y NO MICROSCOPICAS) Y GENERACION DEL DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DEFINITIVO .

El DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DEFINITIVO se establece tras valoración de las citadas muestras que revelan características estructurales (citohistológicas , subcelulares y moleculares) determinadas en estados de enfermedad y salud . Los datos ya recogidos en el eventual ESTUDIO MACROSCOPICO, complementan a los ahora evaluados. Sobre esta valoración estructural acumulativa se concreta la identificación de un estado de salud o de un proceso de enfermedad concreto, generándose el DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DEFINITIVO. Existe algún CATALOGO de Diagnósticos Anatomopatológicos como el derivado de código SNOMED, pero carece de aceptación universal y presentando una estructura general correcta evidencia en su desarrollo insuficiencias conceptuales que limitan en gran parte su validez.

E MANEJO DEL DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DEFINITIVO

Una vez establecido el DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DEFINITIVO se constituye como la síntesis del estudio anatomopatológico realizado. Este estudio pasa a reflejarse en el correspondiente INFORME que a parte de integrar los datos del INDIVIDUO, puede integrar datos sobre el estudio realizado (descripción macroscópica, técnicas, descripción microscópica, etc.). El DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO que se remite al “CLINICO” peticionario del Estudio Anatomopatológico (siempre se opera en el contexto de la ya histórica “Mentalidad Anatomoclínica”). Adquiere en ese momento todo su VALOR INTRINSECO, decisivo para llegar al DIAGNOSTICO DEL PROCESO

DE ENFERMEDAD o para afirmar el ESTADO DE SALUD. Los sistemas informatizados o manuales deben proceder al ARCHIVO de los datos mínimos relacionados con el INDIVIDUO (paciente o sano), el ORGANO (origen topográfico del Material Anatomopatológico) y tipo de PROCESO. Si se pretende la explotación informatizada de estos últimos datos es obligada su CODIFICACION y aquí surge el problema de la carencia de un SISTEMA DE CODIFICACION actualizado y de aceptación universal.

Una vez que el DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO alcanza su VALOR INTRINSECO , se encuentra en condiciones de generar VALORES ADICIONALES de gran trascendencia en los siguientes campos :

- ASISTENCIA: Aportación al PRONOSTICO, elección y respuesta TERAPEUTICA así como a la PREVENCIÓN de los Procesos de Enfermedad . El Diagnóstico Anatomopatológico constituye actualmente la aportación más “objetiva” y científica para el conocimiento del estado real de “Enfermedad” y “Salud” en cualquier población.
- INVESTIGACION: La referencia ESTRUCTURAL (niveles: molecular, subcelular, celular, tisular y orgánico) se constituye como elemento básico en la investigación etiopatogénica , fisiopatológica y clínica .
- DOCENCIA: La Docencia PRE y POSTGRADUADA, gana en eficacia con los conocimientos derivados de la identificación correcta de las BASES ESTRUCTURALES DE LOS PROCESOS DE ENFERMEDAD, concretadas en las amplias posibilidades del Diagnóstico Anatomopatológico. Su trascendencia para la ORDENACION DEL CONOCIMIENTO BIOMEDICO es decisiva .

4 . ¿ EN QUE CONSISTE EL “PROCESO DE PRODUCCION” QUE ENTRAÑA LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA Y COMO DETERMINA EL EMPLEO DE RECURSOS ?

En primer lugar es posible aceptar que la ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA genera “PRODUCTOS” , pero inmediatamente es preciso matizar que se trata de “SERVICIOS” y que nada tienen que ver con la producción de tipo industrial . Desde el punto de vista de la gestión de la actividad anatomopatológica con gran exactitud se puede afirmar que las UFAPs generan los siguientes “productos” :

I . PRODUCTO “INTERMEDIARIO”

II. PRODUCTO “FINAL”

Ambos “productos” responden a problemáticas de gestión netamente diferenciadas.

El **PRODUCTO “INTERMEDIARIO”** corresponde a las MUESTRAS DE EVALUACION MICROSCOPICAS Y NO MICROSCOPICAS y el **PRODUCTO “FINAL”** al DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO .

La generación de ambos “productos” emplea RECURSOS y su gestión adecuada obliga a definirlos con precisión , siendo en principio los siguientes :

A. RECURSOS HUMANOS: Médicos y No Médicos

B. RECURSOS MATERIALES: a. Infraestructura General

b. Infraestructura Técnica Específica

La Infraestructura General implica dos conceptos de gestión representados por AMORTIZACION (de la inversión existente en “espacio físico” o estructura arquitectónica con los servicios adecuados: agua, electricidad, acondicionamiento

medioambiental...) y MANTENIMIENTO. Sobre este aspecto es útil la aportación ya realizada por el Dr. R. Martínez Cabruja.

La Infraestructura Técnica Específica, implica conceptos de gestión tipo CONSUMO, AMORTIZACION y MANTENIMIENTO y exige una catalogación de los medios materiales utilizados , que podrían ordenarse en los cuatro siguientes grupos genéricos:

1º . MATERIAL GENERAL = CONSUMO

2º . INSTRUMENTAL = CONSUMO

3º . APARATAJE = AMORTIZACION + MANTENIMIENTO

4º . PRODUCTO QUIMICO = CONSUMO

Estos grupos genéricos admiten subclasificaciones del MATERIAL en subgrupos, familias, etc... La definición de cada elemento permite elaborar CATALOGOS de aplicación “universal” en todas las UFAPs de nuestro medio. La ADMINISTRACIÓN SANITARIA en colaboración con los profesionales debería de haber aportado ya el PROGRAMA INFORMATICO que permitiría con exactitud controlar el gasto exacto en cada UFAP en Infraestructura Técnica Específica, esencial para llegar a una contabilidad analítica sin la cuál es impensable cualquier intento de gestión mínimamente serio. Por el momento, inexplicablemente, no hay indicios de que la Administración este trabajando en ese sentido .

Este capítulo de la gestión tiene escasa significación económica si se considera cada UFAP aisladamente, pero puede alcanzar cierta significación si se consideran en conjunto (Ej. “El consumo de cuchillas desechables para microtomía convencional se sitúa por término medio en torno al millón de pesetas anual por UFAP; si hay más de 100 UFAPs , 100 millones ya suponen en ese elemento una cantidad considerable en términos de gestión”... y los ejemplos puede ser innumerables: alcoholes, monoclonales,

etc). Sin resolver este aspecto no es posible gestionar adecuadamente el PRODUCTO “INTERMEDIARIO” y en consecuencia el “FINAL” .

Dentro de parámetros amplios existe cierta “homogeneidad” en cuanto a los recursos que emplean las UFAPs de nuestro medio, pero entrando en un nivel de mayor precisión surgen diferencias importantes. Ni siquiera podríamos catalogar los recursos con referencia a si se trata de UFAPs “BASICAS” o “ESPECIALES” ya que vuelve a perderse la homogeneidad dentro de cada una de esas posibles categorías. Las diferencias derivan del hecho de que los RECURSOS HUMANOS presentan en relación a cada caso individual situaciones muy heterogéneas (distintas categorías de Anatomopatólogos; interinos y fijos; variable antigüedad; vinculación o no a la Universidad -- Técnicos o no – Auxiliares ... ; variaciones cuantitativas ...) .

Igualmente ocurre con los RECURSOS MATERIALES, variando notablemente la Infraestructura General y la Infraestructura Técnica Específica en cada caso. Se puede decir en este momento que cada UFAP de nuestro medio “consume” recursos diferenciados, aunque dentro de ciertos márgenes y que por citar una referencia concreta y económica, en general no superan al 2% de los presupuestos de las Instituciones Hospitalarias Públicas. La línea de gestión probablemente con más futuro es la define la “ESTRUCTURA GENERAL DEL COSTE DE PRODUCCION” , que permite controlarlo en cada caso y generar avances en gestión si se consideran las UFAPs de nuestro medio integradas en “RED” o en un posible INSTITUTO IBERICO DE BIOPATOLOGIA ESTRUCTURAL .

En cuanto al “**consumo**” específico de recursos (estructura del coste del proceso de producción) debe referirse a los distintos “productos” y es el siguiente :

I. PRODUCTO “INTERMEDIARIO”:

- RECEPCION- REGISTRO
 - Recursos Humanos: Personal No Médico
 - Recursos Materiales: Depende de si la función está informatizada o no. En el primer caso el consumo implica MATERIAL GENERAL y APARATAJE (amortización y mantenimiento de ordenadores)

- ESTUDIO MACROSCOPICO Y SELECCION DE MUESTRAS DE MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO
 - Recursos Humanos: Personal Médico y posiblemente No Médico (Implicación variable dependiendo de: Informatización , Protocolización, Fotografía, Técnicas de Estudio Macroscópico ...)
 - Recursos Materiales: El consumo es diferente según el tipo de MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO de que se trate y debe ser especificado en relación con BIOPSIAS – PIEZAS QUIRURGICAS – CITOLOGIAS y AUTOPSIAS .

- PROCESAMIENTO TECNICO DE LABORATORIO DE LAS MUESTRAS DE MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO
 - Recursos Humanos: Personal No Médico Técnico de Laboratorio con eventual implicación del Personal Médico (desarrollo de técnicas y control de calidad) . El consumo de recursos Humanos es específico para cada técnica (“Microscópicas” ópticas: Citohistológicas convencionales y especiales, Histoquímicas Enzimáticas e Inmunohistoquímicas, Hibridación in situ, Ultraestructura...; “No Microscópicas” : Citometrías , PCR etc) .
 - Recursos Materiales: Cada TECNICA para obtener MUESTRAS DE EVALUACION MICROSCOPICAS y NO MICROSCOPICAS determina un consumo específico en MATERIAL GENERAL, INSTRUMENTAL,

APARATAJE y PRODUCTO QUIMICO que debe determinarse con exactitud en cada caso . Sin este planteamiento no es posible gestionar el PRODUCTO “INTERMEDIARIO” y desaparece cualquier planteamiento serio de gestión .

II . PRODUCTO “FINAL” :

- ESTUDIO DE LAS MUESTRAS DE EVALUACION (MICROSCOPICAS y NO MICROSCOPICAS) Y GENERACION DEL DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO DEFINITIVO
- Recursos Humanos: En esta actividad el personal MEDICO consume gran parte de su tiempo. En algunos casos el personal NO MEDICO, está implicado en la evaluación de las muestras , como ocurre con los CITOTECNICOS. Hoy , salvo planteamientos regresivos , está aceptado que el tiempo médico debe repartirse entre la actividad ASISTENCIAL, INVESTIGADORA y DOCENTE, y aunque se considera prioritaria la actividad ASISTENCIAL, con frecuencia la insuficiencia de personal médico obliga a que sea la única , creándose una situación de escasa rentabilidad individual y social. La problemática de la distribución del tiempo en las tres actividades a realizar en la que trabaja el Dr. Manuel Nistal , se encuentra pendiente de solución. Por otra parte no nos encontramos ante la generación de un “producto” estable y siempre ya definido de antemano , sino que el DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO con frecuencia cambia con los avances científico-biomédicos, y en no pocos casos su establecimiento implica un auténtico proceso investigador. Por otra parte es necesario señalar que en realidad operamos con una cierta CAPACIDAD DIAGNOSTICA global , variable en cada “área de la Biopatología Estructural Humana” y en función del grado de formación de cada anatomopatólogo, que solo alcanza auténtico nivel resolutivo operando en equipo (cooperación intra-

UFAP e inter-UFAPs , incluso de fuera de nuestro medio) . El anatomopatólogo “único” es por definición “ineficaz”.

- Recursos Materiales: Las Muestras de Evaluación no Microscópicas implican la lectura directa de resultados (gráficas, bandas, etc.) y no consumen recursos materiales. Las Muestras de Evaluación Microscópicas consumen diversos tipos de MICROSCOPIOS que en términos de gestión equivalen a APARATAJE es decir a AMORTIZACION y MANTENIMIENTO.

- MANEJO DEL DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

- Recursos Humanos: El DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO integrado en el INFORME ANATOMOPATOLOGICO, demanda la actividad de personal NO MEDICO para su elaboración y envío a las Unidades “Clínicas” peticionarias. Este personal se implica en el ARCHIVO de DATOS de la UFAP, relacionados con el INDIVIDUO y el PROCESO DE ENFERMEDAD o ESTADO DE SALUD (Tipo de Material Anatomopatológico – Origen Topográfico y Tipo de Proceso). El ARCHIVO puede ser manual o estar informatizado, en cuyo caso precisa el SISTEMA DE CODIFICACION adecuado, sin el cuál no se puede garantizar una conversión del dato en conocimiento útil. En la generación de VALORES ADICIONALES al intrínseco del Diagnóstico Anatomopatológico nuevamente aparece implicado el personal MEDICO en relación con la ASISTENCIA (informes sobre PRONOSTICO – TERAPEUTICA – PREVENCION), INVESTIGACION y DOCENCIA.

- Recursos Materiales: Están en relación con el MATERIAL ADMINISTRATIVO y si existe con el correspondiente SISTEMA INFORMATICO (gasto de general; AMORTIZACION y MANTENIMIENTO del sistema)

Queda un importante capítulo de GESTION que es el de los COSTES

INDIRECTOS que en cierto modo se pueden hacer equivalentes a la gestión de los RECURSOS MATERIALES identificados como: a . . INFRAESTRUCTURAL GENERAL. En este aspecto repercute la “INTEGRACION INSTITUCIONAL” si las UFAPs operan especialmente en Instituciones Sanitarias(Hospitales). Esta gestión es muy importante ya que en general mueve recursos materiales que duplican o triplican a aquellos relacionados con la INFRAESTRUCTURA TECNICA ESPECIFICA. Es preciso incorporar este coste al servicio realizado

5. ¿COMO SE GESTIONA EL PRODUCTO DE LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA Y EN CONCRETO LOS BENEFICIOS INDIVIDUALES Y SOCIALES QUE GENERA ?

La ESTRUCTURA DEL COSTE DE LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA o la dinámica funcional que determina el consumo de recursos, en base a los desarrollos expuestos , puede ser definida con gran precisión. En lo que se refiere al coste en cada UFAP del PRODUCTO “INTERMEDIARIO” se puede llegar a valores económicos casi exactos, si la ADMINISTRACION es capaz de aportar el PROGRAMA INFORMATICO que maneje los datos que estamos en disposición de ofrecerle . Cada INDIVIDUO, que es en definitiva a quien va dirigido todo el “producto” o más exactamente SERVICIO, se transforma en un coste en productos “INTERMEDIARIOS” (Ej.: Coste de : 5 HE , 1 PAS , 1 Masson , 1 Metenamina –plata ; 5 ME ; 4 IF ; 5 IHQ ; 3 PCR ...). Acumulativamente podremos saber el coste anual de cada uno de estos productos y pasar a una gestión global de ellos en el conjunto de las UFAPs de nuestro medio, única forma de que se manejen volúmenes económicos dignos de consideración. El coste del PRODUCTO “FINAL” centrado en el DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO, aún no ha sido considerado de forma diferenciada en ninguna de las propuestas de Sistemas de Gestión hoy conocidas .

Así como el coste de Producto Intermediario puede llegar a calcularse con cierta precisión y es específico para cada UFAP (en general de bajísimo nivel) , el coste del Producto FINAL solo puede establecerse arbitrariamente . Teóricamente se podría proceder a una valoración de cada DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO , pero las alternativas son múltiples . Es posible, entrar en valoraciones por grupos (Maldesarrollo , Lesión y Cambio) , valorar una CAPACIDAD DIAGNOSTICA GLOBAL y obtener una referencia UNITARIA dividiendo el coste de los recursos humanos empleados (médicos y citotécnicos) por el número de diagnósticos realizados, introducir factores correctores sobre esta última en función de la complejidad del algoritmo diagnóstico etc. Dado que el problema no ha sido tratado nunca exigiría un amplio debate en la SEAP en el que participase la ADMINISTRACION SANITARIA .

Aberrantemente tendemos a considerar la GESTION desviada hacia aspectos administrativo-económicos, pero quedan por desarrollar los más importantes relacionados con la vertiente MEDICO-CIENTIFICA. En este aspecto las posibilidades son muy amplias y de gran trascendencia individual y social . Ni siquiera se han planteado las líneas generales a discutir en este campo de la GESTION que es sin duda el que debería consumir nuestros mayores esfuerzos. Orientativamente habría que entrar en los gravísimos problemas de GESTION que nos plantean el estado de nuestros RECURSOS HUMANOS (dotaciones adecuadas y no las raquílicas actuales; capacitación para las nuevas tecnologías y avances médico-científicos; renovación y expansión profesional etc.) y en el desarrollo de los mecanismos por los cuales el producto “FINAL” de la actividad anatomopatológica debe conservarse (hoy puede perderse el enorme esfuerzo realizado a causa de la situación “crítica” en que se encuentran los “recursos humanos”) y contribuir al progreso y bienestar individual y social .

Otros dos planteamientos importantes en relación con la GESTION de las UFAPs de nuestro medio , mayoritariamente dependientes del Sector Público y en consecuencia de los Presupuestos Generales del Estado, deben ser tenidos en consideración. El primero concierne a la FINANCIACION del “SERVICIO”. Esta última la afronta el conjunto de

la población y cubre la demanda económica que genera la actividad anatomopatológica actual (de nivel medio-alto , pero superable). En principio, la cobertura es total . Según las últimas informaciones de la Administración Sanitaria se ha llegado a una financiación per/capita de las necesidades sanitarias de 110.000 pts. En un estudio económico realizado en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General del Insalud de Guadalajara , en el año 1.998 , se estableció que la cobertura del “servicio anatomopatológico” demandaba 689 pts. anuales per/capita, es decir menos de 1% del total de la financiación total . Para dar una idea comparativa , un ciudadano puede gastar 45.525 pts/año en prensa diaria y una cantidad muy superior en “goma de mascar y afines” , “refrescos” etc.. Con tal cantidad se ha financiado el “servicio anatomopatológico” asistencial , investigador y docente , soportando 16 rentas de profesionales (5 médicos y 11 no médicos) y generando actividad económica en distintos ámbitos. Es obvio que los “beneficios” sociales logrados con tan exigua inversión, en términos de GESTION , traducen una rentabilidad positiva simplemente inigualable. ¿Que rentabilidad “social” se alcanzaría si llegáramos a disponer solo del 1% de la financiación total per/capita ? . ¿ Que criterios tiene la ADMINISTRACION SANITARIA para valorar si tal inversión sería o no adecuada y rentable?. Obviamente, estas cuestiones nos llevan a otro nivel de GESTION, casi con seguridad el más necesario y rentable , pero que aún para nada ha sido planteado. Va llegando el momento en que la SOCIEDAD (concepto diferente del de Sistema Social) debe plantearse con seriedad como le conviene priorizar el gasto de los recursos que genera .

El segundo se relaciona con la cuestión de ¿COMO Y QUIEN DEBE GESTIONAR LAS UFAPs? . Por el momento esta fuente de debate aún no se ha considerado. Es posible avanzar que en teoría se presentan las siguientes modalidades posibles de GESTION :

- 1 . GESTION AUTONOMA INDEPENDIENTE
- 2 . GESTION INTERMEDIARIZADA :
 - a . Tipo ESTATAL

b . Tipo ASEGURADORAS PRIVADAS

3. GESTION AUTONOMA INTEGRADA CON RESPONSABILIDAD SOCIAL

Sobre este complejo tema solo conviene iniciar su introducción .

La GESTION AUTONOMA INDEPENDIENTE, supondría que cada UFAP actuaría independientemente en un mercado competitivo luchando entre sí en el terreno de la oferta y demanda . El único control “social” que tendrían sería el del “contexto legal imperante” .

La GESTION INTERMEDIARIZADA es la que afecta a la gran mayoría de las UFAPs de nuestro medio . La de “Tipo ESTATAL”, hasta ahora prácticamente se limitaba a situar las UFAPs en un rígido corsé económico, destinado a controlar el gasto sin ningún otro planteamiento de GESTION. La de “Tipo ASEGURADORAS PRIVADAS” ofrece a cualquier UFAP (en general “privadas”), una oferta económica por servicios anatomopatológicos en general “catalogados” de forma arbitraria y con arreglo a sus intereses , en el clásico esquema de “lo toma o lo deja”. La de “Tipo ESTATAL” parece intentar una “evolución” en este último sentido, intentando previamente dotar a sus UFAPs de una limitada capacidad de AUTOGESTION .

La GESTION AUTONOMA INTEGRADA CON RESPONSABILIDAD SOCIAL, mantendría las UFAPs en la “esfera de los avances sociales soportados colectivamente”, con total autonomía de GESTION, operando en redes INTEGRADAS (autonómicas, estatales ...), sometidas a los principios de HOMOLOGACION - ACREDITACION y RESPONSABILIZACION (asistencial – investigadora – docente) constatable por auditorias “internas” y “externas”, acreditadas ante la ADMINISTRACION y la SEAP . Esta sería probablemente la más adecuada para una SOCIEDAD ABIERTA Y AVANZADA, pero exige un grado de “libertad-reponsabilidad” profesional y social que posiblemente aún no hemos alcanzado .

Por último sería necesario conocer el contexto socio-político en el que la ADMINISTRACION SANITARIA pretende que se lleve a cabo la GESTION DE LA

ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA. Su deseo expresado de situar al Sector Sanitario en las coordenadas del “Libre Mercado” (avanzado por la idea de separar “financiador” y “proveedor”), podría conducirnos a la destrucción total de la ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA , o al menos la desarrollada hasta el momento . Hace falta una altísima dosis de incultura para persistir en tal idea ya ampliamente criticada (incluso por los propios beneficiarios de tal sistema: George Soros , La crisis del capitalismo global , 1.999) , ya que en ciertos sectores de la vida social se está intentando caminar en contra de una evolución histórica positiva y que en las últimas décadas parecía imparable .

LA EXPERIENCIA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL INSALUD EN LA ESPECIALIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (1.995-1.998)

Dr. Angel Luis Guirao Garcia

El INSALUD suscribió por primera vez una póliza de responsabilidad civil en 1.991, al haberse contemplado en la ley de acompañamiento a los presupuestos de 1.989 la realización de este tipo de contratos por parte de la Administración. Desde entonces, con la excepción de los años 93 y 94, ha mantenido diversos contratos de seguro de responsabilidad profesional.

Las condiciones de las diversas pólizas contratadas difieren en algunos puntos pero mantienen constantes los aspectos fundamentales, que resumimos a continuación:

- Tienen la condición de asegurados tanto el INSALUD como todo el personal sanitario, facultativo y no facultativo, el no sanitario, incluido el personal directivo y funcionario en el ejercicio de sus actividades profesionales por cuenta del Instituto Nacional de la Salud.

- El objeto del seguro es el aseguramiento de las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad directa, solidaria y subsidiaria de los asegurados, incluyendo la responsabilidad civil de los profesionales, la responsabilidad civil de explotación, la responsabilidad patronal y la responsabilidad patrimonial de la Administración conforme a la Ley 30/1992.

- Las condiciones económicas, que se han modificado en los sucesivos contratos, establecen en el actual un límite de indemnización para la responsabilidad civil profesional, patronal, y patrimonial de 120 millones de pesetas por siniestro y 60 por víctima. El límite para la responsabilidad civil de explotación es de 1.500 millones. Existe una franquicia de 500.000 pesetas y la prima anual es de 1.545 millones (1.998).

La experiencia del INSALUD durante estos años de aseguramiento de la responsabilidad ha sido positiva. Los profesionales sanitarios disponen de asistencia jurídica en caso de ser demandados en vía judicial y la consecución de acuerdos extrajudiciales probablemente haya evitado a muchos de ellos verse implicados en un proceso judicial.

El INSALUD, concretamente la Subdirección de Inspección, que ha gestionado la póliza del seguro durante estos años, ha incluido actividades de gestión de riesgos en el Plan anual de Inspección, que incluyen el estudio exhaustivo de las reclamaciones completándolo con actividades docentes y revisiones de problemas o riesgos específicos.

El número de expedientes abiertos y tramitados por el seguro a fecha 31 de diciembre de 1.998 era de 1.390 correspondientes a siniestros acaecidos desde 1.995 a 1.998. En el periodo de vigencia de la póliza anterior (1.991-1.992), se gestionaron 418 casos.

La apertura de un expediente se produce tanto por demandas judiciales como administrativas siempre que se considere que de ellas pueda derivarse una solicitud de compensación económica al INSALUD. De hecho, a lo largo del proceso las reclamaciones administrativas pueden pasar a la vía judicial o las judiciales ser archivadas, por lo que a efectos de apertura del expediente se consideran indistintamente.

Se han analizado las reclamaciones evaluadas en la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil del INSALUD desde su constitución hasta el 31/12/98, que son 1.017.

El número de reclamaciones económicas por responsabilidad sanitaria contra el INSALUD, se ha incrementado cada año discretamente desde 1.995 a 1.998, considerando el número de casos por año de presentación de la demanda, aunque los resultados deben considerarse provisionales, porque aún pueden presentarse nuevas demandas por hechos ocurridos durante ese periodo.

El índice medio para el INSALUD sería de 6,41 reclamaciones por 100.000 habitantes, para los 4 años acumulados, encontrándose 5 Comunidades Autónomas por encima de este valor.

Las especialidades que aparecen con más frecuencia en las demandas son Medicina General, que corresponde a la Atención primaria, Ginecología, Traumatología, Cirugía General y Medicina de Urgencias. Los casos correspondientes a Anatomía Patológica suponen un 0,4% del total.

Si relacionamos el número de casos con el de facultativos de cada especialidad que prestan sus servicios en el INSALUD, la que tiene mayor riesgo relativo es la neurocirugía.

La cuantía total pagada por el INSALUD por estos casos ha sido de 1.190 millones de pesetas. La media es de unos 8 millones por caso indemnizado, encontrándose la mayor parte de ellos entre 1 y 5 millones.

Las reclamaciones efectuadas en la especialidad de Anatomía patológica no han tenido por el momento repercusión económica.

El motivo de la reclamación, en tres de los casos de esta especialidad, ha sido la discrepancia en el diagnóstico entre varios servicios, y en el cuarto fue una deficiencia en la información clínica proporcionada a la paciente. En todos ellos se

consideró por parte del INSALUD y la compañía aseguradora que la asistencia prestada había sido correcta, aunque algunos se encuentran pendientes de resolución judicial.

La situación de los expedientes es definitiva solo en los casos cerrados con indemnización, que suponen el 14% de todas las reclamaciones analizadas. Existe un 41% que se han rehusado en vía administrativa, que pueden acudir a la vía judicial, y un 16% que se encuentran pendientes de actuaciones judiciales. El 29% restante está en tramite administrativo, o pendiente de presentar reclamación económica cuando se trata de demandas penales que se han archivado.

La gestión de riesgos tiene como objetivo minimizar la probabilidad de que se cometan errores que den lugar a reclamaciones. Incluye la identificación del riesgo, su evaluación, y sobre todo la prevención. Si no es posible evitar el suceso adverso, la medida paliativa sería la financiación de las compensaciones económicas.

SINTESIS Y CONCLUSIONES :

La GESTION DE LA ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA presenta las siguientes referencias :

1 . Gestion del “producto intermediario”

▸ Consumo de Recursos Humanos (Médicos y No Médicos) = Catalogación (Codificación)

▸ Consumo de Recursos Materiales :

- **Tipo Infraestructura Técnica Específica**

- Material General = Catalogación (Codificación)

- Instrumental = Catalogación (Codificación)

- Aparataje = Catalogación (Codificación)

- Producto Químico = Catalogación (Codificación)

- **Funciones implicadas :**

- Recepción-Registro

- Estudio Macroscópico y Selección de Muestras de MATERIAL ANATOMOPATOLOGICO = Catalogación (Codificación)

- Procesamiento Técnico de Laboratorio de las Muestras de Material Anatomopatológico (Técnicas = Muestras de Evaluación Microscópicas y No Microscópicas) = Catalogación (Codificación)

- **Conceptos de gestión : Consumo –Amortización – Mantenimiento**

- **Resultado : Coste diferenciado de las Muestras de Evaluación o Producto Intermediario .**

2 . GESTION DEL “PRODUCTO FINAL”

▸ Consumo de Recursos Humanos (Médicos y No Médicos – ya catalogados)

▸ Consumo de Recursos Materiales :

- Tipo Infraestructura Técnica Específica

- Material General = Catalogación (Codificación)

- Aparataje = Catalogación (Codificación)

- Funciones implicadas:

- Estudio de las Muestras de Evaluación (Microscópicas y No Microscópicas) y generación del DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO = Catalogación (Codificación)

- Manejo del DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

- Conceptos de gestión: Consumo – Amortización – Mantenimiento

- Resultado: Coste diferenciado del DIAGNOSTICO

- ANATOMOPATOLOGICO + Costes Unitarios Indirectos o de “Infraestructura General” .

BASES PARA LA INICIACION DE LA GESTION MEDICO-CIENTIFICA Y DE SU IMPACTO SOCIAL.

+++ El trabajo de Catalogación (Codificación) , entendido desde estas nuevas perspectivas , tendría que realizarse como paso previo a cualquier intento de crear un sistema de gestión que se adapte realmente a la auténtica ACTIVIDAD ANATOMOPATOLOGICA. Los catálogos deben ser conocidos y aceptados por la SEAP y por supuesto el Sistema de Gestión resultante .

PROBLEMAS ACTUALES EN LA PRACTICA ANATOMO PATOLOGICA.

Dra Teresa.G.Miralles, Dra. Carmen Urrutia

DIVERSIDAD.

Actualmente existe gran variabilidad en los procederes de la Anatomía Patológica lo cual refleja idiosincrasias o criterios diferentes que surgen por la distribución geográfica de los Hospitales y por su actividad asistencial.

Las causa quizá más importante de esta diversidad podría encontrarse en la falta de normativas.

El diseño por parte de la SEAP de unas guías y protocolos consensuados ayudarían a seleccionar la mejor alternativa ante los diferentes procederes, evitando criterios personales o insuficientemente contrastados.

Entre otras ventajas, una normativa proporcionaría a los profesionales mayor seguridad ante demandas legales.

1. –PRIMER PROBLEMA. RESPONSABILIDAD SOBRE LAS MUESTRAS.

Las muestras (tejidos o muestras citológicas) procedentes de consultas externas o quirófanos deberán llegar íntegras a los Servicios de Patología .Es responsabilidad del patólogo su distribución a otros laboratorios si no existiesen los medios necesarios para la realización de pruebas especiales como genética, biología molecular, citometria de flujo etc.

Es un reto para la Patología moderna que todas estas nuevas tecnologías sean incorporadas a nuestros laboratorios y que el patólogo no se quede como "simple distribuidor de tejidos" .

Además el estudio de piezas ya manipuladas puede repercutir en el diagnóstico y estadiaje.

En caso de una pieza manipulada **¿ Cual serian los pasos a seguir ?, ¿ De quien seria la responsabilidad ?.**

2. –SEGUNDO PROBLEMA. CONSULTAS ENTRE PATOLOGOS.

Consultas interdepartamentales. Cuándo existe una consulta entre patólogos del mismo Hospital o de otro Centro **¿ Debería el informe anatomopatológico ser firmado por ambos ?.**

Cuándo el caso por su complejidad fue presentado en Sesión departamental o interdepartamental, **¿se debería constatar este hecho en el informe anatomopatológico ?.**

Consultas extradepartamentales. El requerimiento de material para establecer una segunda opinión diagnóstica puede ser demandada por:

El clínico encargado del mismo y de su tratamiento.

El paciente.

¿ Tiene obligación el patólogo de ceder este material ?.

Hay actualmente unas recomendaciones establecidas por la Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology (ADASP).

- El patólogo responsable del caso debe enviar el material. Excepcionalmente podrá ser el propio paciente o sus familiares los que se encarguen del transporte de la muestra al patólogo-hospital consultor.

- La consulta debe incluir.
 - Datos de filiación.
 - Laminillas o bloques representativos de la lesión
 - Informe macroscópico (en ocasiones fotografías).
 - Examen microscópico y diagnóstico o impresión diagnóstica .

. Se deberá especificar el motivo de la consulta, el nº de laminillas o material remitido, la urgencia del caso y la necesidad o no de que el material sea devuelto laboratorio de origen.

. La respuesta recibida se incluirá conjuntamente con el informe del Servicio.

¿ Debería la SEAP adoptar las recomendaciones de la ADASP ?

¿ Deberían estas recomendaciones tener la categoría de normativa ?.

3 PROBLEMA . - PERIODO DE CONSERVACION DE MATERIAL E INFORMES.

En la actualidad la conservación dependen de criterios personales y limitación de espacios.

El material y los informes deberían guardarse al menos durante el tiempo razonablemente necesario para alcanzar el propósito concreto que justifico su recogida

De nuevo nos remitimos a las recomendaciones establecidas por la “Asociation of Directors of Anatomic and Surgical Pathology ” (The Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988) (CLIA-88).

a) Anatomía Patológica Quirúrgica.

Material	Periodo de conservación
Tejidos húmedos (en formol)	2 semanas después del informe
Bloques de parafina	5 años
Preparaciones microscópicas	10 años
Informes	10 años

B) Citopatología y Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF)

Material	Periodo de conservación
Preparaciones negativas o insuficientes	3 años
Preparaciones positivas	5 años
Preparaciones de PAAF	10 años

Informes	10 años

C) Estudio post-mortem

Material	Periodo de conservación
Tejidos húmedos (en formol)	3 meses después del informe
Bloques de parafina	5 años
Preparaciones microscópicas	10 años
Informes	10 años

En aquellos Hospitales que posean enseñanza pregrado y pos grado seria de gran interés didáctico crear un Museo de Patología.

¿Están definidos legalmente los tiempos de conservación de material e informes?

4 PROBLEMA. - MODO DE REGISTRO DE LAS MUESTRAS.

Según el Libro Blanco de la Anatomía Patológica de España, la mayoría de los Hospitales expresan que el nº de biopsias o citologías registrados se refieren al nº de

envases recibidos independientemente de que sean o no del mismo paciente y del mismo acto quirúrgico.

El que no haya una normativa estandarizada puede llevar a una falta de equidad al analizar la labor asistencial.

¿Debería establecerse un consenso respecto a este punto?

5 PROBLEMA. - CONSENTIMIENTO MEDICO INFORMADO (CMI) EN AP.

Desde hace muchos años los patólogos tenemos un documento firmado para realizar un proceder anatomopatológico, es el consentimiento de la autopsia.

El contacto con el paciente y la implicación en la ejecución al realizar una Punción Aspiración con Aguja Fina así como el aumento en nuestro país de litigios con condenas por ausencia de información sobre procedimientos o complicaciones de estos hizo que la SEAP se preguntase si existía necesidad de que el enfermo firmase un consentimiento antes de la realización de la PAAF.

En una encuesta cuyos resultados fueron presentados en el XIV Congreso Nacional de Citología (Sevilla 1997), se objetivó que de 37 Hospitales que respondieron, solo 9 utilizan el consentimiento sin embargo, la mayoría de encuestados (34) pensaban que era aconsejable que los pacientes lo firmasen.

La respuesta de la Asesoría Jurídica del Insalud fue que “ puesto que no existe posibilidad de riesgos notables o importantes en el proceder de las PAAF, no es aconsejable que el paciente firme el CMI. No obstante preciso la conveniencia (como opinión y no como criterio legal) de que se entregue antes de realizar la PAAF una hoja informativa.”

6 PROBLEMA. - VALIDEZ DEL INFORME DE LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA Y LA PAAF COMO DIAGNOSTICO PARA TOMAR UNA DECISION TERAPEUTICA.

En general el diagnostico citológico y por extensión el de la PAAF pueden conducir a mas conflictos medico-legales que el diagnostico de biopsias o piezas quirúrgicas debido a que puede conllevar un mayor nivel de errores.

Existe poca información en la literatura sobre cuando se considera el diagnostico citológico /PAAF suficiente para establecer una decisión terapéutica .

¿ Es posible establecer unas recomendaciones o normativas que ayuden al patólogo y a la vez eviten una Medicina defensiva?

PROPUESTAS

Como señala el libro blanco de la SEAP, “ la Sociedad Española de AP debe tomar parte activa en establecer normativas y efectuar seguimiento de las mismas de modo colegiado, instaurándose sistemáticas de actuación comunes y conmensuradas”.

Las etapas a seguir serian:

- Revisión bibliográfica del tema y consulta con Sociedades de Anatomía Patológica de otros países.
- Establecimiento de un equipo o grupo de profesionales (preferentemente multidisciplinario) interesado en los temas.
- Diseño escrito de las guías y protocolos.
- Consultas legales o jurídicas

- Aceptación por los patólogos/as
- Implantación y difusión.

BIBLIOGRAFIA

* American Association of Blood Banks, 15 th Edition of Standards, pg 28 and pp 39-41, Accreditation Manual for Pathology and Clinical Laboratory Services, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. Code of Federal Regulation, 42 CFR Part 405, et al.

*Sainz a; Quintana O, Sánchez Caro J. La información medica: el consentimiento informado.Fundamentos éticos y legales. Opinión. Rev Calidad Asistencial 1994;2:68-71.

*Conclusiones de la reunión de la C.E.C.A. sobre: Recomendaciones ante la introducción del consentimiento informado en hospitales. Rev Calidad Asistencial 1994;2:75-76.

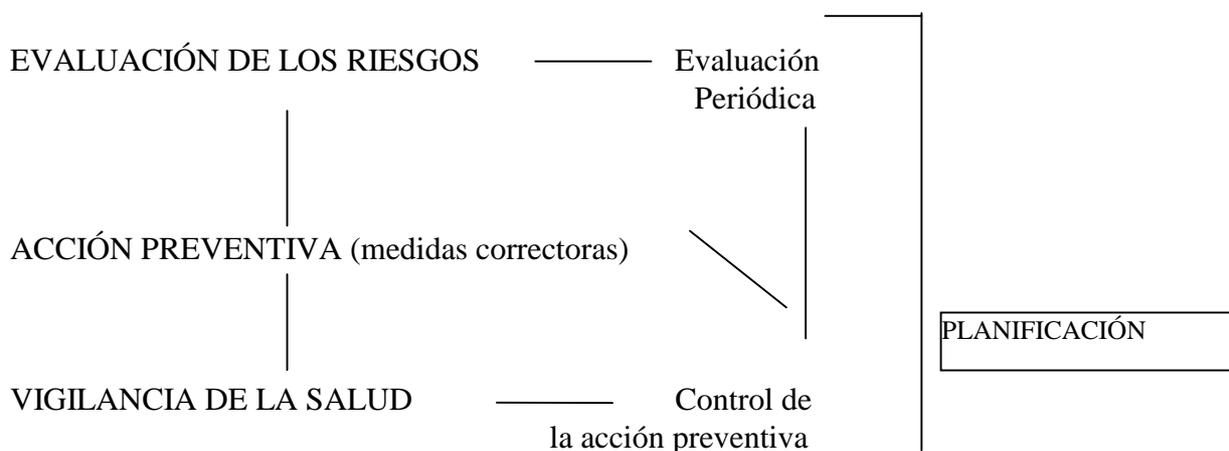
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Alicia Córdoba Iturriagagoitia.

INTRODUCCIÓN

El 8 de Noviembre de 1995 se publica la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) que traspone al ordenamiento jurídico español las normas europeas en materia de salud laboral. Esta Ley supone un cambio global en la concepción de la salud laboral. En primer lugar, se cambia el concepto de salud como ausencia de enfermedad física, al nuevo concepto de salud laboral como bienestar físico, psíquico y social. Con esta ampliación conceptual se incorporan al ámbito de la salud laboral problemas del área psicosocial y salud mental laboral que hasta la fecha no eran reconocidas.

En segundo lugar, la ley apuesta por la prevención como instrumento principal para salvaguardar la seguridad y salud de los trabajadores. La prevención se llevará a efecto a través de varios procesos que se continuaran en el tiempo y se pueden representar así:



La LPRL establece que la responsabilidad sobre la planificación de la prevención recae sobre el empresario. En la mayor parte de los hospitales, la responsabilidad será de la Administración Pública a través de los diferentes Servicios Sanitarios Públicos. Los Servicios Sanitarios Públicos, según autoriza la LPRL, delegan estas funciones de prevención en los llamados Servicios de Prevención, no así la responsabilidad.

En algunos centros, esta labor de control de la salud laboral la venían desarrollando los Servicios de Medicina Preventiva o los Servicios de Salud Laboral. Los nuevos Servicios de Prevención incorporan algunas novedades frente a los antiguos servicios, quizás lo más destacable es la incorporación a estos equipos multidisciplinares de especialidades de reciente aparición como la psicología aplicada y la ergonomía. Este nuevo tipo de servicio pretende actuar sobre el riesgo en origen y no limitarse a la vigilancia de la salud, y la prevención exclusivamente de las enfermedades infecciosas. Estos equipos están constituidos por médicos, químicos, ingenieros y psicólogos; ampliando sus capacidades y atribuciones.



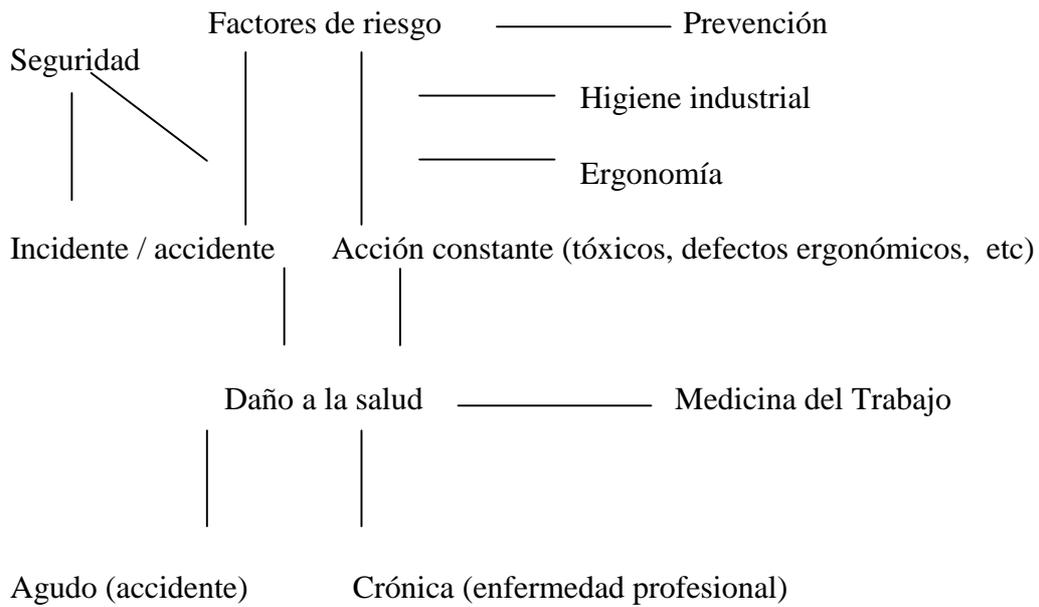
LOS RIESGOS O FACTORES DE RIESGO.

La LPRL en su artículo 4 define el “riesgo laboral” como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Sagehome lo define como peligros eventuales más o menos previsibles. Para calificar los riesgos de deben contemplar dos variables:

- La probabilidad de que se produzca el daño a la salud.

- La gravedad del daño producido.

En todo trabajo se producen una cadena de eventos que dan lugar o pueden dar lugar a un daño a la salud de quienes allí trabajan (Representamos también las especialidades que se ocupan de cada una de estos eventos).



Todos conocemos muchos ejemplos de circunstancias que deben reconocerse como factores de riesgo en los laboratorios:

- *Las taquillas son muy estrechas y están en contacto la ropa de trabajo con la ropa “de calle”.*
- *Los guantes son grandes y no ajustan, me corto con facilidad.*
- *En la sala de Macros no hay quien pare del olor a formol. La ventilación es insuficiente.*
- *En algunas biopsias peroperatorias debo trabajar tan rápido que a veces no uso guantes para cortar en el microtomo.*
- *Las llamadas de los compañeros para conocer los resultados de biopsias y citologías son constantes y me desconcentran.*
- *Yo fumo donde quiero. A mi nadie me va prohibir fumar en el laboratorio.*
- *La luz en la sala de autopsias me obliga a trabajar flexionando el cuello.*

El conjunto de estas circunstancias es lo que se entiende como “condición de trabajo”, definido en la LPRL como cualquier característica del trabajo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador.

Quedan específicamente incluidas en esta definición:

- a) Las características generales de los locales, instalaciones y equipos.
- b) La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos.
- c) Los procedimientos para la utilización de los agentes.
- d) Todas aquellas características del trabajo como las relativas a la organización y ordenación del trabajo que influyan en el trabajador.

Cuando pensamos en los riesgos que entraña nuestro trabajo, recordamos algunas circunstancias puntuales de riesgo como son las autopsias de pacientes infecciosos (SIDA, Creutzfeldt-Jakob, etc.), los cortes en la sala de macros, algún pinchazo en las punciones. Estos riesgos son los que llamaríamos normales en nuestro trabajo. Pero ocurre que hay otros muchos que no son propios del trabajo de patólogo sino que están relacionados y son propios de las condiciones de trabajo de cada servicio o de cada hospital.

Debemos acabar con algunos tópicos en relación con los riesgos laborales como son:

1. Los riesgos que decíamos normales en nuestro trabajo son inevitables. Esto solo es cierto en parte, pues la probabilidad de que el riesgo se materialice, se puede reducir al mínimo. Con lo cual las consecuencias como son los daños a la salud no se producirán nunca. Esto se conseguirá a través de una prevención eficaz.
2. El riesgo laboral más grave para el patólogo / citólogo es el riesgo a las infecciones. En la actualidad los problemas relacionados con la organización del trabajo pueden considerarse como los factores de riesgo más graves, que dan lugar a depresión, estrés, síndrome de Burnout, etc.
3. Los riesgos son consustanciales con mi trabajo y debe sobrellevarlos mientras pueda y como pueda. A todos los patólogos, tras muchos años de microscopio, les duele la espalda. Los riesgos deben evitarse o minimizarse cuando lo primero no sea posible. Nuestra salud no figura en el contrato.

La LPRL (art.15) establece cuales deben ser los principios rectores de toda acción preventiva donde vienen a plasmarse estos nuevos conceptos:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los que no se puedan evitar

- Combatir los riesgos en origen.
- Adaptar el trabajo a la persona.
- Tener en cuenta la evolución técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que no entrañe riesgo.
- Planificar la prevención.
- Anteponer la protección colectiva a la individual.
- Información y formación sobre los riesgos.

Como hemos tratado anteriormente existen unos especialistas en los hospitales (Servicio de Prevención) que pueden asesorarnos en todos estos temas, pero es fundamental conocer en cierta medida los riesgos a los que estamos sometidos, para poder pedir que se pongan en marcha algunas medidas preventiva. Es la vertiente formativa que reconoce la LPRL como instrumento preventivo de primer orden.

Para reconocer algunos factores de riesgo no se requieren grandes investigaciones, se puede detectar mediante la observación y la experimentación. Cuanto mayor sea la información sobre los riesgos más fácilmente se podrán evitar a nivel individual.

MARCO MATERIAL DEL TRABAJO

En este apartado trataremos de todo aquello en qué , sobre qué y con qué trabajamos. Que es el reflejo de la primera condición de trabajo definida en el artículo 4 de la LPRL.

La gran transcendencia del marco de trabajo se deriva de que es un condicionante de nuestra salud, nuestra seguridad, y nuestro confort. Todo ello determina tanto nuestra satisfacción como la calidad de nuestro trabajo.

1. **Espacio físico:** definido como las áreas del centro de trabajo edificadas o no, en las que los trabajadores deben permanecer o a las que pueden acceder en razón de

su trabajo (están incluidos lo servicios higiénicos y los locales de descanso).Los problemas en este tema se producen por.

- Espacios pequeños(< de 10 metros cúbicos por trabajador) que aumentan el riesgo de infecciones, las posturas forzadas, golpes, dificultades en la organización, tensión entre compañeros, distracciones, pérdida de tiempo.
- Espacios demasiado grandes que tienen como consecuencia: desplazamientos inútiles, fatiga, pérdida de tiempo, falta de comunicación, aislamiento.

1. **Orden y limpieza.** Se deben limpiar las instalaciones con la periodicidad adecuada para mantenerlos en condiciones higiénicas. Estas operaciones no deberán constituir por si mismas un riesgo (Suelos mojados que se vuelven resbaladizos). En estas instalaciones se tienen que llevar a cabo labores de mantenimiento periódicas (Sistemas de ventilación que pueden ser una fuente de legionella, filtros en las campanas que si no se recambian anulan su efecto, instalaciones eléctricas que producen riesgo de incendio).

2. **Ambiente físico:** en este apartado están incluidas la temperatura, la iluminación, el ruido, los olores.

- La temperatura es un factor fundamental para estar cómodo en el trabajo, aunque es difícil de establecer una temperatura ideal en las salas donde trabajan varias personas. Hay que recordar que resultan igualmente perjudiciales las bajas temperaturas que las altas. Se debe alcanzar un equilibrio entre la temperatura y la vestimenta. Se deben evitar temperaturas y humedades extremas, los cambios bruscos de temperatura, las corrientes de aire molestas.
- La iluminación de cada zona de trabajo deberá adaptarse a las características de la actividad que se efectúe. La iluminación excesiva e insuficiente produce fatiga visual y aumenta las posibilidades de error. Siempre que sea posible, la iluminación será con luz natural y se complementará con luz artificial. Existe además un aspecto subjetivo asociado a la iluminación. Resulta más triste y

menos confortable trabajar en un sitio oscuro y con luz artificial. Por lo que resulta recomendable, que los laboratorios de Anatomía Patológica no se instalen en los sótanos.

Exigencia visual moderada (junto al microscopio)	200 lux
Exigencia visual alta (mesa de autopsias)	500 lux
Exigencia visual muy alta (Macros,disección autóptica)	1000 lux

- El ruido, incluso débil, puede provocar malestar. El ruido puede dificultar la comunicación y entorpecer las tareas que exigen un esfuerzo mental. Son muchos los aparatos que producen ruido, por ejemplo las impresoras, fotocopiadoras que deben colocarse en lugares aislados para que el nivel de ruido sea mínimo. La norma que determina que nivel de ruidos debe evitarse es el Real Decreto 1316/1989.
- Los olores. Los malos olores que duran pocos minutos producen molestias como náuseas, y si se prolongan en el tiempo pueden acabar produciendo pérdida de apetito, etc. Los malos olores deterioran en gran medida las condiciones de trabajo. Este problema es de gran importancia en los laboratorios y puede reducirse con dos variables:
 3. La limpieza inmediata de las sustancias que desprenden mal olor con abundante circulación de agua corriente.
 4. Ventilación adecuada (Mínimo: de 30 metros cúbicos, por hora, por persona).

En el desarrollo normativo derivado de la LPRL se han publicado una serie de reglamentos sobre el marco material del trabajo que pasamos a referir:

- Reglamento sobre Lugares de Trabajo.
- Señalización de seguridad.
- Equipos de protección individual.

En todas estas normas se recogen las condiciones mínimas que deben reunir los lugares de trabajo.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO, QUÍMICO.

- 1. Riesgo biológico. Este riesgo de todos conocido, se ha regulado a través del Real Decreto 664/1997, en el que se establecen las normas mínimas de protección. Se reconoce como agente biológico como todo microorganismo que produzca infección , reacción alérgica o toxicidad. Los microorganismos se clasifican en cuatro grupos de riesgo de menor a mayor, y se establecen las medidas preventivas según el grupo de riesgo.**

Además este reglamento incorpora unas medidas higiénicas que se deben cumplir en todos los servicios:

- Se prohíbe comer, beber o fumar en las zonas de trabajo.
- Proveer a los trabajadores de prendas de protección apropiadas.
- Disponer de cuartos de aseo que incluyan productos para la limpieza ocular y antisépticos para la piel.
- Especificar los procedimientos de manipulación y procesamiento de muestras.
- El Servicio contará con todas las medidas de protección individual homologadas para su utilización en caso necesario.
- Los trabajadores dispondrán de 10 minutos al principio y final de la jornada para el aseo.
- Se dispondrá de doble taquilla para la ropa limpia y “contaminada”.

Todas las personas que estén sometidos a riesgo biológico deben someterse a vigilancia periódica de su salud y vacunaciones regladas. Todo ello se dirigirá desde el servicio de prevención.

Recordar además que todas las enfermedades infecciosas que contraiga el personal de asistencia sanitaria esta contemplado como enfermedad profesional (RD. 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social).

1. **Riesgo químico.** Las aplicaciones de las sustancias químicas en los laboratorios son innumerables y básicas. Estos productos son útiles pero en ocasiones son también peligrosos. El peligro se puede producir como accidente (explosión, incendio, inhalación aguda) o como enfermedad profesional (anemia, etc). Por ello, es preciso conocer las sustancias químicas, que constituyen los productos comerciales y revisar las etiquetas que acompañan estos productos. Todas las etiquetas deben incluir los siguientes apartados (R.D. 363/1995, de 10 de marzo, reglamento sobre notificación de sustancias nuevas, y clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas):

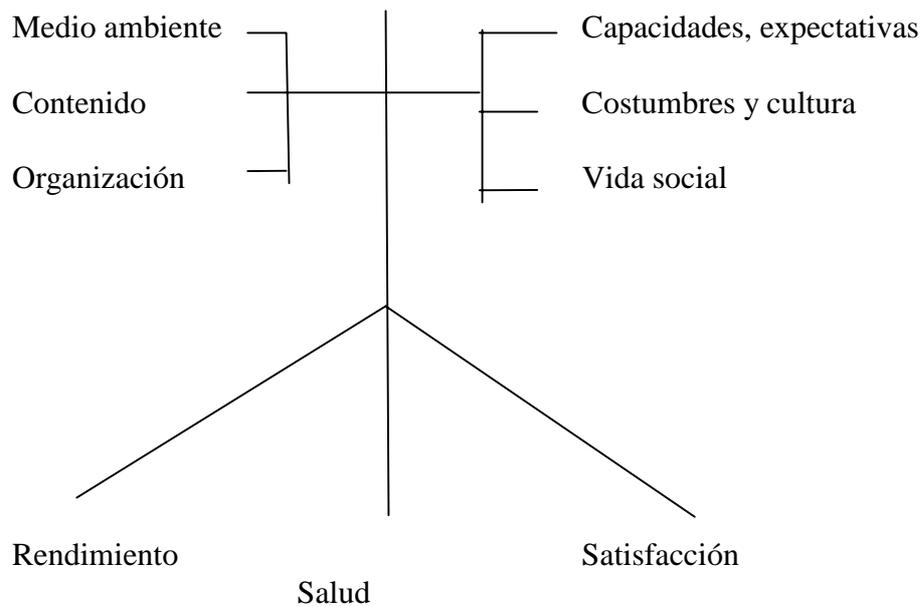
- Pictograma: Explosivo, corrosivo, tóxico, nocivo.
- Frases de riesgo que dan información sobre la naturaleza del riesgo.
- Frases o consejos de prudencia ay de uso del producto.

Otro de los errores más extendidos es la utilización de envases propios del centro sin etiqueta. Se produce cuando se compran productos en grandes envases que luego se traspasan a otros pequeños. En este cambio de recipiente no se acompaña de etiqueta y se pierde toda la información que esta dispone.

Además los fabricantes deben acompañar todos los productos de las fichas técnicas, toxicológicas y datos de seguridad.

FACTORES PSICOSOCIALES

Se definen como los elementos del medio ambiente laboral que en confrontación con las características del trabajador pueden influir en su rendimiento. Se expresa gráficamente con la siguiente figura:



Los factores psicosociales relativos al trabajo se clasifican en tres grupos:

1. La organización del tiempo de trabajo del trabajo
2. La tarea
3. Estructura de la organización

1. **La organización del tiempo del trabajo**, las horas de trabajo diario, mensual, anual o a lo largo de la vida son un factores determinante de nuestra forma de vida. Esto resulta muy claro entre los colegas que realizan guardias. Estos elementos tienen una repercusión muy importante en la salud. En la organización del tiempo de trabajo hay dos medidas preventivas que vamos a describir:

- Las pausas en el trabajo. Las pausas y descansos son necesarios para recuperarse de la fatiga física, psíquica y mental que acompañan al trabajo. El trabajo del patólogo utilizando un microscopio, puede asimilarse al trabajo de pantallas de visualización de datos, por los altos requerimientos visuales y mentales de ambas tareas. Esto es importante porque para este tipo de trabajo con pantallas se ha elaborado una reglamentación que reconoce la necesidad de realizar pausas

periódicas. Se recomienda una pausa de 10 minutos cada hora y media de trabajo con el ordenador (trasladándolo al microscopio). Estas pausas no significan estar en reposo total sino alternar con otra tarea que suponga un cambio postural (levantarse, dar unos pasos, descansar la vista). Los cambios posturales alivian la fatiga física sobre la columna, sobre la vista, y la fatiga mental.

- El horario flexible permite que sea cada profesional, el que organice su tiempo de trabajo y lo adapte a sus necesidades. La flexibilidad total no existe, pero hay posibilidades de variación en la entrada y salida.

1. **La tarea.** Todo trabajo contiene elementos que lo pueden hacer interesante y enriquecedor o por el contrario lo pueden convertir en desagradable, molesto y aburrido. Algunas características propias de la tarea determinan que esta sea motivadora y favorezcan el desarrollo profesional y otras pueden ser causantes de daños a la salud. Vamos a referir algunas:

- **Ritmo de trabajo.** Se define como el tiempo que requiere cada individuo en realizar un determinado trabajo. Desde el punto de vista ergonómico, el ritmo de trabajo debe permitir trabajar durante toda la jornada sin que se produzca una fatiga importante que conduzca a un daño a la salud. El ritmo de trabajo está condicionado por:



- **Monotonía.** En muchos casos la división del trabajo y superespecialización del trabajo hace que los casos se repitan con frecuencia. En la citología ginecológica se produce una repetición casi constante de los casos. La monotonía y repetitividad empobrecen la tarea convirtiéndola en algo mecánico y rutinario. Se produce una merma de la atención y concentración, con lo que aumenta la posibilidad de error. Para que el trabajo resulte interesante conviene que debe sea

variado. Debe producirse cierta multiplicidad de tareas que nos permitan regular mejor la carga de trabajo.

- **Autonomía.** Es la posibilidad de que sea el individuo el que organice su propio trabajo, regulando el ritmo, interviniendo en la resolución de problemas y en la toma de decisiones.
- **Nivel de cualificación.** Se refiere al tiempo de aprendizaje que necesita cada trabajo. El trabajo debe adecuarse en sus contenidos a la cualificación:



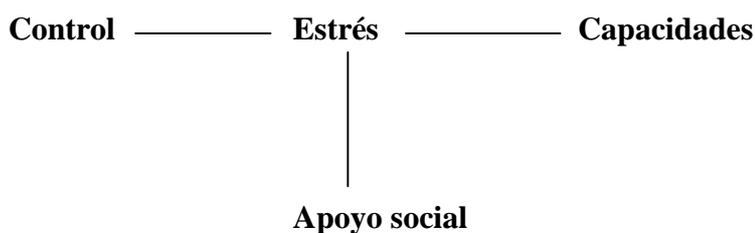
- **Nivel de responsabilidad.** Para que el trabajo sea satisfactorio debe permitir la iniciativa y la responsabilidad del individuo se manifiesten, siempre acordes con su formación.

3. Estructura de la organización del trabajo.

La organización debe orientarse a conseguir un clima que promueva el compromiso de los individuos con el sistema. Entre los factores relativos a la estructura de la organización que provocan insatisfacción laboral, podemos mencionar la comunicación en el trabajo, el estilo de mando y la participación en la toma de decisiones.

- **La comunicación.** El ser humano es en esencia un ser social y precisa de comunicación como sistema de relación, en el ámbito laboral. La falta de comunicación es una causa frecuente de estrés laboral. La comunicación en el trabajo se debe producir en tres sentidos:
 1. Descendente. *Desde los jefes hasta los indios.* En este sentido se deben transmitir las instrucciones que deben ser claras, las normas y lo que se espera de cada uno.

2. Ascendente. *De los indios a los jefes y gestores.* Debe existir un cauce abierto de comunicación con los jefes. Esto es difícil de conseguir en los sistemas muy autoritarios.
 3. Horizontal. Entre los compañeros para la coordinación e incremento del conocimiento. Normalmente se crea un marco de relaciones sociales satisfactorio y necesario (*El patólogo es un animal social*).
- **El estilo de mando.** Se definen cuatro estilos de mando que dependen de la función a desarrollar y de la madurez de las personas que la desarrollen.
Los estilos se suelen agrupar en 4 que oscilan desde el mando autoritario tipo militar, hasta el mando delegado, en el que se comparten las responsabilidades. Este tipo de mando es el apropiado en aquellas organizaciones que incluyen profesionales con gran capacitación y madurez, como puede ser un servicio de Anatomía Patológica.
 - **Participación en la toma de decisiones.** Se ha observado que la falta de participación en la toma de decisiones produce gran estrés y ansiedad. Esto se produce porque el individuo percibe este hecho como falta de control sobre su trabajo.



El hecho de participar contribuye a la formación y el crecimiento personal de quienes participan. Por otro lado, se produce un aumento de la productividad y la eficacia, con disminución de las enfermedades físicas y mentales.

CARGA FÍSICA

La carga física es la suma de todos los esfuerzos musculares que hacemos trabajando, incluidos los cardíacos. La actividad física consume nuestras reservas de

energía, y estas deben reponerse. Si no se produce esta reposición se produce la fatiga. Si la fatiga desaparece tras un reposo hablamos de fatiga sana. Si el reposo no es suficiente hablamos de sobrecarga física. La sobrecarga física tiene efectos sobre la salud:

- Agudos: agujetas, contracturas.
- Crónicos: alteraciones musculoesqueléticas (lumbalgia, cervicalgia), depresión, problemas circulatorios, partos prematuros, etc.

La sobrecarga física también actúa sobre el propio trabajo:

- Se acompaña de disminución de la atención y la precisión.
- Aparecen alteraciones del comportamiento como apatía o irritabilidad.

Las condiciones individuales como la edad, la constitución, el sexo, el estado de salud, el aprendizaje, e incluso la motivación influyen en nuestra condición física y por tanto en nuestra capacidad física para el trabajo.

Otras condiciones del trabajo también influyen como el marco de trabajo (calor, desorden, distancias, etc.) y los factores de relación (apoyo de los compañeros, horarios, organización del trabajo, etc.).

La carga física se produce tanto cuando se realiza un esfuerzo estático como dinámico.

La fatiga es mayor cuando se realiza un esfuerzo estático.

La fatiga es mayor cuando un trabajo requiere un solo grupo muscular. Se deben establecer pausas.

Algunos músculos son más resistentes y hay que tratar de utilizarlos (Flexión de rodillas, no flexión lumbar).

Cuando el movimiento requiere más precisión mayor es la fatiga física.

El trabajo de un patólogo sentado en un microscopio tiene muchas similitudes (carga física, psíquica y mental) con el trabajo desarrollado en una pantalla de

visualización de datos. Este tipo de trabajo ha sido motivo de una reglamentación específica (RD 488/1997), una guía técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene y normas de vigilancia a la salud. Creo que debemos revisar este tema pues hay muchas ideas y normas que podemos asimilar.

Se recogen las normas ergonómicas para que el mobiliario y el equipo se adapten a las medidas antropométricas del individuo.

Se recogen las normas de las pausas y la alternancia de tareas para reducir las cargas físicas y mentales.

La falta de adaptación del equipo a la persona da lugar a las llamadas alteraciones músculoesqueléticas. Se trata de un conjunto de alteraciones sobre cuya denominación ni siquiera existe acuerdo. Abarcan un amplio abanico de signos y síntomas que pueden afectar a distintas estructuras anatómicas (huesos, tendones, nervios, articulaciones) y de diversa localización (manos, muñecas, codos, nuca, espalda). Son difícilmente objetivables, pues el signo principal es el dolor y a veces es difícil catalogarlas bajo un diagnóstico preciso. Por último su origen multifactorial y su carácter acumulativo añaden dificultad a una definición precisa.

La encuesta nacional de Condiciones de trabajo ha determinado que éste es el problema de salud laboral que afecta a más trabajadores en España, y que es la primera causa de absentismo laboral.

CARGA MENTAL

Se considera como carga mental toda la actividad mental que desarrollamos con motivo del trabajo. La carga mental está relacionada con la actividad intelectual, y también con la actividad física pues esta requiere una actividad mental.

Después de ciertas jornadas de trabajo, nos sentimos particularmente "agotados" por el ritmo de trabajo, por la concentración exigida por nuestra actividad. Se trataría de una fatiga mental como sinónimo de cansancio o fatiga cerebral.

El termino de carga no tiene una connotación negativa, pues necesitamos una actividad mental y reflexión bien dosificadas. Una actividad mental excesiva provoca una sobrecarga mental que puede hacernos sentir angustiados. Una actividad mental escasa provoca aburrimiento y somnolencia. La baja carga mental no está asociada al reposo físico, porque la tensión de una persona esperando una peroperatoria supone una carga mental alta.

Podemos afirmar que la carga mental existe en todo trabajo, y resulta independiente del interés y la motivación.

Debemos recordar ahora como se desarrolla el proceso cognitivo, o cerebral:

1. Recibimos una información.
2. Procesamos la información y la relacionamos con los datos que constan en nuestra memoria.
3. Tomamos una decisión y actuamos.

En el contexto del trabajo se suelen producir situaciones que aumentan la carga mental por dificultar o perturbar el proceso cognitivo.

- La imprecisión en la obtención de la información.

Los datos clínicos que acompañan a las muestras son ilegibles e incompletos.

Me cuesta leer las publicaciones en inglés o francés.

Hoy debo informar las citologías porque mi compañero esta enfermo y yo me dedico a la patología quirúrgica.

- Las interrupciones suponen un esfuerzo constante de la memoria.

Las llamadas constantes para pedir información sobre las muestras.

Estamos estudiando un caso y nos llaman para hacer una punción.

- El ritmo de trabajo, la mayor parte de nuestra tarea requiere una reflexión, comprensión y un cierto tiempo. Si no dedicamos el tiempo necesario, cometemos

errores. En el periodo de aprendizaje no se puede exigir el ritmo habitual de trabajo.

Debería haber consultado con el clínico antes de sacar ese informe.

Es viernes y quiero dejar todo terminado.

Hago un informe provisional y lo pienso hasta mañana.

Se amontonan las citologías ginecológicas.

- El grado de precisión. La carga mental y la fatiga son mayores si nos enfrentamos a casos difíciles que ante las biopsias o citologías más rutinarias. El aprendizaje y la formación van unidas a una carga mental fuerte.

CARGA PSIQUICA

Llamamos carga psíquica o afectiva a las emociones y sentimientos que acompañan al trabajo. Entre ellos podemos hablar de emociones agradables y desagradables. Las emociones agradables pueden compensar de forma ficticia la fatiga física y mental. Las emociones negativas pueden de forma crónica desembocar en reacciones somáticas difíciles de relacionar con dichas emociones.

La sobrecarga psíquica puede producir un deterioro de la calidad del trabajo, por perder la perspectiva u objetividad.

Vamos a relatar algunos factores que influyen en la carga psíquica:

- La relación con la enfermedad y la muerte.

La tristeza que nos acompaña por ser portadores de malas noticias.

Las primeras autopsias dejan una huella en todos los residentes.

- La formación para enfrentarse al trabajo.

Los primeros diagnósticos de especialista requieren de un desgaste emocional grande.

La experiencia sigue siendo un grado.

- La sensibilidad y emotividad personal.

La implicación emocional con algunos casos, que supone un desgaste emocional.

- La situación personal.

Llevamos al trabajo todas nuestras sentimientos y percibimos a través de ellos. Los problemas se trasladan del trabajo a casa y a la inversa.

- La relación con los compañeros.

El compartir la preocupación, desafío, desconocimiento o problema reduce la carga psíquica.

CONCLUSIONES

- La salud laboral debe entenderse como la situación de bienestar físico, psíquico y social en el trabajo.
- La responsabilidad en materia de salud laboral recae en la Dirección del centro, y la gestión de la prevención en los servicios de prevención.
- Los factores de riesgo son múltiples y pueden producir daños (accidente laboral o enfermedad profesional).
- El principio de la acción preventiva es la eliminación del riesgo.
- El conocimiento de los factores de riesgo nos ayuda a evitarlos.
- Los factores psicosociales y la patología que de estos se deriva, resulta muy frecuente y grave en nuestra profesión.
- Las alteraciones musculoesqueléticas se perfilan como patología laboral emergente y requiere un diseño ergonómico del puesto de trabajo.
- La adecuación de la carga física, psíquica y mental de cada tarea al individuo que la realiza, es el mejor sistema de prevención de los riesgos.

BIBLIOGRAFIA

- LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, de disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de Enero, reglamento de servicios de prevención.
- Real Decreto 488/1997, de 14 de Abril, reglamento de pantallas de visualización de datos.
- Real Decreto 485/1997, de 14 de Abril, reglamento de señalización de seguridad y salud en el trabajo.
- Real Decreto 487/ 1997, de 14 de Abril, manipulación manual de cargas.
- Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, agentes biológicos.
- Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, reglamento de utilización de equipos de protección individual.
- Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Pantallas de visualización de datos.
- Guía técnica de evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización. INSHT.
- Por un trabajo mejor. Personal sanitario. Guía de análisis de las condiciones de trabajo en el medio hospitalario. D.Sagehome. Documentos Divulgativos del INSHT.
- El riesgo químico. Nº11. Curso a distancia de prevención de riesgos laborales. INSHT.
- El ruido.Nº 13. Curso a distancia de prevención de riesgos laborales. INSHT.
- Introducción a la Prevención de Riesgos Laborales de origen Psicosocial. Documentos Divulgativos del INSHT.
- Aspectos actuales en la salud mental laboral. J.A. Florez Lozano. Medicina integral, 1998:372-379.
- Prevención del riesgo causado por factores psicosociales en trabajadores del sector servicios. M.T. del Campo, I. Delgado, J. Sanz, A. Agulló. Medicina del Trabajo,7,2, Abril 1998:88-94.