

CONGRESO NACIONAL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA  
Cádiz, 22-24 de mayo, 2013

**GESTIÓN, CALIDAD Y LIDERAZGO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA**

(Curso corto, 2 horas)

Objetivo: Compartir el desarrollo de herramientas que permitan mantener y potenciar el valor de la Anatomía Patológica como especialidad clave de la Medicina, más aún en el actual contexto de crisis: La Gestión como instrumento de eficiencia, La Calidad como garantía de excelencia, el Liderazgo como habilidad para conducir y participar en el logro de objetivos.

Moderador: José Antonio Giménez Mas

√ **PONENCIA:**

- Sistema de Información y codificación
  - Marcial García Rojo
  
- Buenas Prácticas Profesionales y Buen Gobierno: Afrontando el futuro
  - Luis Martín Jiménez
  
- Cómo otorgar crédito a nuestra Calidad
  - Antonio Martínez Lorente
  
- Sistemas de Calidad. Acreditación por la Norma UNE EN-ISO ISO 15189
  - Isabel de la Villa
  
- Liderazgo. Más allá de la Gestión y la Calidad
  - Claudio Drapkin

√ **PROPUESTA DE REFUNDACIÓN DEL CLUB DE GESTIÓN DE LA SEAP**

- José Antonio Giménez Mas

√ **DISCUSIÓN**

# Sistema de información y codificación

**Dr. Marcial García Rojo**

*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

La Nomenclatura Sistematizada de Medicina-Términos Clínicos (SNOMED CT) fue creado originalmente por el Colegio Americano de Patólogos (CAP), y, desde abril de 2007, es propiedad, es mantenido y es distribuido por la Organización Internacional de para el Desarrollo de la Normalización de Terminología en Salud (IHTSDO) [1]. Actualmente, hay disponibles traducciones de SNOMED CT al alemán y al español.

SNOMED CT es una terminología clínica, multilingüe, que se basa en tres pilares fundamentales: conceptos, descripciones (o sinónimos) y relaciones entre conceptos. A su vez, los conceptos se agrupan en jerarquías [2].

Concepto: Es la unidad mínima de significado. Hay más de 300.000 en SNOMED CT. Para poder representarlos se utiliza un identificador (“código”), un descriptor y unas relaciones con otros conceptos. Los identificadores utilizados en SNOMED CT (p. ej. 28899001 para carcinoma epidermoide, 35917007 para adenocarcinoma o 32048006 para adenoma) de forma aislada no aportan ningún significado [3]. Esto supone una gran diferencia con SNOMED II, donde el último dígito en los códigos morfológicos indicaba la benignidad o malignidad de del término que representaba el código (M-80703 para carcinoma epidermoide, M-81403 para adenocarcinoma o M-81400 para adenoma).

Las relaciones son enlaces entre dos conceptos, diseñados para expresar información en un lenguaje entendible por las máquinas. Esta es la principal riqueza de SNOMED CT, que incluye más de 1,300.000 relaciones. Si no encontramos el concepto que necesitamos entre los conceptos individuales de SNOMED CT, es posible “confeccionar” el significado que necesitamos, mediante la combinación de dos o más conceptos. A este proceso, se le denomina postcoordinación, aunque hay ciertas reglas para poder combinar términos [2,3]. Los sistemas de información de anatomía patológica deben gestionar la codificación no sólo un resumen de diagnósticos sino de todo el informe anatopatológico. Para ello, es necesario definir informes normalizados, siguiendo alguna de las diversas iniciativas internacionales ya existentes, como Cancer Checklists (CAP, <http://www.cap.org/cancerprotocols>), International Collaboration on Cancer Reporting (RCPA, [http://www.rcpa.edu.au/Publications/StructuredReporting/ICCR\\_CANCER\\_DATASET\\_S.htm](http://www.rcpa.edu.au/Publications/StructuredReporting/ICCR_CANCER_DATASET_S.htm)) o Integrating Healthcare Enterprise - Anatomic Pathology Structured Reports (IHE, [http://www.ihe.net/Technical\\_Framework/](http://www.ihe.net/Technical_Framework/)). Estas tres iniciativas están colaborando entre sí y en todas se contempla el uso de una terminología estándar como SNOMED CT, para facilitar la entrada y la comunicación de datos, de forma transparente para el usuario [4].

Para crear informes estructurados (normalizados) en los sistemas de información de patología es aconsejable codificar todo el informe, es decir, codificar las preguntas y la respuesta. La pregunta es la que aporta el contexto y por ello, lo habitual es codificarla como la jerarquía entidad observable. Por ejemplo, para codificar la pregunta “tipo de muestra recibida” utilizaríamos el concepto specimen type, de la jerarquía entidad observable: 371439000 | Specimen type (observable entity). En la codificación de las respuestas es donde menos consenso hay en anatomía patológica y es necesario elaborar normas internacionales que definan los pasos a seguir. En muchos casos, como en la

codificación de diagnósticos, las opciones son dos tipos de conceptos: morfológicos y hallazgos clínicos [4].

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. IHTSDO. The International Health Terminology Standards Development Organisation <http://www.ihtsdo.org/>
2. International Health Terminology Standards Development. SNOMED CT® User Guide. January 2013 International Release (US English). Disponible en: [http://ihtsdo.org/fileadmin/user\\_upload/doc/](http://ihtsdo.org/fileadmin/user_upload/doc/)
3. Nachimuthu SK, Lau LM. Practical issues in using SNOMED CT as a reference terminology. Studies in Health Technology and Informatics 2007; 129(Pt1): 640-644. Disponible en: <http://books.google.es/books?id=dEXxG4XyvKwC>
2. García Rojo M. Uso actual de SNOMED CT en los Servicios de Anatomía Patológica en España y Europa. Inforsalud 2008 - XI Congreso Nacional de Informática de la Salud. Madrid, 16 de abril de 2008. Disponible en: <http://www.conganat.org/digital/#Terminology>

## **Buenas Prácticas Profesionales y Buen Gobierno: Afrontando el futuro**

**Luis Martín Jiménez**

*HUSO. Leganés Madrid*

Desde el inicio del siglo XXI la práctica de la medicina está experimentando cambios profundísimos. El conocido informe “To err is human. Building a safe health system” puso de manifiesto que unas prácticas profesionales poco cuidadosas con los resultados indeseables de los procedimientos médicos, aunadas a una escasa motivación para el aprendizaje de los errores, podía tener resultados devastadores para el bienestar y la supervivencia de muchos pacientes. La lucha contra las malas prácticas médicas ha emergido como uno de los paradigmas que sustentan la moderna medicina gestionada, que se va imponiendo en todos los países de nuestro entorno cultural. Nuestra especialidad, como parte integrante, y cada vez más esencial, de la medicina actual, no puede quedar al margen del impacto que estos cambios de paradigma implican. La incorporación de modelos de excelencia clínica que aseguren la realización de nuestro trabajo conforme a las mejores prácticas disponibles, la introducción de sistemas de estandarización de la práctica anatomopatológica y la evaluación externa de nuestra actividad son hoy herramientas esenciales para adaptarse a las crecientes exigencias de nuestro entorno. Los servicios de anatomía patológica del siglo XXI necesitan desplegar una cultura organizativa basada en la excelencia, el control continuo de resultados y el alineamiento con las medidas de buen gobierno que empiezan a aflorar en las organizaciones sanitarias de nuestro país.

Consciente de la importancia de favorecer la evolución de la especialidad en España hacia este nuevo horizonte, la presidencia de la SEAP tomó la decisión de recomendar la adopción de un modelo de acreditación para favorecer la búsqueda de la excelencia por los servicios de anatomía patológica de nuestro país. Por ello impulsó, en septiembre de 2011, la formación de un Grupo de trabajo sobre gestión de la calidad y acreditación en Anatomía Patológica. El Presidente de la SEAP encargó a este Grupo configurar los elementos esenciales que facilitarían, a los servicios de anatomía patológica que así lo desearan, el acceso a un programa de acreditación, partiendo de la Norma “UNE-EN ISO 15189:2007. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia”.

El grupo terminó sus trabajos a principios de 2013 y el resultado de estos fue publicado en la página web de la Sociedad para que pudiera ser consultado por los miembros de la especialidad, abriendo así un proceso de debate que permita incorporar el consenso de la profesión.

El núcleo fundamental de la producción del Grupo de trabajo sobre Gestión de la Calidad y Acreditación está recogido en un documento llamado “REGLAS Y CONSEJOS” SOBRE BUENAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN ANATOMÍA PATOLÓGICA. Este documento constituye el primer intento serio en nuestra especialidad de construir un manual para facilitar que, los servicios de anatomía patológica que así lo decidan, puedan emprender la senda de la excelencia clínica. En él se define lo que entiende la SEAP por buenas prácticas y se delimitan los estándares que deberían ser exigidos a los servicios que acometan la tarea de acreditarse. Se configura además una propuesta de cuadro de mando y se aportan abundantes soportes documentales para facilitar la elaboración del Manual de la calidad y de las correspondientes instrucciones técnicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: To err is human: building a safer health system. National Academies Press. 2000
2. Nakhleh, RE: What is quality in surgical pathology. J. Clin. Pathol. 2006; 59: 669-672
3. Standards2Quality – Guidelines for Quality Management in Surgical Pathology Professional Practices; a Proposal for Laboratory Physicians in Ontario <http://www.ontariopathologists.org/resources/quality>
4. Nakhleh, RE: Patient Safety and Error Reduction in Surgical Pathology. Arch. Pathol. Lab. Med. 2008; 132: 181-185
5. “REGLAS Y CONSEJOS” SOBRE BUENAS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN ANATOMÍA PATOLÓGICA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (SEAP) 2013. [http://www.seap.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=2c57cff9-9860-4dd7-8088-f1c583896fab&groupId=10157](http://www.seap.es/c/document_library/get_file?uuid=2c57cff9-9860-4dd7-8088-f1c583896fab&groupId=10157)

## Cómo otorgar crédito a nuestra calidad

**Antonio Martínez Lorente**

*Servicio Sinergizado de Anatomía Patológica. Hospitales de Torrejuela y Vinalopó.*

Los nuevos requerimientos de la actividad asistencial van a llevarnos, tarde o temprano, a establecer la implantación de un sistema de calidad y para ello nos vamos a formular, necesariamente, algunas preguntas: ¿es alcanzable el objetivo?, ¿de qué partimos?, ¿puedo saber las mejoras que debo hacer?, ¿en qué situación están los otros?... a las que debemos encontrar respuestas para continuar con nuestro *plan sobre buenas prácticas profesionales*.

Basado en el modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*) la Generalitat Valenciana establece en el 2004 las directrices para la implantación de un proceso de evaluación y acreditación de las prácticas sanitarias. La ventaja que aportó este modelo, visto con una perspectiva actual, es que puede ser utilizado como instrumento práctico, no prescriptivo, que permite tener una visión global de una organización y una misión

determinada para evaluar su nivel de excelencia. Se **caracteriza** por identificar puntos fuertes y carenciales, por disponer de un único lenguaje implica iniciativas e innovaciones y dispone de una estructura básica o marco de referencia. En cuanto a sus **elementos**, dispone de conceptos básicos de excelencia, crea un marco que define el modelo de referencia y genera un esquema lógico REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión) como herramienta y esquema dinámico de evaluación. Y por último, su **base** son nueve criterios: liderazgo, estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, productos y servicios, resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad y resultados clave.

La Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al paciente de la Conselleria de Sanitat, recoge en el 2013 el testigo de INACEPS y plasma en el **Manual para la Acreditación de Servicios de Anatomía Patológica** el desarrollo de diez áreas de evaluación orientadas a la asistencia sanitaria. Seis responden al componente de gestión: dirección y **gestión** de la organización, gestión de los recursos humanos, el entorno de la asistencia y las funciones logísticas, gestión de la información y del conocimiento, gestión y mejora continua de la calidad y resultados. Tres áreas están referidas al proceso asistencial: **proceso asistencial**, continuidad de la asistencia y gestión y control de acontecimientos adversos, y un tercer componente, como es la ética, orientado a los **pacientes** y aspectos relacionados con la asistencia (relación con los pacientes y aspectos éticos de la asistencia) recoge la última de las áreas.

El manual tiene una estructura básica definida como **dimensión** que va precedida de una corta introducción en la que se hacen constar los principios y valores que posteriormente se desarrollan en forma de **criterios** y **estándares**. Cada dimensión tiene un peso específico pudiendo obtener una puntuación máxima de 1000:

1. Dirección y gestión de la organización	80
2. Gestión de los RRHH	80
3. Gestión de las funciones logísticas	80
4. Gestión de la información	80
5. Gestión y mejora continua de la calidad	80
6. Relación con los pacientes y aspectos éticos	100
7. Proceso asistencial	160
8. Continuidad de la asistencia	100
9. Gestión y control de acontecimientos adversos	120
10. Resultados	120

Una de sus principales fortalezas es el valor que se da al análisis de la estructura, los procesos y los resultados identificando con claridad las áreas específicas de mejora. Y una lectura posible de este modelo, debatida en el Grupo de Gestión de la Calidad y la Acreditación de la SEAP, sería aquella que lo sitúa como una herramienta de medida. Medir va a proporcionarnos la entrada a una dimensión muy útil: una dimensión objetiva puede establecerse en nosotros mismos, entre nosotros y nuestro entorno y situar en coordenadas de espacio-tiempo las distintas puntuaciones que, en definitiva, van a responder a distintas realidades... tal vez, así sepamos cómo *otorgar crédito a nuestra calidad*.

# Sistemas de Calidad. Acreditación por la Norma UNE EN-ISO 15189

Isabel de la Villa

ENAC

La **Entidad Nacional de Acreditación** (ENAC) es la entidad designada por el Real Decreto 1715/2010 como único Organismo Nacional de Acreditación, dotado de potestad pública para otorgar acreditaciones, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento (CE) n.º765/2008 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 9 de Julio de 2008.

ENAC desarrolla su actividad en el ámbito estatal evaluando, a través de un sistema conforme a normas internacionales (norma UNE-EN ISO 15189 para Anatomía Patológica), la competencia técnica de las organizaciones que ofrecen servicios de Evaluación de la Conformidad (laboratorios, entidades de certificación e inspección, verificadores, etc.) que operen en cualquier sector, sea en el ámbito voluntario o en el obligatorio cuando reglamentariamente así se establezca.

España ya había incorporado desde hacía tiempo a su ordenamiento jurídico y en su práctica diaria, a través de ENAC, la doctrina y los requerimientos que la Unión Europea y los Organismos Internacionales venían acordando para este sector de actividad, dando cumplimiento a la inmensa mayoría de las cuestiones contenidas en el Reglamento Comunitario.

## Acreditación en Anatomía Patológica

El proceso de acreditación se lleva a cabo tomando como referencia la norma internacional UNE-EN ISO 15189 que establece los requisitos de calidad y de competencia que deben cumplir los laboratorios clínicos. Esta norma incluye requisitos para el sistema de gestión de la calidad (control de la documentación y los registros, mejora continua e indicadores de calidad, gestión de las segundas opiniones, etc.) y para todas las etapas de actividad de un servicio de anatomía patológica: desde el correcto envío y conservación de las muestras, las actividades técnicas del laboratorio, existencia de protocolos adecuados, actividades de control de calidad y revisiones entre pares, control de equipos, de las instalaciones, la emisión de los informes, los tiempos de respuesta, etc.

El proceso de acreditación es un proceso riguroso y continuo en el que participa un especialista en anatomía patológica para la evaluación de la competencia técnica en dicho área. La continuidad permite garantizar que los servicios de anatomía patológica acreditados mantienen su competencia técnica y, por ello, se les reevalúa regularmente.

- *Norma UNE-EN ISO 15189. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia*
- *CGA-ENAC-LCL. Criterios generales de acreditación de laboratorios clínicos.*

*Toda la documentación necesaria para el proceso de acreditación se encuentra disponible en [www.enac.es](http://www.enac.es). Igualmente, a través de la web se encuentra disponible un sistema de consultas que es atendido en breve espacio de tiempo.*

# Liderazgo. Más allá de la Gestión y la Calidad

**Claudio Drapkin**

*Director de SOLOCOM Consultores*

- ¿Por qué y para qué del Liderazgo en A.P?
  - El liderazgo es una necesidad sine-qua-non para manejar equipos en el contexto actual
  - Jefe, director, líder: manos + cabeza + corazón
  - Las dimensiones de la dirección vs. las dimensiones del liderazgo
- ¿Cómo llegar a ser un líder?
  - Autoconciencia: Mi estilo de Liderazgo (foco en la persona vs. foco en los resultados)
  - Preparación y Formación. Desarrollando competencias:
    - Hacia uno mismo
    - Hacia los demás
    - Hacia la Organización
- Un Programa de Liderazgo para Directores de Servicio de AP
  - La experiencia del Programa DAKO de Habilidades de Liderazgo para Directores de Servicio de AP
  - Presentación del Vídeo de la Experiencia
- ¿Cuáles son los recursos personales para convertirse en líder?
  - Nuestros Referentes
  - Nuestros Recursos Personales

## **PROPUESTA DE REFUNDACIÓN DEL CLUB DE GESTIÓN DE LA SEAP**

**José Antonio Giménez Mas**

*Hospital Universitario Miguel Server. Zaragoza*

Para nutrir y dar continuidad a este Curso Corto y al proyecto del Grupo de trabajo sobre Calidad y Acreditación de la SEAP, se propone volver a poner en funcionamiento el Club de Gestión con los siguientes objetivos:

1. Gestión: Promover la implicación de los patólogos en el desarrollo de herramientas de gestión para optimizar nuestras actividades con objetivos de eficiencia y sostenibilidad.
2. Calidad: Facilitar el intercambio de ideas y experiencias sobre Calidad, tanto en el desarrollo e implantación de Buenas Prácticas Profesionales como en el proceso de Acreditación normalizada.
3. Liderazgo: Fomentar y dirigir el desarrollo de habilidades de liderazgo de los patólogos desde la propia Sociedad
4. Libro Blanco: Asistir al Vocal del Libro Blanco como foro de discusión y planteamiento de objetivos a desarrollar en las sucesivas ediciones del Libro Blanco y facilitar su interrelación con otros clubes y con el resto de la SEAP.