de los casos. El resto de variables son «dependientes del explorador» y deben ser completadas antes de realizarse la misma. El análisis de estas 7 variables muestra que se completan de forma correcta solo 51 (14,2%) y con errores 309 (85,8%), de los cuales con uno o 2 errores el 45,6% y con más de 2 errores el 54,4%. Cuando los errores eran 2 o más siempre se situaban a la cabeza la ausencia de riesgos personalizados, el nombre legible del facultativo que realiza la exploración y la ausencia de los datos de filiación.

En cuanto al periodo de reflexión, de los 360 CI revisados, 286 fueron para exploraciones efectuadas con carácter ambulatorio, lo cual supone un largo periodo de reflexión (largas listas de espera); sin embargo, en 74 casos (20,5%) el consentimiento se requirió momentos (instantes) antes de realizar la exploración. De estos 74 casos, en 58 de ellos (16,1%) los pacientes se encontraban ingresados en el hospital y la exploración se efectuó sin carácter de urgencia y en 16 casos (4,4%) fueron exploraciones urgentes. Si bien en ambas circunstancias no se realizó la exploración con un periodo previo de reflexión adecuado, en aquellas realizadas con carácter urgente la espera no fue posible y la información solo pudo darse momentos antes de tener que realizarse la exploración. En las otras ocasiones, las que se realizan en pacientes ingresados, este tipo de actitudes podrían interpretarse de forma coercitiva y no reflejan más que el simple «formulismo» que impera entre los médicos para su obtención⁵. Con todos los datos expuestos en el presente estudio, circunscribiéndonos a nuestro ámbito, sugerimos la modificación de los impresos del CI que permita incluir todos los requisitos que marca la Ley

41/2002 en nuestro centro: valorar la forma de implantar el periodo de reflexión necesario con los pacientes ingresados.

Bibliografía

1. Jefford M, Moore R. Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *Lancet Oncol.* 2008;9:485-93.
2. Volpe RL. Patients' expressed and unexpressed needs for information for informed consent. *J Clin Ethics.* 2010;21:45-57.
3. Akkad A, Jackson C, Kenyon S, Dixon-Woods M, Taub N, Habiba M. Patients' perceptions of written consent: questionnaire study. *BMJ.* 2006;333:528.
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
5. Meisel A, Kuczewski M. Legal and ethical myths about informed consent. *Arch Intern Med.* 1996;156:2521-6.

C. Barrios Peinado^{a,*}, M. Hernández Tejero^a,
I. Millán Santos^b y M. Alonso Durán^b

^a Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

^b Servicio de Bioestadística, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cbarrios.hpth@salud.madrid.org
(C. Barrios Peinado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.10.007>

El Laboratorio Clínico en Atención Sanitaria, ¿proceso clave o de apoyo?

The clinical laboratory in the health care system: a key or a support process?

Sra. Directora:

Una organización es tanto como son sus procesos pues definen su estrategia y muestran cómo plantea sus tácticas y despliega su gestión. Los clave se relacionan directamente con el objeto de la misma, con su misión o razón de ser. Los de apoyo proporcionan los recursos necesarios para que los clave, que tienen una importancia capital en el funcionamiento de la organización, puedan llevarse a cabo, siendo crucial todo lo concerniente a su gestión.

El macroproceso de atención sanitaria al paciente, y a la población desde un punto de vista global, se divide en una serie de procesos de alcance más localizado. Los clave estarán totalmente alineados con el núcleo estratégico de la organización, misión, visión y valores. Los de apoyo cabe incluso externalizarlos si así se consigue una gestión más eficaz de la organización.

El laboratorio clínico interviene en más del 70% de las decisiones médicas, de diagnóstico, tratamiento o prevención, siendo parte fundamental del diagnóstico y enfoque terapéutico¹. Como proceso fundamental, debe estar

enfocado al paciente, disponer de los mecanismos necesarios para añadir valor al diagnóstico y al tratamiento y no ser un simple intermediario de datos². Así, un laboratorio clínico que añade valor al proceso operativo de diagnóstico, tratamiento o prevención³ forma parte del proceso asistencial y del núcleo de la organización, considerándose un proceso clave. No obstante, esta no es la realidad en todos los casos.

¿Qué papel debe de ejercer el laboratorio clínico para sobrevivir y seguir formando parte de los procesos clave de la sanidad? La respuesta pasa por diferenciarse a nivel de su visión y de su estrategia de forma continuada. Como proceso clave y no de apoyo, el laboratorio se plantea como un auténtico servicio de atención al cliente. El impulso generado al formar parte de la organización es muy superior al generado como simple proceso de apoyo. El profesional del laboratorio, aplicando el conocimiento inherente a su especialidad⁴, aportará un informe⁵ que añade un valor que difícilmente podría conseguirse si el proceso se considera de apoyo. En el laboratorio se generan millones de datos «huérfanos», susceptibles de ser mal interpretados y ocultar aquellos que realmente poseen relevancia clínica. En este contexto, el informe del resultado de las pruebas con comentarios interpretativos, aportando conocimiento, es determinante². También mediante estudios de comparación de la demanda⁶ pueden establecerse estrategias para la adecuada solicitud de exploraciones analíticas⁷ y así evitar no solo un gasto económico innecesario, sino los

trastornos producidos al paciente y a la sociedad por los resultados falsos positivos por demanda en poblaciones con baja prevalencia. De esta forma mejorará la efectividad del servicio prestado y también el coste, con un impacto claro en la eficiencia del laboratorio en el diagnóstico y consecuentemente del sistema sanitario.

¿Dónde se encuentra en la actualidad el proceso de diagnóstico biológico? ¿Dónde y con qué planteamientos es más eficiente en el sistema? ¿Cómo diseñamos el mapa de procesos de la organización sanitaria? El concepto de mapa estratégico se desarrolló⁸ a raíz de la concepción del cuadro de mando integral (CMI)^{9,10}. La razón inicial del CMI de proveer a las organizaciones de las métricas para medir su éxito mediante el principio «no se puede controlar lo que no se puede medir» se complementó con otro: «no se puede medir lo que no se puede describir» creándose el concepto de mapa estratégico para describir la estrategia, y conseguir el alineamiento de los miembros de la organización hacia el logro de los objetivos y visión. Según como contestemos a las preguntas enumeradas, el laboratorio clínico se sitúa en un espacio u otro del mapa de procesos. No se trata solo de un problema gráfico, tiene una importancia mayor, pues define un sistema de gestión u otro, y también la efectividad y eficiencia aportada por el laboratorio clínico que serán claramente distintas según se considere como clave e integrante del núcleo operativo de la organización, o solamente de apoyo y soporte de los otros procesos. Es misión de los profesionales del laboratorio, pero también de los gestores sanitarios, disponer de una visión clara en su organización, adaptada a los nuevos tiempos y a la consecución de las nuevas necesidades de la sociedad. También es fundamental que el profesional del laboratorio clínico actúe con una estrategia diferenciadora involucrándose en el diagnóstico y en el proceso asistencial y así ofrecer, mediante su conocimiento y aprendizaje, un servicio de Laboratorio clave, necesario y acorde a los nuevos tiempos.

Bibliografía

1. Forsman RW. Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations? *Clin Chem*. 1996;42:813-6.
2. Salinas M, López-Garrigós M, Uris J. Towards laboratory knowledge, not data, in 70% of clinical decision-making. What

“knowledge management” can add to clinical practice? *Clin Chem Lab Med*. 2011;49:1389-90.

3. Salinas M, López-Garrigós M, Gutiérrez M, Lugo J, Sirvent JV, Uris J. Achieving continuous improvement in laboratory organization through performance measurements: a seven-year experience. *Clin Chem Lab Med*. 2010;48:57-61.
4. Flores E, Leiva M, Leiva-Salinas C, Salinas M. The degree of knowledge shown by physicians in relation to the variability of laboratory test results. *Clin Chem Lab Med*. 2009;47:381-2.
5. Plebani M. Interpretative commenting: a tool for improving the laboratory clinical. *Clin Chim Acta*. 2009;404:46-51.
6. Salinas M, López-Garrigós M, Diaz J, Ortuño M, Yago M, Laíz B, et al. Regional variations in test requiring patterns of general practitioners in Spain. *Ups J Med Sci*. 2011;116:247-51.
7. Salinas La Casta M, Flores Pardo E, Lugo Arocena J, Uris Selles J. Declining demand for laboratory, following the amendment of the application form. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:716.
8. Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard: translating strategy into action. 1st ed. Boston: Harvard Business Review Press; 1996. p. 336.
9. Salinas M, Flores E, Uris J. Cuadro de mando integral en el laboratorio clínico: indicadores de perspectiva interna del negocio. *Gac Sanit*. 2009;23:250-2.
10. Salinas M, López-Garrigós M, Gutiérrez M, Lugo J, Santo-Quiles A, Uris J. Designing a balanced scorecard management system in a clinical laboratory in Spain: preliminary results. *Clin Leadersh Manag Rev*. 2010;25:2-9.

M. Salinas^{a,b,*}, M. López-Garrigós^a, J. Uris^c
y C. Leiva-Salinas^d

^a *Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España*

^b *Departamento de Bioquímica y Patología Molecular, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España*

^c *Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España*

^d *Servicio de Radiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salinas.mar@gva.es (M. Salinas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.10.002>