

Respuesta del autor

Sr. Editor: Agradezco a los doctores Almirante y Pahissa su comentario¹ sobre mi reciente editorial publicado en esta revista² y me alegra saber que, como indican al comienzo de su carta, están “de acuerdo con la mayoría de conceptos expresados por el autor”.

Sin embargo, mis colegas parecen echar en falta “una referencia clara de la figura del internista con una formación adecuada en enfermedades infecciosas”. Tienen razón, pero es que mi editorial se centraba en la problemática actual de la microbiología clínica, especialidad en la que he trabajado bastantes años y que, actualmente, se encuentra gravemente amenazada. No es que no existan amenazas para el especialista en enfermedades infecciosas o infectólogos. Naturalmente que existen, se han venido denunciando desde hace más de 20 años³ y, por consiguiente, merece ser defendido. De hecho, la mayor parte del contenido de la carta de los doctores Almirante y Pahissa es una defensa de dicha especialidad y una exposición de muchos de los cometidos de la misma, con los cuales yo también estoy de acuerdo, al menos con la mayoría de los expuestos. No era mi objetivo, ni yo soy la persona más indicada para hablar de la figura del internista, aunque me alegra que mi editorial haya servido para que lo hagan dos destacados especialistas.

Mi editorial trata, fundamentalmente, de defender la especialidad de Microbiología sin desmerecer otras, estén más o menos próximas. Considero que la microbiología tiene que ser algo más que un laboratorio que recepcione, analice y emita informes, muchas veces inútiles, si no cuenta con el valor añadido que pueda darle un buen microbiólogo clínico. Como acertadamente señalan los doctores Almirante y Pahissa, muchos pacientes requieren el “trabajo mancomunado” de infectólogos y microbiólogos. A eso me refería en mi editorial cuando señalaba que los servicios de microbiología necesitan disponer de un laboratorio para apoyar nuestro trabajo, “muchas veces colaborativo”, en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones. Esa colaboración

tiene que establecerse entre el infectólogo y el microbiólogo pero, frecuentemente, también con otros especialistas como cirujanos, neumólogos, hematólogos y oncólogos.

Pero no quisiera desviarme de mi objetivo fundamental. Algunos de los “nuevos sistemas de gestión” sanitarios, si no intervienen y se responsabilizan los profesionales sanitarios, pueden acabar con gran parte de la calidad y proyección de la especialidad de microbiología. El laboratorio clínico fue definido en Estados Unidos como una de las áreas más vulnerables para el fraude. Un afán desmedido de lucro, el exceso de trabajo (¡muchas muestras inútiles!), la escasez de personal y, a veces, la baja cualificación de algunos técnicos (peor pagados que el personal de enfermería) puede favorecer la mala práctica (incluyendo el *sink testing*). Una investigación federal sobre las actividades de laboratorios clínicos en Estados Unidos, en los que participaron numerosos agentes del FBI, demostró unos resultados aterradores⁴. Afortunadamente, algu-

nos de los responsables de tales fraudes fueron descubiertos y condenados a pagar más de 800 millones de dólares. A todos debería interesar disponer de buenos microbiólogos clínicos que, con el mejor personal y tecnología que sea posible, organicen razonablemente tanto su actividad de “enlace” con la clínica como el trabajo del laboratorio. En cualquier caso y puesto que sabemos que los recursos serán siempre limitados, tendrán que priorizar la oferta, una vez escuchadas y analizadas las necesidades del establecimiento sanitario en donde prestan sus servicios.

Por último, no quisiera acabar haciendo disquisiciones sobre si el tañido de las campanas afecta directa o indirectamente a unos o a otros. Lo que no es bueno para la microbiología tampoco lo es para la infectología, y viceversa. Por esta razón señalaba en mi editorial que la muerte de la especialidad de microbiología podría producir un deterioro de muchas más especialidades y, muy especialmente, de la de enfermedades infecciosas. De ahí la ne-

cesidad de poner remedio al mayor número de problemas con los que todos nos enfrentamos. Pero no nos confundamos, identifiquemos sus causas y a sus responsables. Quizá todavía no sea demasiado tarde, pero reaccionemos. Sería la única manera de que no tengamos que preguntarnos por quién doblan las campanas.

Francisco Soriano

Unidad de Investigación en Microbiología Médica y Quimioterapia Antimicrobiana. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Bibliografía

1. Almirante B, Pahissa A. Por quién doblan las campanas (carta al editor). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25(8):548-9.
2. Soriano F. Por quién doblan las campanas (editorial). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25(4):225-6.
3. Ervin FR. The bell toll for the infectious diseases clinician. *J Infect Dis.* 1986;153:183-8.
4. Operation Labscam. Disponible en: <http://www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissent/documents/health/labscam.html>