



EDITORIAL

Competencia, cooperación y renunciias



Competition, cooperation and disclaimers

Estamos todos de acuerdo en que el laboratorio constituye un pilar fundamental para la asistencia sanitaria y para la salud de la población.

La piedra angular del laboratorio es el facultativo especialista que interviene, o debería intervenir, directamente en la selección de pruebas, la preparación del paciente, la obtención de muestras, su procesamiento, la verificación del dato técnico y su validación final.

Considero que en nuestra profesión existe una confluencia de factores, internos y externos que configuran un escenario complejo, y a menudo muy contradictorio, en el que se dan como ciertas tesis escasamente contrastadas, en ocasiones erróneas o defendidas con argumentos difíciles de sostener.

Por ejemplo, estaremos de acuerdo en que la demanda de pruebas en los laboratorios es creciente y sostenida^{1,2}. Pues bien, muchos especialistas en economía de la salud coligen que el laboratorio clínico es hoy por definición un problema más que una ayuda al diagnóstico.

Las causas del incremento del gasto son múltiples. Por una parte, es innegable el impacto de la tecnología, pero también lo es, la presión de los nuevos sistemas económicos y sociales en el marco de la globalización, y de forma determinante como se realiza la gestión sanitaria.

La Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, en 2013, en su informe anual sobre la salud en el mundo, evalúa críticamente la manera de organizar, financiar y aplicar la atención de la salud en los países ricos y pobres en todo el mundo³.

En España, disponemos de un Sistema Nacional de Salud, fragmentado en múltiples sistemas autonómicos, que ha dado lugar a sorprendentes inequidades asistenciales. Todos ellos tienen en común un modelo de gestión asistencial indefinido, ineficiente y falto de coordinación que a menudo incide negativamente en el laboratorio.

Pero, fijemos ahora la atención sobre algunos aspectos de nuestra profesión, mientras la mayoría de autores⁴ nos dicen que donde se producen más errores del laboratorio es en la fase pre-analítica (46-68,2% del total), esta apenas sí se tiene en cuenta cuando hablamos de los nuevos

paradigmas del laboratorio orientados, por ejemplo, hacia la fase post-analítica o la interpretación de los resultados. Ello a pesar de que los profesionales son conscientes de los déficits que soportan en dicha fase pre-analítica; en una reciente encuesta anónima⁵, un 73% de los participantes están de acuerdo en que existen problemas en el transporte de muestras.

Igualmente, la tendencia actual da por hecho que la fase analítica (o intra-analítica) es en la que menos errores se producen, entre un 17-32%⁶, sin embargo, en un tema tan crítico para esta fase como es el control de calidad, muchos profesionales sugieren que los programas de inter-comparación son intercambiables con el programa de control de calidad gestionado externamente^{7,8}, cuando la comunidad científica dice lo contrario⁹. ¿Podemos asumir que la fase analítica está superada?, ¿Estamos dispuestos a no gestionarla?

Como dice el sociólogo, filósofo y ensayista Zygmunt Bauman¹⁰, estamos en una fase tardía de la modernidad que se caracteriza como un «tiempo líquido» en la que los modelos y estructuras sociales ya no perduran lo suficiente como para enraizarse y gobernar las costumbres de los ciudadanos. Hay una inestabilidad asociada a la desaparición de los referentes a los que anclar nuestras certezas. Estamos en una época de individualismo exacerbado, en donde las relaciones «humanas» se vuelvan precarias, transitorias y volátiles. Las sociedades posmodernas son frías y pragmáticas.

Siguiendo la definición anterior y aplicándola a los profesionales del laboratorio clínico, puede decirse que estos se asemejan a una isla sin relación alguna con otros territorios. Sin embargo, el aislamiento no solo se da entre los laboratorios clínicos y la sociedad a la que sirven, sino que también se produce entre ellos mismos. Ese déficit en los canales de relación facilita que se difundan ideas, no sustentadas científicamente, pero que al repetirse acaban convirtiéndose en dogmas, que sugieren, por ejemplo, la superación de determinados conceptos y procedimientos cuando la realidad se empeña en demostrar precisamente que ocurre todo lo contrario.

La única alternativa de defensa y superación, ante este estado de hechos, es la colectiva, la agrupación de aquellos que quieran mejorar como profesionales. Esto lo han entendido así nuestras asociaciones científicas: AEBM¹¹, AEFA¹² y SEQC¹³. Las mismas son democráticas, transparentes en sus actos, y facilitan el trabajo a través de todo tipo de comisiones. Estas sociedades, en la medida de sus posibilidades, han creado un sistema en donde compiten, cooperan y renuncian. Compiten en donde creen que el camino debe ser diferente para conseguir el mismo fin, cooperan cuando ponen todos sus esfuerzos en común, y renuncian a sus intereses inmediatos para llegar a consensos ventajosos para los profesionales del laboratorio clínico a largo plazo. La base fundamental es que todas ellas consideran que sus profesionales son científicos, que sus certezas son las científicas y que sus referencias no pueden estar sometidas al mercado. Esas referencias, por supuesto son susceptibles de ser cambiadas, como no, pero después de un análisis científico que lo justifique.

La competencia entre estas asociaciones con sendos programas de inter-comparación^{14,15}, a lo largo de los años, ha conseguido que los laboratorios participen en los mismos confiando sus resultados a organizadores científicos que no están sujetos a vaivenes comerciales, y que les garantizan confianza estadística y confidencialidad absoluta. Es cierto que hay laboratorios que no participan en todos los programas que deberían participar y que esto es un lastre enorme para el resto, pues los programas necesitan de la colaboración de sus participantes. Si partimos de la base que en nuestro país existirán cerca de 2.000 laboratorios clínicos ¿Es razonable que solo cerca de 500 participen en los programas de evaluación externa de la calidad en hemoglobina glicada? ¿Y el resto? No hay excusa para tal proceder, y menos una excusa «científica». Aquí de nuevo estamos ante una debilidad que consiste en la renuncia a la calidad supeditándola a intereses mercantiles.

Otro caso en el que la competencia ha dado sus frutos ha sido en los programas de formación continuada¹⁶⁻¹⁸. Los profesionales suelen pensar en su formación y las sociedades les ofrecen un amplio abanico de posibilidades. Más de 2.500 profesionales participan en las actividades formativas. Sin duda deberían participar el doble. En cualquier caso, esta batalla parece ganada en este momento, aunque existen divergencias entre lo que dice la comunidad científica mediante los textos formativos y lo que algunos profesionales ejercen.

Los frutos de la cooperación son evidentes. Las 3 sociedades tienen en común una revista científica; REVISTA DEL LABORATORIO CLÍNICO. El enorme esfuerzo de su director y editoras está empezando a dar sus resultados. La meta en la que están implicadas es que la revista sea indexada. Se enfrentan a un caso que se asemeja a los uróboros, es decir el animal serpentiforme que engulle su propia cola; no envío artículos a la revista porque no está indexada, y con ello pongo más difícil que se pueda indexar. Ante este hecho, es de justicia reconocer y aplaudir a aquellos articulistas que trabajan para su comunidad, creen en sus colegas y potencian la unidad de intereses, enviando sus artículos científicos a la revista principal en habla castellana: REVISTA DEL LABORATORIO CLÍNICO.

Otra consecuencia de la cooperación es el Congreso Nacional del Laboratorio Clínico. Ya han pasado 9 años desde

el primer congreso, y los objetivos propuestos se han conseguido. Hay que poner en valor que anualmente 1.500 personas, con la ayuda de empresas de diagnóstico *in vitro* agrupadas en FENIN¹⁹, puedan disfrutar de un ambiente científico, y punto de encuentro para fortalecer sus conocimientos. Un éxito es un éxito.

Un ejemplo de competencia y cooperación que merece ser nombrado es la Comisión de Expertos en Especificaciones de la Calidad Analítica. Este comité está formado por los responsables de los programas de inter-comparación organizados por las asociaciones científicas españolas. Han conseguido demostrar que es posible llegar a acuerdos que beneficien a la calidad del laboratorio español. Su producción bibliográfica es elevada. Su objetivo era clarificar en donde nos encontramos respecto a la calidad, no dar nada por supuesto, y obtener unas especificaciones mínimas que garantizasen un mínimo de calidad analítica.

En la última editorial de la revista²⁰ se sugerían los 10 pecados ocultos de la medicina de laboratorio, llamando a una reflexión particular y personal a cada profesional. Entiendo que también es posible una salida colectiva. Ambas, en todo caso, deben estar planteadas desde la ética profesional.

Nadie habla de ética, la dimensión ética ha quedado inhibida por otras necesidades más perentorias. La ética tiene la finalidad de reflexionar sobre los criterios para orientar las decisiones de las personas. Estas deberían tomarse teniendo en cuenta los 4 principios básicos: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía²¹. Existe una clara contraposición de los valores éticos a un utilitarismo mal entendido, es decir, preponderancia de la gratificación a corto plazo, recurso habitual cuando se trata de establecer prioridades o diseñar intervenciones. Con ello se debilitan valoraciones comprobadas sobre responsabilidad colectiva, calidad intelectual y seriedad científica. Parece que los gestores han asumido como norma la *boutade*; si no hay recursos, prohibamos la enfermedad o la vejez, o...

Las asociaciones científicas se fundaron en su momento como respuesta a situaciones históricas concretas y muy determinadas, y en función de sus propios paradigmas. Tuvieron éxito porque respondían a las necesidades de diferentes colectivos de profesionales del laboratorio clínico. Hoy en el siglo XXI y en una encrucijada profesional, sociológica, cultural y económica tan compleja, inestable y «líquida» es necesario que las asociaciones científicas den respuestas nuevas e innovadoras a sus asociados, no podemos aislarnos, caer en el desánimo o en el escapismo. Somos científicos que compartimos valores e intereses, y es necesario trabajar juntos para un futuro mejor. Trabajar juntos no significa necesariamente fusión o unificación, significa competencia y cooperación, siempre que sea transparente y leal, si esta cooperación se consolida, el futuro dirá que nos depara. Se hace camino al andar.

Bibliografía

1. Laboratorio Clínico Central. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad, 1st ed., Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2013.
2. Rodríguez-Espinosa J. El laboratorio clínico: uso y abuso, modelos de gestión y gasto sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:622-5.

3. OMS, Investigaciones para una cobertura sanitaria universal, WHO. 2013 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>.
4. Plebani M. Errors in clinical laboratories or errors in laboratory medicine? *Clin Chem Lab Med.* 2006;44:750-9.
5. AEFA, Resultados de la encuesta 2016 sobre transporte de muestras, 2016 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.aefa.es/resultados-de-la-encuesta-2016-sobre-transporte-de-muestras/>.
6. Bonini P, Plebani M, Ceriotti F, Rubboli F. Errors in laboratory medicine. *Clin Chem.* 2002;48:691-8.
7. AEFA, Resultados de la encuesta 2016 sobre programas de intercomparación, 2016 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.aefa.es/resultados-de-la-encuesta-2016-sobre-programas-de-intercomparacion/>.
8. Morancho J, Prada E, Gutiérrez-Bassini G, Blázquez R, Salas Á, Ramón F, et al. Grado de implantación de especificaciones de la calidad analítica en España. *Rev Lab Clin.* 2015;8:19-28.
9. Prada E, Blázquez R, Gutiérrez-Bassini G, Morancho J, Jou JM, Ramón F, et al. Control interno de la calidad vs. control externo de la calidad. *Rev Lab Clin.* 2016;9:54-9.
10. Bauman Z. Modernidad líquida. Fondo de Cultura Económica. 2002.
11. Asociación Española de Biopatología Médica - Medicina de Laboratorio (AEBM-ML). 2016 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.aebm.org/>.
12. AEF Asociación Española de Farmacéuticos Analistas, 2016 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.aefa.es/>.
13. SEQC. Sociedad Española de Medicina de Laboratorio, (n.d.) [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.seqc.es/>.
14. PSEC. Programa de Supervisión Externa de la Calidad de AEFA y AEBM, 2016 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.aefa.es/psec/>.
15. SEQC. Programa de Garantía de Calidad para Laboratorios Clínicos, (n.d.) [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: http://www.contcal.org/qcweb/qcw_login.aspx.
16. AEFA, Plataforma Educativa de la Asociación Española de Farmacéuticos Analistas, 2016 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.eduaefa.es/>.
17. Formación AEBM. 2016 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.aebm.org/formacion.html>.
18. Cursos SEQC. 2016 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.seqc.es/es/cursos/>.
19. Fenin. Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria. 2016 [consultado 11 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.fenin.es/>.
20. Prieto Menchero S. El especialista del laboratorio clínico, desde la perspectiva de Dorian Gray los diez pecados ocultos de la medicina de laboratorio. *Rev Lab Clin.* 2016;9:31-4.
21. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press; 2001.

Rafael Calafell Clar

*Presidente de la Asociación Española de Farmacéuticos
Analistas (AEFA)*

Correo electrónico: presidente@aefa.es