

tabilizar y controlar el gasto sanitario, pero no es menos cierto que la tarea médica no puede medirse en tiempo o cifras. Esto es tal aberración que obvia mayor comentario.

¿Cómo puede comprenderse que una consulta de especialista cuente con 30 o 35 enfermos diarios? ¿Cómo es posible que se valore la actividad quirúrgica en función del tiempo de quirófano empleado?

B) ¿Ahorrar, o bien "gasto-beneficio" correcto? El médico hospitalario no ve que la política de contención de gastos sea la adecuada a la eficacia de las prestaciones sanitarias que se deben dar en justicia. De hecho, hoy la medicina es cara y así debe entenderse por todos los implicados.

C) La **reducción del poder adquisitivo** del médico hospitalario ha llegado a extremos tan vergonzosos que un analista independiente no puede creer la realidad de los sueldos actuales.

Existe un grandísimo malentendido y los médicos, en su responsabilidad de dirigentes primarios de la salud, son correspondidos con salarios mucho menores que el 95% de sus colegas europeos y, lo que es peor, menores aún en Castilla y León, con gran agravio comparativo hacia otras comunidades autónomas de España.

Estos sueldos se equiparan en muchos casos a los que reciben otros profesionales hospitalarios de menor responsabilidad e incluso en algunos casos roza con los del personal de otros estamentos no-sanitarios puramente, como costureras, limpieza, etc. Claramente, el médico no puede estar motivado por el dinero solamente y, a pesar de lo que se crea, los hospitales funcionan hoy en base a la profesionalidad y entrega de sus médicos y enfermeras. Si su interés fuese sólo monetario, la desbandada sería general.

No es menos cierto que se debe cobrar de acuerdo al esfuerzo y responsabilidad del trabajo realizado y en estos dos puntos nadie puede negar que el trabajo del médico es de primera categoría.

D) La **carencia de una Carrera Profesional y promoción interna** crea también un gran desánimo felizmente compensado en parte por la vocación y profesionalidad de los médicos. Pero ¿hasta cuándo durará esta quijotesca actitud? ¿Cómo explicar que un médico se jubile en el mismo puesto, cargo y categoría en el que entró en el hospital hace 20 o 30 años, haga lo que haga, estudie lo que estudie, se actualice o no, gane créditos en congresos o cursos, investigaciones, etc., trabaje bien, mal o regular, etc.? ¿En qué empresa podría aplicarse esta política sin caos y huelga total?

E) La **actualización tecnológica** en algunos servicios es buena, pero en otros no se llega al mínimo "state-of-the-art", siendo testigos los mismos médicos de que no se propone u obliga a que TODOS los servicios estén al día tecnológicamente en medios diagnósticos y terapéuticos. Ello crea también desánimo y desmotivación en muchos. ¿Para qué aprender una nueva técnica si en mi hospital o servicio no puedo aplicarla?, nos preguntamos.

F) La **burocracia y el papeleo** son tan excesivos, que la mayor parte del tiempo hospitalario se emplea en ello, en detrimento de la asistencia. El tiempo es sólo "uno" y ha de dividirse entre las tareas.



Lo peor de todo es que nada ha cambiado, y las expectativas, si alguien las tuvo, se han visto frustradas

G) **Actualización científico-técnica del médico.** ¿Cómo es posible asistir a congresos o viajar a otros centros nacionales o extranjeros con el mísero sueldo que cobramos y sin ayuda de la Administración? ¿Cómo comprarse libros y estar suscritos a revistas de la especialidad? Sabido es que, en general, nos estamos dando de baja en revistas y asociaciones profesionales, asistiendo a pocos o ningún congreso. En base a la imposibilidad económica. Sólo con ayuda de la industria farmacéutica es posible, y cada vez más limitado.

En resumen, el médico hospitalario se siente defraudado y traicionado en sus expectativas, abandonado por las direcciones hospitalarias, con un sueldo paupérrimo y expectativas profesionales nulas.

No se olvide lo que es obvio: cuando un trabajador está cansado o frustrado, o ambas cosas a la vez, lo que antes hacía con agrado, ahora se vuelve desagradable ("inversión emocional") e instintivamente tiende a reducir energía tomando las decisiones que le ahorran energía, no las mejores ni las más eficaces... lo que puede crear errores, con las trágicas consecuencias que en un profesional de la medicina esto conlleva.

¿Se puede pretender que la situación siga así? ¿Hasta cuándo se piensa que resistirá el sistema tal como está?

Propuestas de mejora

- Aumento inmediato del sueldo bruto y del pago de guardias, en base a la pérdida de poder adquisitivo acumulada en los últimos diez años.

- Retirada de la claramente injusta (aunque "legal") exclusividad. A igual trabajo y horario, igual sueldo. Es triste tener que luchar por cosas tan evidentes.

- Establecimiento inmediato de la carrera profesional.

- Establecimiento de becas y ayudas para la actualización científico-técnica. El estímulo ya lo tenemos los profesionales más que sobrado.

- Obligatoriedad de inspección y validación periódica de la capacidad técnica de los distintos servicios y auditorías generales de los mismos, a fin de establecer la actualización general de sus sistemas y protocolos, con el consiguiente apoyo financiero en caso de precisarlo. Es lo que se conoce como "acreditación", que debe afectar a centros y servicios por igual.

- Limitación de la burocracia y papeleo con sistemas informáticos modernos y eficaces.

- Desmasificación de las consultas externas de especialidad mediante un mayor y mejor "filtro" de los enfermos a nivel de asistencia primaria. Ello conllevaría una formación directa y esfuerzo de puesta al día a los centros de atención primaria, así como una campaña de educación y concienciación del público para el uso racional del hospital.

- Campaña también de concienciación y educación pública para el uso racional de los Servicios de Urgencias hospitalarias.

- Estimular la mayor participación de los profesionales en la dirección y gestión del hospital, con voz y voto, de modo que nos sintamos realmente escuchados y que nuestras opiniones y sugerencias en cuanto conocedores de la "base asistencial" o de "primera línea de batalla" sean tenidos en cuenta a la hora de programar la política general del centro.

Cambios tras el traspaso

Se ha notado que todo sigue igual. No se ha apreciado cambio alguno en orden alguno. Lo peor de todo es lo dicho: que nada ha cambiado, y las expectativas, si alguien las tuvo, se han visto frustradas.

III. SITUACIÓN DE LOS MÉDICOS EN DESEMPLEO.

El Colegio ha querido incluir también en este informe la visión de la Vocafía de Médicos en Desempleo, porque desde su posición se pueden remarcar ciertos aspectos.

Al margen de muchas de las cuestiones ya citadas, desde la Vocafía se hace constar especialmente la precariedad laboral y la falta de una orden de sustituciones que tenga en cuenta los problemas y necesidades de los médicos sustitutos, así como la valoración y reconocimiento de su trabajo.

La orden de sustituciones vigente ha fallado en muchos aspectos, y aunque ha conseguido mejorar en el sentido de trabajar siempre dentro de la misma zona, ha creado un gran malestar entre los médicos en paro por la forma de repartir el trabajo. La orden carece de las bases legales suficientes para establecer un reparto de sustituciones justo y equitativo.

Todo esto ha creado una situación de malestar en el colectivo de médicos en desempleo, y ante la impotencia hemos tenido que "buscarnos la vida" llegando incluso a emigrar a otras provincias y comunidades autónomas donde el sistema de sustituciones está mejor regulado.

Nos parece de suma importancia que la Administración tome en cuenta que para la elaboración de una orden de sustituciones estén presentes en las mesas de negociación representantes del colectivo de médicos en desempleo, pues en definitiva es a quienes más directamente va a afectar.

Por Sergio RODERO CILLEROS

Los avances de la Bioética en la práctica clínica

Problemas éticos que plantean los trasplantes

Desde comienzos de los 80 se tenía la suficiencia técnica para hacer un trasplante cardíaco y poder controlar los rechazos, aunque no se hacían. Se esperaba todavía a que estuviera la ciclosporina para emplearla clínicamente. La ciclosporina se venía utilizando en cirugía experimental, pero no en clínica humana. Cuando se aprobó su uso y se autorizó su empleo en clínica humana se empezaron a realizar trasplantes, ya que la ciclosporina posee la ventaja sobre otros fármacos usados hasta el momento de que no baja el nivel de leucocitos. Pío XII escribió mucho sobre la deontología médica y animó el tema de los trasplantes, renales y corneales sobre todo.

¿Por qué la necesidad de los trasplantes? Pues la culpa es de un médico americano que mediante una serie de membranas, con un sistema muy rudimentario y puestas unas con otras, filtrando la sangre de pacientes en situación de insuficiencia renal extrema, de pacientes que no tenían posibilidad de eliminar la creatinina, la urea y otros metabolitos tóxicos como el potasio, etc., limpiaba y purificaba la sangre. Todos los pacientes renales, cada vez más a nivel mundial, necesitan dializarse tres veces por semana durante cuatro horas aproximadamente.

En síntesis, la diálisis salva a muchos enfermos -aproximadamente, en nuestro país, en la actualidad hay 30.000 enfermos que están en esta situación-, pero les obliga a tener una vida bastante condicionada; no una plena y libre, sino que tienen que ir al hospital o bien someterse a diálisis domiciliaria. Esta última la hacen muy pocos enfermos, primero, por el aspecto económico, y segundo, porque necesitan tener cierta cultura y habilidad técnica para poderse puncionar las venas, etc. En resumen, en



algunas circunstancias y por supuesto en la mayoría si se puede, todos los pacientes que están o al menos casi todos los que están sometidos a hemodiálisis, van a ser candidatos a trasplante renal. Mas son candidatos absolutos: niños menores de 10 años y mujeres embarazadas, ahora desgraciadamente, en lugar de hacer un trasplante de la manera más urgente que se pueda, bueno, pues consideran que con el aborto legal se resuelve el problema malamente, pero se resuelve.

Entonces, son niños de -10 años, mujeres embarazadas, personas que tienen o han tenido hepatitis y también enfermos en los que el acceso para hacer la diálisis está deteriorada; para hacer la diálisis hay que unir una arteria y una vena. Con las inyecciones continuadas, con las hemodiálisis de un día y otro, se van deteriorando estas fistulas y al final se pierden los accesos para la hemodiálisis. Entonces estos pacientes, si son jóvenes todavía y están por debajo de los sesenta años, son candidatos al trasplante renal.

Comienzos

Por ahí comenzó la historia de los trasplantes; empezó y continúa. Al principio, cuando la inmunología no estaba tan desarrollada como desde hace unos años lo que se elegían eran familiares, y a ser posible gemelos univitelinos. Fueron los primeros trasplantes que se hicieron. Así empezó el trasplante de vivo a vivo. La verdad, eso es lo ideal, pero no todo el mundo tiene un gemelo univitelino; no todo el mundo está en insuficiencia renal, y no todo gemelo o hermano está dispuesto a dar su riñón.

En España, el trasplante de vivo a vivo, quitando algunos centros, no se practica. No se hace por razones realmente éticas, como luego veremos. Cuando una persona

www.grupovaras.com

Las Conchas Urbanización

22 Chalets individuales en Cabrerizos (2ª fase 12 chalets a la venta)
Información y Venta:
C/ Constitución nº 8 (Junto farmacia)
37193 Cabrerizos (Salamanca)
Tel. 923 209 910 - 619 721 970
Fax. 923 209 911
joaquin.varas@terra.es

Promociones y Construcciones
ISOVILLAS

1ª fase vendida

entra en insuficiencia renal o está en hemodiálisis por los motivos que he citado anteriormente, se plantea la necesidad urgente de hacer un trasplante. Como no se encuentra un cadáver así como así, pues, todos los familiares pueden estar dispuestos a dar el riñón, y entonces lo que se hace es elegir la persona que sea antigénicamente la más similar a ese receptor, a ese paciente que va a ser trasplantado. Ahí viene el problema. Al principio todos los familiares están de acuerdo, pero cuando por fin se elige a la persona que va a ser el donante, las cosas cambian. Yo he vivido personalmente una situación extraordinariamente demostrativa de lo que estoy diciendo.

Un caso concreto

En Gran Bretaña, hace ya algunos años, durante un verano que estudiaba lengua inglesa, en los últimos días, antes de la despedida, fuimos a cenar a un restaurante con un cirujano torácico de allí. Ya lo tenía preparado con su esposa, con la hija mayor y con otro cirujano amigo suyo y amigo al mismo tiempo del cirujano en cuya casa yo vivía. Con esto de que los ingleses son así, él no dijo nada, pero yo le vi un poco de mal humor en los últimos días. Pensé, hombre, tanto me aprecia que está cambiando de carácter porque me voy a marchar.

Pero, realmente, este hombre cambió muchísimo en el transcurso de una semana. Llegó el día de la cena. Pasamos, le recogemos y al llegar a su casa vi un ambiente extraordinariamente raro, la situación era muy tensa. Nos invitó a un refresco. Al final nos vamos y me pide disculpas por su mujer, porque no va a ir a la cena. Y entonces, durante la cena nos cuenta la siguiente historia: Una hija suya, de 15 años, que hacía tiempo..., (esto de algunos médicos que tienen época de exámenes y aún había visto menos a esta chica, debido a que estaba estudiando). Mas últimamente, la había visto muy desmejorada, paliducha, y había pensado que estaba estudiando mucho de noche, que estaba comiendo poco, etc. Esta situación le llamó la atención como padre y como médico. Unos días antes de marcharse la chica a hacer un tour por Francia en bicicleta con otras dos amigas, notó que se le hinchaban los tobillos y, entonces, claro, inmediatamente, un médico piensa que una chica que está pálida, que se cansa un poco y que se le hinchan los tobillos, podría tener algún problema renal. Le hacen análisis de sangre y orina y esta chica que se había examinado y había tenido que estudiar todas las asignaturas... estaba con insuficiencia renal muy seria, casi terminal. Los británicos son muy pragmáticos; pensaron: una chica de quince años, ingresarla en hemodiálisis, ¡pues no!, vamos a hacerle un trasplante inmediatamente.

Entonces, llamó este hombre a un hospital a Londres y le dijeron que sí. Estudiaron el caso en el transcurso de una semana; se estudiaron todos los familiares, y le tocó a la madre, la madre era la que iba a ser la donante. Por supuesto, ya se imagina uno lo que una madre quiere a una hija y la situación dramática de esos días, pero no estaba mentalizada... y claro, eso para ella, realmente era una cosa muy seria, para



toda la familia también, por lo que en definitiva es una mutilación. No es lo mismo extirpar un riñón porque existe un tumor que extirpar un riñón a una persona que está sana para donárselo a otra, sea quien sea, y aunque la caridad hacia el prójimo es extraordinaria, y aún más sobre todo hacia la familia...

Donaciones

Hay estudios americanos que recogen encuestas a enfermos donantes de riñón. Todos han tenido pequeños problemas, sobre todo si ese riñón luego ha fracasado. Porque si ha funcionado, entonces, todo feliz, aunque luego psicológicamente vienen problemas. Y por ello, antes de donar se tiene que estudiar por un psiquiatra o un psicólogo a la persona que va a hacer la donación, para ver si no ha tenido problemas de depresiones, etc. Porque luego se siente uno mal, después de haber dado un órgano en vida. Hay otra historia, también americana, también hicieron la encuesta y la madre de la familia decía que, antes de dar un riñón para un hijo suyo, que ella se sentía atrapada en una habitación y en una esquina, y todos los familiares mirándole diciéndole, pues, a ver si te decides o no, aunque nadie dijo eso, pero ella antes de la donación tenía una sensación, y estaba dispuesta a dar el riñón, y lo dio.

Por eso, la donación en vivo, no es fre-

cuente, aunque en Europa haya muchas donaciones en vivo y en EE.UU. también. Hay muchos médicos que no están de acuerdo en que una persona que está sana done un órgano definitivamente, mutilarla y transplantar ese órgano, aunque sea para salvar la vida de otro. Entonces, antes de quitar un riñón es necesario hacer una historia clínica mucho más seria, mucho más al detalle y mucho más exhaustiva que si se tratara de un enfermo. Porque a este señor, cuando le vamos a quitar un riñón, debemos tener la absoluta seguridad de que el otro riñón va a funcionar. Y es lo bueno que tiene el riñón. Es la diferencia que hay entre órgano único, como el hígado, el páncreas y el corazón; y órgano doble, como son los ojos y son los riñones. Con una diferencia, que los riñones, cuando se extirpa uno para una donación, se hace una mutilación. Pero es una mutilación anatómica, no una mutilación fisiológica. Porque si el otro riñón está sano, es capaz de mantener al cien por cien la función y a este paciente no le pasa nada, puede eliminar todos los metabolitos y todo el agua. Este señor, si es muy bebedor, lo elimina perfectamente sin ningún problema. Pero, y ahí está el pero, este señor después de haberse quedado con un solo riñón puede tener un traumatismo renal, se le rompe el riñón y se queda en la situación de insuficiencia renal absoluta. Este señor puede tener un tumor renal; este señor puede padecer de arteriosclerosis de las arterias renales que se descubre por hipertensiones en personas jóvenes, se estudia, y entonces, se ve que tiene una estenosis de la arteria renal que necesita una operación sobre esa arteria renal, en una nefritis, o puede tener una enfermedad sistémica que no haya sido detectada en el momento de hacer la donación. Entonces, este señor, por el hecho de la mutilación voluntaria, caritativa, por amor al prójimo... se queda en una situación terrible.

Trasplantes de animales

No sé cuando, pero en la ciencia nunca se puede decir que estamos en el límite. Yo pienso que alguna vez se harán trasplantes de animal a hombre, concretamente de piel de cerdo ya se hacen trasplantes en quemados. Ya está preparada y liofilizada la piel de cerdo, y esto está salvando a cantidad de quemados. Lo que ocurre siempre, que la ciencia va por delante de la ética, y además en este aspecto, la Iglesia también se ha definido, y por supuesto, les exige a los investigadores seriedad, honradez, ética, etc. Pero no se le puede pedir a un investigador que esté seguro en un cien por cien de lo que está haciendo, porque si no, no será investigador. Pío XII, en la conferencia mencionada, escrita después y divulgada para todos los científicos, les da esa opción, les da esa oportunidad, de que si realmente están convencidos de lo que están haciendo es bueno, va a ser bueno, aunque tengan algunos pequeños fallos, que continúen la investigación. Porque si no, la medicina y la ciencia estarían absolutamente atadas de pies y manos. Y entonces no habría avances... Obviamente, entendemos hoy que salvaguardando la dignidad de la persona y los principios fundamentales del ser humano y no humanos, en otros casos. ■