

ATS 11 51

Hola, buenas noches. Aquí comienza Vida y Salud. Vida y Salud que despide hoy esta serie de ocho programas que hemos venido dedicando a la donación de órganos.

Estos programas los ha elaborado la Dirección Técnica de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Hemos intentado un acercamiento a los problemas que los trasplantes ocasionan en la medicina actual. Hoy en nuestro último programa abordaremos distintos aspectos de la donación como bien social.

El doctor Conde Olagastegui, Subdirector General de Ordenación Funcional, será nuestro invitado. ¿Qué está haciendo la Administración española en estos momentos sobre el tema de trasplantes de órganos? ¿Cuál es su mayor preocupación? Para responder a esta pregunta es preciso separar dos tipos de trasplantes fundamentalmente. En primer lugar los trasplantes de riñón y en segundo lugar otro tipo de trasplantes.

Digo en primer lugar el trasplante de riñón por cuanto es un problema que afecta a segmentos de la población muy importantes numéricamente a diferencia de otro tipo de trasplantes por una parte y por otra porque es una terapéutica perfectamente establecida, es decir, que ha superado lo que pudiera considerarse fase experimental y está absolutamente implantada y desarrollada en todo el mundo occidental y reviste para nosotros un mayor interés, un problema de mayor envergadura que otro tipo de trasplantes tal como puedan ser el trasplante de corazón, el trasplante de médula ósea y aún mucho menos los trasplantes hepáticos. ¿Qué es lo que se está haciendo? Bien, y refiriéndome fundamentalmente al tema del trasplante renal, en primer lugar en su día se ha elaborado una legislación apropiada que permite de una parte la fácil extracción de órganos de cadáver, de riñones en este caso de cadáver y por otra la garantía de que los centros que realizan tanto las extracciones como los trasplantes reúnen las mínimas condiciones de seguridad para los pacientes receptores y garantías para los familiares de aquellos cadáveres de los que se extraen los órganos. En el trasplante de corazón estamos ahora precisamente en la fase de iniciar ese proceso de acreditación.

Sí, pues hay una primera fase que se refiere a la creación de marco legal. Una segunda cuestión es que en este momento la administración está destinando cantidades, presupuestos económicos con independencia de los presupuestos corrientes de las instituciones sanitarias, presupuestos especiales añadidos a estos corrientes para subvencionar a los equipos que realizan extracciones y trasplantes renales, puesto que he dicho que para nosotros eso reviste una enorme importancia e interés. Y en tercer lugar estamos tratando de coordinar las actividades de estos equipos que trasplantan y que extraen en aras de una mayor eficacia.

En España estamos en el área de la insuficiencia renal tratando a un número de pacientes incluso superior a los de la media europea. Es decir, estamos probablemente invirtiendo recursos sanitarios por encima de nuestras posibilidades. ¿Por qué? Pues a diferencia de otros países en los que hay ciertas limitaciones para incluir a pacientes en diálisis y en España no

existe ninguna limitación.

Todo paciente que llegue a insuficiencia renal, terminal, prácticamente todos son incluidos en este tipo de programas. Eso nos lleva a que el número de pacientes por millón que tratamos en España es del orden de los 242 frente a 230 que tiene la comunidad económica europea. Por encima estamos gastando mucho dinero en esto.

Y no solamente estamos tratando a muchos pacientes sino que la distribución de las diferentes modalidades de tratamiento no es la deseable. Es decir, tratamos a mayor coste y con menor capacidad para ofertar una buena reinserción social. Y a la hora de trasplantar, esto también aparece, esta diferencia en la comunidad económica europea, el número de enfermos que viven gracias a un trasplante renal es del orden del 19-20% y en España es del orden del 12%.

En lo que a trasplante se refiere vamos poco a poco mejorando y es preciso ir mejorando muy deprisa para aproximarnos a estas cifras del 20% de pacientes trasplantados frente al 12 que tenemos. Y lo mismo hay que hacer en el tratamiento, en la cuestión de las modalidades de diálisis domiciliario. Con respecto a otros países, ¿a qué nivel nos encontramos en cuanto a la concienciación de donantes? Bueno, esto no se puede saber directamente.

Lo podemos saber indirectamente por el número de trasplantes que se hacen en países a los que pretendemos parecernos, homologarnos como pudieran ser los países de la comunidad económica europea con respecto al nuestro. Entonces a la vista de que en esos países, hasta ahora al menos, hasta los dos últimos años se han hecho bastantes más trasplantes renales por ejemplo que se hacían en España, eso hacía suponer que en ese entorno existía un nivel de conciencia ciudadana mejor que el nuestro a la hora de donar órganos de cadáver. Aquí sabemos, por ejemplo, por trabajos recientes de equipos que se dedican a la extracción de órganos, que se encuentra en el medio hospitalario que es donde se reclama de los familiares del paciente que está en situación de muerte cerebral la donación de riñones, el rechazo de los familiares a tal petición oscila según los centros entre un 30 y hasta un 50% de familiares que no aceptan la extracción de órganos.

Así pues, se puede decir que por datos indirectos parece que estamos efectivamente por detrás de los países de nuestro entorno y por datos directos pues existe un alto porcentaje de rechazo a la donación de órganos de cadáver. ¿Cuál es el número de donantes y las expectativas que hay en este sentido? Número exacto de donantes es difícil de estimar. Hay un tipo de trabajo que hacen las asociaciones de enfermos renales que han puesto en marcha lo que se llama la tarjeta de donante, que cualquier persona puede acceder a ella y llevarla encima para que a caso de que falleciera se pudiera con facilidad extraer sus órganos.

Este número en este momento es una estimación muy variable que no creemos que tenga un enorme valor a la hora de saber los potenciales donantes. Hay otro tipo de estimaciones que nos parece más interesante y es considerar en los hospitales de todos los pacientes que fallecen cuáles serían aquellos que por las circunstancias en las que fallecen podrían dar los órganos. Lo que sabemos es que aproximadamente alrededor de un 1% de los pacientes

fallecidos en un hospital general podrían ser utilizados para sus órganos, podrían ser utilizados para trasplantes, lo cual supone una cifra considerable.

El avance de la ciencia es algo que se produce todos los días y no escapa tampoco a este tema. ¿Cuál es el nivel de investigación alcanzado en España y existe también una dependencia de lo que se hace en el exterior? Lo que se puede llamar investigación clínica en España con respecto a los trasplantes yo creo que es un nivel aceptable. Y esto lo podemos saber por nuestros resultados.

Es decir, los resultados en cuanto a supervivencia de injertos y supervivencia de pacientes que obtenemos en nuestro país en las modalidades de trasplantes más asentadas son absolutamente comparables a las del entorno europeo. Se producen trabajos de investigación clínica que se publican en prensa médica internacional al nivel similar al europeo. En investigación básica andamos como siempre, ciertamente algo retrasado con respecto a ese entorno y la dependencia que usted menciona pues sí es importante en materia de la obtención de ciertas medicaciones muy sofisticadas que debemos importar y en cuanto a ciertas técnicas de las que también dependemos del exterior.

El tema de las listas de espera es quizás el más preocupante por lo que supone de dramático para los pacientes y familiares. ¿La solución de este problema depende de la concienciación de donantes? Depende básicamente de dos factores. De la actividad que se desarrolla en los hospitales para extraer órganos de cadáver, lo cual no es una función sólo de la concienciación de la sociedad sino de la actividad de los propios hospitales y en segundo lugar de esa concienciación ciudadana que es precisa.

Entonces digamos que es fundamental trabajar en dos niveles. En primer lugar en el propio hospital, es decir, se trata de que puesto que es ahí donde se produce el momento dramático y hermoso al mismo tiempo de la extracción de unos órganos para dar mejor vida a otra persona, los primeros que tienen que estar absolutamente concienciados son todas las personas que integran al hospital. No haya sólo el equipo que hace la extracción sino otros equipos médicos, otro tipo de personal debe ser absolutamente consciente de ese problema y ser capaz de transmitir ese clima a los familiares de una persona que ha fallecido normalmente en circunstancias dramáticas y que realizaría un hermoso acto facilitando la extracción de los órganos.

Y en segundo lugar actuando sobre la sociedad en general a través de campañas de concienciación ciudadana sobre este problema. Pero a nosotros nos parece más importante el primer punto al que nos hemos referido, es decir, es ahí donde se suelen triunfar y fracasar. Piensen que habitualmente la circunstancia que se suele dar es que es una persona joven que ha fallecido en un accidente de tráfico o que ha tenido un accidente de cerebrovascular agudo estando previamente bien, sano o relativamente sano.

En esas condiciones cuando una persona ha ingresado a un hospital así se le comunica a la familia que ese individuo está en situación de muerte cerebral que va a producirse el

fallecimiento de manera inmediata. El que las personas en ese momento de dolor sean capaces de entender la importancia que para otras y para la sociedad tiene el que autoricen la extracción de los órganos es extraordinariamente importante. ¿Cuál es el coste económico a la seguridad social y al enfermo? El coste económico del trasplante.

Pues yo lo que le puedo decir es en términos relativos extraordinariamente inferior a lo que es el coste del mantenimiento de esa persona por medios artificiales. Y me sigo refiriendo fundamentalmente al trasplante renal porque es el trasplante que tiene una incidencia sanitaria importante. Piense que aproximadamente en España en estos momentos tenemos en diálisis sometidos a procedimientos sustitutorios de función renal con medios técnicos auxiliares tenemos alrededor de 10.000 personas en este país.

El coste del tratamiento por persona y año desde luego en ningún caso es inferior a los 2 millones de pesetas y casi siempre se acerca más a los 3 millones de pesetas. Quiere eso decir que estamos gastando al año en el mantenimiento en vida de este tipo de paciente 30.000 millones de pesetas al año como mínimo. ¿Qué es lo que cuesta un trasplante? Esto en este momento es a veces difícil de estimar porque forma parte del gasto corriente de los hospitales y de los salones diferentes conceptos es difícil.

Hay una estimación hecha en una institución concreta que no es una institución de la Seguridad Social es una institución concertada en la que el coste del trasplante en el primer año, es decir un trasplante, la operación, las revisiones, el tiempo de estancia que ha estado en el hospital y el seguimiento posterior del primer año no va más allá de las 600.000 pesetas. Naturalmente superado el primer año el coste desciende vertiginosamente, es decir, puede costar 20 o 25.000 pesetas al año el coste de las revisiones y el tratamiento de esa persona. Comparan ustedes eso con lo que suponen los tres bienes todos los años, un año detrás de otro, que es un año y el siguiente, si se puede hacer idea de lo extraordinariamente importante que es en términos económicos para la sociedad española la realización de trasplantes renales.

Otro tipo de trasplante concretamente el del corazón, en este momento son tan pocos los pacientes realmente subsidiarios de esa técnica y tan nueva la técnica que la incidencia es pequeña y aún desconocida tenemos los costes reales y no nos parece que eso suponga un problema económico serio, lo que sí supone un problema económico serio es no hacer trasplantes renales. Al paciente el trasplante, el trasplante no debe suponerle ningún gasto energético, siempre y cuando esté protegido por la seguridad social, es decir, todos los gastos derivados de la operación y subsiguientes desaparecen por completo. Por contra, en el caso del paciente que está sometido a diálisis, aunque estamos tratando de rellenar, digamos, todos los pequeños agujeros que aún no están rellenos, hay ciertos gastos que sí tiene el paciente por el hecho de estar en situación de diálisis.

Bueno, lo más importante es encontrarse la mayor parte de las veces en situación de paro laboral real y por tanto el estar recibiendo los ingresos menores con los que tiene que afrontar a veces unas cargas adicionales. Digo a veces porque, bueno, no solamente todo el tratamiento

sino el transporte también lo paga la seguridad social. No se pagan determinados tipos de medicación adicional o parte de la medicación y algunas instalaciones que a veces se hacen en las casas cuando se hacen en la movilidad domiciliaria, pero digo que estas son cuestiones que estamos tratando de resolver para que no suponga ningún gasto adicional al paciente.

Hasta aquí el tiempo de Vida y Salud. Esperamos que estos ocho programas dedicados genéricamente a los trasplantes hayan servido de acercamiento a la situación de nuestra medicina en la actualidad. Muy buenas noches y hasta el próximo programa.

Vida y Salud volverá dentro de quince días al igual que el resto de nuestros programas ya que las emisiones de la UNED se van a interrumpir durante toda la semana que viene con ocasión de las vacaciones de Semana Santa. Y seguimos adelante en este tiempo de la UNED. La cartelera madrileña de teatro merece sin duda un comentario aparte gracias al Festival Internacional de Teatro que se está celebrando durante estos días en Madrid.