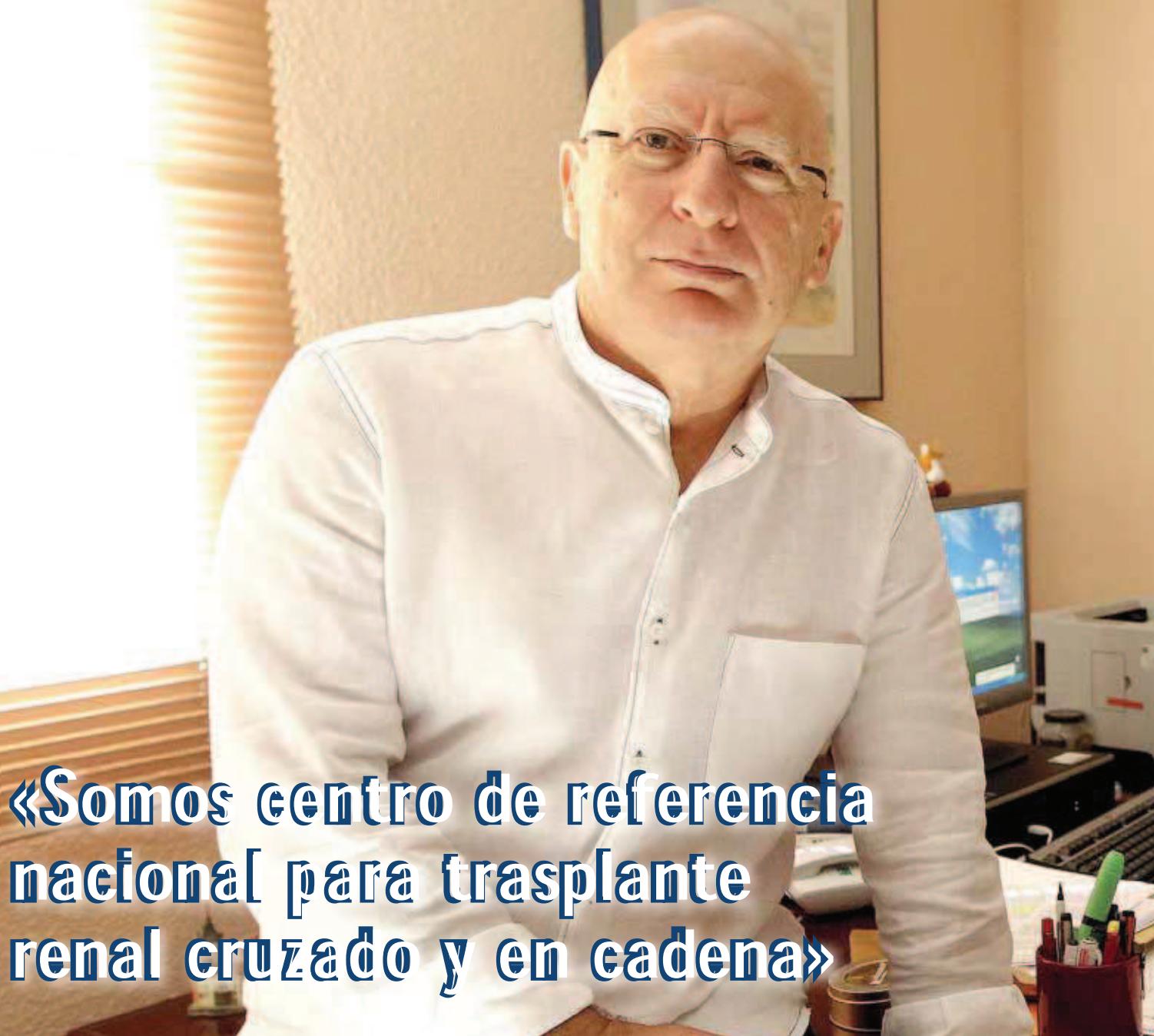




Antonio Osuna Ortega

Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Virgen de las Nieves



«Somos centro de referencia nacional para trasplante renal cruzado y en cadena»

Cursó sus estudios en la Facultad de Medicina de Granada, durante los cuales obtuvo una beca de colaboración en el Departamento de Medicina Interna, licenciándose en el año 1977. Posteriormente realizó la especialidad de Nefrología en el Hospital Clínico San Cecilio, obteniendo plaza de médico adjunto en Ciudad Real. En el año 1980 obtuvo una plaza de facultativo especialista de área en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada y en el año 1992, obtuvo la plaza de Jefe de Sección de Trasplante Renal en el Hospital Virgen de las Nieves. Es profesor aso-

ciado de la Facultad de Medicina de Granada. Unido a su labor asistencial, ha desarrollado una línea de investigación básica y clínica donde es el investigador principal de un grupo que está incluido en las redes temáticas de investigación, financiadas por el Instituto Carlos III. En el año 2007 fue designado por concurso oposición Jefe de Servicio de Nefrología y en el año 2010 fue nombrado director de la unidad Intercentros de los Servicios de Nefrología del Hospital Virgen de las Nieves y Clínico San Cecilio de Granada.

¿Se puede ser médico sin vocación?

Se puede ser, pero yo no conozco a ninguno. No se puede concebir que un médico sea solamente técnico, mero aplicador del conocimiento, pues esta profesión requiere de un profundo sentido del humanismo y, sobre todo, de gran capacidad de decisión frente a las distintas situaciones que se van presentando. Es imperativo ser profesionales responsables, íntegros, con sólida formación científica y técnica, así como tener un irrenunciable compromiso con la vocación de servir, y con el objetivo de tratar de lograr la salud y el bienestar de nuestros pacientes y de la comunidad. Nuestro país necesita más médicos científicos que, además de saber curar "una enfermedad", sepan que es mejor curar a la persona enferma; que sean conscientes del valor de la vida humana, que la amen, la respeten y estén dispuestos a dedicar todos sus esfuerzos al servicio de sus semejantes, como único y verdadero sentido de su vocación de médicos.

¿Qué le supone o qué implica dirigir el Servicio de Nefrología de uno de los hospitales de más reconocido prestigio en España?

Una enorme responsabilidad, aún más en la situación económica en la que estamos inmersos. Uno de los activos más importantes del servicio de nefrología es el personal, totalmente identificado con la misión y la visión de la unidad y que a pesar de la reducción de los salarios, la incertidumbre laboral no ha influido lo más mínimo en su grado de compromiso para la sanidad y su atención al ciudadano. Por otra parte, el servicio de nefrología del Hospital Virgen de las Nieves, a nivel clínico y de investigación se encuentra posicionado dentro de los 5 primeros de España, sirva como ejemplo que somos el primer servicio de Andalucía y el cuarto de España en la realización de trasplante renal con donante vivo y pertenecemos a la redes de investigación renal subvencionadas por el Instituto Carlos III, lo cual supone una enorme esfuerzo para mantener estos niveles de calidad.



El alto número de trasplantes que se lleva a cabo en el Hospital Virgen de las Nieves ha sido noticia en numerosas ocasiones, tanto en prensa local como nacional. ¿Se puede decir que nuestra ciudad es un referente en ese tipo de tratamiento?

Sí, estamos realizando todas las modalidades de trasplante renal, no sólo el de vivo, sino el de donantes en asistolia. Esta última modalidad se comenzó el año pasado, y sólo tres hospitales en España la realiza, 2 en Madrid y 1 en Barcelona. Así mismo, somos Centro de Referencia Nacional para trasplante renal cruzado y en cadena; hemos participado en 4 de los 5 trasplantes renales cruzados realizados en nuestro país, y en la primera cadena de donante samaritano que se ha realizado en España.

¿Todos los pacientes son susceptibles de trasplante renal?

El trasplante renal es el tratamiento renal sustitutivo que ofrece mayor supervivencia y calidad de vida al paciente, y dentro del trasplante renal, el que se realiza con donante vivo es el que mayor supervivencia produce, pero no todos los pacientes son candidatos a un trasplante renal, depende de la situación clínica. Hay que tener en cuenta que la media de edad de los pacientes que se encuentra bajo tratamiento en hemodiálisis es de 65 años, por lo tanto algunos pacientes presenta alteraciones cardíacas o vasculares que no hacen posible el trasplante.

Siempre escuchamos hablar de trasplante renal de cadáver, pero en los últimos años crece el número de trasplantes de personas vivas ¿Cuál es el motivo?

España es el país con la tasa más alta de trasplantes por millón de población (ppm) 47,3, pero ello no es suficiente; para trasplantar a todos los pacientes que se encuentran en diálisis harían falta realizar unos 150 trasplantes (ppm). Además, la edad media de los donantes ha aumentado en los últimos años, debido al envejeci-



Existe un incipiente consenso sobre la necesidad de un pacto por la sanidad, que empiece a abordar de manera decidida y con acciones concretas los retos a los que se enfrenta nuestro sistema



miento de la población y a la disminución de los accidentes de tráfico en las personas jóvenes. La normativa de seguridad vial impuesta por el gobierno ha disminuido drásticamente los donantes de estas características, estando en la actualidad en menos del 5%. Estas dos circunstancias hacen que en diálisis, sobre todo personas jóvenes, tengan difícil el acceso al trasplante, y se han buscado otras opciones como el trasplante renal con donante vivo, modalidad que en otros países europeos como Holanda supone el 80% de los trasplantes. Granada tiene la tasa de donantes más elevadas del mundo, con el 65,7 pmp; por este motivo es la única provincia andaluza en la que el número de pacientes con trasplante renal es superior al de pacientes que se encuentra en tratamiento dialítico. En el último año, el 20% de los pacientes trasplantados renales fueron con donante renal vivo.

¿Qué ventajas ofrece un trasplante de donante vivo respecto al de un cadáver?

Permite obviar el problema de la escasez de órganos de donante fallecido y además presenta mejores resultados que el trasplante de cadáver. La principal es el trasplante anticipado, consistente en realizar éste cuando los riñones del paciente estén en la fase terminal, es decir, cuando el paciente requiera un tratamiento renal sustitutivo como la diálisis o diálisis peritoneal. Permitirá al paciente librarse de la diálisis y sus complicaciones. También, en términos de coste-beneficio es mucho más eficiente. Son también indicaciones prioritarias de trasplante renal de vivo los gemelos univitelinos y los hermanos HLA idénticos.

¿Qué factores se tienen en cuenta para decidir trasplantar el órgano de un donante vivo? ¿Qué características debe reunir el donante?

Dependiendo del paciente, es la primera opción que damos pero siempre valorando que esta sea la más indicada y que el resultado de la misma sea óptimo. El do-

nante puede ser cualquier persona del entorno del paciente, puede estar emparentado genéticamente o no, es decir se admiten como donantes, familiares, cónyuges, amigos etc., evidentemente el donante debe estar perfectamente informado y que no exista ningún tipo de coacción, el proceso de donación es muy estricto en este punto y el donante una vez estudiado minuciosamente desde el punto de vista clínico, con el objeto de detectar cualquier tipo de patología que le impida ser donante, debe pasar por un estudio psicológico para valorar el estado psíquico del donante, el comité ético y por último el juez que da fe de que no existe ningún tipo de coacción y que el proceso se ha llevado dentro de la estricta legalidad.

¿Por qué cree que España es líder en donaciones de órganos?

En parte es debido a que la organización nacional de trasplantes (ONT) en su momento formó una red de coordinadores de trasplantes. Son personas preparadas para obtener la donación de las personas que fallecen en el hospital, este modelo ha dado unos resultados excelentes y ha sido exportado a otros países como Italia y Sudamérica. Por otra parte, la población española es bastante solidaria en este sentido y las tasas de negativas familiares a la donación son muy bajas.

¿Está afectando la crisis a su servicio? ¿Y a la sanidad en general?

Evidentemente. España ha conseguido avanzar de forma significativa en su modelo sanitario en los últimos 30 años y es gracias a eso que partimos hoy de una buena posición relativa. Sin embargo, el sistema va a enfrentarse a retos significativos en los próximos años, tanto de incremento de la demanda de atención como de escasez de recursos disponibles. Va a ser insostenible tal y como lo conocemos hoy.

Es precisamente la madurez que ha alcanzado el sistema sanitario actual lo que nos permite estar planteando hoy

la necesidad de acometer reformas estructurales que aseguren su sostenibilidad a corto y a medio plazo. Además, creemos que existe el ambiente propicio entre las distintas administraciones y agentes sociales para hacerlo posible. Existe un incipiente consenso sobre la necesidad de un pacto por la sanidad, que empiece a abordar de manera decidida y con acciones concretas los retos a los que se enfrenta nuestro sistema. Evidentemente esto depende de la voluntad política y eso puede ser el principal error, pues si no existe un pacto nacional de la sanidad que queremos y se deja en manos de políticas, que la mayor parte de las veces actúa por motivos electoralistas, podemos acabar con un sistema de sanidad que hace unos años estaba en el octavo lugar en el ranking de servicios sanitarios con unas prestaciones que pueden competir con la de cualquier sistema sanitario, y con unos resultados comparables a los de USA.

¿Qué opina sobre el “copago” sanitario? ¿Ofrecería alguna alternativa?

Cuando se habla de copago, se suele insistir en el beneficio del incremento de los ingresos, pero se olvida que no es evidente que contenga los gastos y que, además, tiene el riesgo de crear dificultades de acceso a ciudadanos con rentas bajas o muy bajas. Además, se olvida que en España ya existen dos modalidades de copago: por medicamentos y el seguro sanitario privado voluntario, que no exonera de seguir contribuyendo al SNS a pesar de no utilizarlo o utilizarlo parcialmente.

En mi opinión, antes de introducir un nuevo copago, deberíamos intentar hacer más efectivos los actuales. Quizá sea el momento de reformular el copago en función de niveles de renta. Existen medidas que por otra parte servirán necesarias para el mantenimiento del sistema como reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias; mejorar el rendimiento y la productividad de los profesionales; desarrollar el modelo de atención a pacientes crónicos; desarrollar un espacio socio sanitario



rio alternativo a la hospitalización de agudos; invertir decididamente en prevención y promoción de la salud; generalizar los servicios compartidos entre proveedores, especialmente los de soporte clínico; reordenar la medicina de tercer nivel y la oferta hospitalaria e impulsar decididamente las estrategias de seguridad del paciente.

Para finalizar, ¿La sanidad pública puede ser rentable? ¿Qué medidas habría que llevar a cabo, en su opinión, para hacer esto posible sin menoscabar la calidad de la asistencia que presta a sus pacientes?

La sanidad pública nunca será rentable desde parámetros económicos, pero sí en términos de salud. Lo que se debe hacer es optimizar los recursos y emplear en cada acción el concepto de coste-beneficio, pero para hacer esto viable se debe huir de lo que en la actualidad se está aplicando que son medidas de recorte lineales, el famoso “café con leche para todos” sólo conduce a una pérdida de calidad. En lugar de realizar un estudio de la situación y prescindir de las cosas superfluas y que no son efectivas, como siempre se toma el camino fácil, con el peligro de que destruyamos este sistema sanitario, del que podemos estar orgullosos por ser uno de los primeros del mundo.