

SER MÉDICO...

Cuando llega la jubilación

When retirement arrives



Introducción

Cuarenta años son más de una generación y van a constituir el *aquí y ahora* de este relato, asomado a mi jubilación. En estos 40 años, el esfuerzo de numerosas personas y la incorporación de nuevos métodos y tecnología han determinado el progreso de la Medicina, como de cualquier otra disciplina. Los de más edad hemos tenido que dedicar parte de nuestro tiempo a utilizar nuevas herramientas de trabajo. La docencia, que se imparte en el hospital desde su creación, tampoco ha sido ajena al progreso de la Medicina. El docente debe conjugar la experiencia adquirida, siempre aprovechable, con los nuevos conocimientos. La figura 1 del Hospital Universitario La Paz, donde he ejercido entre los años 1965 y 2010, podría ser un buen paradigma de estos cambios.

He tenido el privilegio de llegar al final de mi carrera profesional con normalidad; la descripción de mi vida tiene menos interés. He vivido el hospital durante todo el tiempo con intensidad. Destaco dos hechos como sobresalientes en mi vida profesional: el primero, mi dedicación a la clínica, es decir, a los enfermos, ya como responsable directo, ya como corresponsable en el marco de un servicio. El acto médico nos relaciona de forma permanente con personas enfermas de cualquier estrato social, nos mantiene pegados a la

realidad, y nos ofrece la oportunidad, no solo de formular un diagnóstico y proponer un tratamiento, sino de establecer una relación humana, casi siempre satisfactoria para ambos, en ocasiones sublime. Prescindir de esta relación, tal vez sea uno de los vacíos que la jubilación lleva consigo. La segunda de las pérdidas que acarrea el retiro profesional es la falta de relación con el mundo hospitalario, con tantos compañeros, mayores y jóvenes, médicos, enfermería, secretarías, con quienes conversar era parte de nuestro trabajo y con quienes hemos practicado las cualidades de la buena convivencia: tolerancia, respeto, formas de hablar, escribir y escuchar, incluso en muchas ocasiones discrepan. Sobre todo he aprendido muchísima Medicina, tanto científica, como en el manejo de las diferentes situaciones que plantea el paciente y sus allegados. Es dura la despedida.

Mi carrera profesional

Etapa de formación

En 1966, yo era un estudiante de 6.^º curso de Medicina, alumno interno del Hospital Provincial en una Sala de Medicina, cuyo titular era el Profesor Ortiz Vázquez. Fuimos informados de que se acababa de abrir un hospital nuevo, en la afueras de Madrid, en su zona norte, y que se llamaba La Paz (para conmemorar xxv años de paz, 1936-1964). A nuestro jefe le habían ofrecido desarrollar el Departamento de Medicina del nuevo hospital y con él se marcharon todos sus colaboradores. Tal ocurrió el primero de Febrero de ese año de 1966. Con su venia, algunos de los alumnos le seguimos; su máxima era *si hay enfermos podrán aprender Medicina*. La realidad fue mucho más generosa con nosotros. Tuvimos la suerte de incorporarnos a su equipo y de trabajar en el hospital, casi como forma de vida, siguiendo sin solución de continuidad la etapa de asistente voluntario, médico interno y residente (MIR). En poco tiempo, otros hospitales se incorporaron al sistema sanitario público, dotados también de MIR. Nuestra interrelación, inquietud docente, científica y social promovió reuniones, no sin riesgo (vivímos tiempos convulsos de «obediencia debida»), que dieron lugar al naci-

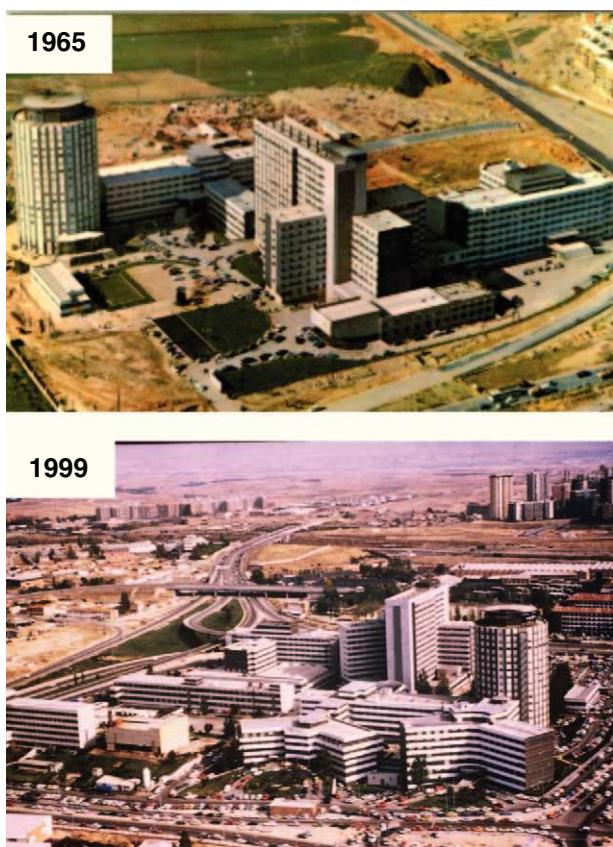


Figura 1 Hospital Universitario La Paz en los años 1965 y 1999.

miento de la plataforma MIR, que en 1969 presentó, un documento que definía el concepto de MIR dentro de un determinado tipo de Medicina. Que el sistema era válido lo acredita su pervivencia en la actualidad. Por haber colabo-

rado con dicho grupo de trabajo y por su interés (histórico) recojo el ideario de la plataforma MIR en la [tabla 1](#).

Etapa oncohematológica

Me ocupó la década de los setenta en la sección de Oncohematología, mi agradecimiento al Dr. José María Montero, titular de la sección. Llegué a tiempo de vivir progresos recientes en el tratamiento de determinados procesos de pronóstico infiusto hasta entonces, como el manejo terapéutico que permitía la curación de algunas leucemias agudas linfoblásticas de niños y adolescentes¹, de osteosarcomas, de utilizar nuevos métodos y tratamientos curativos para enfermedades como el linfoma de Hodgkin y otros linfomas², o el sarcoma de Ewing³. También viví la aparición de las antraciclinas y de los derivados del platino que suponían, como ha demostrado el tiempo, un paso importante en el tratamiento de numerosos tumores sólidos. Estos hechos fueron muy importantes para los pacientes que pudieron beneficiarse de ellos y para el devenir de la Oncohematología en ese momento. Para mí, como médico oncohematólogo, esta etapa, corta en el tiempo pero intensa en la forma de vivirla, tuvo la grandeza de permitirme conocer la *dimensión humana* del niño o del adulto portador de un proceso maligno, su entrega total al médico como su mejor amigo, así como el comportamiento, a veces, heroico, de sus allegados, padres, hijos, maridos/mujeres, sacrificando medios, tiempo, recursos, y cuyo recuerdo y ejemplo permanecen imborrables en mi memoria.

Etapa de Urgencias

Dediqué dos décadas a este periodo profesional, desde los cuarenta hasta los sesenta años. Accedí como responsable en 1981 impulsado por compañeros y animado por jefes, con la ilusión de arreglar un área del hospital calamitosa. Fue

Tabla 1 Documento de la plataforma MIR 1969 (mayo 1969)

- 1) Somos médicos de las nuevas generaciones, conscientes de una responsabilidad profesional, en una sociedad que queremos más justa y libre en todos los niveles y medios sociales. Ello facilitará el ejercicio humano, científico y digno de nuestra profesión.
- 2) Hacemos constancia de nuestra independencia, de toda servidumbre política concreta que pueda interferir con nuestros propósitos.
- 3) Pretendemos colaborar en la mejora de una Medicina que consideramos deficiente en su planteamiento y estructuración de los tres niveles fundamentales: asistencial docente e investigador.
- 4) Propugnamos decididamente la implantación de los Derechos Humanos en nuestra sociedad, en particular el derecho de todos a una asistencia médica digna.
- 5) El médico, en cuanto profesional, debe contar con medios asociativos que defiendan sus intereses reales.
- 6) Pretendemos colaborar con los organismos profesionales establecidos en la medida en que ellos posibiliten la realización de estos principios.
- 7) Somos conscientes de que el cambio que propugnamos de la Medicina ha de acompañarse de una reforma social. Por ello, pretendemos colaborar con todos los sectores que tienen objetivos fundamentales idénticos.
- 8) Creemos que la realización de una Medicina auténtica debe apoyarse en los siguientes puntos básicos:
 - a) Exige una preparación científica sólida, lo que supone la renovación de las estructuras docentes a nivel universitario y postgrado.
 - b) Necesita unos medios y organización que solo serán realizable cuando el hospital sea el centro de toda actividad médica.
 - c) La correcta realización de los dos puntos anteriores y su aplicación a toda persona enferma, solo puede llevarse a cabo en el marco de una medicina socializada.

mucho el contenido y largo el recorrido. Casi no existían modelos para copiar, reinaba el caos y sobre todo, sobreco-gía la situación asistencial de hacinamiento y de indignidad a la que eran sometidos los enfermos. Aunque ya había estado vinculado a la Urgencia tres años como médico adjunto, tal vez me sea difícil a estas alturas identificar el factor o factores que condicionaron mi decisión. Probablemente me planteé como reto, no exento de suficiencia, crear una unidad de Urgencias médicas donde la asistencia correcta fuera compatible con la dignidad y con la docencia. En ese tiempo, los MIR constituían la «mano de obra» sobre quienes gravitaba la mayor parte de la asistencia en Urgencias. Todo esto condicionó una etapa de ascenso, con viento a favor, que hemos descrito en otros lugares⁴. En los años sucesivos, con ilusión y con el apoyo de directivos, de personal del hospital, sobre todo médicos y enfermeras diseñamos un modelo estructural y funcional que inauguramos en 1989 con plantilla propia. La superficie aumentó considerablemente y toda la infraestructura se realizó de acuerdo con nuestro diseño. Durante unos años aquella Urgencia consiguió los objetivos perseguidos, dignidad asistencial, jerarquización de personal y de funciones, percepción por parte de los MIR de una docencia adecuada, áreas asistenciales definidas, con normas de funcionamiento, aprobadas por los órganos de gobierno del hospital. Aprendimos que la urgencia médica requiere rapidez en el razonamiento y juicio clínico, replanteamientos frecuentes para corregir errores, vigilancia permanente de los MIR y transmitir al enfermo y a sus familiares una información tan veraz y segura como sea posible. El modelo creado funcionó y fue copiado por numerosos hospitales. Nos multiplicábamos en las comunicaciones a reuniones y congresos, y publicaciones⁴⁻⁷. Participamos en foros internacionales, Consejo de Europa⁸, simposio internacional de urgencias europeas de París (*Réseau Sentinelle Urgentes, Colloque Européen, Paris, 1998*) y nacionales, reuniones de SEMES, coordinar Urgencias desde la Dirección General del INSALUD, y otras que nos mantenían alerta sobre el tema. También la Administración recibió impulsos que favorecieron la promoción de Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias. Por su importancia destaco el «Informe Abril» (excelente en su rigor y valoración de la sanidad del momento, 1991) y el del Defensor del Pueblo⁹, 1990¹⁰, muy crítico con la necesidad de mejorar la asistencia sanitaria urgente. También por entonces, 1989, se creó por parte de la autoridad sanitaria el puesto de coordinador de Urgencia, equiparándolo a nivel jerárquico de jefe de servicio¹¹. Hasta la mitad de la década de los noventa mantuvimos un gran nivel, al menos así nos lo parecía.

Pero esta etapa tuvo una duración limitada, el hospital, como siempre, sometido a vaivenes, y las circunstancias personales de cada uno condicionaron la renovación frecuente de los integrantes, la conversión del entusiasmo en rutina, reivindicaciones de mejoras y recursos inalcanzables, desencuentros frecuentes con los MIR, con la enfermería, sobreutilización creciente del servicio de Urgencias e incapacidad administrativa para contener el aluvión de pacientes (figs. 2 y 3) (otros países como Francia, los contuvieron, entre otros métodos, con *tickets* moderadores) (tabla 2). Estos hechos y circunstancias motivaron que poco a poco nuestro entusiasmo se fuera desvaneciendo. Los profesionales médicos y de enfermería saturados por el trabajo y quemados por la sobrecarga asistencial, sin horizonte

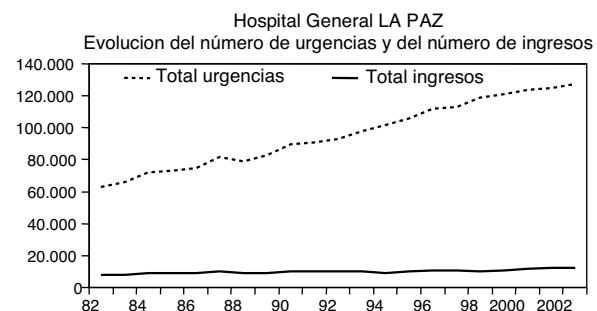


Figura 2 Evolución del número de urgencias y de ingresos en el Hospital General La Paz, Madrid.

alentador buscaron acomodo en servicios y unidades con un trabajo más sosegado y de mayor rentabilidad científica. Los que permanecimos en el servicio de Urgencias nos estábamos dejando bastantes pelos en la gatera. En el año 2000 fui relevado de esta responsabilidad. Probablemente en Urgencias había agotado mi tiempo; acepté el relevo como una decisión razonable.

A día de hoy, las urgencias hospitalarias (de nuestro hospital y de casi todos los demás) han crecido en superficie y en dotación de todo orden, disponen de personal de plantilla propio, de reglamentación y de normas de funcionamiento. Tienen tanta autonomía como muchos servicios del hospital, pero no son un servicio porque las autoridades sanitarias, hasta ahora, se han negado al reconocimiento de la Urgencia como una especialidad más. La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), de la que fui cofundador a finales de los ochenta y de su órgano de expresión la revista *Emergencias*, de la que he sido vocal, director y colaborador permanente, viene propugnando la creación de la especialidad desde hace más de quince años, y ha presentado el programa de su contenido y de su formación. En su número de octubre de 2010, el director de la revista y el presidente de la sociedad, una vez más, argumentan acerca de su necesidad y la consideran incluyente en el nuevo modelo para la formación MIR basado en la troncalidad. Abarcaría todos los ámbitos de la urgencia hos-

Tasa anual / 1.000 habitantes

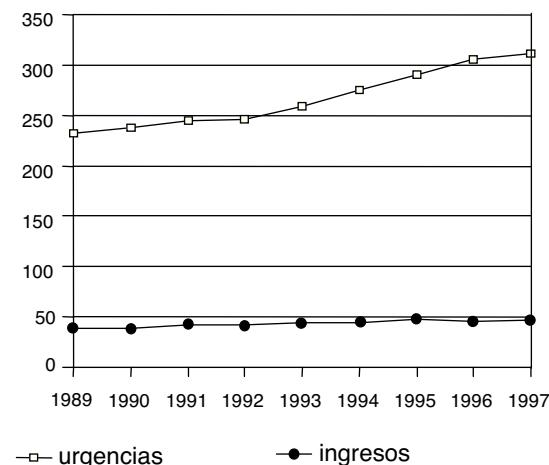


Figura 3 Evolución de urgencias e ingresos del INSALUD.

Tabla 2 Tarifs des consultations et soins externes (valeur au 03 1996)

	JOUR	20 h-8 h NUIT	Dimanches et Jours Fériés JOUR	Dimanches et Jours Fériés NUIT
C (consultations)	110 F	275 F	235 F	275 F
Cs (Cspécialisee)	150 F	315 F	275 F	315 F
Cpsy (Psychiatrie)	225 F	390 F	350 F	390 F
AMI (acte infirmerie)	l'unité 16,50 F	majoration 60 F	majoration 50 F	majoration 60 F
Z (radiologie)	l'unité 10,95 F	majoration 160 F	majoration 125 F	majoration 160 F
B (biologie)	1,80 F	1,80 F	1,70 F	1,80 F
K (chirurgie et Spécialité)	l'unité 12,60 F	majoration 165 F	majoration 125 F	majoration 165 F

Ticket moderateur applicable sur présentation de la carte de sécurité sociale.

(Es copia literal del rótulo que existía a la entrada de Urgencias en el hospital L'Hôtel Dieu de París, 1996).

pitalaria y extrahospitalaria. Personalmente me sumo a esta iniciativa^{12,13}. En países como EE.UU., Canadá, Reino Unido, Irlanda o Australia está vigente desde hace años. Algunas sociedades médicas se oponen a su creación; hasta ahora su criterio ha prevalecido.

Dejo este tema, pero me sigo preguntando si mi dedicación por la *urgenciólogía* y por su contenido y organización valió la pena, y si he aportado algo al hospital y a la organización sanitaria. ¿Negocié adecuadamente mis talentos? Creo que miles de enfermos sí se beneficiaron de aquel esfuerzo. Además, la invitación a esta publicación supone un reconocimiento que me honra; veo cómo parte del espíritu creado en aquellos años pervive en el hospital, mejorado y renovado por quienes me han sustituido y por el inexorable paso del tiempo.

Mi última etapa jefe de sección de Medicina Interna en planta de hospitalización

Sin duda la etapa más tranquila, después del torbellino de la Urgencia durante diez años, mitad en la Unidad de Corta Estancia, mitad en planta de hospitalización, me han permitido trabajar sosegadamente, dedicarme a los pacientes, saborear las sesiones clínicas oficiales y sobre todo las propias de nuestra planta, conversar y discutir con los compañeros, adjuntos y residentes el diagnóstico de cada enfermo. Profundizar en temas tan de toda la vida y tan inagotables como la enfermedad tromboembólica, la insuficiencia cardiaca, el síndrome anémico, la complejidad de las enfermedades infecciosas... Esta etapa ha sido posible gracias al buen ambiente y espíritu de trabajo en equipo de quienes integrábamos la sección y con quienes, si puedo, seguiré vinculado desde mi jubilación. Así se me hará más llevadera.

Termino mi carrera profesional con el agradecimiento al hospital por haberme soportado cuarenta años que intenté llenar de contenido humano, asistencial, científico y docente. Desearía, para los más jóvenes, en estos tiempos difíciles, un sistema de mayor agilidad para acceder y consolidar sus puestos de trabajo. Su esfuerzo y nuestra seguridad futura en el sistema sanitario lo merecen.

La jubilación

Así como cuanto he dicho hasta ahora ha sido fruto de mis vivencias profesionales, reconozco que para la jubilación no me siento preparado. El hecho de haber vivido unos últimos años liberado de la responsabilidad que implicaba el torbellino de la Urgencia y acomodado en una sección de intensa actividad clínica, ordenada y confortable, incrementa el vacío de mi jubilación. Pasar de la actividad al silencio se percibe casi como una agresión: la sociedad te aparta. Mi preparación para esta etapa no ha existido. Todavía no me ha llegado «el júbilo» de mi jubilación; he saboreado con emoción el cariño recibido en los diferentes actos de mi despedida por parte de compañeros médicos, mayores y jóvenes, enfermería y tantas personas del hospital con quienes me relacioné. Necesitaré un tiempo de adaptación.

El envejecimiento de la población, al que asistimos profesionalmente, nos ha permitido relacionarnos diariamente con personas (sanas y enfermas) que han llegado a esta nueva situación con anterioridad. Las previsiones sociales (estado de bienestar) y los apoyos familiares, generalmente menos suficientes que los sociales, aunque muy variables, nos han hecho percibir a la persona jubilada, que acude al médico, como conformista, entre satisfecha y resignada. Pero en la última década, sorprende la cantidad de personas que con edades que apenas rebasan los cincuenta años, están en situación de jubiladas (prejubiladas). No me resisto a dedicar un párrafo a este hecho.

La organización social moderna ha propiciado, en determinados sectores, y entre los cincuenta y sesenta años *jubilaciones anticipadas* que resultan difícilmente comprensibles. En algunas profesiones en las que la utilización de conocimientos, que no requieren esfuerzos físicos, la década de los cincuenta debe ser aquella en la que los profesionales han adquirido conocimientos y experiencia suficiente para que su rentabilidad profesional sea máxima: su rendimiento profesional, en ese momento, debe compensar la inversión de los años precedentes. Tal vez existan razones económicas o de otro orden que justifiquen las jubilaciones anticipadas. A muchos mayores, nos ha parecido un despilfarro humano del que no sabemos si la sociedad se tendrá que arrepentir. La presente crisis

económica está conduciendo, entre otras consecuencias, a replantear este problema. En nuestra profesión médica, por fortuna, no se han planteado las jubilaciones anticipadas. Probablemente, mi grado de información es insuficiente y cometo un prejuicio temerario en mis comentarios, pido excusas por ello si alguien se siente ofendido.

¿Cómo llenar la jubilación?

No tengo muy decidido cuál va a ser el contenido de mi jubilación. Me consuelan afirmaciones escritas, en torno al tema: *si has llenado de contenido tu vida profesional satisfactoriamente, también será satisfactoria tu vida de jubilado*. Pero entiendo que estos contenidos no pueden ser pasivos, considero imprescindible plantearse objetivos, de aprendizaje, de relación, de actividades físicas que te mantengan saludable y de asignaturas pendientes como lecturas y escrituras, incluso de participación activa como discente o como docente en temas a los que alguna vez le has dedicado parte del tiempo, la lengua y literatura, la historia del arte, incluso tal vez iniciarme en ciencias y actividades emergentes, para competir con los nietos, y que no te consideren un «*cascajo de asilo*». Aficiones vividas como cazar, realizar marchas camperas o turismo de ciudades, que he practicado en tiempos más jóvenes, hoy me resultan algo penosas por la claudicación de mis caderas, no obstante se hará lo que se pueda.

Creo que la jubilación, como casi todo, requiere un periodo de adaptación, de observación real del medio para tomar decisiones sosegadas y razonables midiendo las fuerzas, aficiones y posibilidades.

La abuela y yo seguiremos acercándonos a los nietos; intentaremos comprender su mundo y dialogar con ellos. Probablemente, esto también formará parte del contenido de nuestra jubilación. Será la más jubilosa cuando nos digan: *Abuelo, cuéntanos otra vez lo de aquel niño que se puso tan malito y tú lo curaste. Abuela y ... ¿tú le pinchaste? Orgullosos les diremos aquello de ... érase una vez un niño que bla, bla, bla... Abuelo y ... ¿por qué le dolía la garganta?... y ¿por qué le pinchaste y por qué lloraba? Y les diremos: colorín colorado, este cuento se ha acabado.*

Muchas gracias.

Bibliografía

- Montero García JM, Juárez Alonso S, et al. Leucemia aguda del adolescente y del adulto. Datos de valor pronóstico. Sangre. 1972;17:357–62.

- Montero García JM, Juárez Alonso S. Evolución del Hodgkin bajo la terapéutica. Medicamenta. 1968;451:353–5.
- Juárez Alonso S, González Barón M, Montero García JM. Tratamiento combinado del sarcoma de Ewing: nuestra experiencia en 17 casos con asociación de radioquimioterapia. Oncología 80. 1977;2:62–6.
- Juárez Alonso S, Fernández Capitán MC, Escobar Álvarez Y. Planificación y funcionamiento de un servicio de urgencia hospitalario. Manual de urgencias médicas. Editorial Mº Sanidad y Consumo (Madrid): 1986.
- Juárez Alonso S, Michán A, Sendino A, et al. Evolución de la urgencia hospitalaria ¿una masificación imparable? Emergencias. 1991;3:233–4 (Resumen de Comunicación a Congreso).
- Juárez Alonso S, Martínez Hernández PL, Madridano Cobo O, Juárez Antón S, García Tobaruela A, Alba Martín D. Los servicios de urgencia hospitalarios. Una masificación imparable diez años después. Emergencias. 2000; 2:Extr. pag 378. (Resumen de Comunicación a Congreso).
- Juárez Alonso S, Gutiérrez Bezón C, Palomera García M. El anciano en la Urgencia Hospitalaria. Ruipérez Cantera, editor. En: El Paciente anciano 50 casos clínicos comentados. McGraw - Hill – Interamericana de España S.A.U:Madrid; 1998.
- Forstronen PF, Giroud M, Polizzi F, Sinner F, Juárez S, Beckers R. *Etude comparative sur l'organisation et le fonctionnement des services d'aide médicale urgente*. Santé, Strasburg: Conseil de L'Europe; 1990.
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe Abril. Congreso de los Diputados; 1991.
- Gil-Robles y Gil Delgado A. *Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo; 1989.
- Resolución 22577 de 11 de septiembre de 1989 del Mº de Sanidad y Consumo por la que se crea al puesto de Coordinador de Urgencias. BOE de 21 de septiembre de 1989. p. 29664.
- Miró O. Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias: necesaria y querida. Emergencias. 2010;22: 321–2.
- Toranzo Cepeda T, Aramburu Vilariño FJ, García-Castrillo Riesgo L, Algarra Paredes J, Navarro Díaz F, Tomás Vecina S. Predisposición de los aspirantes a médico interno y residente (MIR) a escoger la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. Emergencias. 2010;22:331–7.

S. Juárez Alonso
Sección de Medicina Interna,
Hospital Universitario La Paz,
Madrid, España

Correo electrónico: salvadorjuarez40@gmail.com.