

De bioètica i medicina: algunes reflexions a partir de Ciència i caritat

Andreu García Aznar

Metge nefròleg i màster en bioètica i dret per la UB

Ciència i caritat, obra pintada el 1897 per un Picasso adolescent de quinze anys, es pot admirar al museu dedicat al pintor a la ciutat de Barcelona gràcies a una donació de l'autor de l'any 1970. Es tracta d'una obra intimista, en la qual, en una habitació d'aspecte pobre amb parets amb signes d'humitat i una porta i una finestra tancades, hi ha quatre figures. La central és la d'una noia, d'aspecte trist i malaltís, que descansa en un llit sense capçal. A la seva esquerra, a peu dret, hi ha una religiosa que sosté un infant i que, amb la mà dreta, li acosta un platet amb un got. Al costat dret del llit, assegut en una cadira i a la capçalera, un metge observa atentament un rellotge de butxaca mentre, amb la mà esquerra, pren el pols a la pacient.

Les referències de l'obra expliquen que la figura del metge representa la ciència i la de la religiosa la caritat. És cert que en aquells anys les institucions religioses eren un puntal en l'atenció a les persones però, en un temps on el dret a l'assistència sanitària no era reconegut com ara l'entendem, no és desgavellat pensar que la visita del metge fos també fruit de la caritat. Un metge d'aquella època, preocupat pel bon fer en la seva professió, podria perfectament haver llegit el llibre de Felix Janer *Elementos de moral médica* on es diu "el médico y el cirujano no solo visitarán sin retribución alguna a los pobres que no se hallan en situación de satisfacerse, sino que pondrán todos los medios a su alcance para curarlos perfectamente". Aquell metge era amo del seu temps i utilitzava uns recursos propis. Ara, el professional sanitari de la xarxa pública és un assalariat que utilitza un espai i uns recursos que el sistema sanitari ha posat a la seva disposició. No es tracta d'una diferència menor. A la nostra societat, la decisió de qui pot ser assistit, o no, al servei públic és una decisió política, com també ho és la cartera de prestacions. No hi ha cap dubte que el metge, com qualsevol altra persona, pot utilitzar els seus béns i el seu temps de lleure en allò que cregui més convenient. No es tracta d'això. La qüestió que es planteja, exceptuant que es tracti d'una situació d'urgència, és la següent: pot un metge contractat a la xarxa pública emprar part del seu temps laboral i utilitzar l'espai i els recursos posats al seu abast per a una finalitat no prevista en el seu contracte i la llei? Controvèrsia i dilema moral entre diferents grups que, finalment i afortunadament, s'ha resolt, al nostre país, a favor del dret universal a l'assistència sanitària. No es tracta de menysprear la caritat, que avui dia encara cobreix les necessitats de moltes persones, sinó de reconèixer que una societat que necessita de la caritat per suplir les seves mancances està lluny de ser una societat justa i respectuosa amb els drets humans.

La dona del quadre era una captaire que demanava almoïna al carrer i que va ser contractada per Picasso, per 10 pessetes, per, junt amb el seu fill, fer de model per a l'obra. A la pintura la dona no mira al metge. Sembla tenir la mirada perduda o, possiblement, fixada en el nen que la religiosa sosté al seu braç. Quan la persona emmalalteix no deixa enrere la seva història personal. Història personal a la qual es pot afegir la por, en major o menor grau, en el context d'una situació de vulnerabilitat i fragilitat que, en ocasions, li pot comportar una pèrdua d'autonomia, dels seus recursos econòmics o la mort. Es tracta, doncs, d'una persona amb un bagatge personal que es pot agreujar segons l'evolució de la seva malaltia. Ens podem preguntar què pensava la noia del quadre. Potser coses com: ara tinc 10 pessetes, i d'ací uns dies?, si realment estigués malalta i morís qui és farà càrrec del meu nen? Sortosament no sempre les situacions són tan greus, però cal tenir present que cadascú es dol dels seus mals i que, en ocasions, el que més preocupa les persones no és la seva malaltia. Preocupacions que cal tenir en consideració ja que poden interferir en un bon seguiment del tractament i, per tant, en l'evolució de la malaltia.

Tot i representar la ciència, és molt possible que un metge que exercís a l'època en què va ser pintat el quadre, a part d'intentar guarir, destinés una part important del seu temps a cuidar dels seus pacients. Actualment un coneixement molt més ampli de les malalties i de les seves causes junt amb un avenç de la tecnologia ens pot fer caure en l'oblit de la importància que té cuidar. Daniel Callahan va dirigir el grup d'experts que van definir els objectius de la medicina al Hasting Center Report l'any 1996. Un d'aquests era "cuidar i curar els malalts i tenir cura d'aquells que no poden ser curats", fet també recollit al Codi de deontologia del Consell de Metges de Catalunya en vigor des d'abril de 2005. Val la pena recordar aquí el doctor Moisès Broggi quan deia que "els pacients necessiten que els curin i que els cuidin i no hauriem d'oblidar que el metge no ho cura tot i les màquines no consolen" o que "avui la medicina cura molt i consola poc". Tot i els grans avenços que s'han produït en els darrers quaranta anys, i que qualsevol pot reconèixer, el cert és que no ho podem curar tot i que encara ens queda molt per aprendre i molta lluita per fer. Cal evitar que la tècnica ens faci perdre la humanitat. Potser val la pena recordar també Gregorio Marañón i el seu llibre Crítica de la medicina dogmàtica, on diu "quiero decir a los que trabajan a mi lado que no olviden nunca que cada cosa que los médicos sabemos hemos de procurar saberla lo más exactamente que nos sea dado, pero a conciencia de su valor provisional [...] el vacío que queda entre la imperfección de la verdad que poseemos y la perfección de la verdad que deseamos hay que intentar rellenarlo con entusiasmo y buena fe y, sobretudo, con una dosis copiosísima de modestia".

Picasso va fer servir el seu pare per pintar la figura del metge. Aquest, com s'ha assenyalat mes amunt, està assegut. El fet d'estar assegut escurça la distància entre l'alçada del cap del metge i la pacient, el fa més proper i és una mostra, indirecta, de no tenir pressa i d'estar disposat a escoltar. Això, per exemple, seria molt més difícil d'aconseguir amb un metge dret als peus del llit. Janer també fa referència a aquest tema, aconsella que el metge estigui assegut i assenyala que la seva forma d'asseure's no mostri arrogància o pompa: "Hay a la verdad médicos, dice un autor antiguo, que se sientan como si colocados en un trono hubiesen de juzgar el mundo,...". Arrogància, o

falta d'habilitat, que es pot manifestar també en el llenguatge emprat quan aquest no s'adequa a les condicions de la persona que s'està atenent i que pot fer malbé una bona relació o un tractament prescrit. Dani Figuerola escriu al seu llibre *Confidències d'un docent*: "quan t'adones que el missatge que vols transmetre, que sembla molt senzill, no ha passat o que ha estat entès de manera completament diferent a com l'has emès, el primer que penses és... que ruc que és el malalt! Però és clar, el ruc ets tu, que no t'expliques de la manera apropiada al receptor. O els rucs sou tots dos; tant li fa, però el que cal és recuperar el pont". Al llarg de la nostra vida professional fem servir la mateixa tècnica i prescrivim un determinat específic multitud de vegades però ho fem amb persones diferents, cadascuna amb les seves peculiaritats i el seu bagatge de relacions anteriors amb el sistema sanitari. Xavier Clèries, al seu llibre *El pacient té la paraula*, assenyala que una actitud oberta del professional per escoltar, per arribar a acords, predisposat a parlar de les emocions i informar amb detall, etc. influeix de forma favorable en el pacient. Assenyala fets com una millora subjectiva, una millor capacitat per afrontar la malaltia, una disminució de la por i un augment de l'aliança terapèutica en pacients crònics. Una formació basada només en la ciència pot formar científics o tècnics bons però serà una formació incompleta. A una bona formació científica, cal afegir-hi una bona formació humanística i en habilitats en comunicació que ajudi els professionals sanitaris a contactar amb el seus pacients i a fugir d'una pràctica freda i tecnificada.

Tant a finals del segle XIX com ara, a principis del XXI, el transfons del metge i el pacient continua sent el mateix. Un vol curar i cuidar i l'altre vol ser cuidat i guarit. Però no tot és igual. S'han produït canvis que influeixen en la relació entre ells. Malgrat les excepcions que hi poden haver, avui en dia no seria gaire difícil trobar un metge, llicenciat al voltant dels anys 70 i 80 del segle passat que, partint d'una actitud més o menys paternalista, ha hagut d'anar assumint l'autonomia dels seus pacients (recordem, per exemple, les controvèrsies entorn a la negativa a una transfusió de sang) i avançar cap un sistema de decisions compartides on no sempre coincideixen l'opinió del facultatiu i els desitjos del pacient. No només els canvis han afectat el metge. Si una figura ha canviat radicalment en el moment actual en relació amb el quadre és la de la religiosa. Substituïda avui en dia pels professionals d'infermeria, als que tradicionalment se'ls ha atribuït la funció de cuidar, i que són un element bàsic en l'assistència sanitària, amb funcions pròpies i sense la presència dels quals difícilment l'assistència sanitària tindria els nivells de qualitat i excel·lència que avui té.

No sé si el metge de l'any 1897 ho tenia més fàcil o més complicat que els que avui estan en exercici. "La primera lleialtat del metge ha d'ésser la persona que atén. La salut d'aquesta ha d'anteposar-se a tota altra conveniència", diu el nostre Codi deontològic. No tinc cap dubte que aquesta continua sent la prioritat dels professionals actuals però no deixa de ser cert també que les pressions de la indústria, les normes pròpies de les institucions, les condicions de treball, la sobresaturació assistencial, la política de retribució per objectius (que poden ser adients per a la millora de l'assistència com, per exemple, assolir uns determinats estàndards de qualitat, o absurds, com el que premia no fer baixes —que pot beneficiar un professional, independentment de la seva actitud i capacitat únicament per fet d'anar cada dia a la feina i castiga el professional competent

si ha tingut la mala ocurrència de no anar-hi per patir un càncer o un infart— són una font de pressió als professionals. Aquests dies, setembre de 2018, hem pogut llegir a la premsa articles amb els següents titulars: “Metges en precari”, “Metges al límit”, “Pensen més a anar-se’n que no pas a quedar-se” (La Vanguardia, 8 de setembre); “La precarietat amenaça el sistema sanitari” (entrevista al doctor Jaume Padrós, La Vanguardia, 19 de setembre); “Catalunya sigue sin revertir el déficit de 17.000 enfermeras” (El Periódico, 19 de setembre). La dedicació d’uns professionals preparats i vocacionals manté el sistema, però cal cuidar les persones que es dediquen a guarir i cuidar les persones.

I els pacients? (tots hem sigut o serem pacients en alguna època de la nostra vida). Tots tenim reconegut el dret a l’assistència i som cada cop més conscients dels nostres drets. Podem accedir a informacions sobre malalties, tractaments, teràpies mil·lenàries i fàrmacs i dietes miraculoses a través d’Internet, les xarxes socials o els diferents mitjans de comunicació. A la premsa hem pogut llegir també que: “Catalunya registra un document de voluntats anticipades cada hora” (La Vanguardia, 6 de setembre), “Una mujer donó sus órganos y transmitió el cáncer a cuatro personas” (El Periódico, 19 de setembre), “Hablar con el médico desde el ordenador ya es posible en España” (La Vanguardia, 19 de setembre), “La mala atención sanitaria mata más que la falta de ella” (El País, 19 de setembre), o “El salvaje este de los vientres de alquiler” (El País, 23 de setembre), entre molts altres articles que seria molt llarg de citar aquí. Pacients amb molta més informació però, sempre ben informats? Sabem de l’existència de notícies falses, incompletes i esbiaixades, que poden ser preses com a vàlides i que poden portar el pacient a qüestionar les indicacions del metge que l’atén. L’obligació de respectar el dret a decidir del pacient no implica no informar (evitant la manipulació i la coacció) ni tampoc estar d’acord amb les decisions que pugui prendre. Això tampoc ha de portar al seu abandó i a negar-li l’assistència. Segons Engerhardt, és preferible triar lliurement encara que ens equivoquem que no triar encertadament obligat pels altres. Això implica assumir la responsabilitat de les decisions que prenem sobre la nostra salut però no la culpabilització dels nostres actes.

El metge s’ha plantejat ja des de temps antics quins són els valors que cal preservar i el possible conflicte moral que se’n pot derivar. El codi hipocràtic insta el metge a no fer mal, a no provocar la mort, a no “donar a cap dona supositoris destructors” i a guardar silenci. Al seu llibre Janer també ens parla de les obligacions del metge i el cirurgià cap a si mateix: religió (“tener una religión pura y verdadera”, “proponer-se en sus acciones y palabras la gloria de Dios, la salud del prójimo, el honor de la facultad, obrando siempre según lo que le dictare una conciencia recta y justificada”), temperància i sobrietat (“que le han de servir para moderar las sensaciones y los apetitos, sujetándolos a la razón”), decència (“en todas sus acciones y palabras”), serenor, afecció a l’estudi i a l’observació i desconfiança de si mateixos en alguns casos (“particularmente en las enfermedades propias y las de su familia”). En el mateix text també fa referència a les obligacions vers els malalts com ara són la humanitat, afabilitat, prudència, secret, veracitat. A l’any 1946, el Reglamento provisional para la Organización Médica Profesional deia que eren “operaciones prohibidas por la moral las que tienden a esterilizar al hombre o la mujer y el aborto en cualquier momento de la evolución oval o fetal”, que la fecundació artificial

era “condenada por la moral cristiana” i que l’eugenèsia “es plausible la basada en el mejoramiento de los factores sociales o ambientales del individuo o la familia y en el mejoramiento del propio individuo, apartándolo del vicio por cuanto tiende al mejoramiento de la raza”. Aquest text també fa referència a demanar el consentiment per a una intervenció quirúrgica, guardar el secret i d’advertir de la proximitat de la mort a fi que el pacient “esté preparado espiritualmente —si es católico— y en asuntos terrenos” y “ante esta obligación, el médico observará las circunstancias morales y la entereza de carácter del enfermo y sus familiares, y ante el que crea conveniente participará la gravedad en que se encuentra el paciente [...] y servirá de advertencia a los familiares, para que preparen las disposiciones del enfermo en gravedad de muerte”.

Durant llargs anys les normes morals han vingut dictades per una religió que les legitimava. Quan la religió perd força normativa i legitimadora afluïxen idees i valors, en ocasions ja presents i amagats, que busquen ser reconeguts i legítims. En una societat secularitzada i plural la norma i la moral ja no depèn només de la religió. Això comporta que hi poden haver noves normes, però no que tot val. No podem caure en el relativisme. No es pot acceptar una ablació de clítoris a una nena pel fet que això sigui acceptable en una altra cultura. La Declaració universal dels drets humans, de l’any 1948, és proposada per alguns grups com a norma base a seguir. Al Codi actual continua present l’obligació de no fer mal i altres normes (com l’obligació de guardar silenci o el dret del pacient a rebre una informació veraç o l’obligació del metge “d’ajudar el pacient a assumir la mort d’acord amb les seves creences i allò que ha donat sentit a la seva vida”) han sigut reforçades. Altres han desaparegut. Ja no existeix la contundent prohibició a l’avortament ni a les tècniques de reproducció assistida ni tampoc a l’esterilització o la tolerància a aquesta quan es practicava a un discapacitat pensant “en el mejoramiento de la raza” i no en el seu benefici estricte.

No obstant això, la situació no és senzilla ja que ni la presència de la llei fa que una cosa sigui èticament correcta ni que la seva absència impliqui que no ho sigui. Llei i ètica no sempre van aparellades. El conflicte entre la llei, la norma, i la moral ja va ser plasmat per Sòfocles, a la seva obra *Antígona*, al segle v aC. John Irving, per altra banda, a la seva novel·la *Las normas de la casa de la sidra*, ens explica el disgust d’uns temporers encarregats de la collita de pomes davant unes normes absurdes fetes per persones alienes al seu entorn i com el doctor Wilbur Larch decideix practicar avortaments en contra també de normes fetes per persones que no entenien l’entorn social de les noies embarassades i en què aquest feia la seva feina i, també, com el seu pupil Homer Wells, com cadascú de nosaltres, ha de trobar el seu camí i prendre les seves pròpies decisions. També és de tots conegut el conflicte que es va plantejar fa uns anys en el cas de presos en vaga de fam en què la Justícia en demanava l’alimentació forçosa en contra de l’opinió d’experts en bioètica. Com deia Antonio Gala “hay tiempos en los que lo difícil no es cumplir el deber sino saber cuál es”. Actualment, al nostre país, està regulat l’avortament i estan a la palestra l’eutanàsia i la gestació subrogada. Aquests fets són defensats, rebutjats o qüestionats per diferents grups socials i associacions de bioètica en defensa de la seva ideologia o esquema de valors. D’ací uns anys potser les qüestions candents a debatre seran la clonació o la modificació del genoma per motius aliens a la promoció de la salut, avui expressament prohibits al nostre codi deontològic.

Potser seran aquestes o potser d'altres que, de ben segur, s'esdevindran fruit dels canvis que tota societat experimenta en el temps junt amb les noves possibilitats que la ciència podrà oferir. On està el límit? No ho sé. Potser estigui a tenir cura que allò que fem no impliqui l'explotació de cap persona o col·lectiu, amb especial atenció a aquells que són més vulnerables, i en què, sempre i en tot moment, la dignitat de la persona sigui preservada.

Bibliografia

Clèries X. El pacient té la paraula. Barcelona: Viguera Editores S.L.; 2009.

COMB. Normes de deontologia. 1979.

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi de deontologia. 2005.

Consejo General de los Colegios de Médicos de España. Reglamento provisional para la Organización Médica Colegial. Madrid; 1946.

Engelgardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995.

Estruch J. Entendre les religions. Barcelona: Editorial Mediterrània SL; 2015.

Figuerola D. Confidències d'un docent. Barcelona: Marge Books; 2011.

García Manrique R. Las normas de la casa de la sidra: una crítica de la heteronomía. Revista de Bioética y Derecho, 11. Barcelona: setembre 2007.

Generalitat de Catalunya. Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Barcelona: 1997.

Irving J. Principes de Maine, reyes de Nueva Inglaterra. Barcelona: Tusquets. Edición Kindle; març de 2014.

Janer F. Elementos de moral médica. Barcelona: Imprenta de Joaquin Verdager; 1834.

Jurament Hipocràtic. Text en català editat amb motiu del Sisè Congrés de Llengua Catalana. Barcelona: 1930.

Marañon G. Crítica de la medicina dogmàtica. Madrid: Espasa Calpe; 1950.

Web oficial del Museu Picasso de Barcelona.

www.bcn.cat/museupicasso/es/coleccion/mpb110-046.html