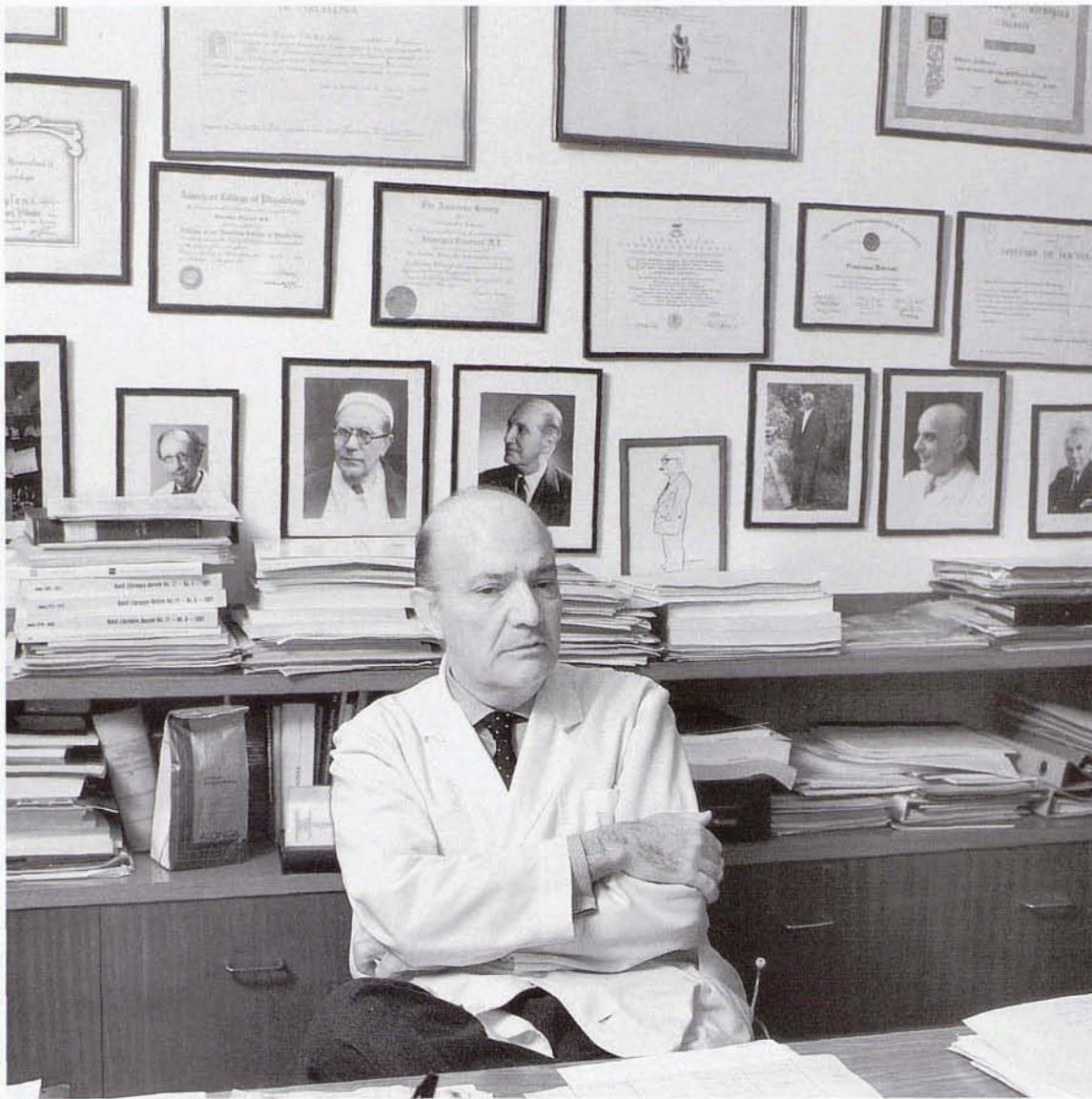


FRANCESC VILARDELL

LAS RELACIONES ENTRE EL MÉDICO Y EL ENFERMO ESTÁN SIEMPRE EN EL PRIMER PLANO DE LA ÉTICA MÉDICA, Y EL DIÁLOGO NO SE HA INTERRUMPIDO EN TODOS ESTOS SIGLOS. PERO, SIN DUDA, EL MUNDO MODERNO, QUE SE HA TRANSFORMADO RADICALMENTE EN LO QUE VA DE SIGLO, CONLLEVA UNA SERIE DE EXIGENCIAS QUE REPERCUTEN DE FORMA MUY SIGNIFICATIVA EN LA CONEXIÓN MÉDICO-ENFERMO.

MILAGROS PÉREZ OLIVA PERIODISTA



ELOI BONJOCHE

El doctor Francesc Vilardell Viñas, de 62 años, preside desde julio de 1987 el Council of International Organizations of Medical Sciences, CIOMS, organismo creado por la OMS y la Unesco a principios de la década de los cincuenta para reflexionar y asesorarlas sobre ética médica, filosofía de la medicina y otras cuestiones relacionadas con la profesión, entre ellas la de la formación que deben recibir los médicos y los principios deontológicos que deben presidir su ejercicio. El profesor Vilardell preside la Organización Mundial de Gastroenterología y ha sido galardonado con varias condecoraciones, entre ellas la Legión de Honor francesa, la Creu de Sant Jordi de la Generalitat y la Encomienda al Mérito Sanitario, otorgada por el Ministerio de Sanidad español. En mayo de 1981 fue llamado urgentemente a Roma, para seguir, junto a otros tres especialistas, la evolución del Papa Juan Pablo II tras el atentado de que fue víctima.

Casado y padre de tres hijos, el profesor Vilardell es un enamorado de su profesión, que ejerce en el hospital de Sant Pau de Barcelona como jefe del departamento de Patología Digestiva. Hijo y sobrino de médicos, nació en Barcelona en 1926 y se licenció en Medicina en 1949. En 1962 concluyó la especialidad en la Universidad de Pensilvania (Estados Unidos) con una tesis doctoral sobre el diagnóstico citológico del cáncer de estómago. En 1963 se incorporó al hospital de Sant Pau, al que permanece todavía fiel. Entre sus jardines acostumbra a pasear cuando necesita un momento de descanso, siempre dispuesto a contemplar una vez más la armonía de los pabellones modernistas de Domènech i Montaner. El profesor Vilardell ha accedido a la presidencia de la CIOMS en un momento especialmente delicado para la profesión médica, en cuyas manos se encuentran en estos momentos técnicas capaces de alterar el curso de la naturaleza humana has-

ta límites inimaginables hace sólo unas décadas. La irrupción de estas posibilidades técnicas plantea nuevos problemas éticos, pero el desarrollo tecnológico es tan rápido, que la sociedad ni siquiera ha tenido tiempo de reflexionar. Por eso, la responsabilidad del doctor Vilardell al frente de la CIOMS es de una gran trascendencia.

— ¿Qué elementos diferenciales plantea el problema de la ética médica en la sociedad actual?

— La ética médica no es una cosa nueva, porque las primeras referencias acerca de la preocupación social por este tema datan de 5.000 años antes de Jesucristo. Y desde entonces hasta ahora no ha hecho más que evolucionar. Las relaciones entre el médico y el enfermo están siempre en el primer plano de la ética médica, y el diálogo no se ha interrumpido en todos estos siglos. Pero, sin duda, el mundo moderno, que se ha transformado radi-

calmente en lo que va de siglo, conlleva una serie de exigencias que repercuten de forma muy significativa en la conexión médico-enfermo. Esta comunicación se ha modificado sustancialmente en los últimos años. Uno de los aspectos más importantes ha sido la generalización paulatina de un concepto, el de la autonomía del paciente, entendida como el derecho del enfermo a participar en las decisiones que conciernen a su salud. Este principio se inspira en el derecho anglosajón, que consagra la autonomía de la persona y la libertad de elección como elementos esenciales.

—Pero la libertad de elección y la capacidad de ejercer la autonomía dependen, en el caso del paciente, de que reciba una correcta información por parte del médico.

—Claro. De lo dicho anteriormente se deduce que esta autonomía no puede ponerse de manifiesto si no existe un consentimiento informado (inform consent), lo cual implica que, ante cualquier acto médico, especialmente si conlleva un riesgo, el paciente debe estar suficientemente informado para poder decidir si acepta o no el riesgo al que se le va a someter. Ello implica una actitud informativa por parte del médico. Este problema es más fácil de resolver en ambientes culturales desarrollados y más difícil en lugares donde la cultura no se corresponde con el modelo occidental. Parece claro que no se puede pedir consentimiento informado, por ejemplo, a los indios de tribus aisladas, en las que no hay ningún criterio social o ético equiparable al de una cultura desarrollada.

—Pero ello no quiere decir que no exista relación médico-paciente. ¿Qué debe hacerse en estos casos?

—Se recomienda que se hable con los ancianos de la tribu, pero en algunos casos, incluso esto me parece prematuro.

—Usted ha hablado de autonomía y consentimiento informado. ¿Cree que la existencia de estos dos requisitos podría justificar la eutanasia pasiva?

—En principio, ningún médico consciente y sensible puede pensar que un enfermo suyo deba sufrir. Pero el concepto de sufrimiento es muy complejo. La estancia de un enfermo en la unidad de cuidados intensivos requiere la aplicación de un modelo agresivo de posibilidades terapéuticas. No me cabe duda de que muchos enfermos, contra lo que podría pa-



recer, quieren que se les apliquen estas posibilidades, que se haga todo lo posible para salvar su vida, aunque hayan de sufrir grandes incomodidades. A veces tengo la impresión de que son los familiares quienes plantean dificultades, más que el propio enfermo, a la hora de aplicar la alta tecnología médica. Ahora bien, llega un momento en que puede considerarse que el equilibrio entre beneficio, medido en términos de efectividad terapéutica, y el maleficio, entendido como el daño moral que sufre el paciente, se invierte y se inclina claramente de este lado. Se han cometido abusos intolerables en el tratamiento exagerado de enfermos desahuciados. Es lo que se ha denominado encarnizamiento terapéutico. Creo que es intolerable que se llegue a esos extremos. Incluso la Academia Pontificia se ha pronunciado en el sentido de que el derecho a morir dignamente debe ser plenamente reconocido.

—Pero, ¿a quién le corresponde tomar la decisión de decir basta?

—En principio es muy difícil resolver esta cuestión. Es evidente que muchas veces el médico no le dice al enfermo que va a morir porque intenta conservar su esperanza hasta el último momento. En realidad, el médico está preparado y mentalizado para resistir y no abandonar la lucha por salvar la vida de su paciente mientras le queden recursos para ello.

—Pero si el médico no le dice al paciente toda la verdad sobre su situación, en realidad está tomando una decisión unilateral.

—Si el enfermo pregunta, hay que contestarle la verdad. Siempre. Y si ya no se puede hacer nada, se ha de llegar de algún modo a un acuerdo con el paciente. Pero comprendo también que el médico tenga tendencia a dejar un resquicio a la esperanza. Abandonar la lucha es muy duro para él. A veces ha habido conflictos entre el personal médico y el de enfermería, porque la decisión de abandonar no es en absoluto fácil. El personal de enfermería, que habitualmente tiene una actitud muy activa en el cuidado del enfermo y establece una relación personal con él, ha protestado más a menudo que los propios familiares la decisión de retirar a un enfermo los cuidados especiales. Psicológicamente, ésta es una reacción perfectamente comprensible, porque han dedicado un gran esfuerzo a salvar la vida del paciente y ese esfuerzo se pierde en el momento que se abandona.

—Una de las cuestiones más debatidas en estos momentos en los medios sanitarios es la distribución de recursos. Los recursos son limitados, y si se destinan a unos fines, no se destinan a otros. ¿Cuál es su opinión sobre este problema?

—Hasta ahora, ningún gobierno ha logrado controlar el gasto sanitario. Todas las previsiones de gasto han sido sucesivamente desbordadas porque la tecnología se ha desarrollado según sus propias posibilidades, y cada vez es más cara. Se creía que al aumentar la producción bajaría el precio, pero la producción en masa no acaba de abaratarla. Y además, los presupuestos destinados a sanidad no se han incrementado al mismo ritmo que el resto de las actividades. Por otro lado, la esperanza de vida se ha prolongado en el mundo industrial y ello ha provocado la necesidad de invertir gran cantidad de recursos tecnológicos en las personas de edad avanzada, que son las que mayores cuidados sanitarios requieren. En mi hospital, como en otros muchos, ingresan muchos más enfermos de 80 años que hace 20 años. Entonces no era habitual que ingresaran enfermos de esa edad. Y claro, no porque tengan 80 años vamos a dejar de hacer lo que haríamos si tuvieran sólo 60. Además, los enfermos de 80 años están hoy, por lo general, en buenas condiciones físicas y responden bien a los tratamientos.

Este solo factor es capaz de desequilibrar el presupuesto sanitario de cualquier país. Pero sucede que además, en los últimos años, se han hecho grandes progresos técnicos, que permiten intervenciones de costes muy elevados, como los trasplantes. Muchos de estos progresos han comenzado a aplicarse sin efectuar previamente un análisis adecuado de costes, lo cual impide evaluar después la eficacia de una técnica desde el punto de vista coste/beneficio, máxime si se trata de una técnica de brillantes resultados, como es el caso de los trasplantes. En algunos casos, como el trasplante de riñón, el beneficio ha podido demostrarse plenamente, no sólo en términos relativos, sino absolutos. Resulta más barato efectuar un trasplante que mantener al enfermo en diálisis. En cambio, en el caso del trasplante hepático y el cardíaco, la eficacia no ha sido demostrada todavía con claridad. Aunque me parece que, tarde o temprano, se va a conseguir.

—El propio progreso científico mantiene la esperanza de beneficio. Antes de descu-



birse la ciclosporina, por ejemplo, la eficacia de los trasplantes era más que dudosa. En cambio, ahora, esta droga inmunosupresora ha cambiado radicalmente las perspectivas de éxito de los trasplantes.

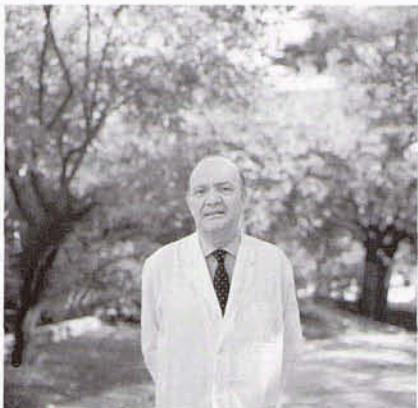
—Claro, por eso es tan difícil aplicar criterios económicos al progreso médico. El simple descubrimiento de una droga puede invertir la relación coste/beneficio de una técnica muy sofisticada. Además, a menudo intervienen factores ajenos a la propia medicina. Por ejemplo, ante la decisión de no autorizar una determinada modalidad de trasplante, un gobierno puede encontrarse con que, además de los aspectos racionales, debe afrontar también aspectos emocionales que se involucran en la decisión, como la honra nacional.

—Se ha dicho que el desarrollo de la tecnología médica provoca un aumento de la demanda de asistencia sanitaria. ¿Qué opina usted?

—En cierto modo puede ser así. Si se ofrece a la población una determinada posibilidad de actuación, por poco beneficiosa que sea, será aceptada inmediatamente. Contrariamente a lo que mucha gente piensa, cuantos más médicos tiene una comunidad, más necesidades sanitarias se crean y más cara es la medicina. La tecnología sanitaria no ha abaratado la medicina, sino que ha creado más necesidades. Por ejemplo, la creación de centros de asistencia primaria no ha vaciado a los hospitales. Una medida de este tipo tiene grandes ventajas sociales, como, por ejemplo, un diagnóstico más temprano del cáncer, pero no se abarata la medicina, que es lo que se persigue. Sería lógico que si surge una técnica de calidad superior, esta sustituya a la que se está utilizando. Lo que ocurre en la práctica es que no se sustituye la vieja por la nueva, sino que acaban aplicándose las dos a la vez. La técnica del diagnóstico se ha desbordado absolutamente en los últimos años, y en muchas circunstancias se practican más pruebas de las estrictamente necesarias. Este es un problema también de formación. En lugar de enseñar a los médicos a resolver bien los problemas con los mínimos recursos, se les incentiva para utilicen siempre las máximas posibilidades a su alcance.

—Pero a veces, si no se aplican todas las posibilidades, el paciente puede pensar que no está bien atendido.

—El paciente exige a veces, incluso, que



le apliquen las técnicas más agresivas, porque interpreta que así tiene más posibilidades de curación. Los medios de comunicación han contribuido a divulgar esta creencia, a mitificar la tecnología médica. Recuerdo que cuando se hizo el primer trasplante de hígado en Barcelona, varios familiares de pacientes desahuciados vinieron a exigir que se les hiciera un trasplante. La sociedad está muy acostumbrada a recurrir a la tecnología para todo y, si no la aplicas, el paciente acaba pensando que no le has hecho nada.

—*¿Hasta qué punto cree usted que la profusión de noticias espectaculares sobre los avances médicos en los grandes medios de comunicación condiciona la conducta de los pacientes?*

—Se refiere usted a la excesiva medicinalización de la sociedad? Creo que en los últimos tiempos se ha inculcado con mucha fuerza la idea del derecho a la salud. Este es un concepto peligroso porque es demagógico. Ningún gobierno tiene recursos suficientes para garantizar la salud de sus ciudadanos. Me parecería más razonable hablar del derecho a no estar enfermo.

—*Uno de los ámbitos en que, como presidente de la CIOMS, se propone intervenir, es el de los medicamentos. ¿en qué dirección?*

—Lo que la CIOMS se propone, de acuerdo con la OMS, es establecer unos mínimos de tratamiento que se puedan recetar en todo el mundo. Por ejemplo, una vacuna o un antibiótico. Se trata de diseñar, en colaboración con la OMS, una especie de formulario aplicable universalmente, de lograr que algunos principios activos puedan llegar a todos los rincones. Pero no es fácil. Hay países que no pueden realizar campañas de vacuna-

ción que salvarían miles de vidas porque no disponen de una cadena de frío en todo el territorio, y en cambio tienen dos hospitales dotados con los aparatos más sofisticados, por ejemplo, máquinas de tomografía axial computarizada. En estos países resulta más beneficioso construir una cloaca para evitar que se propague el tifus, que disponer de un scanner.

—*Una de las cuestiones que ha provocado polémica últimamente es la aplicación de ensayos terapéuticos sobre pacientes que no habían sido informados. ¿qué limitaciones debe tener el médico a la hora de investigar nuevos fármacos o técnicas quirúrgicas?*

—En este caso debe imponerse un absoluto respeto por los principios de autonomía y consentimiento informado a los que me refería antes. El ensayo terapéutico no puede hacerse de ninguna manera sobre enfermos que desconozcan que el producto que le suministran forma parte de un programa de experimentación. Esta es una cuestión que está muy clara. La CIOMS ha publicado una especie de código de la investigación clínica que incluye los ensayos terapéuticos y que define claramente las pautas que deben seguirse. En primer lugar, no se puede ensayar sobre un paciente ningún producto que no tenga relevancia sobre su enfermedad. Parece obvio, pero este principio no siempre se ha cumplido. En segundo lugar, debe garantizarse el consentimiento informado por parte del enfermo. El médico debe explicarle todos los posibles riesgos del producto, teniendo en cuenta que, a veces, no se conocen suficiente y que es muy difícil dar una explicación con garantía de inocuidad. Tercero: todo ensayo terapéutico debe aplicarse según una metodología científica, con los controles adecuados, lo cual exige la crea-

ción de dos grupos, uno al que se aplica el producto en experimentación y otro al que se aplica un placebo u otro tratamiento, a efectos de poder comparar posteriormente los resultados. Y no se puede probar un producto sin que haya una presunción razonable acerca de qué es lo que va a curar. Por otra parte, si el medicamento que se somete a experimentación afecta a una enfermedad que ya dispone de otros tratamientos probados, la comparación de resultados no se establecerá en este caso en relación a un placebo, sino al medicamento ya existente.

—*Para evitar la proliferación superflua de productos farmacéuticos, antes de autorizar la comercialización de un nuevo producto, algunos países exigen que se demuestre, no sólo que es bueno y eficaz, sino también que es necesario porque aporta alguna mejora sustancial sobre los que existen en el mercado. ¿Cree usted que este criterio debería generalizarse?*

—Este es un problema político, no ético, porque en el fondo de la cuestión aparece un problema de recursos. Los laboratorios están inmersos en una permanente competencia económica. Demostrar que un producto es mucho mejor que otro es muy difícil, porque la mayoría de las veces las diferencias son escasas. Hay que tener en cuenta que para demostrar la validez de un producto es preciso probarlo en un número elevado de pacientes y que, desde que se descubre un nuevo producto hasta que se pone a la venta en las farmacias, pasan, a veces, más de diez años, es decir que el proceso es extraordinariamente caro. Si una vez concluido, el producto no pudiera comercializarse porque la ventaja que aporta es reducida, los laboratorios no se arriesgarían. En cambio hay otro aspecto que me parece más preocupante, y es el problema de



los efectos negativos indeseados, que aparecen mucho más tarde. Supongamos un efecto negativo que tiene una incidencia de 1 entre cada 100.000. El medicamento se habrá probado en 10.000 pacientes, pero el efecto yetogénico, que puede ser grave, no se detectará hasta que el medicamento haya sido suministrado a más de 100.000 personas. Y otro aspecto también muy preocupante es que las salvaguardias y los controles que se imponen en los medicamentos no se apliquen también sobre las técnicas y aparatos médicos. En Estados Unidos sí que se ejerce un control, todo instrumento nuevo debe ser sometido al examen de un grupo de expertos. Desgraciadamente, este control no se ha extendido a otros países y nos encontramos con la situación de que aparatos no autorizados en Estados Unidos, por ejemplo, pueden utilizarse libremente en otros países, y lo mismo ocurre con ciertos medicamentos. Constantemente surgen inventos que no logran superar la prueba del tiempo, y cuando eso se demuestra, han causado ya un daño. Hace unos 20 años, por ejemplo, apareció un balón gástrico que permitía congelar el estómago y detener una hemorragia. Los resultados de las primeras pruebas fueron considerados extraordinarios y fue acogido con euforia. Más tarde se comprobó que causaba lesiones gástricas muy graves y se retiró el aparato del mercado.

—La fecundación in vitro es una técnica calificada por la OMS como experimental y que, en cambio se aplica sin control alguno.

Algunas organizaciones feministas se han quejado de que la mujer es utilizada en este caso como objeto de experimentación. ¿Qué opina usted al respecto?

—Existe una directiva de la Iglesia Católica que considera que este campo de la ciencia se ha desbordado. En los últimos años se ha avanzado de tal modo que no ha habido tiempo suficiente para reflexionar. En esta cuestión, como en otras muchas, creo que el hecho de que técnicamente se pueda hacer algo, no implica que deba hacerse. El poder y el deber son dos cosas muy distintas. Creo que este campo de la investigación no se debe dejar al libre albedrío del médico y debe imponerse un control riguroso por parte de la sociedad.

—¿Comparte usted los temores que despierta la ingeniería genética por la posibilidad de ser utilizada para manipular la herencia genética del hombre?

—La posibilidad de controlar el genoma humano es, en mi opinión, simple cuestión de tiempo. Por eso, los temores no son infundados. Y creo, con Federico Mayor, el nuevo director general de la Unesco, que, por encima de todo, hemos de defender el derecho al propio genoma. El ser humano tiene derecho a que no manipulen su código genético. La ciencia se encuentra ahora en un punto absolutamente crucial, por eso vivimos en un momento de desconcierto total. Por eso hay un vacío legislativo que es urgente llenar. La única defensa que tiene la sociedad ante este problema es legislar. Legislara un control, nacional o supranacional. Pero eso no resuelve totalmente el problema, puesto que una legislación no garantiza que no se cometan excesos. He oído conversaciones en las que una mujer soltera dice que le encantaría tener un hijo sola y que recurriría al banco de semen y a la fecundación artificial, lo cual me parece una monstruosidad, porque toda persona tiene derecho a tener un padre y esta criatura no lo tendrá por-

que el egoísmo de una señora puede beneficiarse de la técnica médica. La técnica no es intrínsecamente buena o mala. Lo que es bueno o malo es su uso. Yo, por ejemplo, tengo serias dudas de que no sea legítimo que una mujer que hace diez años que espera poder tener un hijo, pueda recurrir a la inseminación artificial de su marido para lograrlo. La Iglesia parece que no lo acepta, pero a mí me cuesta no admitirlo.

—Usted es católico, ¿considera que la Iglesia Católica está a la altura de nuestro tiempo en estas cuestiones o va a remolque?

—La Iglesia tiene que ser por fuerza conservadora y de hecho es tremadamente conservadora. Ahora bien, en esta cuestión la Iglesia ha tenido la prudencia de expresar sus puntos de vista, pero sin pronunciarse normativamente de una forma definitiva. La directiva sobre fecundación artificial lo único que pretende es salir al paso de los abusos que se están cometiendo.

—¿Cree que debe pronunciarse, o debe dejarlo a la conciencia de sus miembros?

—Creo que es muy difícil establecer límites y decir, hasta aquí es moral y a partir de aquí inmoral. En situaciones tan comprometidas como ésta, la Iglesia opta por decir que no a todo, porque es lo más fácil. Pero yo creo que el tiempo es lo que a la larga decide, y ya ha sucedido otras veces que, al principio, ha adoptado una negativa radical y después ha cambiado de opinión. Por otra parte, la técnica avanza mucho y es posible que mientras se reflexiona, surjan nuevas posibilidades que resuelvan algunas de las situaciones ahora consideradas controvertidas.