

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL NUEVO DOCTOR DON FRANCISCO VILLARDEL VIÑAS

Excmo. Sr. Rector Magnifico, Claustro Universitario,
Dígnisimas Autoridades,
miembros de la Universidad de Zaragoza,
queridos colegas, Señoras y Señores.

Es con profunda emoción que agradezco el honroso privilegio que me confiere hoy el Excmo. Rector Magnifico en nombre de la Universidad de Zaragoza.

Mi agradecimiento se extiende a todo el Claustro Universitario y muy en especial a los miembros de la Facultad de Medicina.

En un plano distinto, quisiera aprovechar esta oportunidad para enviar un testimonio de amistad y gratitud a los numerosos colegas aragoneses que a través de los años han ido visitando y se han formado en la Escuela del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Su presencia ha sido siempre un gran estímulo para nosotros y me complace ver que muchos de ellos ocupan hoy día posiciones de prestigio dentro de la vida médica de Zaragoza.

Al otorgarme este honor, pienso que, más que a mi persona, se honra a una Escuela de patología Digestiva que durante más de 75 años ha impartido enseñanzas y que fue reconocida como servicio especializado hace más de 50 años. Es en nombre de esta Escuela que me gustaría aceptar este preciado título.

Quisiera ahora hacerles partícipes de algunas reflexiones que a través del tiempo he ido haciéndome sobre el ejercicio de mi profesión y que no tienen otro mérito que el de reflejar una larga dedicación a mi especialidad.

La gastroenterología, como el resto de la medicina, se enfrenta a un futuro difícil e imprevisible. Las tareas del médico son muchas, pero cada vez están más controladas e incluso cuestionadas tanto por los gobernantes como por el público en general. Mi maestro Henry Bockus decía que el médico tiene el deber de aliviar a los que sufren, de promover la fraternidad entre médicos y pacientes, de aprender, de enseñar y por si fuera poco, de contribuir con sus observaciones al progreso de la medicina. Pero, ¿tiene hoy día el médico la posibilidad de desempeñar un papel tan perfecto?

Decía un conocido gastroenterólogo de Madrid, Arias Vallejo, que en la medicina participan elementos de arte, de oficio, de ciencia y hasta de magia. La ciencia se ha ido desarrollando de forma arrolladora y el oficio, gracias a las nuevas tecnologías, ha alcanzado límites igualmente insospechables. Por otra parte, la magia personal del médico se ha visto substituida poco a poco por el poder mágico de las grandes máquinas, de las intervenciones espectaculares y por la fuerza despersonalizada de los equipos.

La característica más individual de la medicina es sin duda el arte. Pero, el arte de la medicina, esta combinación indefinible de intuición, de experiencia, de relaciones humanas y de comportamiento moral, ¿dónde queda? Ciertamente la expansión tecnológica ha mejorado la asistencia a los enfermos, pero por desgracia, no parece que haya servido para, como sería deseable, hacer mejores a los que la practican. Quizás por un afán de mejorarme a mí mismo, he dedicado una parte de mis actividades de los últimos años a familiarizarme con la ética médica, especialmente a través de mis lazos con el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, CIOMS, una de cuyas tareas más importantes, encomendadas por la Organización Mundial de la Salud, consiste en el análisis de los problemas éticos en la asistencia médica. Ello me ha permitido plantearme algunas preocupaciones que han influenciado mi vida profesional y que quisiera compartir con Ustedes.

La asistencia médica es un proceso sin fin. Durante el ejercicio de su profesión el facultativo se ve obligado a tomar decisiones que con frecuencia implican juicios de valor. En realidad, incluso en sus acciones más nimias, el acto médico implica una valoración ética. En los últimos años hemos vivido una extraordinaria expansión de la ética en medicina, a la que creemos no es ajena la proliferación en todo el mundo de las denuncias públicas que cuestionan tanto el saber como la conducta del médico.

Quizás sería éste el momento de definir lo que es ético y en especial lo que es la ética médica. Después de consultar varias fuentes, tengo la impresión que dentro de lo imprecisas que son las definiciones de términos abstractos, la que más refleja la realidad es la siguiente: "La ética médica se refiere a aquellos aspectos del bien y del mal, sobre los cuales, profesionales de inteligencia y humanidad, pueden tener opiniones distintas e incluso contradictorias" (Greenberg).

Esta definición subraya la característica esencial del acto médico, es decir el hecho que toda decisión puede despertar controversia entre dos o más profesionales honestos y competentes.

Creo que debe de tenerse en cuenta también que las acciones del médico se deciden en general sobre una notable base de incertidumbre respecto a sus consecuencias.

Esta realidad ha sido señalada recientemente en publicaciones muy notables en las que se propone el empleo de la teoría de toma de decisiones e incluso el cálculo Bayesiano de probabilidades para evaluar cualquier prueba diagnóstica o acción terapéutica tanto en sus aspectos científicos como éticos. Tanto si uno cree o no que las teorías matemáticas son necesarias para la práctica diaria de la medicina y yo no lo creo, parece claro que toda opción ética tiene a menudo una base incierta. En último término debo reconocer que me ha sido siempre de gran ayuda el tener en cuenta principalmente a la hora de decidir, el respeto a la dignidad de las personas como base de mi conducta profesional. Paralelo a este concepto es el que se ha venido desarrollando bajo el nombre de "santidad de la vida humana" y que ha sido adoptado por la mayoría de filósofos, tanto laicos como adscritos a diversas religiones, para definir una posición de defensa de la individualidad de la persona. Este principio de respeto a la dignidad de la persona engloba a todos los grandes principios éticos en los que se desenvuelve el acto médico, a saber el de procurar el bien del enfermo (beneficencia) el de no hacerle daño (no maleficencia), el de tratar a todos por un igual (justicia) y finalmente, el de respetar los derechos del mismo a participar en las decisiones que le afectan, o sea su autonomía.

Los principios de beneficencia y de no-maleficencia, implican una evaluación en profundidad del acto médico, tanto diagnóstico como terapéutico, identificando sus posibles riesgos. La palabra riesgo no es fácil de precisar: la definición que más me gusta es la del diccionario francés Littré, acaso porque Littré era médico. Dice así: "riesgo es un peligro al que se asocia la idea de azar". Esta definición subraya la relatividad del concepto de seguridad y señala que el riesgo debe ser cuantificado de algún modo para poder hacer una valoración ética sobre su aceptabilidad.

Dentro de lo mucho que se ha escrito sobre riesgo en estos últimos años, destaca un libro fascinante de Lowrence sobre el riesgo y su evaluación; en él se señalan los siguientes factores como criterios de aceptación de un riesgo: si es asumido voluntariamente o no; si hay otras alternativas o no; si el peligro es inevitable; si la técnica que pudiese tener riesgo se utilizará como es debido y finalmente si el posible daño es reversible o no.

El daño puede ser físico o psicológico e incluye consecuencias tan difíciles de medir como son el dolor, la ansiedad, la incomodidad o las secuelas a largo plazo.

Desgraciadamente, sigue habiendo una notable falta de información acerca de la seguridad de muchos procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos. Ello se debe por una parte, a que la falta de estudios prospectivos impide dar un denominador a la ecuación número de accidentes / número de personas expuestas al riesgo de la prueba; pero por otra, a que el número de exámenes incompletos, frustrados o simplemente innecesarios con sus correspondientes complicaciones, son raramente reseñados en los trabajos publicados.

La experiencia indica que una técnica poco útil o simplemente pasada de moda, tarda mucho en desaparecer, porque como observó hace tiempo el gastroenterólogo americano Franz Ingelfinger "Las nuevas técnicas no substituyen a otras sino que se suelen ir acumulando". El problema de fondo está en el hecho que una nueva tecnología no se somete a controles estrictos como se hace con una novedad farmacológica.

La mejor solución a este problema sería, por una parte, la realización de estudios prospectivos multicéntricos que puedan proporcionar con rapidez información válida sobre el riesgo de una técnica. Por otra parte, debieran hacerse auditorías para supervisar a nivel local o incluso nacional, las técnicas usadas en cada especialidad. Ello permitiría obtener en relativamente poco tiempo, un importante banco de datos que facilitaría la evaluación de nuevas pruebas antes de su difusión indiscriminada.

Hablaré ahora brevemente de los principios de autonomía en relación con la investigación y de justicia en relación a la distribución de recursos.

Quizás no todos se hayan dado cuenta que el primer estudio controlado en medicina fue publicado en la Biblia. En el libro de Daniel se comparan dos dietas, una vegetariana y otra de carnes y vinos, que fueron servidas a los jóvenes judíos esclavos del Faraón, a instancias de Daniel. Al cabo de unas semanas, los vegetarianos tenían mucho mejor aspecto que los que habían sido sometidos a una dieta que podríamos llamar actual.

Aunque no sabemos si los jóvenes judíos tenían autonomía suficiente como para informarse de los peligros eventuales de las dietas que hicieron, si en cambio hemos podido apreciar que sí estaban informados los súbditos del reino de Prusia ya en el año 1900, en que el ministro de Asuntos Eclesiásticos de aquel País promulgó un decreto obligando a los médicos a informar a sus pacientes acerca de las posibles consecuencias de sus tratamientos.

Quizás sea el concepto de autonomía el que haya causado mayor impacto en el público ya que de él se deriva la noción de consentimiento informado hoy en boga.

El consentimiento del paciente es un elemento básico de la legislación anglosajona. Ha sido adoptado por la Asociación Médica Mundial en su Declaración de Helsinki y ha sido introducido en la mayoría de legislaciones sobre investigación médica, incluyendo España. Sin embargo, ni el código hipocrático ni otros que se han publicado posteriormente ayudan al médico a decidir en que consiste exactamente dicho consentimiento y hasta qué punto es necesario revelar al paciente todas las posibles complicaciones y accidentes de una terapéutica novedosa, de un método diagnóstico o de un ensayo clínico.

Varias reuniones patrocinadas por CIOMS han puesto de manifiesto claramente que el consentimiento informado depende por completo de la educación y del grado de información general que posee el paciente y que en muchas culturas no occidentales el consentimiento informado, tal como lo entiende la Declaración de Helsinki, es imposible. Nos atrevemos a pensar que también hay diferencias muy grandes entre la Europa del Norte, sometida al derecho anglosajón y la del Sur, donde impera el derecho romano.

Desgraciadamente los códigos de ética ayudan menos que la sociología y la filosofía a decidir estas cuestiones.

Es curioso que desde que Hipócrates estableciera su código en el asclepion de la isla de Cos, el médico haya vivido sin demasiados problemas durante los 25 siglos que nos separan de él, mientras que ahora, en 25 años, se vea inmerso en una profusión de guías, directrices y nuevos códigos. España tiene ahora su código de ética y por lo menos 28 países más han hecho otro tanto. Quizás sea la publicación más útil la guía de CIOMS que se refiere exclusivamente a la investigación y que se ha sido analizada y consensuada tanto en los países desarrollados como en otros menos afortunados. Todas ellas se basan en dos normas éticas generales: 1) el derecho del paciente a la autodeterminación. 2) la garantía de que la investigación será supervisada por alguien independiente de la misma

Pasemos finalmente al último aspecto que me gustaría comentar en relación con el principio ético de justicia: se trata del grave problema del creciente aumento del gasto sanitario frente a unos recursos económicos cada vez más restringidos. En la mayoría de países, estas restricciones presupuestarias entran en conflicto con la opinión de amplios sectores de la población que va viviendo los avances tecnológicos a través de los medios de comunicación y da por buenos los beneficios de tratamientos brillantes y aparatosos que quizás salven una vida de inmediato, pero cuyos resultados a distancia están todavía por verificar. Dentro de esta demanda generalizada para una asisten-

cia de alto nivel, que hasta ahora no ha sido sometida a ninguna planificación administrativa ni tan siquiera simplemente diagnóstica, médicos y pacientes parecen aliarse en contra de las administraciones sanitarias que no pueden permitirse tampoco el lujo de ignorar los éxitos de esta alta tecnología a la que se ha dedicado un esfuerzo económico muy grande y que proporciona una publicidad que les es beneficiosa.

El ejemplo más claro de estas situaciones lo proporcionan en mi especialidad los trasplantes hepáticos. No parece arriesgado suponer que en muchas instituciones los costosos programas de trasplantes se iniciasen sin que las autoridades sanitarias tuviesen conocimiento de ello y que los hechos consumados les obligasen a aceptar una situación respaldada, por otra parte, por una respuesta ciudadana favorable.

Uno puede imaginarse los innumerables problemas éticos que se irán planteando a causa de estas técnicas gravosas en época de restricciones económicas:

¿Quién debe o puede sobrevivir y quién no podrá hacerlo? ¿En base a qué criterios se deben seleccionar los pacientes destinados a vivir?

En una reunión de CIOMS que tuve el honor de moderar recientemente, se puso de manifiesto que ni la edad, el modo de vida, el espíritu de cooperación del enfermo, ni la importancia para la sociedad del individuo, ni menos aún, su capacidad económica, eran factores que permitiesen decidir en un sentido o en otro.

Desde el momento en que las presiones en favor de la austeridad se hacen cada vez más intensas y persistentes, es posible y no queda descartado, que alguien haga intentos para negar oportunidades y recursos a aquellos pacientes cuya enfermedad ha sido provocada por ellos mismos (tabaco, alcohol, drogadicción o la simple glotonería) creando situaciones éticas de gran compromiso que exigirán una gran concienciación de los valores éticos por parte, tanto de los profesionales, como de la sociedad y sus gobernantes.

La pregunta que se plantea en el fondo es: ¿Hasta dónde tiene que llegar la medicina en su función de curar?

Para contestar a ésta y otras preguntas que nos hemos planteado, el médico no tiene capacidad para hacerlo por sí mismo y necesita ayuda. Esta ayuda debe y puede encontrarla en la Universidad que es el foco cultural y social en

el que se imparten las disciplinas más relevantes dentro de este contexto: a parte de la ética y la filosofía en general, en la Universidad se aprenden Psicología, sociología, economía y ciencias de la información en las que deberá apoyarse el médico cada vez más en la resolución de estos problemas. Sería de desear que en la formación del médico participaran de alguna manera estas disciplinas para conseguir de esta manera que el joven profesional se convierta en el médico -humanista que todos deseamos.

He dicho
FRANCISCO VILARDELL