

La salut al segle XXI

- 20 de febrer del 2008 a les 19,30h
- Sala d'actes de La Llacuna Centre Cultural, Andorra la Vella



Marc Antoni Broggi i Trias

Cirurgià, cap de Servei de Cirurgia General de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, professor titular de la UAB, fundador i expresident de la Societat Catalana de Bioètica, vicepresident del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya

▲ Currículum

Marc Antoni Broggi i Trias, nascut l'any 1942, és cirurgià. Es va llicenciar en medicina i cirurgia el 1965, va obtenir l'especialitat el 1970 i el títol de doctor el 1979.

Ha estat cap del servei de Cirurgia General de l'hospital Germans Trias i Pujol de Badalona des del 1991 i professor titular de la Universitat Autònoma de Barcelona des del 1993 fins fa nou mesos, quan es va jubilar.

És fundador i expresident de la Societat Catalana de Bioètica.

És vicepresident del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya.

Exerceix de docent de bioètica en màsters i cursos. Ha estat membre de la comissió deontològica del Col·legi de Metges de Barcelona.

És autor de diverses publicacions i articles a l'entorn de la bioètica, amb dedicació a la relació clínica i la responsabilitat professional, i s'ha especialitzat en consentiment informat, voluntats anticipades, drets dels pacients, professionalisme...

És membre numerari de la Reial Acadèmia de Catalunya.

Bona nit a tothom.

Bé, jo no contestaré les preguntes que ha formulat l'Oriol Ramis; vull fer només algunes aportacions diverses per a la reflexió.

Estic d'acord amb ell —enganxo així el fil del que deia i continuo amb la necessitat de reflexió— que estem en un moment de canvis importants. Ja fa temps que estem en uns moments de canvis importants, potser no pararem mai d'estar en un moment de canvis, però el fet, i el que porta els homes a pensar, és veure el canvi de les coses, preguntar-se el perquè del canvi de les coses. Però jo crec que aquesta reflexió és una mirada que es reflecteix en les coses, en la realitat, i ens torna carregada de preguntes.

És a dir, la reflexió és una forma de plantejar-se les preguntes. No de plantejar preguntes sinó de plantejar-se-les i de veure com o quina és la fórmula de preguntar-se-les millor. És una mica la funció de la bioètica. Perquè la bioètica és això. No és res més que una necessitat de reflexió sobre el que fem, per què ho fem d'aquesta manera, per què ho fem d'aquesta altra, en quins valors ens basem.

La primera pregunta que hauria de plantejar és: per què ara necessitem aquesta reflexió i no la necessitaven els nostres pares i els nostres avis. Aquesta és la pregunta fonamental, per què? Doncs perquè els canvis que hi ha hagut ara són molt més importants que els que eren o el que estava previst.

S'ha dit que les coses han canviat més els últims trenta anys que els últims trenta segles. I en algunes coses és veritat. I és aquest canvi i és aquesta perplexitat davant dels canvis el que patim els professionals de la salut, però també els malalts, també els polítics, també les famílies; tothom està preguntant-se si el que estem fent, si la direcció en què anem és la bona direcció. D'entrada, diria que em sembla que tots estaríem d'acord que salut no es pot equiparar a falta de malaltia. És la pregunta que es va plantejar el 1976 en el Congrés de Perpinyà. Però ara també en plantejaria una altra. Tampoc no és bo que s'equiparin. Potser l'any 1976 no ens feia tanta por aquesta pregunta, però tampoc no és bo que s'equipari salut amb benestar perquè les expectatives que genera en la població són excessives.

Ara veiem que la població té unes expectatives excessives amb la nostra, no només eficaçia, sinó que molt sovint ens trobem professionals de la salut que estem a la trinxera, que avaluem malats, que estem a punt de demanar "però escolti vostè què espera de mi?", perquè això jo no li puc donar..."; tot això fa que ens replantegem una mica com definir, per exemple, malaltia. La definició de malaltia ja és difícil.

Abans em sembla que per a tothom estava clar que *malaltia* la definíem els professionals. Jo, per exemple, estava cansat de veure en un torn de guàrdia un malalt que venia i es trobava malament. Al cap d'una estona li deien "miri, no es preocupi, no té res", i l'home quedava bastant enfadat perquè pensava "com pot ser que no tingui res si he vingut aquí!". La definició de *malalt* i *malaltia* era allò que el feia anar al metge. Allò que et fa anar al metge és la malaltia.

Per tant, les expectatives que tingui de quina ajuda pot tenir del metge fa que a vegades estigui desequilibrat el que espera el malalt i el que li puguem donar nosaltres.

Per tant podríem preguntar fins a quin punt una persona malalta, o que porti una malaltia, pot ser sana, i aleshores veuríem que hi ha persones que tenen una malaltia però que no ho saben, i per tant es consideren sanes, o persones que sí que han estat malaltes i que estant patint una malaltia però que adquireixen una forma més sana d'estar malaltes, com deia el Dr. Jordi Gol.

És a dir, el concepte de *salut* s'encavalcarà una mica amb el de *malaltia*. Podries estar en certa manera malalt i adquirir un cert grau de salut, almenys podria donar-se que malalts l'adquirissin. I al contrari, podríem dir que una persona sana, o que no té cap malaltia, està malalta. Evidentment sí, perquè té patiments, que no són ben bé malalties. Una cosa és tenir una depressió catalogada i l'altra és sentir-se deprimint un diumenge a la tarda perquè l'endemà és dilluns.

És a dir, estem davant de malalties per malestar, que potser hauríem de tornar a revisar, de reflexionar sobre elles. La calvícia és una malaltia, la miopia és una malaltia, ser baixet és una malaltia, l'envelliment és una malaltia, com diu el Dr. Miquel Vilardell.

Podríem quedar que, en principi, qui té una malaltia i se sent malalt no té salut. I després, que qui no té cap malaltia visible i a més se sent amb benestar i se sent feliç té salut. Aquests dos extrems em sembla que els acceptaríem tots, sobretot el darrer.

La definició de benestar o la definició de salut és semblant a la de felicitat. És allò que diu que qui se sent feliç és feliç; qui se sent amb salut ja la té.

Ara bé no és veritat el contrari. No és veritat que sigui malalt qui ho diu, perquè això genera –ja ho hem dit– falses expectatives de ser ajudat i no pot ser que la gent esperi un estat estàtic de felicitat, de salut perpètua. Una orgia perpètua. Això és impossible. Per tant ens hauríem de plantejar què és *progrés*.

A mi m'interessa acoblar els conceptes de *salut* i de *progrés*. Perquè crec que van junts. El progrés, tant el social com l'individual, està lligat a una idea de salut, i la salut ha d'estar lligada cap a una manca de malaltia o bé una lluita contra el sofriment, contra el dolor, que seria el primer nivell, o un altre que seria la incorporació d'aquell dèficit, d'aquella malaltia, d'aquell patiment.

És saludable acceptar les limitacions que un té i l'evolució que inevitablement s'ha de fer, però a la vegada és saludable lluitar contra els impediments que no permetin la pròpia construcció.

Hem de veure la persona, i per tant el malalt, com un constructor.

Em sembla que tothom és constructor d'una pròpia vida, i ho fa amb el ciment i les rajoles que té al davant. I un s'ha d'acoblar amb realisme a allò que és. Crec que una forma de considerar la sortida de la infància i fer-se adult és precisament aquesta acceptació d'un mateix. Doncs bé, en part em sembla que els professionals de la salut tenim un deure, que és el

d'ajudar els malalts i no només a sortir del patiment, que seria, com ja he dit, el primer nivell, sinó a més de fer-se'n càrrec, a ajudar-los a acceptar la seva vida i la seva mort. Cosa més difícil és fer que la mort sigui oportuna. És molt difícil, però, bé, és un treball. És a dir que llavors m'interessaria remarcar els dos nivells.

El primer nivell seria marcar el mal –penseu que *malaltia* bé de *mal*–. I apartar el mal no és només apartar el dolor i extirpar el tumor que provoca la malaltia, sinó que també és fer que la persona se senti acollida, tractada, no només amb el tractament sinó amb un bon tracte. Amb el tracte que es mereix. Tothom es mereix un bon tracte. Em sembla que és la formulació kantiana més clàssica. Tothom té una dignitat. I aquesta dignitat vol dir no ser ofès.

Una persona discriminada és una persona que se sent ofesa; per tant això entraria dins un primer nivell, en un deure que ja està legislat perquè respon a uns valors que la societat ha trobat importants. Però fixem-nos que està legislat des de fa molt poc. Per exemple, a Catalunya des de l'any 2000, pràcticament el 2001, i a Espanya des de l'any 2002. Fins a l'any 2002 no ha estat ben legislat que un malalt pot rebutjar un tractament. No queda clar fins aleshores. Ara queda clar ja que un malalt pot pensar que no tot el possible és convenient per a ell. I per tant que té dret a no acceptar una proposta que se li fa, que pot estar molt ben feta, i nosaltres tenim l'obligació de fer-la. Aquí hi ha un primer nivell fonamental.

Però hi ha un altre nivell, que no està legislat perquè no pot estar-ho, què és ajudar la gent a passar d'un estat purament biològic a un estat més humà.

Un malalt és en primer lloc un portador de malaltia però a més és una persona que pateix un estat concret de malaltia i hem d'ajudar-lo a unir aquestes dues coses. I per fer això no estem ben educats. Llavors una de les primeres reivindicacions seria que la nostra formació preveïés la capacitat d'ajudar els nostres malalts en això, perquè és una necessitat que també senten.

Pensem que no només hi ha els drets de les persones, que corresponen a valors que tots sentim com a molt compartits, sinó que també hi ha les necessitats de cada persona.

I aquestes necessitats hem de tenir la predisposició i la capacitat, l'actitud i l'aptitud per poder-les fer. I en això un es pot sentir molt professional, com jo em sento bastant professional quan estic en un quiròfan, però en canvi em veig molt amateur quan es tracta d'informar, de consolar, de fer-me càrrec de les necessitats d'un malalt.

Per exemple, una cosa és el dret a la informació que tothom té –tothom té dret a tota la informació que es té sobre ell– i l'altra és la necessitat que una persona concreta pot tenir d'informació en un moment donat. Per tant, jo m'he d'informar primer de la necessitat d'informació que té en aquell moment aquella persona. Bé, tot això és una complicació nova que no estava pensada a Perpinyà i que en canvi fa que les coses es compliquin molt.

La bioètica també es podria definir com l'anàlisi de la complexitat.

Ens hem d'acostumar a no voler fer simplificacions sinó que ens agradi, que tinguem gust per la complexitat. Per tant, aquest segon nivell, què és el més complicat em sembla, és el

que la gent aspira a tenir: una ajuda per accedir a estatus de benestar que a vegades són accessibles.

El que passa és que és un progrés, això. És un progrés que la gent no toleri en la vellesa tenir cataractes. En certa manera, és un progrés que esperi que l'ajudin a eliminar les cataractes. És un progrés que la gent no vulgui tenir una mica de dolor al genoll quan té 95 anys. Hi ha molta gent que decideix no tenir mal de genoll –no ho sé, el meu pare per exemple, que farà cents anys d'aquí a un mes–. És a dir, costa que la gent accepti tenir mal de genoll. Em sembla que aquesta dificultat és una dificultat que hem de saber analitzar, i ens costa molt de saber analitzar. Per exemple hem d'entendre que és sa que la gent no vulgui tenir mal de genoll. Perquè és impossible que es vulgui tenir dolor.

És sa que la gent no pensi en la mort sorprenent. Hi ha gent que diu que no pot ser que la gent no pensi en la mort. Jo vaig fer el servei militar i vaig pensar en la mort. Penso que és sa que la gent no pensi en la mort si no és necessari. Però en canvi és sa que la gent pugui pensar en la mort quan és necessari. Aquí hi ha la dificultat. La dificultat és saber-se posar al lloc: no pot ser que una persona no pugui pensar en la mort o es deprimeixi excessivament quan veu morir al costat una persona estimada. S'ha de deprimir el normal. No pot ser que jo et digui que no puc anar a l'hospital perquè a mi em deprimeix molt això. Haig de poder-hi anar.

Ara, també és veritat que quan s'està en una festa amb gent jove doncs no es pensi en aquestes coses. És a dir aquesta flexibilitat és una mirada que hem d'anar adquirint. És una mirada més reflexiva. Abans et podies recolzar més en una rutina i ara en cavi necessitem una reflexió davant de cada malalt, davant de cada situació, i aquesta reflexió, com deia l'Oriol Ramis, crec que no pot ser ja individual sinó que ha de ser col·lectiva a tot nivell, en les sessions clíniques.

Els professionals estem acostumats a fer consideracions biològiques, però també ens hem d'acostumar a fer consideracions empíriques, com informar sobre què passa quan a una persona se li mor un malalt. Potser necessita això. És a dir, el que abans es parlava al bar ara s'ha de parlar d'una manera més sistemàtica i més eficaç en els llocs de treball, en les acadèmies, en els congressos, hem de reflexionar més sobre tot això.

Això s'ha de fer reivindicant amb urgència una sèrie de paràmetres, com ara que la relació clínica no pot ser que passi del paternalisme d'abans a un contacte fred.

La relació ha de retrobar, també amb flexibilitat, perquè és clar que per coses banals ens és igual que hi hagi contacte. Si vas al dentista no cal cap relació –“miri, escolti, tregui'm el queixal”; ara, si t'has de morir necessites un acompanyament que pugui accedir a una esfera més íntima. Necessites acoblar el públic amb el privat, que el privat pugui entrar en el públic i que el públic accepti el privat.

Després, un altre concepte important és el d'*hospitalitat*. Els professionals ens hem d'acostumar a rebre els malalts amb una certa curiositat de la novetat que representa aquell

malalt. No pot ser que etiquetem al malalt de seguida abans que entri: bé, com que entra un mahometà, ja sé com són els mahometans; com que entra una dona, ja sé com són les dones; com que entra un nen, ja sé com són els nens. No, aquell nen que entra és diferent dels altres. Perquè és *ell*. Hi ha cada persona. No pot ser que nosaltres fem l'esforç que hem fet durant segles de classificar.

Les malalties s'han de classificar, però els malalts no. I hem de fer un esforç de no fer-ho. Perquè la nostra tendència és cap a l'eficàcia. I és molt més eficaç no tractar tothom com a coses. Hem de procurar, doncs, no fer-ho.

Per tant, i ja per acabar, només vull dir com a resum del que he dit, que:

– Hi ha un primer nivell, em sembla, en la definició de salut, en què hauria d'entrar una mica la biologia, en el sentit que hem d'evitar –ho diria d'aquesta manera poètica–, que siguin destruïdes les construccions que hem fet cadascú, tant per a la malaltia com per a la nostra iatrogènia.

Hem d'evitar aquest primer nivell de dolor. Hem d'evitar el dolor. Hem de lluitar contra el dolor. Som les primeres generacions del món, de tota la humanitat, que hem decidit no tenir dolor, per a les quals el dolor no té sentit. Que l'únic que té sentit és la lluita contra el dolor. No s'hi val a dir: “bé, depèn del patiment”. No, no es vol patir.

Aquest seria un primer nivell, i en aquest primer nivell em sembla que és fonamental no discriminar. Potser faltava una mica, que quedi clar, d'equitat.

– Perquè la solidaritat la veig més afectiva, la veig més d'ajuda. Seria un segon nivell, i em sembla que ha de quedar clar que ningú no pot ser discriminat. I si algú és discriminat per alguna cosa, ha de ser perquè és més vulnerable.

– I després l'altre nivell seria el d'ajudar a construir. El d'ajudar en aquesta construcció, a fer-la tothom a la seva manera. No hem d'ensenyar a viure el nostre malalt o ensenyar-lo a morir sinó que l'hem d'ajudar a morir a la seva manera. La qüestió aniria per aquí.