

La Entrevista

LÍDIA BUISAN I ESPELETA

➤ La Dra. Lídia Buisan i Espeleta (Vilafranca del Penedès, 1950) es anestesista y Jefe del servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General de L'Hospitalet, miembro del *Observatori de Bioètica i Dret* desde su fundación y ha ejercido la docencia de la materia de Ética Médica en la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona. Durante años ha formado parte de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona, por lo que los temas bioéticos han constituido desde siempre una parte esencial de su formación y de sus preocupaciones personales y profesionales.

Como puede comprobarse en esta entrevista, la Dra. Buisan muestra una poderosa capacidad crítica en el análisis de los problemas bioéticos centrados en la práctica de los profesionales sanitarios a la vez que un fuerte interés por todo lo que tiene que ver con el uso de los recursos destinados a la sanidad pública.

Además de ser "médico de cabecera" de los amigos del *Observatori*, Lídia suele sorprendernos a menudo con su certero sentido de la realidad y, a la vez, con su idealismo que nos recuerda que la Bioética es, además, una esperanzada mirada hacia el futuro.



1. ¿Cómo conectó usted con la Bioética y en que sentido ésta resulta relevante para sus intereses profesionales?

Mis primeros contactos con la bioética fueron a finales del 1982 por motivos profesionales, cuando asumí la dirección de la unidad de tratamiento del dolor del paciente terminal en el hospital donde trabajo. La atención al paciente de cáncer en fase terminal significó un auténtico reto, porque cuando ya habíamos conseguido aliviar el dolor, aparecían síntomas que acompañaban al paciente y que le impedían tener una aceptable calidad de vida, síntomas que también debíamos poder aliviar. Todos los que de una u otra manera atendíamos al paciente terminal (anestesiólogos, oncólogos, enfermeras..) aprendimos de forma autodidacta cómo tratar a esos pacientes, pues en aquel momento no había manuales ni protocolos y fueron nuestras inquietudes compartidas las que nos llevaron a la creación de la Sociedad Catalana y, posteriormente, a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Por mi parte, tuve que aprender a informar y a escuchar, a respetar los intereses y las necesidades de estos pacientes: principalmente, el mantenimiento de su propia imagen y la autoestima en la fase final de un cáncer y, además, que el proceso de

muerte fuera lo menos cruento posible.

A pesar del empeño que todos pusimos en conseguir el objetivo propuesto, nos encontramos con que había situaciones clínicas irreversibles con nula calidad de vida y que el propio paciente consideraba peores que la muerte. De ahí que nos preguntáramos inmediatamente: ¿por qué no podemos decidir en estas circunstancias el cómo y el cuándo de nuestra muerte? O bien, ¿por qué por lo general los médicos no respetan al paciente que no acepta un tratamiento –por ejemplo, una transfusión de sangre– cuando esta negativa pone su vida en peligro?

2. ¿Qué aspectos de la Bioética como reflexión interdisciplinaria destacaría y cuál es su interés para los profesionales sanitarios?

Como aspecto básico, destacaría aquellos aspectos de la reflexión bioética que tienen que ver con situaciones que enfrentan los intereses individuales con los intereses colectivos, como por ejemplo la distribución de recursos escasos en el ámbito sanitario. Ahí tiene que haber una seria reflexión interdisciplinaria que va desde la determinación de la cuantía de recursos que se adjudican a la sanidad pública a cuáles son los criterios de distribución que se deben aplicar

para beneficiar a toda la población, pero especialmente a los más necesitados médicamente. Es decir, que esta reflexión debe abarcar desde el análisis de la gestión sanitaria y sus costos, al análisis de los beneficios para la salud que la sociedad en su globalidad obtiene.

Un buen ejemplo de lo que personalmente creo que podría gestionarse mejor es la OCATT (Organització Catalana de Transplantaments), dependiente del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. No parece razonable que la sanidad catalana mantenga diariamente de guardia localizable cuatro equipos de trasplante hepático a menos de 10 kilómetros de Barcelona para realizar menos de 300 trasplantes hepáticos/año entre todos ellos. Haciendo los mismos trasplantes hepáticos y modificando la organización para que de forma coordinada cada equipo estuviera de guardia cada cuatro días, la sanidad pública podría ahorrarse diariamente mucho dinero, con lo que, evidentemente, resultaría más eficiente. Lo mismo puede decirse de los trasplantes cardiacos, de los que hay el mismo número de equipos de guardia y que, en total, no llegan a los 100 trasplantes cardiacos/año. Pero, como es fácil de imaginar, el interés de los profesionales sanitarios

La Entrevista

involucrados en esas técnicas por disminuir el 75% de las guardias de trasplantes es nulo, porque ello supondría una disminución importante del salario mensual de dichos profesionales. A los profesionales sanitarios públicos lo que les interesa es que su actividad sea reconocida y remunerada (tenemos en cuenta que el salario de los profesionales sanitarios públicos españoles es uno de los más bajos entre los países de nuestro entorno) de acuerdo con el grado de responsabilidad que les ha encomendado la sociedad y, además, que puedan trabajar en una organización coherente y participativa en la que desarrollar sus perspectivas profesionales.

3. ¿De qué manera la reflexión bioética repercute favorablemente en la identificación y en el abordaje de problemas que son parte de su trabajo diario?

El respeto a las personas y, por tanto, a sus decisiones autónomas es algo prioritario en mi trabajo profesional y una actitud que procuro transmitir a los demás miembros del equipo.

Como anestesiólogos, diariamente tomamos decisiones difíciles: decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico, de reanimar o no reanimar, de intervenir quirúrgicamente o no... En las sesiones clínicas del servicio, cuando discutimos un protocolo o valoramos la actitud terapéutica más adecuada para un determinado paciente, siempre está presente la reflexión bioética, porque nuestras decisiones o recomendaciones tienen repercusiones importantes en el paciente.

Ahora bien, obviamente nos movemos en un contexto organizativo de recursos limitados. Un médico con un talonario de recetas en la mano puede ser muy peligroso en cuanto al gasto y tenemos el deber de defen-

der la sostenibilidad del sistema sanitario público y la accesibilidad al mismo de toda la población. La contención del gasto sanitario es la suma de la contención del gasto al nivel de cada profesional, y aquí todos tenemos nuestra propia parcela de responsabilidad.

4. Como miembro del *Observatori de Bioètica i Dret*, ¿qué impacto o repercusiones ha tenido en la sociedad este Centro de investigación y cuáles considera que debería tener?

Los trabajos que han visto la luz y los que se están realizando en el *Observatori de Bioètica i Dret* son fruto del trabajo interdisciplinario de grandes profesionales, quienes ante un tema complejo y/o controvertido lo abordan desde su área propia de conocimiento, con lo que el resultado es una reflexión independiente, ponderada y seria, realizada con la voluntad de que sea útil como punto de reflexión para tomar decisiones importantes que nos hagan avanzar hacia una sociedad mejor y más respetuosa con los intereses de las personas que la formamos.

Mi opinión es que el *Observatori* está ya suficientemente consolidado como Grupo independiente de Opinión en Bioética cuyas aportaciones han de tenerse en cuenta. Su futuro está precisamente ahí.

5. Enumere los principales problemas o conflictos bioéticos presentes actualmente en su actividad profesional.

El principal problema es la poca participación del paciente en la toma de decisiones que se refieren a su salud, debido principalmente a que son numerosos los profesionales que no facilitan esa participación y que tampoco aceptan respetar las decisiones del paciente si no las comparten de antemano. Existen mucho impresos

de consentimiento informado, pero en la práctica hay poca voluntad de respetar la decisión del paciente, por ejemplo aceptando negativas a un tratamiento propuesto.

Entre los médicos persiste la mentalidad sanadora y el hecho de no poder curar una determinada enfermedad hay quien lo vive todavía como un fracaso personal. En cambio, esto no ocurre con el personal de enfermería que ha sido educado especialmente para cuidar.

6. ¿Qué líneas de reflexión y actuación propondría como prioritarias para definir y orientar estrategias ante esos problemas?

La implantación de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas invasivas en las que, precisamente por su novedad, existe menos experiencia. Un ejemplo de ello puede ser la cirugía oncológica radical mediante laparoscopia. Existen centros en los que además de realizar la técnica quirúrgica clásica por laparotomía –por ejemplo, tanto histerectomías radicales como prostatectomías radicales– han introducido como técnica innovadora el mismo tratamiento pero mediante laparoscopia. Lo que pasa es que el paciente no puede elegir entre ambas técnicas: en el caso de utilizar laparoscopia, únicamente se le informa de que si surge alguna complicación, como puede ser un sangrado o alguna dificultad técnica, le realizarán una laparotomía. Ocurre lo mismo en el inicio de cualquier nueva técnica quirúrgica: el paciente desconoce qué técnica se utiliza en el hospital en que va a ser intervenido, o cuantas intervenciones como la que se le propone se han realizado en el mismo hospital y qué resultados se han obtenido.

Pienso que ello merece una mayor reflexión, pero sin que a la vez se dificulte excesivamente la generaliza-

La Entrevista

ción de técnicas que, en manos expertas, resultan mucho menos agresivas y menos dolorosas. Lo que afirmo es que esos avances deben hacerse con el acuerdo y la colaboración del paciente adecuadamente informado de, como mínimo, el carácter innovador de una técnica *versus* la técnica clásica, su mayor beneficio potencial, sus menores riesgos o molestias, etc.

7. ¿Cree que existe en su entorno profesional suficiente sensibilidad e interés por los temas bioéticos?

El interés por los temas bioéticos es mayor entre el personal de enfermería que entre el personal médico. Médicos interesados por la reflexión bioética son pocos, pero, en cambio, estos pocos están enormemente motivados; a la mayoría lo que más les preocupa todavía es saber “qué dice la ley” sobre lo que podemos o no podemos hacer en una situación concreta. Hay un miedo enfermizo a la ley, miedo que fácilmente nos conduce a la medicina defensiva y eso es muy difícil de neutralizar.

8. Dada su experiencia como profesora de Ética Médica en la Facultad de Medicina de la UB, ¿cree que la enseñanza de dicha materia está suficientemente reconocida y valorada tanto por los estudiantes como por la propia Facultad?

La experiencia como profesora de Ética Médica en la fase preclínica ha sido muy importante para mí, puesto que me ha dado la oportunidad de

transmitir cómo creo que debe ser una relación asistencial a los futuros médicos del siglo XXI y en el contexto de la sanidad pública de nuestro país, caracterizada por el acceso universal a ella de todos los ciudadanos (algo que queremos que siga así) y con una dotación de recursos presupuestarios limitados, si bien es necesario la ampliación sustancial de esos recursos para la propia sostenibilidad de la sanidad pública, porque de lo contrario ocurrirá que la accesibilidad al sistema sanitario no será real y se traducirá en un mero enunciado de buenas intenciones.

La enseñanza de la asignatura de ética médica, incluida desde hace cuatro años como materia troncal en la formación preclínica del médico en la Universitat de Barcelona, creo que traduce la importancia y el reconocimiento que la Facultad de Medicina le da a la Ética Médica. En cambio, entre los estudiantes ocurre lo mismo que entre los profesionales médicos. Comentando el caso clínico que se presenta el primer día de clase, una de las primeras preguntas de los estudiantes es: ¿qué dice la ley al respecto? Afortunadamente, al final del curso esta pregunta ya no aparece.

9. ¿Está de acuerdo con quienes afirman que la Bioética sin soporte jurídico es como “agua de rosas para tratar un cáncer”?

No, porque las situaciones del ámbito sanitario que puedan presentar conflictos de valores son múltiples y diarias, y en cada una de ellas hemos de tomar decisiones que afectan a

otros. Las decisiones que se tomen tienen que ser adecuadas, es decir aceptadas como tales por todos los que intervienen en una relación sanitaria. Tenemos que decidir y actuar aunque no haya una ley que explícitamente lo regule todo. Cuando hay una regulación legal de una situación determinada, ello ocurre siempre *a posteriori* y debe garantizar que se respetan los derechos de TODOS.

10. Por último, ¿cuál o cuáles considera que son los temas o los problemas bioéticos que mayor atención deberían recibir en el futuro inmediato?

Lo más urgente es responder a la demanda social de regulación de la eutanasia voluntaria para que también en este caso se respeten los derechos de todas las personas enfermas.

Una vez se haya conseguido la regulación de la eutanasia, será más probable que los médicos entendamos que tenemos que respetar las decisiones autónomas de nuestros pacientes aunque no las compartamos. Muchos de nosotros hemos tenido conocimiento de procesos de muerte que no deseábamos ni a nuestro peor enemigo, como podría ser el caso el del general Franco.

El privilegio de tener un amigo médico que en determinadas circunstancias acceda a tu petición de eutanasia resulta discriminatorio para la mayoría de pacientes, y en la sanidad pública todos debemos tener los mismos derechos.



Descargue de la web los Documentos creados por el Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret

<http://www.ub.edu/fildt/>

