

ARXIU



Demà, eutànsia per a tothom

Els progressos de la medicina obligaran la humanitat a recórrer a la "mort dolça" per alleugerir el pes de milions de vells rondinaires? La pregunta se la fa l'ex-redactor en cap adjunt de *The Economist* (1965-1988) Norman Macrae.



En els pròxims cent cinquanta anys, la humanitat aprendrà, progressivament o sobtadament, a fabricar la matèria, àtom per àtom, i a crear cossos, gairebé gen per gen. Dit d'una altra manera, els metges sabran curar sense gaires dificultats quasi totes les malalties (incloses el càncer i la sida), tot i que més valdrà que no dominin a la perfecció el procés d'envelliment (almenys mentre no estem prou il·luminats per evitar una catàstrofe com aquesta). Primera perspectiva: a la fi del segle XXI, exceptuant les persones víctimes d'accident, la quasi totalitat dels habitants dels països rics podrien morir en una edat —al voltant del 95 anys?— llavors normal per a un home o una dona.

Primer inconvenient: els països rics hauran de fer-se càrrec d'un nombre excessiu de vells rondinaires de 80 a 95 anys. Aquesta és la sort que espera alguns membres de la generació del *baby-boom* nascuts després de la guerra en la majoria dels països rics entre 1945 i 1965, que tindran entre 80 i 95 anys entre el 2026 i el 2060. Si algun gran geni de la medicina



arriba a descobrir nous mitjans d'intervenir en el procés d'envelliment, caldrà distingir entre els mitjans benignes i els malignes. S'entén per benignes els mitjans que permeten als vells de 90 anys tenir les idees més clares i continuar jugant al tennis. Els mètodes malignes, en canvi, seran susceptibles de prolongar la vida dels fills de l'explosió de la natalitat, reduïts més o menys a l'estat de panses, fins l'edat —supercanònica— de 115 anys, per exemple.

Una festa de comiat. D'aquí se n'extreu una perspectiva més horrible encara: un nadó que veu la llum en l'actualitat en un país ric, optarà a l'edat madura, els 45 anys el 2038, a un règim de jubilació a terminis fixes, que li hauria de garantir als 75 anys, en el moment de la jubilació, una pensió més que decent



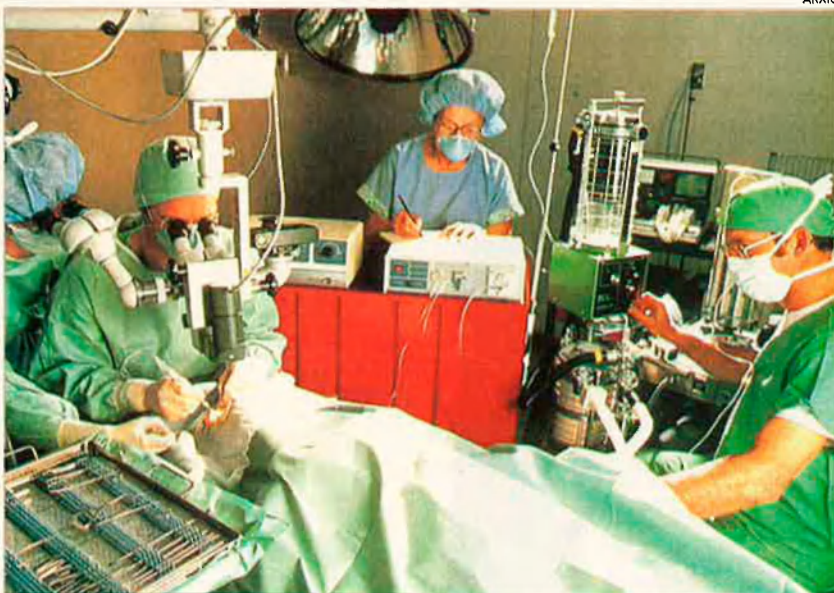
fent intervenir mètodes actuàries simples. Les persones jubilades igualment podran oferir-se una festa de comiat quan hagin escollit la forma d'eutanàsia més dolça, cap als 95 anys. Quan el nombre de persones d'edat serà molt elevat, segurament sorgiran debats, d'aquí al 2030-2050, per saber si l'ex-estat-providència encara té els mitjans per finançar les jubilacions. Podríem encaminar-nos cap a un sistema en què l'estat no es faria càrrec de les persones que haguessin optat per un règim de jubilació a terminis fixes.

Demà, l'eutanàsia no serà més moral que no ho és avui dia l'avortament. Tot i així, és sorprenent constatar amb quina pressa els "liberals" –i especialment els representants més agressivament intel·ligents del sexe antigament feble– durant aquests trenta últims anys, han admès la idea que matar els fetus no de-

sitjats constituïa un dret inalienable per a les dones. L'eutanàsia serà considerada més moral perquè, sense ella, els països pobres hauran d'afrontar un excendent de "iaies" una o dues generacions més tard. Aquests països deuen la supervivència de la gran quantitat de nadons als progressos vertiginosos de la medicina (capaços de reduir la mortalitat infantil entre els anys 1965 i 2000). Aquest reguitzell d'infants nascuts als països pobres durant els anys 1965 a 2000, tindran de 80 a 95 anys entre el 2045 i el 2095.

El nivell d'educació d'aquestes persones serà molt inferior al dels infants nascuts en aquests països després del 2020. En aquest cas, l'augment del nivell de formació de les noies es basarà en un ensenyament interactiu a bon preu assistit per ordinador i transmès via satèl·lit. Des de les seves cabanes de terra a Ruanda,

Un malalt en un hospital públic. L'eutanàsia serà considerada més moral perquè, sense ella, els països pobres hauran d'afrontar un excendent de "iaies" una o dues generacions més tard.



“El cost de les intervencions molt complicades tendirà a baixar, ja que la presència del cirurgià especialista al costat del pacient no sempre serà indispensable.”

un bon nombre de noies hauran de respondre a les preguntes d'un ordinador instal·lat a l'altre continent. Segons els seus responsables, l'ordinador determinarà el ritme d'aprenentatge de les estudiants i decidirà la dificultat de les preguntes següents. L'educació subministrada a aquestes noies del Tercer Món —els nois hi tindran accés molt abans— les persuadirà a tenir menys de 2,1 fills, cosa que contribuirà a aturar el creixement demogràfic.

D'aquí a un segle, en els països pobres actuals, aquest fenomen es traduirà en una penúria de joves actius i un terrible excedent de persones grans i ignorants. Abans d'aquesta data, i gràcies a la transferència de tecnologia, aquests països s'hauran de sotmetre a un desenvolupament important i accediran, així, a un nivell de vida decent. Tanmateix, l'excedent d'ancians frenarà els seus esforços. Per això l'eutanàsia en les persones grans es convertirà en el cavall de batalla dels “liberals”, com ho és ara el trist debat sobre l'avortament.

En tots els països rics sorgiran d'altres dilemes morals complexos relacionats amb la sanitat. En aquests països rics, actualment la sexualitat ja està orientada en un 99,99% cap al plaer, i la ciència només intervé en comptades ocasions allà on la sexualitat té per objectiu la procreació. Ben aviat les parelles podran triar el sexe dels seus fills, com també un cert nombre de les característiques físiques que pugui tenir.

Però no s'estalviaran les conseqüències desastroses que molts ara ja temen. La mà invisible del mercat posarà remei feliç a aquesta monotonia esfereïdora. Si tots els pares decideixen tenir un fill ros de silueta esvelta, capaç de córrer els 100 metres en menys de deu segons, d'aquests Adonis arrogants i ràpids com el llamp, n'hi haurà en grans quantitats, es tornaran cansats i la majoria no trobaran

qui els vulgui, vint anys més tard, en el mercat de nòvios i casats.

En el camp de les manipulacions pròpies de les malalties mentals i de la sexualitat, ens trobarem grans problemes. El dia que serà possible “curar” l'homosexualitat, assistirem a una insurrecció armada. Fa quaranta anys, als anys 50, un es feia passar per liberal en afirmar, a la manera de *The Economist*: “Els homosexuals no tenen la vida fàcil; però això no és una raó per ficar-los a la presó”. Aquestes preses de posició han estat titllades de liberalisme tou. Actualment, seríem atacats com a homòfobs repulsius.

En un futur, d'altres aspectes que afecten el tractament de malalties mentals seran gairebé tan delicats com l'anterior. En efecte, serà fàcil d'analitzar el cervell humà amb escanner, per poder determinar quines són les regions més utilitzades durant una o altra activitat mental (per exemple resolent un problema de matemàtiques, escoltant música...). En estimular temporalment la regió idònia del cervell, serà possible dur a terme activitats més agradables i, per tant, més productives, en el cas dels matemàtics i dels compositors.

Potser serem igualment capaços de dominar els efectes dels diferents psicotrops o de les estimulations elèctriques del cervell, i de perfeccionar un medicament o un estimulants d'efectes d'eufòria, capaços de reforçar artificialment la confiança en un mateix, sense crear hàbits, a diferència de l'alcohol o d'altres drogues actuals, i compatible amb la conducció automobilística.

També podríem aprendre a detectar les anomalies en el funcionament bioquímic del cervell de les persones que patissin trastorns en el caràcter, sovint semblants a les malalties mentals. Els candidats a les eleccions podrien enfrontar-se, en un futur, presentant als electors imatges d'escàner del seu cervell, garantint una bona salut mental. Certament, es podria argumentar que es tracta d'un atemptat a la vida privada; però no és més monstruós encara que personatges tan perversos i aliens com Hitler o Stalin hagin pogut accedir al poder durant el segle XX?

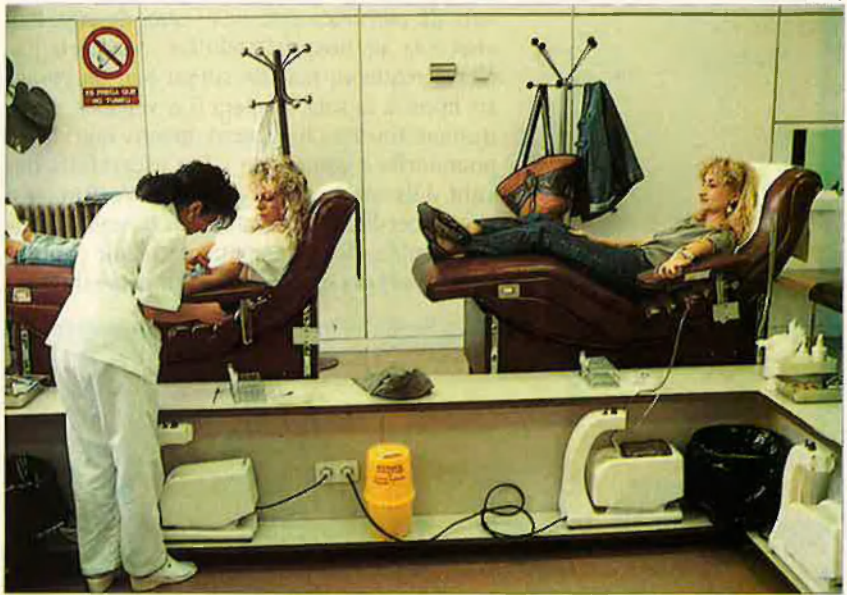
Al costat d'aquests problemes d'ètica, semblarà molt menor la qüestió dels tractaments fets per equips mèdics o —cada cop més sovint— paramèdics i per ordinador. No trigarem gaire a admetre que, a la fi del segle XX, les dues maneres més comunes de curar eren absolutament delirants.

I les prestacions socials? La primera està representada pel vell sistema nord-americà dels tractaments a base de pagar, que encoratja els metges a curar els pacients a un cost tan elevat com sigui possible. El segon està representat pel National Health Service,

el sistema britànic original destinat a garantir tractament gairebé gratuït sota comanda, la qual cosa estimula la demanda a l'infinit i no augmenta gens l'oferta.

Als Estats Units, el 1991, les despeses de sanitat han arribat prop del 14% del PIB, mentre que els japonesos, amb un modest 6%, viuen millor i més anys. A Gran-Bretanya, els metges que juguen al golf al ric comtat de Surrey estan molestos amb el sistema creat de llargues llistes d'espera per a les operacions o qualsevol altra intervenció, mentre que els seus col·legues pakistanesos, que no parlen el dialecte de Liverpool, es troben ben sols a prop de Mersey.

Ambdós sistemes han contribuït a accentuar el gran fossat que separa els països rics dels pobres en matèria de despeses de sanitat i de qualitat dels tractaments. Es tracta d'un fossat molt més profund que el de la repartició de béns com aparells de televisió en color, frigorífics o qualsevol altre article que es pugui comprar a Marks & Spencer. El proveïment ineficaç de l'estat (en lloc d'un proveïment eficaç del mercat) de prestacions socials durant el segle XX, marcat per una especulació breu, trista i finalment cruel amb el socialisme, ha tingut com a conseqüència desastrosa accentuar la diferència entre pobres i rics, especialment en el camp de la sanitat —i més tràgicament en el de l'educació. Fins i tot en el cas del tipus més simple —consultes externes o



metges de família—, tots acabarem per adoptar un sistema purament comercial, basat en el principi de les consultes a base de pagar.

En un futur, el model a seguir més destacat es troba en una clínica d'Estocolm. És el meu exemple fetix. El 1992, una consulta hi costava 150 corones sueques (unes 3.500 ptes.) En aquest país purità, això és més barat que una ampolla de ginebra, i aquesta tarifa encara podria baixar si hi hagués una major concurrència i tècniques de diagnòstic més modernes. I encara que aquest fos el cas, és absurd pensar que els treballadors de demà en bon estat de salut no podran pagar una consulta mèdica de tant en tant com si es comprassin una ampolla setmanal de ginebra. El problema dels malalts crònics i dels disminuïts és tot un altre, però en parlaré més avall.

Comparat amb les 150 corones de la clínica privada, les consultes del servei extern d'un hospital públic de Suècia, país ex-socialista, eren gratuïtes. Tot i així, el nombre de pacients de la clínica ha crescut ràpidament fins arribar a les 2.000 persones a la setmana. Per què? Perquè a la clínica els metges examinen de quatre a sis vegades més pacients diaris que en els serveis públics de consultes externes. Els retards per espera són escassos, cosa que constitueix un èxit per a la sanitat i permet detectar més eficaçment els veritables malalts.

I, a sobre, els hipocondríacs! Per dir les coses tal com són: el 90% dels pacients dels serveis de consultes externes poden curar-se sols en menys de dotze dies. L'estratègia de la clínica consisteix, doncs, en alleujar aquest 90% tranquil·litzant-los i prescrivint-los calmants lleugers. Aquesta actitud encén el mal humor del 3% d'hipocondríacs que arribaven a ocupar el 70% del temps dels ser-

“El fossat que separa els països rics dels pobres en matèria de despeses de sanitat i de qualitat dels tractaments és molt més profund que el de la repartició de béns com aparells de televisió en color, frigorífics o qualsevol altre article que es pugui comprar a Marks & Spencer.”



veis de consultes externes i que, de cop, han anat tots als hospitals públics. Aquí, els pacients realment malalts sovint han de passar sis hores a la sala d'espera (i a vegades, mentrestant, fins i tot hi moren), mentre que els hipocondríacs gemeguen i fan escarafalls davant dels metges de l'estat que s'esforcen a convèncer-los de la realitat de la seva malaltia. Sembla, doncs, encertat de reduir el nombre de paràsits com aquests (en general dones

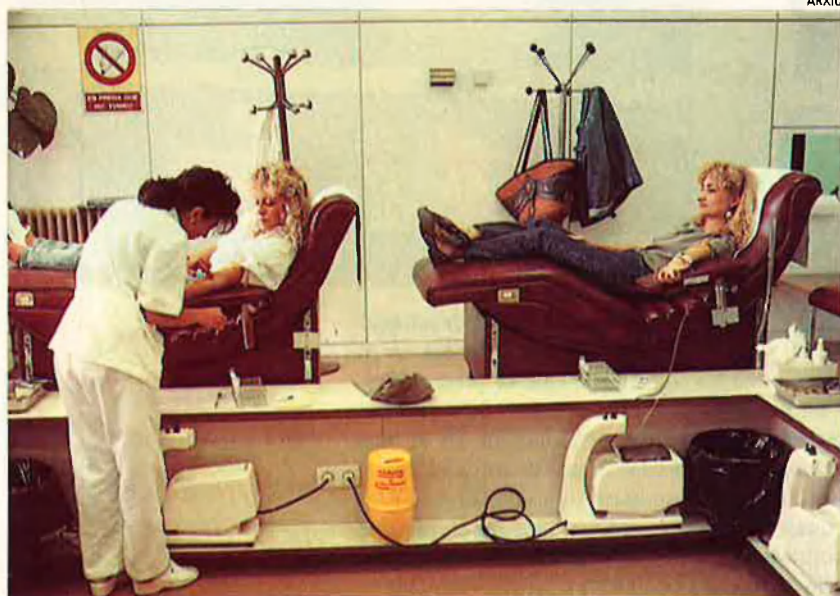
per ordinador cap al lloc assenyalat sobre el clixé on cal intervenir, i operaran des del seu sofà.

Descentralització humanitària. A més de les intervencions urgents, es planteja un altre problema essencial: dels 2.000 pacients setmanals, de 150 a 190 necessiten un tractament continuat. En la majoria dels casos, aquests malalts crònics hauran de ser tractats en institucions privades com les de Health Maintenance Organisations americanes —espècie d'hospitals de dia. La intervenció de l'estat en el camp mèdic es limitarà, llavors, a garantir a les persones grans i als malalts crònics els diners necessaris per triar entre una o altra d'aquestes institucions les quals no podran respondre: “Ho sento, la nostra taxa de base anual només s'aplica als tractaments donats a la gent habitualment de bona salut”. En canvi, a aquells que paguen una assegurança privada els diran: “La seva assegurança li costarà menys si manté el seu pes en aquest nivell o en aquest altre, si deixa de fumar i evita (més que practica) el jogging”.

Als inicis del segle XX, el sector humanitari podrà conèixer un altre progrés decisiu: la transferència de serveis sanitaris cap a les regions més pobres del planeta. Actualment, un equip de metges americans que manté en vida durant tres setmanes de patiment un milionari texà de 93 anys pot arribar a cobrar 50.000 dòlars per la seva prima d'assegurança contra les catàstrofes (cosa que en un futur semblarà encara més obscena quan l'eutanàsia dels vells de 95 anys serà un fet corrent). En canvi, un equip de metges que divideix per dos la taxa de mortalitat infantil al Zaire no rep cap encoratjament per part del mercat.

Ens encaminem cap a un sistema de contractes de rendiment, en un marc on els metges obtindran els mateixos resultats modificant els règims alimentaris, introduint mètodes de contracepció, sanejant l'aigua, formant personals paramèdics, locals dins de clíniques barates connectats per informàtica als proveïdors del nord —o per qualsevol altre mitjà, mentre sigui competitiu i eficaç—. Alguns èxits seran tan importants que els rics llogaran els serveis d'aquests metges pagats segons el seu rendiment en el marc de projectes de desenvolupament sanitari. Seran més barats als països rics, ja que cada cop hi haurà més persones que recorreran a l'autodiagnòstic: auscultats per màquines funcionant com els Fotomaton, nosaltres mateixos proveïrem el nostre ordinador personal amb els resultats de la màquina i l'ordinador ens respondrà que no cal ser hipocondríac. Així ens haurem estalviat les 150 corones de la visita al metge. **Norman Macrae**

Traducció: Núria Gala



“Cada cop hi haurà més persones que recorreran a l'autodiagnòstic: nosaltres mateixos proveïrem el nostre ordinador personal amb els resultats de la màquina que ens haurà auscultat i l'ordinador ens respondrà que no cal ser hipocondríac.”

de mitjana edat més aviat al recer de la necessitat) imposant-los-hi una contribució de 150 corones.

A la nostra clínica d'Estocolm, les urgències i els tractaments de llarga durada —dels quals tenen necessitat prop d'un 10% dels 2.000 pacients setmanals (unes 200 persones)— són cars. Al voltant d'unes cinc persones a la setmana necessiten una intervenció d'urgències (de les quals dues arriben a l'hospital amb ambulància i tres amb taxi). Ara bé, l'experiència demostra que les clíniques són molt més aptes per a ocupar-se d'aquests pacients que no els metges d'estat, que tenen el 70% del seu temps envaït per hipocondríacs.

No es descarta que en el segle vinent encara tinguem necessitat d'hospitals públics per afrontar les urgències, a no ser que s'estableixi un tipus d'assegurança actuarial contra les catàstrofes. Mentrestant, el cost de les intervencions molt complicades tendirà a baixar, ja que la presència del cirurgià especialista al costat del pacient no sempre serà indispensable. Des de Bangla Desh, serà possible transmetre per fax les radiografies i l'historial mèdic informatitzat d'un pacient tractat amb urgència, perquè els especialistes més importants de Florida s'ho estudiïn. Un cop ho hagin fet, donaran les instruccions oportunes, és a dir, guiaran un instrument quirúrgic assistit