

## Distanciamiento tecnológico médico-enfermo

*Benjamín Narbona Arnau\**

Presidente de la R.A. de Medicina de la Comunitat Valenciana

### 1) REALIDAD AFECTIVA PERSONAL y "ABANDONO" de LOS DEBERES

Estamos muy cerca del "hombre masa" que describiera Ortega en 1930, el que: "no reconoce instancia superior, impone la mediocridad como norma, se siente auto satisfecho, no reflexiona demasiado, ha degradado los valores y... **reivindica todos los derechos, eludiendo toda obligación.**

Hoy, **incluso del lenguaje escolar**, del alumno, (del llamado "equipo de trabajo unicelular" por la LODGE.) ha desaparecido la palabra DEBERES. (C.N. Bobbio † 9-I-04).

Y como dice Zaragoza, de las 4 formas de curar en este XXI, 3 de ellas, administración de fármacos, terapéutica física y quirúrgica o instrumental, han dominado el ambiente tecnológico, **restringiendo la cuarta, el papel del propio enfermo en su curación** desde el primer diálogo, con plena **colaboración... y confianza a un final feliz.**

Recuperar este sentido del DEBER para su yo personal, **para el usuario**, es algo mucho más rentable, que exigir solo el **derecho a la salud**, como yo colectivo.

**Por otra parte, al faltar ese "deber", se rompe el equilibrio entre deberes, saberes y poder... y estallan los dos últimos: saber-poder, en "producción y beneficio".**

**Estamos transitando ya por el camino del RELATIVISMO, que legisla atropelladamente** sin saber ni entender, sin experiencia, elaborando abstracciones muertas., con más burocracia y tecnología. Como dice H. Duran: "cuando más medios existen, aumenta la **distancia** médico - enfermo" y "entorpece ese acto interpersonal, íntimo y directo", más aún si el "acto" es cruento.

El "mando" TOP-DOWN conduce al "igualitarismo educativo" y **va contra** los valores morales; porque le molesta la independencia ética responsable del profesional y prefiere el "uno indiferenciado de la sociedad pragmática", El **relativismo** es beatería progresista (Laín) fruto de inmadurez y "se tiende a poner palabras, donde faltan las ideas" (Goethe).

**Einstein**, judío educado en un colegio católico, padre de la relatividad física, estuvo siempre contra el relativismo moral, porque conduce a la dictadura, anula la sensibilidad y el sentimiento, incluso la **naturaleza** donde, se quiera o no, están el **enfermo, la vida y la muerte.**

El mismo **Newton** puntualiza, que sobre una obligación que requiera "intelecto y virtud", la actuación **correcta depende más del individuo, con su personal sentido de esa ética**, que de buscar refugio en una autoridad externa, cayendo en formalismos, en el camino débil, de la **ética "part-time.**

Llega el momento en que, el diálogo de los protagonistas “cambia”: el 1º dice: lo siento pero no soy su médico sino su gestor de salud y el 2º replica, no se preocupe, yo tampoco soy su enfermo, sino el abogado de su enfermo (Merino)

POR hoy y pese a todo, el **yo individual sigue vencido por el yo social** (A. Gala Mundo 16 VIII-02). Es la **superficialidad virtual**, que subrayó Nietzsche: “deja de buscar el por qué, pues se siente a gusto en el cómo”. Éste, transforma al **médico en empleado**, que actúa y se mueve “light”, como otros quieren. Es la vía socio-objetiva, que como subraya Gómez Alonso, desintegrará nuestra profesión.

**FROMM, escribe en su libro “El miedo a la realidad”: “El problema del hombre de hoy no es la libertad... sino el de la percepción de la REALIDAD. Preferimos la escenificación, sin mirar que se esconde tras el decorado...” (OMC Act. Reunión. Ciencias Salud Abril 2003).**

Un dato: **en el 26 Congreso Nacional de Cirugía** el Dr. Benages expuso los resultados clínicos, mano y pH-métricos, tras operaciones antirreflujo y achalasia, de los Hospitales de Valencia en los últimos **10 años** y en el último lustro, hay mas mortalidad y fracasos que en el “histórico”, según él y estoy de acuerdo, por la “democratización de los cirujanos”.

Incluso “entre los filósofos morales contemporáneos, dice Bucle, hay más claridad en... discernir el bien del mal, que sobre la realidad de una razón suficiente para actuar en consecuencia” y así, la triste pregunta: **¿por qué he de hacer el bien?**

Para los mismos Kant y Mill, esta **decisión solo es justificable bajo "GOOD WILL" con BUENA VOLUNTAD, pura ética profesional, esto es suficiente grave para jamás declinar la responsabilidad personal** y caer en "regulations", guías ético-objetivas, que decidan por nosotros.

En la realidad, solo si se baja de toda esa parafernalia, limitándonos a la pura administración de los Centros, sería posible la repoblación natural de **profesionales**. Recordemos con Paracelso, que **"La medicina se relaciona con la humanidad, con el hombre y al final con un hombre"** (M. Ferrand ABC 15-I-04)

**Debemos concretar, que la codificación moral racionalista NO APOYA el cumplimiento de los deberes, sobre todo en el terreno subjetivo... como Sí HACE el área sentimental, sobre la que insistiremos....en tanto** los fomenta.

En el racionalismo pragmático, **economistas y políticos, se quiere ignorar que las personas no cambian por abstracciones, sino por verdades que influyan en sus sentimientos...** y despliega una mala mezcla de medicina defensiva y mercantil...error suicida.

**Para la CIRUGÍA**, diremos con Gómez Alonso, que “los avances ponen a prueba la adaptación del cirujano... y sus límites, y frente a quirófanos que parecen un simulador de vuelos”... es posible **que el paciente no vea ya a su cirujano, por estar anestesiado, ni luego cuando despierte, en la UVI... y tampoco tras un “alta de no sabe quién”.**

**La distancia lleva camino de potenciarse con los ROBOTS da VINCI que permitirá operar a miles de kilómetros Y si como en algún periódico se dice: “el mismo cirujano operará a miles”... parece que hablan de una impresora robot....**

Griffen dijo, con ironía, “quizás sea una triste ventaja”: al ser reconocido como puro técnico, no podrán acusarme de abandonar un paciente que no conozco.

Sin sentimientos, sin ética profesional, en la virtualidad de ese mundo efímero de usar y tirar, bajo el estruendo informático que nada enseña etc. solo nos queda defender la vuelta **al orden natural** y ante la “empresa política” y sus costosísimos controles, la “vía ascendente”, “botton up”, mejorando la relación médico-enfermo y con posibilidades **de repoblar la especie PROFESIONAL**.

## 2) ACORDE CON EL ALZA DEL YO COLECTIVO, EL FACTOR ADMINISTRACIÓN

Hace 30 años, (1978) escribía mi amigo el Prof. Saegesser (Univ.de Lausanne): “La profesión médica, paralelamente a su mayor eficacia y responsabilidad, va perdiendo su libertad y nobleza. Los poderes políticos, incapaces de hacer frente a las dificultades de la vida y desarrollo científico, organizan, sea cual fuere su política, una **pesada burocracia, incompetente y al tiempo, plenamente capacitada para tomar decisiones y dar órdenes, a esos médicos, ya simples asalariados**”.

“La gran pasión que mueve a las sociedades democráticas es una igualdad-mediocre, mientras que hacia la libertad es minoritaria y sacrificada por esa igualdad”, rompiendo el orden de la Revolución francesa “liberté, egalité et fraternité”, (Torqueville);

Con todo y pese a este intenso control burocrático, en parte culpable, los gastos se disparan, y estas empresas administrativo-rationales descendentes, aprietan con la administración, para que sea en ese “piso de abajo”, donde quedan el funcionario medico- y el usuario, más o menos enfermo, se **frenen** esos costes

Para esta **Administración**, como la llama Butschwald (Surgery Pres.Address Oct.1988 124 595) y pasamos de Suiza a EEUU, el esquema, y con las palabras del Sr Champy, REORGANIZADOR de su Hospital de Minesota, que son muy demostrativas: “los debates, dice, han terminado”, “los cambios no son negociables, se establece un mando “sin democracia“, porque las negociaciones son “too delicate to be openly discussed”, aunque sí son de obligado cumplimiento, y “el que se insubordine será despedido **y sin proceso**” No hay cargos en propiedad, ni servicios, que son “anatema” por crean individualidades, solo interesa cumplir un SET de instrucciones, cirugía incluida, son guías, protocolos, etc... la RUTINA.

Se borra el pasado, “erase the past” y se procede al **“reengineering”, a reducir gastos como sea**, que es el centro de esta “Corporate bondage”, “Corporación de esclavos”.

La degradación médica se acentúa, en otro Presidential Address (Surgery Oct 2000) Fischer recalca como suben ciencia y tecnología, en detrimento de las artes liberales Como se educan los médicos, sin examinar pacientes, con sesiones clínicas sobre historias, serán tecnócratas que entiendan de enfermedades, pero no de enfermos.

Una de estos ejemplo-test, de tan confusa “rutina” tecnocrática , nos lo proporciona el "training" de residentes al llegar a ciertas maniobras quirúrgicas del todo o nada, en que no cabe un segundo mando corrector simultáneo Se une un 1º imperativo de Kant: “el máximo bien para los más” y, se sacrifica al paciente a un cierto riesgo, en aras de ese bien general, y también un 2º:imperativo del mismo Kant: “actúa de manera que CADA persona sea un fin y no un medio”. **CONTRADICCIÓN** solo justificable bajo BUENA VOLUNTAD, **pura ética profesional...** y **no** remitiéndonos a comités, puntuando horas de estudio, operaciones, etc. y sumando en línea... por el

**ordenador**, que difícilmente nos dirá a "qué nivel" empleó el residente esas horas, asistencias, etc. Los miembros del "staf" **darían mejor respuesta ética subjetiva**.

**Y TAPAR- APARENTAR**, utilizar los asesores de imagen, la prensa, la radio, la TV, etc., **empeora**. Como señala Oswald SPENGLER, el estricto SABER HACER no equivale al **CÓMO USAR** y así dejó escrito "No es igual hacer un violín que tocar el violín, ni construir barcos que hacerles navegar". En consecuencia, este **"relleno" técnico-informático**, NO "suple" al violinista ni al capitán, cuando **el ser humano enfermo, pide realidad, que no dan** médicos sometidos o "burnout", ni bajo los excesos "gestionadores"

Y recordemos, que en España tras la congelación de sueldos (años 70') para contener el gasto sanitario... y por lustros, los médicos siguen **cobrando, la mitad que los "equivalentes" en Europa**, y se logra casi un tercio de **BURNOUT**, similar cifra a la que reúne Campbell en la Universidad de Michigan. (Un 32% -Surg. 2001, 130, 696-705).

"Deben privar criterios profesionales y no políticos o mediáticos" (G. Sierra 1 Congreso OMC y Sanidad Junio 2004).

### **Y... la RELACIÓN "técnico-usuario" se hace ANÓMALA**

Entre estos técnicos "acomodados" o quemados y los usuarios sin DEBERES, se fomenta la **patología de la relación**, las **"VISITAS RÁPIDAS"**, una fría y distante conexión, en la que el paciente no se entrega, incluso se vuelve agresivo y... solo "se le calma" **intercambiando cartilla por receta, de costosos medicamentos, o el pase** a las caras- modernas tecnologías, incluyendo múltiples exploraciones para, como dicen los americanos, "disparar muchos tiros en la selva para ver si con alguno... acertamos y matamos la cebra"... aquí, si "el compatible con...de alguno de los informes"... nos dé el diagnóstico. Consultas "jugando al primer toque", a 2 minutos / usuario.

La NORMALIZACIÓN vendría, aunque hoy sea utópico, cuando la planificación sea ascendente, participada... como ya dijo Roosevelt en 1932, los planes para montar la empresa se deben hacer en positivo, "from the **BOTTOM- UP** and NOT for the **TOP DOWN**", que no funciona.

PERO... la **administración... da** votos...y el mundo político sigue con manuales-comités que los **faciliten... y además, fomenten el cómo**, en tanto importa poco o nada el **por qué** se hace lo que se hace y no digamos el **para quién**.

Y no invento, hace unos lustros, un **director general de planificación sanitaria**, el Sr. Simón dijo: "La complejidad tecnológica hace... **imposible la autonomía médica, basada en el médico clásico que antepone el interés del paciente al propio**". Y, en 1997 "el ministro Sr Romay (que también fue secretario del INP), **"defunciona" públicamente la relación ética médico-enfermo, para él periclitada ante los avances tecnológicos**

Se apoya este **distanciamiento** sumando la burocratización politizada, con manuales del "cómo", **que nos bajan, apoltronan y destruyen la ética individual y social"** (M. Ferrán ABC 21-V-03).

**Y...sigue** el llamado **progresismo**, que nos reduce al **NIVEL del YO colectivo**, y sus "virtudes **tecnológicas**": seguridad, comodidad y frivolidad... frente al **yo subjetivo**, fruto de **valores-sentimientos** positivos. Los griegos ya distinguían: el IATROS, médico

asistencial, yo personal, del IATRICON médico socio-higienista, colectivo. Ahora los mezclan, fomentando la confusión.

**Al fin, El ENFERMO...** sufre las consecuencias, en especial si añadimos el igualatorismo mediocrizante que nos integra en la tribu del bienestar y creemos en ese supuesto **estado de bienestar**, que desemboca en la “BARRA LIBRE. Especialmente grave a nivel médico, ante un hombre “light”, **que no comprende, que la obligación de respetar la igualdad de las personas, no es tratar a todas por igual.** Era... el camino directo a la “salud para todos“, en el año 2000 (j). (Sánchez Martos, Cated. Educ. para la Salud UMC) (Rev. Medica Dic. 04 p 69)

Lo que si ofrece este Progresismo es un mayor gasto, pues cuando acudimos “como usuarios” a ese super-poblado “piso bajo” de nuestras “construcciones sanitarias”, **la falta de confianza del usuario ante el “obligado” médico funcionario, impide** que éste “nos **produzca mas confiadas curaciones a un coste mínimo**”, **que podrían serlo** para el 90% de estos usuarios, que **“solo son dolientes”** (Tuckett). **Este “fracaso”, multiplica el gasto por doce, según Tuckett** (Prof. Socio-economía Univ. Cambridge),

Falta añadir, que **cada reclamación judicial a un servicio** (Univers. N.York y California) lo sube otro **30%...** y aquí, sorprendentemente, las autoridades las “proponen” a los usuarios.

**Mas centrado, Fidalgo (CCOO) apoya** la necesidad de corresponsabilizarse clientes y profesionales... es contrario a esa tendencia clínica a desligarse de su responsabilidad, frente a la alegre concepción virtual del usuario; siendo ambos protagonistas. **Se precisa el compromiso de todos y la responsabilidad de cada uno** (Not. Med. nº 3863 p.7,III-05).

**Al fin, las utopías... y ésta lo es, tocarán fondo. Helmut Smith** **canciller socialdemócrata alemán (1972-82), advirtió: “el entero Estado de bienestar no se puede pagar”**

### 3) GRAN PARTE DE ESTA TRAMA SOCIO-POLÍTICA DESCENDENTE. SE APOYA EN LA TECNOLOGÍA (YA CASI “TECNOLATRIA”)

Recordemos al Sr Simón, diciendo:“... no cabe la autonomía médica que antepone el interés del paciente al propio. **La explosión tecnológica hace que estas premisas no se ajusten a la realidad”** También se apuntó **que**, al fallar los deberes, saberes y poder estallan en”producción y beneficio”

“Con estos avances técnicos, dice Espinós, corremos el peligro de caer en una Medicina excesivamente tecnológica y el enfermo, aun haciendo todas estas cosas para él, puede ser apenas una **pieza más en ese círculo objetivo.** Se rebaja el carácter humanitario, entre médico y usuario, atenuando el flujo cognoscitivo recíproco e insoslayable”. Es la tiranía del EXPERTO.

Y en esa línea, nuestro gerente Sr Moreu-(1986) dijo: **“el médico es un obrero en cadena de producción, con objetivo usuario”.**

Todo se **aleja** de lo que podríamos llamar ETICA QUIRÚRGICA que... es **PROXIMIDAD.** **En ella hay,** 5 categorías que dominan la relación: salvar (rescue), proximidad, ser prueba difícil (ordeal), resultados (aftermath) y PRESENCE Las

4 primeras son experiencias, cuyo conjunto forman, para el paciente, la respuesta ética que mejor llena sus necesidades.

Basta comentar que la primera, ya estaba en las bases de Esculapio: habilidad, conocimientos base y sabiduría práctica, ("techne, episteme, phronesis"), en la 2ª, el cirujano "esta" con él, ve secretos de su cuerpo que ni él mismo conoce, por eso es tan necesaria esa proximidad; la 3ª, "salvar y poder" equilibran el miedo y en la 4ª, el cirujano esta en posición única, para entender la amenaza existencial, la fragilidad de nuestro cuerpo.

Conjunto que deben ser considerado como un pleno acto ético, opuesto al distanciamiento tecnológico y que es la PROXIMIDAD, que los resume y forma. Ayuda a su difícil experiencia y suaviza los problemas, tras la "agresión". El mejor alivio, este inevitable paternalismo: **que el cirujano este a su lado en todo el proceso.**

**Incluso esta PROXIMIDAD, con MÁS TIEMPO UTIL, supondría mejorar, evitando errores. Se hizo una comparación de los cometidos en el N Health inglés, frente a su ausencia en el manejo de los aviones, olvidando que, en éstos, van 2 pilotos, que pulsan teclas y cada vez, la máquina les da idéntica respuesta... En clínica cada tecla no tiene una única--misma respuesta y hasta pueden ser distintas si se repite la pulsación. Es la razón del más TIEMPO, pues los errores caerían en picado, si contara **con el que su profesionalidad ética requiere; como también, si** en lugar de objetivos, se premiara la calidad, la ética profesional, esa **fluente "proximidad personal"**.**

Ni mi ÉTICA, ni mi conducta, pueden desdibujarse, **minoradas al simple quehacer técnico. Pertenecen al mundo subjetivo**, a mi fluida sucesión de actos conscientes, **vivir es siempre continuidad móvil**. Lo escribió, hace siglos, Heraclito de Efeso, apodado el Oscuro: la vida es fluir y si deja de hacerlo, solo quedan abstracciones, aparcadas, marginadas de esa corriente de instantes vitales, encharcadas, en cierta forma, muertas. Abstracciones que Goethe temía más que al diablo. Mi ética profesional tiene que ser **un proyecto permanente y vivo, en mi conducta y, que al no ser ciencia exacta**, necesita vivir con calma tal mundo ético. **No se define pisando una tecla**

Esta "meticulosa violencia" (P.Valery) que es la cirugía, igual si actúa por vías "mini o emdoluminales, etc", está dentro del **humanismo o será agresión creciente. La violencia cruenta o con posibilidades de serlo, se legitima por su finalidad terapéutica.**

"La medicina y volvemos a Ortega, no es una ciencia sino una profesión, una actividad práctica... aunque se base en esa ciencia y tome de ella, mas de su tecnología, **Se llega a decir que medicina y ciencia serían antitéticas, la primera busca una respuesta específica al problema particular del paciente, la ciencia pretende la respuesta provisional a una pregunta general.**

**Aunque la "masa se llene"** con las virtudes **tecnológicas: seguridad, comodidad y frivolidad**; no debemos pensar con Dewey en pleno relativismo pragmático, **que la verdad no existe, se hace.**

**Ya Epicuro nos dijo: "aléjate hombre sensato de la política", y hace "solo 2000 años", Tao Te King en el libro de la Virtud escribió: "debemos administrar el imperio, PERO NO participando directamente en ninguna actividad. Cuando más intransigentes sean las leyes más ladrones habrá"** (Parada ABC 19-V-03)

## CONCRETAMENTE:

Sufrimos el Síndrome por Deficiencia de Responsabilidad o **SIDRA**, =**distanciamiento**. Según J. Borregar (unión mundial médicos escritores), es **enfermedad adquirida** que suma una responsabilidad diluida al **poco razonar** y al mimetismo. Muy vulnerable a la **manipulación médico-sanitaria**.

**POR ESO... señala Adela Cortina** que, obligada por la crisis del jaleado estado de bienestar, **Europa necesita impulsar una ciudadanía activa**, y ante el Estado Benefactor superar el “derecho a reclamar derechos”. Falta lo contrario al SIDRA: **reflexión ética que nos dé sentido**, ética ciudadana, diálogo... frente la **actual partitocracia, a la que conviene** no haya responsabilidad personal"(El País -06 p15)

**Pensamos, con Mascarós** (R. Acad. Cataluña Sep-Dic 05), que, **las tecnologías deterioran la relación directa**; el “trato” al paciente de von Weizsacker; y **“el tu más yo igual al nosotros”, se difumina... y el no yo y la cosa, ganan**. La enfermedad es un estado del hombre... es útil lo que dice y lo que calla,... necesito me escuche, incluso lo que no le digo.

Esta relación perdida, distante, que desde Paracelso es amor,... acaba hasta en “clínica” tele comunicada...“rodeados de máquinas con intentos de que la tecnología sustituya al cirujano... el robot no solo ayuda la actuación del cirujano, si no que podría reproducirla para operar como si copiara impresos (i)... Domina el **yo colectivo** y desde el **TOP**, actúan sobre el **“obrero vigilado”** o médico-empleado, que para “conformar” los derechos del **uno indiferenciado de la sociedad del “bienestar”**, anda por guías, hojas de ruta, que, solo valen **si no le sustituyen** (Espinós)

Hoy, sin VOLUNTAD positiva, se condena el paternalismo médico firmando papeles y... se impone un **paternalismo estatal** (J. C. Arce La Razón 31-I-05), sin conocimientos ni experiencia.

Como dice R. Zaragoza hasta el ciudadano enfermo, parece darse cuenta de como prolifera esa burocracia y cada vez, con menos eficacia y mas coste. Muy lentamente, redescubre el efecto placebo de la palabra y el papel de la mente sobre el propio cuerpo. En cierta manera va dando paso a las **medicinas alternativas**, aún en proceso de adaptación.

**En uno de los actuales periódicos gratuitos** (METRO (17-I-05) Luchy Núñez), se puede leer **“Todos somos un poco responsables de que, en los centros de primaria, sus consultas de alta velocidad, rebajen a la mediocridad”**. “Hace falta que el colectivo médico se arremangue y diga hasta aquí hemos llegado”, **superando la gestión de una burocracia controladora**.

**PERO CON TODO** y como **niños mimados de la tribu**, nos prestamos al manejo político-estatal, y así, **nos quedamos como los esclavos del Sr. Cárdenas en Luisiana, hace siglos, que confiaban tanto en su amo, que no creían que el mantenimiento y bienestar dependiera de ellos mismos... y votaron a favor de seguir siendo esclavos**

Nos queda solo recordar, con San Fco. de Asís, que: **El que trabaja con sus manos, es un obrero. El que trabaja con sus manos y su cabeza, es un profesional. El que trabaja con sus manos, su cabeza y su corazón, es un artista. Este es el ideal ético profesional.**

**Y con S Pablo: Lo que hacemos para nosotros mismos muere con nosotros, lo que hacemos por los otros nos sobrevive.**

**Y coincidimos con lo legislado: Art. 7 del Código Ética y Deontol. (OMC 1999): “La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente”**