

ENTREVISTA DEL MES

Dr. Moisés Broggi

El Dr. Moisés Broggi nacido en Barcelona en 1908, médico cirujano desde 1931. Durante la Guerra Civil Española (1936-39), fue capitán de la Brigadas Internacionales, atendiendo en distintos frentes, en Belchite, el Ebro, etc...

Ya entonces, mostraba tendencias innovadoras como el uso de hospitales de campaña, las primeras UCI's móviles. También se empezaron a hacer las primeras transfusiones en el propio campo de batalla. Su tesis doctoral, fue vinculada a determinadas estructuras nerviosas de las vías vasoconstrictoras a nivel de los flemones del cuello. Curiosamente, ya estudiaba el sistema nervioso central. Por otro lado, fue miembro de la Real Academia de Medicina de Cataluña, en 1966, y durante cerca de doce años fue presidente de la misma. Por otro lado, es Creu de Sant Jordi en 1991, la más alta distinción civil en Cataluña. Es miembro cofundador (1982) de la Asociación contra la guerra nuclear, que en 1985, recibió el premio Nobel. Es presidente del Instituto Borja de Bioética, Vicepresidente de la Fundación Echevarne, Presidente de Honor de la Fundación de afectados y afectadas de fibromialgia y fatiga crónica.



Emili Gómez Casanovas: *Buenas tardes, estamos en este periplo de entrevistas que presentamos en la web de la fundación de fibromialgia y fatiga crónica. Hoy tenemos el placer de que nos reciba en su casa el doctor Moisés Broggi Vallès. Doctor Broggi, usted ha vivido un siglo...*

Moisés Broggi V: Un siglo

EGC: *Esto le permite una visión que nosotros tenemos que absorber, que es la visión de memoria histórica, histórica en el vivir, cuéntenos un poco.*

MBV: Sobre que?

EGC: *Sobre ¿Cómo percibe usted, con este amplio vivir de anécdotas, de cosas y cómo lo vive usted ahora en 2007?*

MBV: Bien pues claro, el vivir muchos años, tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Es la situación de la vejez. El viejo sabe que no tiene futuro, pero en cambio tiene un pasado importante, y por eso siempre los hechos del pasado le reviven en la memoria, y vive, comprende, y en la vida los hechos se repiten, y generalmente la gente tropieza con la misma piedra. Eso pasa muchas veces.

EGC: *Nos vamos a aprovechar de su memoria. Usted ha vivido en el desarrollo del conocimiento médico, muchísimas cosas. Usted ha vivido el inicio de la era de los antibióticos, de los tuberculoestáticos, etc... Había muchas enfermedades, que eran totalmente desconocidas y usted ha tenido la oportunidad de poder vivir el conocimiento de estas enfermedades de causa desconocida, que en un momento determinado comienzan a ser comprendidas.*

MBV: Exacto

EGC: ¿Cómo lo recuerda usted, esto?

MBV: Bueno yo viví, sobretodo el mundo de la cirugía. El mundo de la cirugía a principios de siglo era muy diferente de lo que es actualmente, sobretodo por la cuestión anestésica. La anestesia era deficitaria, sobretodo era a base de cloroformo y de éter, con mascarilla, con un goteo. Tenía una acción tóxica, no solamente sobre la respiración, sino también sobre el corazón. El síncope anestésico era muy frecuente, es decir, el hecho de entrar en un quirófano ya representaba un peligro. Esto todo el mundo lo sabía. Por lo que, pequeñas operaciones acababan mal en el quirófano, es decir, la muerte in tabula, que decían, era frecuente incluso en pequeñas operaciones. Eso yo lo viví, hasta los años 20, que se descubrió la acción tóxica del cloroformo y fue desterrado de los quirófanos. Entonces con el éter solo, los resultados mejoraron. Apareció un aparato de Humbredan, que permitía una regulación del éter administrado, por lo tanto, esto fue una ventaja importante. De todas maneras, las operaciones que duraban más de tres horas tenían mucho peligro.

EGC: ¿La anestesia tiene que ver con la ausencia del dolor, no?

MBV: Claro, sí.

“El médico, para tener comprensión de los otros, debe de haber experimentado de alguna forma, el flagelo del dolor.”

EGC: Es decir, evitar el dolor para, en este caso, intervenir.

MBV: Es decir, antes de la anestesia la cirugía era imposible. Se tenía que reducir extraordinariamente, por eso se llamaba

patología externa, porque no se podía entrar en las cavidades esplácica ni torácica, porque era imposible aguantar el dolor.

EGC: O sea que en el ejercicio de su profesión como cirujano, la ausencia del dolor, que es el tema que nos ocupa hoy, usted ya participaba. El dolor crónico es otra cosa, el doctor Bonica, quizás el primer médico que se interesó por el dolor crónico en EEUU, dice irónicamente: “El único dolor aceptable es el de los demás”. Y usted, doctor Broggi, dice: “El médico, para tener comprensión de los otros, debe de haber experimentado de alguna forma, el flagelo del dolor.”

MBV: Exacto.

EGC: ¿Por qué lo dice?

MBV: Bueno esto es una ley general, que todos hemos de conocer. Y es que en la vida, en el fondo dominan el sufrimiento y el dolor. Hombre, todos hemos de experimentar estas pruebas, y el que no las experimenta es incapaz de comprender nada. Es decir, “Aquel que a los cuarenta años no ha padecido el dolor y el sufrimiento, no entenderá nada de nada, porque es incapaz de comprender el dolor de los demás.” Y por lo tanto ha de tener compasión. La compasión es muy importante para el ejercicio de la medicina.

EGC: Totalmente de acuerdo. El dolor tiene un handicap; no es medible. Parece ser que pronto vamos a poder medirlo con los estudios de resonancia magnética espectrométrica y demás. ¿Hace esto quizás que el dolor, sea en este momento, de difícil comprensión para muchos técnicos en salud?

MBV: Sí, es decir, no hay ningún termómetro que nos diga el grado de dolor, como nos dice el termómetro el grado de temperatura. Claro, porque, el dolor tiene un factor subjetivo muy importante y esto es muy difícil de medir, es decir, el dolor para unos puede ser más

tolerado que para otros. Un mismo dolor, a una persona le puede producir mucho más efecto que a otra que tenga más resistencia en este sentido.

EGC: *La ciencia va avanzando y en el dolor pronto vamos a poder medir y objetivar de otra manera. De todas maneras, usted dice que la ciencia avanza quizás más deprisa de lo que podemos absorber, es decir, ¿cómo utilizamos los conocimientos científicos? ¿Substituye el conocimiento científico el acto médico humanístico, es decir, la relación del médico con el paciente? Usted es un poco crítico en algún artículo que he leído de que la ciencia avanza, y parece que no sabemos absorber el beneficio de la sociedad de la misma.*

MBV: Claro, el avance de la ciencia ha sido extraordinario, es decir, en poco más de un siglo se ha hecho más progreso en el tratamiento de los enfermos que en toda la historia de la humanidad anterior, debido a estos descubrimientos que se han producido en este siglo pasado, como pueden ser la anestesia, todos los antibióticos. Ha habido unos descubrimientos que han cambiado completamente el factor y el éxito de la medicina.

EGC: *Este avance científico del último siglo, ¿Usted cree que corresponde al avance de la sabiduría del médico?*

MBV: Claro, una cosa es la ciencia y la otra es la sabiduría, es decir la ciencia nos da medios para suprimir el dolor o para aliviarlo, nos da medios para alargar la vida humana, nos proporciona unos métodos que nos permiten practicar la medicina y el progreso de la misma, pero en cambio la precisión de esos mismos métodos, progresos pueden no ser bien empleados, esto más que en la medicina se ve en la física; por ejemplo el descubrimiento de la energía atómica. Ha sido un descubrimiento extraordinario para la humanidad, porque esto puede ser una fuente de energía que

abastezca a todo el futuro de la humanidad pero en cambio, mal aplicada, puede ser un método de destrucción fatal.

“El médico se ha convertido en funcionario... y un enfermo es un número asignado.”

EGC: *Usted es muy crítico con respecto a la relación de sus pacientes con su entorno sanitario y todos los métodos sanitarios en general, ha llegado a hablar de que el médico se ha convertido en tecnócrata, científico, funcionario.*

MBV: Es debido a dos causas importantes, una de ellas; es la especialización con la medicina, y la otra la socialización. Ahora hemos ganado mucho con esto, la medicina llega a todo el mundo, en nuestra región europea y en donde vive asociado el bienestar, realmente ha sido un gran triunfo, la seguridad social, etc... Pero esto tiene otro inconveniente y es que el médico se ha convertido en funcionario, tiene un sector determinado y un enfermo es un número asignado. Falta aquella relación íntima de amistad de relación humana que existía antes, que era un médico elegido privadamente por su simpatía y su amistad. Ahora eso no existe; el médico es asignado y este dispone de unos medios muy eficientes. Además el médico es un especialista de una parte del organismo, cada vez más reducida; el especialista ve aquella parte y desconoce el conjunto del organismo, es decir que, acabada su función, ya no se preocupa más por el enfermo. Por ejemplo, a un enfermo grave, el especialista que le ve, una vez terminada su misión, el paciente ya no es cosa suya. El médico antiguo de cabecera continuaba asistiendo a esta persona.

EGC: *Usted como cirujano era especialista.*

MBV: Bueno al principio en general pero no era todo el organismo; había un tipo de diferencia; mi campo de investigación era abdominal, el cuello, la mama, es decir muy

amplio. La neurocirugía, oftalmología... ya eran especialidades del siglo XIX, eso generalmente iba relacionado con la existencia de un aparato, que permitía un diagnóstico, pero claro, requería el conocimiento de este aparato y de su funcionamiento y de la interpretación de los resultados.

“La medicina cura alguna vez, aliviaría a menudo y sería necesario que siempre consolara”. Ahora en cambio es: “curar mucho más, pero poco cuidar y poco consuelo.”

EGC: *Usted parece que añora este estado de relación más personal con el paciente, más llevadera a la responsabilidad de la misma, ¿Cree usted que tiene que ver con una situación en la cual el modelo médico se ha constituido más en lo que se denominase modelo biomédico lineal, en el cual los médicos pasaríamos a ser realmente tecnócratas del conocimiento, pero dando solo estrictamente órdenes y en los cuales la relación con el paciente y su entorno quedaría en un segundo plano?*

MBV: De esto hay una frase francesa muy demostrativa que dice: “la medicina cura alguna vez, aliviaría a menudo y sería necesario que siempre consolara”. Ahora en cambio es: “curar mucho más, pero poco cuidar y poco consuelo”; es decir, los aparatos, análisis, dictámenes... no consuelan, indican muchas cosas pero no consuelan.

EGC: *Esto tendría que ver con lo que usted decía antes sobre la visión médica. Tiempo atrás, era más macroscópica, es decir, tenía un amplio espectro y esto quizás ocurre con estas enfermedades de nuevo diagnóstico, la fibromialgia y fatiga crónica, que realmente son complejas, tienen muchos síntomas y realmente no son de un síntoma guía único.*

MBV: Pero hay un factor psicológico añadido a la eficacia de los medicamentos.

EGC: *Engel, en el 1970, publicó un artículo en el Lancet que se llamaba “Necesidad de un nuevo modelo de atención”, se refería a que los técnicos en salud, tenemos que tener presentes los aspectos puramente biológicos y los aspectos psicológicos y sociales. ¿Piensa usted que se está implementando?*

MBV: La especialización progresiva que estamos viviendo ha sido debido a esto, el que concentra la atención a un sector profundiza mucho más que el que se refiere al conjunto del enfermo, es evidente. La especialización ha sido el factor importante del progreso pero en cambio ha disminuido la relación médico-enfermo; ha quedado en un segundo plano.

EGC: *Y en cambio en tercer plano ha quedado la familia. Usted es miembro de familia numerosa, ha tenido siete hijos y once nietos, etc. Para usted la familia, en sus memorias, toma un papel muy importante. ¿Cómo podemos olvidar el impacto del diagnóstico en estas enfermedades, una enfermedad que es en principio crónica, porque no sabemos por el momento curarlas en el individuo y en su entorno afectivo, porque son enfermedades en las que fundamentalmente hay dolor y discapacidad? ¿Podemos dejar como último plano el impacto que pueda tener en esta persona y en su entorno?*

MBV: No, es imposible, porque son enfermedades, como en casi todas las enfermedades, en la cuales el factor psicológico influye. Yo por ejemplo, en mi vida profesional, he visto muchas veces como enfermedades, que seguían un curso crónico tolerable, el incremento final de estas enfermedades ha ido junto a una perturbación psíquica.

EGC: *Usted hablaba antes que añoraba una manera de hacer del médico y de la relación con el paciente, que era algo más que estrictamente tecnócrata. Imagínesse por un momento que usted tuviera el poder de organizar el sistema sanitario.*

Como usted decía, tenemos dos problemas: la socialización de la medicina y el funcionamiento del médico. En cualquier hospital los gerentes tienen el mando, no los propios médicos. Si yo le diera el mando, ¿cómo podríamos hacer para salir de este "encallamiento"?

MBV: Una cosa es consecuencia de la otra, es decir, llegar a una socialización como a la que hemos llegado, representa un esfuerzo enorme, pero también tiene una contrapartida, que es la ruptura de la relación amistosa entre médico-enfermo que antes tenía una gran importancia.

"Humildad ante el conocimiento incierto, responsabilidad ante el riesgo y disposición de ayuda ante el que sufre." Son las lecciones que yo he aprendido haciendo de cirujano.

EGC: En todo caso para usted es muy claro que hay que atender a ella, aprovechar los conocimientos científicos y la evolución pero manteniendo la relación. ¿Esto sería un hito para este siglo que hemos empezado para usted? Hay una frase que he sacado de un libro suyo que dice: "humilitat davant el coneixement incert, responsabilitat davant del risc i disposició d'ajuda davant del que patei. Són les lliçons que jo he après fent de cirurgia" / "humildad ante el conocimiento incierto, responsabilidad ante el riesgo y disposición de ayuda ante el que sufre." Son las lecciones que yo he aprendido haciendo de cirujano". ¿Quiere añadir alguna cosa?

MBV: Claro, el ejercicio médico es una práctica de humildad, porque se ve que nosotros hacemos lo que podemos, incluso aplicando todos los avances y progresos que ha habido. Siempre hay un factor que se nos escapa; es la

comprensión, este es el destino, a veces imposible de modificar.

EGC: ¿Qué nos aconsejaría con su experiencia y a "vuelo de pájaro" -Usted que ha vivido tantas cosas, en la sociedad civil, con los pacientes, con los técnicos en salud... para conseguir este hito de cambio en la mejora de la relación y en el aprovechamiento de todos estos avances científicos? ¿Qué nos aconsejaría? Ayúdenos...

MBV: Esto es muy difícil, porque la capacidad del médico es limitada y si se le pide un exceso de trabajo no puede, es imposible que pueda subvenir al lado de un factor clave que es el tiempo, necesitamos tiempo y paciencia. Curamos más pero no consolamos tanto.

EGC : Dr. Broggi, muchísimas gracias por este tiempo que nos ha dedicado. También se las queremos dar en nombre de la Fundación que Vd. preside, que siga con nosotros, que nos acompañe porque su figura nos da fuerza para seguir adelante en la línea que Vd. dibuja. Gracias por atendernos.

MBV : Gracias a Vds.

*Entrevista realizada el día 13 de Julio de 2007, en el domicilio del Dr. Moisés Broggi

M.B.V.: Dr. Moisés Broggi i Vallès

E.G.C. : Dr. Emili Gómez i Casanovas

Bibliografía:

- BROGGI; M. *Memòries d'un cirurgià* (1908-1945) Edicions 62
- *Memòries d'un cirurgià* (1945-2005) (2ª part) Edicions 62