



La actitud crítica en medicina: la necesidad de una nueva ética

*The critical attitude in medicine: the need
for a new ethics*

■ Neil McIntyre y Karl R. Popper*

«Estos principios de verdad objetiva y de crítica pueden enseñarle [al individuo] a intentarlo de nuevo y a pensar otra vez; a poner en tela de juicio sus propias conclusiones y a usar su imaginación en el intento de averiguar si hay algún error en sus propias conclusiones y dónde se halla. Pueden enseñarle a aplicar el método de prueba y error en todos y cada uno de los ámbitos y en concreto en el de la ciencia, y así pueden enseñarle cómo aprender de sus errores y a saber cómo buscarlos. Estos principios pueden contribuir a que cobre conciencia de lo poco que sabemos y cuánto es lo que no sabemos. Pueden ayudarlo a crecer en conocimiento, y también a comprender lo que se está enriqueciendo. Pueden facilitar que tome conciencia de que debe su crecimiento a las críticas de otras

* Este artículo del que Karl R. Popper (1902-1994) es coautor, junto con otros escritos suyos, han sido recopilados en el libro Después de la sociedad abierta. Escritos sociales y políticos (Traductor: Ferran Meler-Ortí, Ediciones Paidós, 2010). Agradecemos a Ediciones Paidós y a su directora las facilidades que nos han dado para su reproducción. El texto fue publicado por primera vez en el British Medical Journal, vol. 287, nº 24-31, diciembre de 1983, pp. 1.919-1.922, y Ediciones Paidós lo ha reproducido con el permiso del BMJ Publishing Group y del profesor Neil McIntyre, entonces profesor de la Royal Free Hospital School of Medicine. Los editores han cambiado el formato de las notas respecto a la publicación inicial y, asimismo, han introducido pequeñas correcciones en cuanto a las referencias. El artículo tal como fue originariamente publicado concluía con la nota: «Estamos agradecidos a los amigos y colegas que han leído y revisado varios borradores de este trabajo». Hay una versión electrónica de este texto en: www.fundacionpfizer.org y www.dendramedica.es.

personas y de que lo sensato, lo racional, es estar dispuesto a escuchar las críticas».

K. R. Popper, *Humanismo y razón*¹ (1952).

■ En Medicina se producen errores como en las otras profesiones de la vida. Las consecuencias, en el caso de la medicina, pueden ser triviales, pero a menudo son graves y, en ocasiones, catastróficas. Algunos errores no pueden evitarse; otros son evitables, incluso voluntarios o temerarios. Se pueden tomar medidas para corregir los errores; pero el error, en muchos casos, es irreversible. Y el único beneficio que se puede sacar es la prevención de que se produzcan errores similares en el futuro. Se confía en que los médicos sacan partido de sus experiencias y, desde sus primeros días como estudiantes de Medicina, se les aconseja aprender de sus errores. Aprender únicamente de los propios errores sería un proceso lento y penoso, e innecesariamente costoso para los propios pacientes. De ahí que sea preciso poner en común las experiencias para que los médicos también puedan aprender de los errores de los otros.

Los estudiantes de Medicina y los médicos, por desgracia, ven pocas pruebas de esa transparencia a su alrededor. Gorowitz y MacIntyre escribieron:

«Ninguna clase de falibilidad es más importante o menos comprendida que la falibilidad en la práctica médica. Generalmente se niega la propensión de los médicos al error lesivo, quizá porque es temida profundamente [...]. Los médicos y los cirujanos a menudo se niegan con miedo a identificar el error incluso en la práctica clínica, por no hablar ya de dejar constancia del mismo, presumiblemente porque consideran [...] que el error surge de la ignorancia o de la ineptitud suya o de sus colegas»².

Pero es necesario dejar constancia y analizar los errores si queremos descubrir por qué ocurrieron y cómo podrían haberse evitado.

Para que los errores no se repitan es importante que se superen ciertas actitudes, profundamente enraizadas en la profesión. Las actitudes profesionales están a menudo determinadas por la ética profesional, por los principios que determinan si las ideas o las acciones son consideradas correctas o incorrectas. Estos principios influyen también en los protocolos profesionales, en las reglas de conducta hacia los colegas y, lo que es aún más importante, con respecto a los pacientes.

Los profesionales liberales se basan en el conocimiento y la habilidad. No es de extrañar que la ética de una profesión se halle fuertemente influida por la concepción que sus miembros tienen de la naturaleza del conocimiento y de los métodos a través de los que esa profesión se adquiere, tanto en el plano colectivo como en el personal. Estos factores dominaron los prolongados debates y discusiones que precedieron a las leyes médicas del siglo XIX, que condujeron al reconocimiento profesional de quienes practicaban de manera oficial la Medicina³. La ética profesional aún refleja las ideas de aquella época⁴.

Las revoluciones científicas del siglo XX, sin embargo, tuvieron importantes con-

secuencias para todas las profesiones. Pusieron en tela de juicio ideas establecidas desde hacía mucho tiempo acerca del desarrollo del conocimiento así como sobre la naturaleza de la ciencia. Pusieron en duda los fundamentos de la ética profesional. Pensamos que la ética profesional tradicional, basada en las antiguas maneras de entender el desarrollo del conocimiento, tendía a entorpecer el progreso y su realización. A continuación presentaremos una serie de sugerencias para una nueva ética profesional, con la esperanza de que sean discutidas y que el debate influya en las conductas y las actitudes profesionales.

1. Desarrollo del conocimiento: ¿acumular o corregir?

La antigua concepción del desarrollo del conocimiento y, en concreto, del conocimiento científico todavía cuenta con una amplia aceptación. Según esta manera de ver las cosas, el conocimiento se desarrolla por acumulación: descubrimos y reunimos cada vez más hechos. Esta manera de ver las cosas, por supuesto, no es del todo errónea. El conocimiento se desarrolla, aquí y allí, por acumulación. Sin embargo, bastante más a menudo el conocimiento crece a través del reconocimiento del error, desbancando al conocimiento antiguo y a las teorías erróneas. Incluso el hallazgo de una nueva especie puede ser la rectificación de una hipótesis previa. Y lo que se consideraba hasta entonces un virus puede resultar que son varios virus diferentes (o al revés).

La hipótesis errónea puede haber establecido una relación causal inexistente: así se creía que la obstrucción de las vías biliares por cálculos era la causa de la ictericia epidémica (que actualmente, en cambio, se considera debida a una hepatitis vírica); una observación errónea puede conducir a un mito anatómico como, por ejemplo, el de una conexión directa entre los ventrículos derecho e izquierdo del corazón. Ahora bien, se puede proponer una teoría que sea fundamental aunque errónea, como la teoría de la pangénesis que Darwin propuso. Creemos que las revisiones de este tipo de hipótesis, que pueden tener el carácter de revoluciones mayores o menores, son más importantes y más características que el hallazgo de nuevos hechos.

Obviamente, cualquier persona considerada una autoridad científica puede cometer un error, incluso un error fundamental. Una doctrina científica aceptada puede presentar fallos, incluso cuando se trata de una doctrina considerada especialmente consolidada y segura. Así, después del descubrimiento en 1931 del agua pesada por Urey, casi todas las medidas químicas tuvieron que ser revisadas.

Los grandes hombres de ciencia son investigadores originales que realizan descubrimientos que revolucionan su especialidad. Pero incluso ellos cometen errores. Einstein, quizás el pensador más original de nuestra época, mencionaba repetidamente uno de sus errores. Señalaba que tardó más de doce años en descartar el positivismo de Mach. Según su amigo Max Born, Einstein fue partidario, más o menos desde 1920 hasta su muerte en 1955, de un programa de investigación —la búsqueda de una teoría del campo unificado— que en 1936 quedó descartada, cuando Yukawa propuso su teoría de las fuerzas nucleares.

En ciencia no hay certezas absolutas. El conocimiento científico es conjetural, hipotético. En consecuencia, en ciencia no hay autoridades.

Aquello que podríamos llamar la «antigua» ética profesional se basa en una búsqueda de la verdad absoluta y en los ideales de la racionalidad y la responsabilidad intelectual. Pero la antigua ética se basaba en la creencia de que el conocimiento científico se desarrolla de manera normal por acumulación y que puede adquirirse, acumularse en la mente de una persona. Estas ideas creaban un entorno favorable para la aparición de autoridades. Y ser una autoridad se convirtió en el ideal del profesionalismo antiguo.

Estas ideas tienen consecuencias terribles. La autoridad tiende a ser importante por derecho propio. De una autoridad no se espera que cometa errores; si los comete, se tiende a encubrir esos errores a fin de defender y resguardar la idea de autoridad. De este modo, la ética antigua conduce a la deshonestidad o a la falta de probidad intelectual. Nos conduce a ocultar nuestros errores, y las consecuencias de esta tendencia pueden ser peores incluso que las de los errores que se encubren. Influye en nuestro sistema educativo, que alimenta la acumulación de conocimiento y su regurgitación en los exámenes. A los estudiantes se les penaliza por los errores que cometen, y así ocultan su ignorancia en lugar de ponerla de manifiesto; esto hace que les resulte difícil —a ellos y a sus profesores— corregir sus diferencias.

Esta situación es la que nos lleva a proponer una «nueva» ética profesional. Nuestras propuestas son susceptibles de ser debatidas, y pueden resumirse en diez tesis.

1. Nuestro actual conocimiento conjetural supera de lejos lo que cualquiera puede saber, aun en el campo de su propia especialidad. Cambia con rapidez y de manera radical y, en general, no lo hace por acumulación sino a través de la rectificación de las doctrinas e ideas erróneas. Por lo tanto, no puede haber autoridades. Por supuesto, habrá científicos mejores o peores. La mayoría de las veces, cuanto mejor es un científico, más consciente será de sus limitaciones.
2. Todos somos falibles, y es imposible para cualquiera evitar todos los errores, aun los evitables. La antigua idea de que debemos evitarlos debe ser revisada. Es errónea y ha conducido a la hipocresía.
3. No obstante, sigue siendo nuestro cometido evitar los errores. Pero para cumplirlo es preciso que reconozcamos la dificultad. Se trata de una tarea de la que nadie logra salir completamente indemne, ni siquiera el científico de gran creatividad que se guía por la intuición, que bastante a menudo le desorienta y confunde.
4. Los errores pueden acechar incluso en nuestras teorías mejor contrastadas. Del profesional es la responsabilidad de buscar esos errores. Y en esta tarea puede ayudarse en amplia medida de la proposición de nuevas teorías alternativas. Así deberíamos ser tolerantes con las ideas que difieren de las teorías dominantes en el momento presente y no esperar hasta que estas teorías se hallen en dificultades. El descubrimiento de que una teoría contrastada y corroborada, o que un procedimiento comúnmente utilizado, son erróneos, puede ser sumamente importante.

5. A la vista de todas estas razones, nuestra actitud hacia los errores puede cambiar. Aquí la reforma ética sólo acaba de empezar, pues la antigua actitud conduce al ocultamiento de nuestros errores y a olvidarlos tan pronto como sea posible.
6. Nuestro nuevo principio debe ser aprender de nuestros errores de modo que los evitemos en el futuro; esto debería tener prioridad incluso sobre la adquisición de nueva información. Ocultar los errores debe considerarse un pecado mortal. Algunos errores salen inevitablemente a la luz: por ejemplo, cuando se interviene quirúrgicamente al paciente equivocado o cuando se extirpa un miembro sano. Si bien la lesión puede ser irreversible, el hecho de que este tipo de errores queden al descubierto puede conducir a la adopción de prácticas destinadas a evitar que se cometan. Otros errores, algunos de los cuales pueden ser igualmente lamentables, no salen tan fácilmente a la luz. Evidentemente puede que quienes los cometen no quieran que salgan a la luz, pero resulta igual de evidente que no deberían ser ocultados puesto que, tras su discusión y análisis, un cambio en la práctica puede evitar su repetición.
7. En consecuencia, nuestra tarea es buscar nuestros errores e investigarlos a fondo. Debemos acostumbrarnos a ser autocríticos.
8. Debemos conocer que la autocrítica es mejor, pero que la crítica ejercida por otros es necesaria y en especial provechosa si enfoca los problemas desde unos conocimientos y un contexto diferentes. Debemos, por lo tanto, aprender a aceptar con elegancia y aun con gratitud la crítica de quienes llaman nuestra atención sobre los errores que cometemos.
9. Si somos nosotros quienes llamamos la atención de los otros sobre sus errores, deberíamos tener siempre presentes los errores similares que hemos cometido. Deberíamos recordar que errar es humano y que hasta los científicos más grandes cometieron errores.
10. La crítica racional debería dirigirse a errores definidos y claramente identificados. Debería contener razones y expresarse de una forma que permita su refutación. Debería poner en claro qué supuestos se ponen en tela de juicio y por qué. En ningún caso debe contener insinuaciones, meras aseveraciones o sólo evaluaciones negativas. Debe inspirarse en el objetivo de acercarnos más a la verdad y, por esta misma razón, debe ser impersonal.

Presentamos estas diez tesis para que sean debatidas y mejoradas, con la esperanza de mostrar a través de ellas que aun en el ámbito de la ética cabe hacer propuestas que puedan ser racionalmente debatidas y mejoradas.

2. Consecuencias de nuestra nueva ética profesional para la Medicina

Los pacientes confían en beneficiarse de la atención médica. Consultan a un médico por su talento y dan por hecho que tomará todas las medidas razonables para asegurar un resultado favorable.

¿Hasta qué punto están justificadas las expectativas de los pacientes? Los médicos cometen errores frecuentes⁵. Algunos errores son inocentes e inevitables, otros voluntarios o temerarios. Sea cual sea el carácter del error, es responsabilidad evidentemente de los médicos tratar de reducir la posibilidad de cometerlo. Pero, si bien los médicos pueden reconocer en principio esta responsabilidad, hay muy pocas pruebas empíricas de que dediquen mucho tiempo a analizar sus errores tanto en la práctica clínica como, incluso, durante un proceso de formación. Para hacerlo se precisan historiales adecuados de los casos, notas que permitan identificar las causas y las consecuencias de los errores. Pero, como Gorowitz y MacIntyre escribieron:

«No es frecuente en la práctica clínica mantener registros completos y sistemáticos de los errores médicos y quirúrgicos [...]. Pero, en ausencia de registros detallados de diagnósticos y pronósticos erróneos, de efectos colaterales imprevistos, de fallos de efecto en el tratamiento y similares, no podemos proporcionar la base empírica necesaria para una teoría adecuada de las limitaciones de las capacidades predictivas de los médicos»⁶.

Es verdad que pocos historiales clínicos permiten evaluar la relación entre la atención médica y su resultado. Los historiales son a menudo ilegibles; su orden puede ser confuso, y con frecuencia hay inexactitudes y omisiones. No sólo ocultan el análisis del error, sino que en realidad pueden inducir a error, dado que la información vital para la asistencia del paciente a menudo se pierde en el caos. De la escasa calidad de las anotaciones de los médicos se podría inferir una falta de interés en dejar constancia de la atención médica y la evaluación de la asistencia. Es preciso mejorar los historiales si queremos utilizarlos para analizar los casos individuales. Mientras no se disponga de historiales buenos, la inspección y el análisis crítico y constante de la calidad de los cuidados médicos es prácticamente imposible.

3. La evolución de la auditoría médica

Thomas Percival en su *Medical Ethics*⁴, Florence Nightingale en sus *Notes on Hospitals*⁷ y Edwin Wiley Groves en un artículo publicado, en 1908, en el *British Medical Journal*⁸ defendieron la compilación formal de historiales y estadísticas de los casos hospitalarios. Todos ellos argumentaron que contribuirían a la mejora sistemática del tratamiento hospitalario. Pero sus peticiones cayeron en saco roto.

En 1910, Flexner publicó una crítica mordaz contra la pauta seguida por las facultades de Medicina y los hospitales americanos⁹, que condujo a una serie de cambios drásticos en las facultades de Medicina americanas y fue un estímulo para que el Clinical Congress of North America anunciara sus planes de reforma de la atención hospitalaria y la práctica quirúrgica. El Congreso estaba influido por (Ernest Amory) Codman, que por entonces había dimitido del Massachusetts General Hospital debido a su descontento

con la asistencia quirúrgica allí¹⁰. Por ello fundó su propio hospital y publicó una serie de resúmenes de todos los casos que fueron admitidos entre 1912 y 1916, al tiempo que analizó los resultados desfavorables. También defendió la evaluación crítica de la atención dispensada a los casos individuales argumentando que con ello se contribuiría a descubrir las deficiencias y a mejorar la calidad general de la atención médica.

Los criterios y puntos de vista de Codman eran avanzados para su época¹¹. Su ahínco alarmó a algunos médicos y ningún hospital aceptó el desafío de analizar y comparar casos según las propuestas que él había hecho. El American College of Surgeons, sin embargo, hizo suyo los trabajos de Codman y sus colaboradores e introdujo un «programa de estandarización hospitalaria». Pero este programa se limitaba a cinco aspectos: la organización del personal médico; las calificaciones de los miembros de la plantilla médica; las reglas y las políticas que rigen el trabajo profesional en el hospital; los historiales médicos de casos, y el diagnóstico y las instalaciones terapéuticas. Los resultados que se obtuvieron fueron provechosos. Sin embargo, este programa pasaba por alto el análisis del resultado y la identificación de errores evitables, los dos puntos que más habían preocupado a Codman.

Durante las décadas de 1920 y 1930 hubo diversos intentos esporádicos aunque infructuosos de fomentar la inspección de la atención al paciente. Después de la Segunda Guerra Mundial el interés se reavivó y los estudios quirúrgicos proporcionaron el impulso¹². Estos estudios demostraron una amplia variación en el funcionamiento de los diferentes hospitales y en el rendimiento individual de los cirujanos en un mismo hospital. Pero, lo que era aún más importante, se halló que, una vez que se expusieron los hallazgos a los cirujanos, el número de intervenciones «injustificadas» disminuyó drásticamente. Posteriores estudios de problemas médicos, como la diabetes y la neumonía, demostraron variaciones similares en la actuación de los facultativos¹³. Desde entonces se han hecho públicos muchos estudios parecidos¹⁴, y en la mayoría de los casos había pruebas que indicaban deficiencias corregibles en la atención médica.

Sólo unos pocos de estos estudios trataban de evaluar si la actuación mejoraba como resultado del estudio. Así, se puso en tela de juicio si la inspección tenía consecuencias prácticas. Se argumentó que el esfuerzo de identificar las deficiencias sería en balde si no pudieran ser corregidas. Cuando se realizó este tipo de evaluación, no obstante, hubo en general pruebas de que el funcionamiento mejoraba¹⁵. Casi todos estos estudios hacían hincapié en la importancia de la evaluación crítica, en el retorno de la información. No cabe duda del valor que el «retorno de la información» (feedback) tiene en la modificación de la conducta. Se trata de un proceso biológico fundamental: es la base de todo aprendizaje, del «sacar provecho de la experiencia», del «aprender de los errores».

4. Actitudes ante la inspección y la revisión crítica por parte de expertos

Lamentable pero comprensiblemente, muchos médicos son contrarios a la inspec-

ción. Les incomoda la idea de que se revise su trabajo. Tal como sir Douglas Black lo enunció:

«Existen fuertes presiones parlamentarias y de la opinión pública para someter la práctica médica a examen detenido, ya sea a través del defensor del paciente o de algún otro modo. Algunos miembros de la profesión sostienen que es preciso oponerse a todas las presiones de este género, sin entrar en discusiones ni en acuerdos, y que no deberíamos tener nada que ver con la inspección médica, el control de calidad o cualquier otra cosa»¹⁶.

Hay muchas razones por las que a los médicos, a título individual y como profesión médica, les molesta la idea de una inspección y de una revisión crítica por parte de expertos. A los trabajadores de casi todos los campos les molesta que se les insinúe que debería comprobarse la calidad de su trabajo. En general se acepta la supervisión y a menudo es agradecida por quienes se hallan en proceso de formación. Pero los especialistas y los jefes de servicio en la práctica general claramente han determinado su aprendizaje formal. Se da por seguro que son capaces de supervisar el trabajo del personal más joven del hospital o de aquellos que aún están aprendiendo. Los médicos consolidados siempre han gozado de una autonomía profesional completa, y sugerirles que su trabajo debe comprobarse parece implicar que su trabajo no es del todo satisfactorio y que su desempeño precisa mejorar. Si el problema se enfoca de este modo, no es de extrañar que la idea les resulte molesta. El propósito de la revisión crítica por expertos, sin embargo, consiste en mejorar el rendimiento, aunque el trabajo ya sea de alta calidad. Los mejores jugadores de golf y los mejores pianistas recaban la opinión de otras personas a fin de mantener sus niveles de calidad altos, y los mejores científicos se sienten agradecidos por la crítica que les hacen sus colegas. Se podría sospechar que la disposición a aceptar la crítica aumenta con la calidad del trabajador y con la confianza que tenga en sí mismo.

La reticencia de la gente a que se evalúe su obra se halla estrechamente vinculada con su reticencia a comentar o quejarse del comportamiento de otros. La mayoría «vive y deja vivir». Esta actitud, lo reconocemos, no es sólo comprensible, resulta inestimable. La vida social en su conjunto depende de ella. ¿Quién debería lanzar la primera piedra? ¿Quién puede distinguir incluso entre un error honesto y una negligencia culpable? Esta es la razón por la que creemos que los esfuerzos para mejorar el ejercicio de la profesión han de proceder del deseo de mejora de uno mismo. Un deseo que se basa en una intuición esencialmente ética. La inspección no ha de formar parte forzosamente de un instrumento disciplinario, sino que debe ser una herramienta de aprendizaje a través del retorno de la información.

Lejos de esperar la crítica por parte de colegas cuando las cosas empeoran, los médicos se repliegan sobre sí mismos para restablecer la certeza y recabar apoyo. Tal como Friedson ha señalado, la reacción habitual a las consecuencias adversas consiste en sentirse libre de reproche¹⁷; cuando uno ha hecho todo cuanto pudo no es responsable

de los resultados adversos. Incluso cuando el error se admite debe ser de algún modo excusado. «[...] A menudo se verbaliza a fin de recabar el consuelo de amables colegas. Al reconocer el error ante los amigos, que no se criticarán a sí mismos, uno logra los efectos catárticos de la confesión, al tiempo que evita el precio de la penitencia.» La autocrítica es de este modo aceptable; no lo es, en cambio, la crítica por parte de otros y quienes la ofrecen pueden ser considerados unos molestos entrometidos.

5. El carácter fundamental de la relación médico-paciente

Otros dos factores peculiares de la Medicina, y ambos de una suma importancia, afectan a las actitudes de los médicos respecto a la revisión crítica por expertos. El primero estriba en el carácter de su trabajo; el segundo es la naturaleza de la relación entre médico y paciente.

Cuando un paciente pide ayuda, el médico desea responder. Puede actuar pensando en su propio bien, en el efecto placebo, partiendo de la suposición de que hacer algo es mejor que no hacer nada. Cada médico asume una responsabilidad personal por el modo en que llega a sus pacientes y lo hace así basándose en su propia experiencia clínica. Sin embargo, mucho de todo esto, inevitablemente, resulta anecdótico, una mitología basada en sus propios casos individuales y en rumores. En contadas ocasiones los médicos observan de primera mano el trabajo de sus colegas. Suelen basarse en su propia manera de ver las cosas y en su propia capacidad, de modo que su trabajo tiende a ser validado y confirmado por ellos mismos¹⁸. Resulta difícil considerarlo críticamente, porque un médico tiene que creer en lo que está haciendo para seguir adelante con el ejercicio de su profesión. Estos factores alientan una responsabilidad que es más personal que colectiva. Exageran la aceptabilidad de opiniones que varían de una persona a otra, y plantean una resistencia bienintencionada a la revisión de la manera en que practican la Medicina, aunque otros la desapruében. Alientan lo que podría llamarse el «relativismo» en la práctica clínica (véase más abajo).

En cuanto al segundo factor, muchos médicos creen que la inspección y la revisión crítica por expertos traicionarían la relación que existe entre médico y paciente. Esta relación se fundamenta en el talento del médico, pero también en los temores de su paciente. Y esta autoridad podría desmoronarse si los pacientes oyeran hablar de errores.

La crítica hecha por pacientes es relativamente inusual. No sólo los pacientes son rara vez conscientes de los hechos importantes, sino que tienden a confiar en su médico. Quieren mantener su buena actitud y pueden tener miedo a que una discusión agrie cualquier relación posterior con él y con otros médicos. Puede que los pacientes no sepan cómo conseguir un mejor médico. Los médicos también temen las discusiones, sobre todo aquellas que podrían terminar en pleitos, y nada tiene de extraño que un médico trate de ocultar su error, o que los médicos cierren filas alrededor de un compañero de profesión cuando se producen errores.

Si bien cabría esperar de los médicos que se vieran menos afectados por la crítica

cuando ésta se realiza dentro de un pequeño grupo profesional, lo cierto es que esta crítica es mirada también con desagrado. Algunos médicos sostienen correctamente que la fe que los pacientes tienen en sus médicos reviste una importancia terapéutica y creen que se vería dañada si los pacientes fueran conscientes de que los errores son relativamente frecuentes. A los pacientes, por su parte, la revisión crítica por expertos podría llevarlos a concluir que el talento de los médicos es limitado y, por lo tanto, la gran fe que depositan en ellos no estaría justificada. El público podría adoptar una actitud más «realista» hacia los médicos y, si bien esto puede que fuera deseable desde muchos puntos de vista, reduciría, no obstante, el valor terapéutico de la relación médico-paciente. Además, el hecho de que se pudieran hacer evidentes, aunque sea en privado, defectos en la atención médica a pacientes individuales, debe ser motivo de preocupación para los médicos porque esta información podría ser accesible si, más adelante, surgiera algún contencioso.

Todos estos argumentos merecen consideración. La revisión crítica por expertos debería rechazarse en el caso de que amenace la relación médico-paciente sin ofrecer beneficios sustanciales. Sin embargo, creemos que los pacientes recibirían de buen grado los esfuerzos hechos para mejorar la actuación clínica; y, en cambio, no les faltarían motivos para el resentimiento si supieran que los médicos se oponían a la oportunidad de mejorar su trabajo. Y la relación médico-paciente seguramente debería depender más de la confianza mutua que de la mística. Podría incluso mejorar si los pacientes supieran que los médicos cooperan en una actitud de crítica mutua.

Parece intuitivamente obvio que la Medicina debería ser una práctica abierta y responsable, y hay amplia constancia¹⁹ de aquellas «fuertes presiones de la opinión pública y parlamentarias para someter la práctica médica a un detenido examen» de las que hablaba sir Douglas Black²⁰. Por muchas razones, creemos que tanto la profesión médica como el público ganarían si este examen fuera iniciado por los propios médicos y no en respuesta a presiones externas. El proceso requiere de la plena cooperación de la profesión médica y se malograría si pudiera entenderse como un marco de confrontación. Diversos tipos de inspección pueden ser útiles; se requieren experimentos y experiencia para decidir qué métodos serán los mejores en situaciones concretas.

6. Relativismo frente a un espíritu abierto

En la práctica clínica son muchas las cuestiones aún confusas, y a menudo hay épocas en las que no se encuentra una solución clara para un problema médico. Esto refuerza un enfoque relativista, la manera de ver las cosas según la que la verdad es algo relativo, no hay criterios objetivos, los criterios varían de un individuo a otro o según los grupos. Como se ha señalado antes, la independencia profesional del médico fomenta también el relativismo. El médico cree en su propio *modus operandi* y hace hincapié en una responsabilidad que es más personal que colectiva. Pero para muchos problemas puede que se haya establecido ya un mejor modo de proceder,

o bien a partir de la experiencia acumulada de los colegas, o bien como resultado de ensayos clínicos sujetos a un escrupuloso control. Cuando es así, el relativismo resulta difícilmente sostenible.

Responder y rechazar el relativismo en Medicina (y en otros ámbitos) es una cuestión de importancia. Todos somos falibles, y por tanto deberíamos dudar de aquello que nos parece cierto y deberíamos poner en tela de juicio incluso aquellos principios morales y éticos que más apreciamos. Pero al ponerlos en tela de juicio, deberíamos buscar algo mejor. La verdad puede ser difícil de alcanzar, pero debemos admitir que si aceptamos nuestros errores podemos, con esfuerzo, acercarnos más a la verdad, y puede que estemos en condiciones de evitar esos errores en un futuro. Al igual que todo conocimiento y todas las habilidades, los que el médico tiene mejoran si se identifican los errores y si esta información se facilita y circula. Por lo tanto, nunca tenemos que cejar en nuestra búsqueda crítica de la verdad. Debemos mantener un espíritu abierto, y siempre debemos tratar de aprender de aquéllos que sostienen una opinión diferente. Por esta razón es preciso que rechacemos el relativismo. Es bueno decir: «Puede que usted lleve razón y que yo me equivoque»; si ambas partes dicen esto, será prueba de que se profesan mutua tolerancia. Pero para evitar el relativismo debemos decir algo más. Debemos añadir «Pero puede que los dos estemos equivocados. Hablando racionalmente de las cosas, es posible que podamos enmendar algunos de nuestros errores; quizá de este modo los dos nos acercaremos más a la verdad o actuaremos de una manera mejor».

7. Licencia para conceder licencias

Hemos expuesto algunas explicaciones de la oposición de muchos médicos a la crítica y a que su trabajo sea examinado. Creemos que siguen estrechamente vinculados a la antigua ética profesional de la que anteriormente hablamos y al antiguo ideal de una autoridad que conoce su propia especialidad y no comete errores. La pertinencia de estos argumentos en el caso de la Medicina parece evidente. Todos los médicos derivan su «autoridad» de su talento, de su habilidad y conocimientos. Así lo atestan su titulación universitaria y su posterior registro colegial. Asimismo, en la profesión médica existe una jerarquía de «autoridad» basada en la ulterior adquisición de conocimientos y de habilidades técnicas especiales. La autoridad se opone de hecho a todo cuestionamiento y, a todas luces, si la situación de los médicos a título individual no está a la altura de las expectativas, sufren cierta vergüenza y una pérdida de autoestima. Ésta es la razón importante de que se encubran los errores y que sólo unos pocos médicos parezcan aceptar la posibilidad de ser descubiertos.

Se concedió a la profesión médica un monopolio efectivo sobre el derecho a ejercer la Medicina bajo la condición de que se hiciera responsable de la competencia de sus miembros:

«La responsabilidad personal no puede restringirse por tanto a la cuestión de la com-

petencia profesional de uno mismo. Incluye también la cuestión de la competencia del gremio. El derecho a emitir la opinión sobre los colegas lleva consigo el deber de juzgar: de otro modo los médicos se benefician de un monopolio que ha sido establecido por el Estado sin hacer que se cumplan aquellos criterios cuya sola necesidad justificaba el monopolio. La licencia para ejercer [la Medicina] lleva consigo el deber de ejercerla bien, la licencia para dar licencia lleva consigo el deber de juzgar y supervisar bien»²¹.

Esta responsabilidad ha sido desatendida. Friedson²², May²³ y Kennedy²⁴ se muestran muy críticos con la incapacidad de los médicos para regular y mejorar los estándares profesionales, y al lego cínico se le podría perdonar que vea en la tolerancia de los médicos hacia sus colegas de profesión más bien una manifestación del propio interés del colectivo profesional.

La formación actual de los médicos, tanto en el nivel de los estudios de la licenciatura como en los de posgrado, hace muy poco hincapié en los aspectos éticos de la Medicina. Muchos médicos igualan el término «ética médica» con el conjunto de buenas maneras de la etiqueta médica. Esta inquietud por las relaciones interprofesionales preocupa a muchos observadores no expertos.

Debates públicos recientes sobre la muerte cerebral, la eutanasia y el tratamiento de niños con malformaciones han demostrado claramente un descontento ampliamente generalizado con la manera en que se enseña a los médicos a aceptar responsabilidades morales. Puede que algunos problemas éticos sean preocupación exclusiva de especialistas, pero el problema de mejorar la atención al paciente es un asunto que compete a todos los médicos. Los problemas éticos que intervienen en la práctica médica merecen en general una atención por lo menos igual que los problemas en cierto modo especializados, como el aborto o la eutanasia.

8. Una nueva escala de valores

La tolerancia resulta esencial a la hora de supervisar la atención médica, y en la búsqueda de errores no se debería incurrir en denigrar a los otros ni en ninguna condena asociada con el proceso de revisión crítica por expertos. Estaría moralmente mal, y disuadiría a los médicos de tomar parte activa en el proceso. La meta tiene que ser educativa y práctica: debe estar ligada a la mejora de todos los médicos y no al castigo de aquéllos que se equivocan. Sólo con esta actitud ética podemos establecer un nuevo tipo de confianza: aquella crítica mutua que no es personal ni peyorativa, sino que surge del respeto mutuo y de un deseo de mejorar la suerte de los pacientes.

Si se acepta esta manera de ver las cosas, ciertas consecuencias se siguen de manera natural. Cobra importancia entonces no sólo reconocer los errores sino buscarlos, a fin de corregirlos tan pronto como sea posible. No sólo aprenderíamos de nuestros errores, sino que otros aprenderían también de ellos. Cuando los errores se deban a la

falta de aptitudes, confiaremos en tratar de mejorar nuestros talentos; y cuando, como a veces sucede en la Medicina, nuestros errores se deban a nuestra falta de atención o a no haber hecho lo que sabíamos hacer, entonces buscaremos maneras de mejorar nuestra conducta.

Nuestras ideas no son tan revolucionarias como parecen. Una tradición similar a la que la profesión médica debería emular pervive aún entre los grandes artistas y científicos, así como entre los músicos. Hacia 1513, Durero escribió:

«Dejaré, sin embargo, que lo poco que he aprendido vea la luz del día para que alguien mejor pueda tantear la verdad y en su obra pueda probar y censurar mi error. En esto me alegraré de ser yo sólo medio a través del que esta verdad se ha revelado»²⁵.

Este espíritu sigue aún vivo y necesita estímulo, no sólo en los artistas y científicos, sino también en los médicos y en otras profesiones y condiciones sociales.



]

Notas bibliográficas

- 1 Popper KR. Conjeturas y refutaciones. Barcelona: Paidós, 2008, pág. 458 (originalmente publicado en *Conjectures and Refutations*. Londres: Routledge, 1963, pág. 384).
- 2 Gorowitz S, MacIntyre A. Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philos* 1976;1:51-71.
- 3 Newman C. The evolution of medical education in the nineteenth century. London: Oxford University Press, 1957.
- 4 Percival T. Medical ethics. 3ª ed. Oxford: John Henry Parker, 1849.
- 5 Williamson JW. Improving medical practice and health care. Cambridge (MA): Ballinger, 1977.
- 6 Gorowitz S, MacIntyre A. Toward a theory of medical fallibility. *J Med Philos* 1976;1:63.
- 7 Nightingale F. Notes on hospitals. 3rd ed. London: Longman, 1863.
- 8 Groves EW. Surgical statistics: a plea for uniform registration of operation results. *Br Med J* 1908;ii: 1008-9.
- 9 Flexner A. Medical education in United States and Canada. New York: Carnegie Foundation, 1910.
- 10 Codman EA. A study in hospital efficiency: the first five years. Boston: Thomas Todd Co, 1916. (En la actualidad véase E. A. Codman. A study in hospital efficiency: the first five years, con introducción de Duncan Neulhauser. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 1996).
- 11 Lembcke PA. Medical auditing by scientific methods: female pelvic surgery. *JAMA* 1967;199(8):534-550.
- 12 Véase: Williamson JW. Improving medical practice and health care, *op. cit.*; Lembcke PA. Medical auditing by scientific methods: Illustrated by Mayor Female Pelvic Surgery, female pelvic surgery. *JAMA* 1956;162:646-655; Eisele CW, Slee VN, Hoffman RG. Can the practice of internal medicine be evaluated? *Ann Intern Med* 1956;44:144-161.
- 13 Eisele CW, Slee VN, Hoffman RG. Can the practice of internal medicine be evaluated?, *op. cit.*
- 14 Véase Williamson JW. Improving Medical Practice and Health Care?, *op. cit.*; y Dyck FJ, Murphy FA, Murphy JK, Road DA, Boyd MS y Osborne E. Effect of Surveillance on the Number of Hysterectomies in the Province of Saskatchewan. *New Engl J Med*, 1977;296:1326-1328. [Veáanse asimismo: Brook

- RH, Williams KN, Avery AD. Quality assurance today and tomorrow: forecast for the future. *Ann Intern Med* 1976;85:809-817, artículo citado en la edición original del artículo (N. del T.)]
- 15 Véase: Lembcke PA. Medical auditing by scientific methods: Illustrated by Mayor Female Pelvic Surgery, *op. cit.*; Eisele CW, Slee VN, Hoffman RG. Can the practice of internal medicine be evaluated?, *op. cit.*; Achong MR, Trheal HK, Wood J, Goldberg R, Thompson DA. Changes in hospital antibiotic therapy after a quality of use study. *Lancet* 1979; ii :1118-1122. Dyck FJ, Murphy FA, Murphy JK, Road DA, Boyd MS y Osborne E. Effect of Surveillance on the Number of Hysterectomies..., *op. cit.*; Godber G. The confidential enquiry into maternal deaths. A limited study of clinical results. In: McLachlan G, ed. A question of quality? Roads to assurance in medical care. London: Oxford University Press, 1976:23-33; McColl I. Observations on the quality of surgical care, en: McLachlan G, ed. A question of quality? Roads to assurance in medical care. London: Oxford University Press, 1976:49-61; de Dombal FT. Computers and the surgeon-a matter of decision. *Surg Annu* 1979;11:33-37; Brook RH, Williams KN. Effect of medical care review on the use of injections. *Ann Intern Med* 1966;85:509-15; Lohr KN, Brook RH. Quality of care in episodes of respiratory illness among medicaid patients in New Mexico. *Ann Intern Med* 1980;92: 99-106; Kincaid WH. Quality assurance in health care: are the PSROs working in the US. (Prepapers for 8th International Congress on Health Records. Edición a cargo de J. J. Velthoven.) La Haya (Países Bajos): Congress Centre, 1980, pp. 183-189; Aylett M. Bookings at a general practitioner obstetric unit; an exercise in peer review. *Br Med J* 1977;ii:28-29; Verby JĒ, Holden P, Davies RH. Peer review of consultations in primary care: the use of individual recordings. *Br Med J* 1979;i:1686-1688.
 - 16 Black D. Apples of discord. *J R Soc Med* 1981;74:92-100.
 - 17 Friedson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead & Co, 1975.
 - 18 May WF. Code and covenant or philanthropy and contract? In: Reiser SJ, Dyck AJ, Curran WJ, eds. Ethics in medicine: historical perspectives and contemporary concerns. Cambridge Mass: MIT Press, 1977:65-76.
 - 19 Véase: Friedson E. Profession of medicine, *op. cit.*
 - 20 Véase: Black D. Apples of discord, *op. cit.*
 - 21 Véase: May. Code and covenant or philanthropy and contract?, en: Reiser SJ, Dyck AJ, Curran W, eds. Ethics in Medicine, *op. cit.*, p. 67.
 - 22 Friedson E. Profession of medicine, *op. cit.*
 - 23 May. Code and covenant or philanthropy and contract?, *op. cit.*
 - 24 Kennedy I. Consumerism in the doctor-patient relationship. (The Reith Lectures.) *The Listener* 1980 Dec 11:777-780. Véase asimismo su libro *The Unmaking Medicine* (Londres: Allen and Unwin, 1981).
 - 25 Durer A. Durer's Schriftlicher Nachlass. Lange K, Fuhse F, eds. Haller as der Salle: Max Niemeyer, 1893.