

L'actitud crítica en medicina: la necessitat d'una nova ètica

Neil McIntyre, Karl Popper (1902-1994)

Traducció de Joan V. Pons i Gaietà Permanyer-Miralda de l'article: McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. Br Med J (Clin Res Ed). 1983;287:1919-23, doi: 10.1136/bmj.287.6409.1919

“Aquestes normes de veritat objectiva i crítica poden ensenyar-li (a la persona individual) a provar de nou i a pensar un altre cop; a desafiar les seves pròpies conclusions i a utilitzar la seva imaginació en l'intent de trobar si les seves conclusions són defectuoses i en quin punt ho són. Poden ensenyar-li a aplicar el mètode de prova i error en cada camp, especialment en el científic; i aleshores poden ensenyar-li com aprendre de les pròpies errades i com cercar-les. Aquestes normes poden ajudar-lo a descobrir el poc que coneixem i el molt que hi ha que desconeixem. Poden ajudar-lo a créixer en coneixement i adonar-se d'aquest creixement. Poden ajudar-lo a tenir consciència del fet que el seu creixement es deu al criticisme d'altres i que la sensatesa ens posa en bona disposició a escoltar les crítiques”.

Karl Popper, 1978

Les equivocacions estan presents en la medicina com en altres activitats socials. Les seves conseqüències poden ser trivials, però sovint són greus, podent ser catastròfiques. Alguns errors són inevitables; altres s'haguessin pogut evitar i altres, fins i tot, són culpables. Per corregir els errors s'han de prendre mesures, però, en moltes situacions, les equivocacions són irrevocables; l'únic benefici està en la prevenció d'errors similars en el futur. Dels metges s'espera que treguin profit de les seves experiències i, des dels primers dies com estudiants de medicina, són exhortats a aprendre dels seus propis errors. Aprendre, però, només dels propis errors d'un mateix seria un procés massa lent i dolorós, innecessàriament costós per als malalts. Les experiències s'han d'agrupar de tal manera que els metges puguin també aprendre dels errors dels altres. Això requereix una disposició a admetre que hom s'ha equivocat i a discutir els factors que poden haver estat responsables. Exigeix una actitud crítica cap el propi treball que hom fa i cap el que fan els altres.

Lamentablement, és poc freqüent entre els estudiants de medicina i els metges trobar aquesta franque-

sa al seu voltant. Gorowitz i McIntyre van escriure: “Cap mena de fal·libilitat és més important o menys entesa que la fal·libilitat en la pràctica mèdica. La propensió del metge cap a una errada que provoqui perjudicis és àmpliament negada, potser perquè és intensament temuda... metges i cirurgians sovint reculen davant la identificació d'un error en la pràctica clínica; molt menys el registren, presumiblement perquè ells mateixos sostenen... que l'error prové de la ignorància o ineptitud d'un mateix o dels col·legues”. Però les equivocacions s'han de registrar i analitzar si volem conèixer la raó per la qual s'han donat i com es podrien haver previngut.

Ja que les errades no haurien de repetir-se, és important que unes determinades actituds, profundament arrelades en la professió, se superin. Sovint les actituds professionals estan determinades per l'ètica professional, pels principis que determinen si les idees i les accions són considerades bones o dolentes. També estan influenciades pels costums professionals, les regles de conducta cap als col·legues i, més important encara, cap als malalts.

Una professió qualificada es basa en el coneixement i l'habilitat. No ha de sorprendre que l'ètica d'una professió estigui fortament influïda per la visió dels seus membres sobre la natura del seu coneixement i pels mètodes pels quals s'adquireix, ambdues de manera col·lectiva i personal. Aquests factors van dominar els llargs debats i discussions que varen precedir la regulació de la professió mèdica al segle XIX i que van donar lloc a l'obligació dels metges de registrar-se. L'ètica professional encara reflecteix les idees d'aquells temps.

Les revolucions científiques del segle XX tenen, tanmateix, implicacions importants per a totes les professions. Idees llargament establertes sobre el creixement del coneixement i la naturalesa de la ciència han estat qüestionades. La base de l'ètica professional s'ha posat en dubte. Nosaltres pensem que l'ètica professional tradicional, sustentada en visions antigues del creixement del coneixement, tendeix a destorbar el progrés i l'exercici professional. A continuació aportem suggeriments per a una nova ètica professional amb l'esperança que es discutiran i que aquesta discussió influirà en l'actitud i la conducta professionals.

Creixement del coneixement: acumulació o correcció?

La vella visió sobre el creixement del coneixement, en especial del coneixement científic, encara es manté àmpliament. D'acord amb aquesta visió, el coneixement creix per acumulació: descobrim i recollim més i més fets. Aquesta visió no és, òbviament, completament errònia. El coneixement creix, aquí i allà, per acumulació. Tanmateix i encara més sovint, el coneixement creix pel reconeixement de l'error, l'enderrocament d'antics coneixements i teories errònies. Fins i tot, el descobriment d'una nova espècie pot suposar la correcció d'una hipòtesi prèvia. Allò que pot ser considerat com un virus pot acabar essent virus diferents (i viceversa).

La hipòtesi errònia es pot entendre com l'absència d'una relació causal: l'obstrucció catarral del conducte biliar es pensava que era la causa de la icterícia epidèmica (ara se sap que és deguda a l'hepatitis viral); observacions errònies poden donar lloc a mites anatòmics com aquell de la comunicació directa entre el ventricle dret i l'esquerre del cor. Pot ser que una teoria fonamental, però errònia, es pugui proposar com ara el cas de la teoria de la pangènesi de Darwin. Pensem que les revisions d'hipòtesis com aquestes, les quals poden ser més o menys revolucionàries, són més importants i característiques que la troballa d'un nou fet.

Sembla clar que qualsevol persona considerada una autoritat científica pot cometre errors, fins i tot de fonamentals. Qualsevol doctrina científica acceptada, inclosa aquella tinguda com a particularment sòlida i ben establerta, pot tenir els seus defectes. Pràcticament totes les mesures en la química van haver de ser revisades quan Urey va descobrir l'aigua pesada el 1931.

Els grans homes de la ciència són investigadors originals que fan descobriments que revolucionen el seu camp del saber. Però també s'equivoquen. Einstein, possiblement el pensador més original del nostre temps, al·ludia repetidament a una de les seves equivocacions. Remarcava que li va costar més de 12 anys desfer-se del positivisme de Mach. Segons el seu amic Max Born, des del voltant de 1920 fins a la seva mort el 1955, es va adherir a un programa de recerca (la cerca d'una teoria unificada de camp) que va devenir obsoleta amb la teoria de Yukawa de les forces nuclears.

En ciència no hi ha una certesa absoluta. El coneixement científic és conjectural, hipotètic. Conseqüentment no pot haver-hi autoritats.

Allò que podem anomenar la "vella" ètica professional se sustenta en la cerca d'una veritat objectiva i en els ideals de racionalitat i responsabilitat intel·lectual. Però aquesta vella ètica s'ha construït sobre la visió que el coneixement científic pot ser un coneixement amb certesa, que el coneixement creix normalment per acumulació i que pot ser adquirit i emmagatzemat en la ment d'una

persona. Aquestes idees creen un ambient favorable per l'emergència d'autoritats. Convertir-se en una autoritat era un ideal del vell professionalisme.

Aquestes idees, però, tenen terribles conseqüències. L'autoritat tendeix a revestir-se d'importància pel seu propi dret. No s'esperen equivocacions d'una autoritat i si s'equivoca hi ha la tendència a ocultar els errors per mantenir aquesta idea d'expertesa. Per això, la vella ètica porta a la deshonestedat intel·lectual. Ens porta a amagar els nostres errors i la conseqüència d'aquesta tendència pot ser, fins i tot, pitjor que la mateixa errada que es vol ocultar. També influencia el nostre sistema educatiu, el qual encoratja l'acumulació de coneixement i la seva regurgitació en els exàmens. Es castiga els estudiants si s'equivoquen. Aleshores, amaguen la seva ignorància en lloc de fer-la palesa; això sols fa més difícil corregir les deficiències, tant a ells com als seus professors.

És aquesta situació la que ens porta a proposar un "nova" ètica professional. Les nostres propostes, que són opinables, poden ser resumides en les 10 tesis següents:

- 1) El coneixement conjectural present excedeix allò que qualsevol persona pot saber, fins i tot dins la seva especialitat. Canvia ràpidament i radicalment; en general no per acumulació sinó per la correcció de doctrines i idees errònies. Conseqüentment no pot haver-hi autoritats. Pot haver-hi, és clar, millors o pitjors científics. En la major part de casos, un científic és millor quan més conscient és de les seves limitacions.
- 2) Tots som fal·libles i resulta, per a qualsevol persona, impossible evitar tots els errors, fins i tot aquells evitables. La vella idea que hem de defugir-los s'ha de revisar. És errònia i sols condueix a la hipocresia.
- 3) Segueix essent tasca nostra, tanmateix, evitar els errors. Per poder-ho fer hem de reconèixer les dificultats que això implica. Suposa una tasca en què ningú ho aconsegueix completament, ni fins i tot el gran científic creatiu que es deixa portar, sovint enganyosament, per la intuïció.
- 4) En les teories més reconegudes pot amagar-se l'error. És responsabilitat professional la cerca d'aquestes errades i les propostes de teories noves i alternatives poden ser de gran ajut. Per això hem de ser tolerants davant d'idees diferents de les teories actuals dominants, sense esperar que aquestes teories comencin a tenir problemes. El descobriment que una ben provada i corroborada teoria o un procediment comunament utilitzat és erroni pot ser una descoberta molt important.
- 5) Per tot això, la nostra actitud davant els errors ha de canviar. És aquí on ha de començar la reforma ètica, doncs la vella actitud porta a encobrir els errors i a oblidar-los tan aviat com podem.

- 6) El nostre nou principi ha de ser el d'aprendre de les nostres equivocacions de manera que puguem evitar-les en el futur. Això hauria de prendre precedència fins i tot sobre l'adquisició de nova informació. Encobrir errors s'hauria de veure com un pecat mortal. Algunes errades es fan paleses inevitablement com és el cas d'operar el malalt equivocat o amputar l'extremitat sana. Malgrat que les lesions derivades d'aquestes equivocacions siguin irreversibles, posar al descobert aquests errors portarà a l'adopció de procediments per tal de prevenir-los. Altres errades, algunes de les quals poden ser igualment lamentables, no són tan fàcilment manifestes. És obvi que aquells que les han fet no desitgen que es posin de manifest, però també ha de ser obvi que no haurien d'amagar-ho, ja que, després de la seva discussió i anàlisi, la seva repetició es pot prevenir modificant la manera de fer.
- 7) Correspon a la nostra tasca la recerca dels nostres propis errors i investigar-los completament. Hem de formar-nos en ser autocrítics.
- 8) Hem de reconèixer que el millor és l'autocrítica, però que la crítica d'altres també és necessària i especialment valuosa si l'aproximació als problemes parteix d'una altra mena de formació. Aleshores hem d'aprendre a acceptar gustosament, i fins i tot agrair, la crítica d'aquells que ens criden l'atenció sobre les nostres errades.
- 9) Si som nosaltres els que cridem l'atenció dels errors dels altres, no hem d'oblidar les equivocacions semblants que nosaltres fem. Hem de tenir ben present que és propi dels humans equivocar-se i que fins i tot els més grans científics fan errades.
- 10) La crítica racional hauria d'adreçar-se a errors inqüestionables i clarament identificats. Hauria de comportar raons i ser expressada de manera que permetés la seva refutació. Hauria de posar clarament de manifest quines assumpcions són qüestionades i per què ho són. Les insinuacions, conjectures o sols avaluacions negatives no haurien de tenir lloc. L'afany inspirador hauria de ser la màxima aproximació a la veritat i, per aquesta raó, hauria de ser impersonal.

Presentem aquestes deu tesis per a la seva discussió i millora, amb l'esperança que mitjançant elles, fins i tot en el camp de l'ètica, sigui possible fer propostes que puguin ser discutides i millorades de manera racional.

Implicacions de la nova ètica professional per a la medicina

Els malalts esperen treure un benefici de l'atenció sanitària. Precisament consulten el metge per les seves aptituds. Posen en ell la seva confiança per a que exerceixi el seu coneixement i destresa de la millor manera possible, assumint que ells faran tots els passos necessaris per assegurar un resultat favorable.

Fins a quin punt estan justificades aquestes expectatives dels malalts? Les errades mèdiques són comunes.

Alguns errors són innocents i inevitables, altres són culpables. Sigui quin sigui el caràcter de l'equivocació, és òbviament responsabilitat dels metges reduir la probabilitat de la seva ocurrencia. Però mentre els metges poden reconèixer aquest principi de responsabilitat, hi ha ben poques proves que dediquin molt de temps a analitzar els errors, sigui durant la seva pràctica o en el període d'aprenentatge. Per a poder-ho fer cal tenir històries clíniques amb anotacions que permetin identificar les causes i conseqüències. Tal com Gorowitz i McIntyre han escrit: *"No és habitual en la pràctica clínica que es reculli de manera completa i sistemàtica les errades mèdiques o quirúrgiques. Sense un registre detallat d'equivocacions diagnòstiques o pronòstiques, d'efectes adversos imprevisibles, de fracassos terapèutics i d'altres, no podem aportar la base empírica necessària per a qualsevol teoria sobre les limitacions del poder predictiu dels metges"*.

És ben cert que poques històries clíniques permeten l'avaluació de la relació entre l'atenció mèdica i els seus resultats. Sovint, els registres són il·legibles, estan desordenats i, freqüentment, hi ha inexactituds i omissions. No sols fan més difícil l'anàlisi de les errades, sinó que poden provocar-les, ja que una informació que pot ser vital per al malalt està perduda en aquest caos. D'aquesta mala qualitat de les anotacions mèdiques es podria inferir una manca d'interès en el registre i l'avaluació de l'atenció sanitària. Han de millorar les històries clíniques si s'han d'utilitzar per a l'anàlisi de casos individuals. Una auditoria resulta virtualment impossible sense uns bons registres.

Evolució de l'auditoria mèdica

Percival va defensar un recull formal dels registres i estadístiques hospitalàries en el seu llibre *Ètica mèdica (Medical ethics)*, també ho van defensar Florence Nightingale en les seves *Notes sobre hospitals (Notes on hospitals)* i Groves en un article en el *British Medical Journal* el 1908. Tots ells defensaven que això ajudaria a la millora sistemàtica del tractament hospitalari. Les seves demandes, però, no van ser escoltades.

Flexner va publicar el 1910 una àcida crítica a les facultats de medicina i als hospitals d'aquell temps. Va donar lloc a canvis dràstics en les facultats americanes i estimulà al Congrés Clínic Nord-americà a proposar plans per a la reforma de l'assistència hospitalària i la pràctica quirúrgica. El Congrés va estar fortament influït per Codman, que justament havia plegat de l'Hospital General de Massachusetts per la seva insatisfacció amb els estàndards quirúrgics. Codman va muntar el seu propi hospital, publicà resums de tots els casos admesos i, entre 1912 i 1916, analitzà els resultats desfavorables. Advocava per una avaluació crítica de l'atenció rebuda per casos individuals, argumentant que això ajudaria a descobrir deficiències corregibles i a millorar globalment l'atenció sanitària.

Les opinions de Codman eren avançades al seu temps. El seu zel alarmava altres metges i cap hospital va accep-

tar completament el seu repte d'analitzar i comparar casos d'acord amb les seves propostes. El Col·legi Americà de Cirurgians va fer-se amb el treball de Codman i els seus col·legues i va introduir un "programa d'estandardització hospitalària". Es limitava, però, a 5 aspectes: l'organització del *staff* mèdic, les qualificacions per a ser membre d'aquest *staff*, les regles i polítiques que governaven el treball professional a l'hospital, les històries clíniques i les instal·lacions diagnòstiques i terapèutiques. Els seus resultats van ser beneficiosos. Tanmateix, el programa s'oblidava de l'anàlisi dels resultats i de la identificació dels errors evitables, els dos punts que més preocupaven Codman.

Hi hagué, durant la dècada dels anys 20 i 30 (segle XX), intents esporàdics però infructuosos de promoure l'auditoria de l'atenció mèdica als malalts. L'interés revifà després de la Segona Guerra Mundial: diferents estudis quirúrgics ho van promoure. Aquests mostraven una àmplia variabilitat en les actuacions de diferents hospitals i dels cirurgians individuals dins d'un mateix hospital. Però, encara més important, es va veure que quan els cirurgians van conèixer aquestes troballes, el nombre d'operacions innecessàries va baixar espectacularment. Estudis subsegüents de condicions mèdiques, com la diabetis i la pneumònia, mostraren una variabilitat semblant en les actuacions dels clínics. Des d'aleshores, s'han publicat molts altres estudis d'aquesta mena i, en la major part d'ells, s'han trobat proves de l'existència de deficiències corregibles en l'atenció mèdica.

Pocs estudis han analitzat si, com a conseqüència de l'estudi, millorava la manera de fer. Per això s'ha qüestionat si realment l'auditoria tenia efectes pràctics. S'ha argumentat que l'esforç d'identificar les deficiències seria un malbaratament si aquestes deficiències no es poguessin corregir. Quan s'han realitzat avaluacions d'aquesta mena, tanmateix, mostren que les actuacions han millorat. Pràcticament tots aquests estudis emfatitzen la importància de l'avaluació crítica i del retorn de la informació. No es pot posar en dubte el valor d'aquesta retroalimentació (*feedback*) en la modificació de les conductes. Resulta d'un procés biològic: és la base de qualsevol aprenentatge, de treure profit de l'experiència, d'aprendre dels errors.

Actitud davant l'auditoria i la revisió per consemblants

Desafortunadament, però de manera comprensible, molts metges són contraris a l'auditoria. No els agrada la idea que s'hagi de revisar el seu treball. Com deia Sir Douglas Black: *"Hi ha una forta pressió pública i parlamentària per escrutar de més a prop la pràctica mèdica, sigui pel síndic de greuges (ombudsman) o d'altra manera. Alguns membres de la professió sostenen que s'ha de resistir a aquestes pressions sense concessions, i que no s'hauria de fer cap mena d'auditoria mèdica, control de qualitat o el que sigui"*.

Hi ha moltes raons per explicar per què els metges, de forma individual i com a professió, es resisteixen a aques-

ta idea de l'auditoria i a la revisió per consemblants. Als treballadors de gairebé qualsevol camp els desagrada la idea que la qualitat de la seva feina s'hagi d'examinar. La supervisió sol ser acceptada, sovint benvinguda, per aquells en període de formació, però és clar que els especialistes i els caps han finalitzat els períodes formals de formació. Es pressuposa que són capaços, no sols de fer la feina sense supervisió, sinó de supervisar la feina dels júnior i aprenents. Els metges de renom sempre han gaudit d'una completa autonomia professional. Suggestiu merament que el seu treball hauria de ser revisat sembla implicar que aquest no és completament satisfactori i que la seva manera de fer necessita millorar. Si la qüestió es veu d'aquesta manera no ha de sorprendre que es resistixin a la idea. Però el propòsit de la revisió per consemblants és la millora de les actuacions, fins i tot si el treball ja és d'un alt nivell. Els millors jugadors de golf i els millors pianistes cerquen l'opinió d'altres per tal de mantenir la seva qualitat i els millors científics agraeixen les crítiques dels seus col·legues. Hom pot sospitar que la disposició a acceptar les crítiques augmenta amb la qualitat del treballador i amb la seva autoconfiança.

El refús de les persones a veure l'avaluació del seu treball està estretament relacionat amb el rebuig a comentar o queixar-se de la conducta d'altres. La majoria de gent "viu i deixa viure". Aquesta actitud, hem d'admetre, no sols és comprensible, sinó també valuosa. La vida social en depèn. Qui tiraria la primera pedra? Qui, veritablement, pot diferenciar entre una equivocació honesta i una negligència culpable? És per això que pensen que els esforços per a la millora en la manera de fer les coses han de venir del mateix desig de superació personal, un desig que s'ha de sustentar essencialment en un enteniment ètic profund. L'auditoria no pot ser part d'un instrument disciplinari: ha d'esser una eina d'aprenentatge mitjançant la retroalimentació.

Més enllà d'esperar crítiques dels col·legues quan les coses surten malament, els metges generalment recorren a ells buscant suport i consol. Com Friedson ha assenyalat, la reacció habitual en front a conseqüències adverses és sentir-se lliure de recriminacions; havent-ho intentat fer el millor possible, hom no hauria de ser responsable de resultats indesitjables. Fins i tot quan es reconeix l'error es tendeix, d'alguna manera, a excusar-la. Sovint es verbalitza per tal d'aconseguir consol dels col·legues amics. Reconeixent els errors als amics, els quals no es criticaran a si mateixos, hom guanya el benefici catàrtic de la confessió, mentre evita el cost de la penitència. L'autocrítica és, doncs, acceptable; la crítica d'altres no i aquells que ho fan seran vistos com aquells individus problemàtics que es fiquen on no els demanen.

La centralitat de la relació metge-malalt

Dos altres factors peculiars de la medicina, de gran importància, afecten les actituds dels metges vers la revi-

sió per consemblants. El primer té a veure amb el caràcter del seu treball; el segon amb la relació metge-malalt.

Quan un malalt demana ajuda, el metge vol respondre. Pot actuar pel fet mateix d'actuar, potser pel seu efecte placebo, sota l'assumpció que fer alguna cosa és millor que no fer res. Cada metge té una responsabilitat personal per la manera com tracta els seus malalts i això ho fa partint de la seva pròpia experiència clínica. Tanmateix, de manera inevitable, molta d'aquesta base és anecdòtica, són mites sorgits de casos individuals i enraonies. Els metges rarament observen de primera mà el treball dels seus col·legues; confien que aquests actuaran amb coneixement i capacitat, de manera que el seu treball té tendència a validar-se i confirmar-se per si mateix. Díficilment es podran examinar críticament ja que el metge ha de creure en allò que està fent si vol continuar en la seva pràctica. Aquests factors afavoreixen la responsabilitat personal més que la col·lectiva. Exageren l'acceptació d'opinions que són variables entre persones i mantenen una ben intencionada resistència a revisar la pròpia manera de treballar, fins i tot quan d'altres la desaproven. Acaba enfortint allò que podria anomenar-se "relativisme" en la pràctica mèdica (veure més endavant).

Pel que fa al segon factor, molts metges creuen que l'auditoria i la revisió per consemblants amenaçaria la relació metge-malalt. Aquesta relació es fonamenta en el reconeixement de l'aptitud del metge, però també en els temors del malalt. Si els malalts sentissin parlar d'errades, la seva autoritat quedaria erosionada.

La crítica dels malalts és poc habitual. No sols desconeixen factors rellevants, sinó que tendeixen a confiar en el seu metge. Volen mantenir la seva bona voluntat i temen que qualsevol disputa agreujaria les relacions amb ell i amb altres metges. Potser desconeixen com trobar un metge millor. Els metges també temen les disputes, particularment aquelles que puguin acabar en litigis. Aleshores, no hauria de sorprendre que el metge provi de dissimular les seves errades o que altres metges tanquin files al voltant d'un col·lega quan hi ha hagut fallides.

Hom esperaria que els metges s'amoïnassin menys per les crítiques dins d'un petit grup professional. Però aquesta idea tampoc és aprovada. Alguns metges argumenten correctament que la fe del malalt en el seu metge té la seva importància terapèutica i creuen que aquesta es dançaria si els malalts fossin conscients que les equivocacions són relativament comunes. Per als malalts, la revisió per consemblants de manera regular pot significar que les aptituds dels metges són limitades i no justifiquen la fe que s'ha dipositat en ells. El públic podria aleshores adoptar una actitud cap als metges més "realista". Mentre això pot ser desitjable des de molts punts de vista, reduiria el valor terapèutic de la relació metge-malalt. Encara més. El fet que s'exposin els defectes en l'atenció a malalts individuals, ni que sigui privadament, pot ser motiu de preocupació en els metges en pensar que l'ac-

cessibilitat a aquesta informació generarà disputes subsegüentment.

Tots aquests arguments mereixen consideració. La resistència a la revisió per consemblants es podria admetre si amenacés la relació especial que s'estableix entre metge i malalt sense obtenir per altra banda cap benefici substancial. Tanmateix, creiem que els malalts donarien la benvinguda als esforços adreçats a la millora de la pràctica mèdica; és més, tindrien moltes raons per al ressentiment si sabessin que els metges es resisteixen a l'oportunitat de millorar la seva manera de fer. Els malalts, després de tot, saben que hi ha errades i la relació metge-malalt hauria de dependre més d'una mútua confiança que no pas de qualsevol mística. Fins i tot aquesta relació pot millorar si els malalts saben que els metges cooperen en una actitud de mutu criticisme.

Intuïtivament, sembla obvi que la medicina hauria de restar oberta i retre comptes. Com referíem abans, hi ha una pressió pública i parlamentària per escrutar més estretament la pràctica mèdica (Sir Douglas Black). Estem fermament convençuts que tant la professió mèdica com el públic serien millor servits si aquest escrutini fos iniciat pels metges i no per pressions externes. És un procés que requereix la cooperació completa de la professió i faria fallida si es veïés negativament. Constitueix una responsabilitat explícita de la professió mantenir en orde els seus propis assumptes i són sols els seus membres els que tenen el coneixement rellevant per a poder-ho fer. Són qüestions generalment delicades i hi hauria resistència a qualsevol discussió oberta davant d'observadors no mèdics. La revisió s'ha de portar a terme de manera regular i en el context de la pràctica quotidiana, descartant sistemes que requereixin processos administratius feixucs. Alguns tipus d'auditoria poden mostrar-se útils. Calen experiments i experiència per arribar a decidir quins mètodes serien els més idonis en situacions particulars.

Relativisme versus mentalitat oberta

En la pràctica mèdica hi ha molts aspectes que són borrosos i sovint hi ha problemes mèdics sense una clara solució. Això reforça una aproximació relativística, aquella visió en què la veritat és relativa, on no hi ha pautes establertes i aquestes varien d'un individu a un altre. Com abans s'ha dit, aquest relativisme es veu estimulat per la independència del professional mèdic. Aquest creu en la seva pròpia manera de fer i emfatitza més el caràcter de la responsabilitat personal que la col·lectiva. Però, per a molts problemes, es pot establir una millor pauta d'actuació, sigui de l'experiència acumulativa dels col·legues o com a resultat d'assajos clínics comparatius escrupolosament desenvolupats. Quan això és així, el relativisme queda indefens.

Poder respondre i refusar el relativisme en medicina, així com en altres àrees, té la seva importància. Tots podem equivocar-nos i, per això, hem de dubtar de tot allò que aparenta ser cert, qüestionant fins i tot aquells principis ètics

que tant apreciem. En qüestionar-los, però, hem de cercar quelcom millor. Aconseguir la veritat pot ser dur, però hem de reconèixer que si acceptem les nostres errades podem, no sense esforç, aproximar-nos a la veritat i ser capaços de prevenir aquests errors en el futur. Els coneixements i aptituds dels metges, com tots els altres, poden millorar si s'identifiquen les equivocacions i si aquesta informació és retornada. D'aquesta manera mai deixarem de cercar críticament la veritat. Hem de mantenir una mentalitat oberta i hem de procurar sempre aprendre d'aquells que sustenten un altre punt de vista. És per aquesta raó que hem de refusar el relativisme. És bo dir "tu pots tenir raó i jo estar equivocacat". El que les dues parts ho diguin és una prova de mútua tolerància. Però per evitar el relativisme hem de dir quelcom més. Hem d'afegir "però els dos podem estar equivocats, discutir racionalment ens pot permetre corregir algunes de les nostres errades i, potser, junts ens aproximarem més a la veritat i actuarem d'una manera millor".

La llicència de donar permís

Hem ofert diverses explicacions de l'antagonisme de molts metges a les crítiques i a sotmetre la seva feina a revisió. Creiem que això està estretament lligat a la vella ètica professional que hem discutit anteriorment i a l'antiga idea que és l'autoritat qui coneix el seu propi camp i no s'equivoca. Sembla clara la pertinència d'aquests arguments per a la medicina. Tots els metges deriven la seva "autoritat" de les seves aptituds i coneixements. Això queda reconegut en les qualificacions i la subsegüent inscripció professional. Hi ha també una jerarquia d'"autoritat" dins la professió partint d'uns majors coneixements i habilitats. L'autoritat no aguanta reptes i, sens dubte, si la manera de fer del metge individual no respon a les expectatives, aleshores tindrà un sentiment de vergonya i de pèrdua d'autoestima. Aquesta és una raó important de per què les errades s'amaguen i de per què sols alguns metges accepten que es puguin descobrir.

A la professió mèdica se li ha atorgat un monopoli efectiu sobre el dret de pràctica de la medicina en el benentès que seran responsables de la manera de fer dels seus membres. *"El deure de retre comptes professionals no pot ser aleshores restringit a una qüestió de la pròpia competència personal; és extensiu a la competència del gremi. El dret a realitzar valoracions sobre col·legues comporta el deure de fer judicis; altrament, els metges traurien profit del monopoli atorgat per l'Estat sense fer complir aquells estàndards de qualitat la necessitat dels quals justifica el monopoli. El permís de practicar es basa en la pròpia llicència d'atorgar aquest permís. Si la llicència per practicar suposa el deure de bona pràctica, la llicència de donar permís comporta el deure de jutjar i monitorar correctament aquesta pràctica"*. Aquesta responsabilitat, però, ha estat desatesa. Friedson, May i Kennedy han estat molt crítics amb el fracàs dels metges per a regular i millorar els estàndards professionals. Es podria perdonar aleshores que qualsevol llec pensés,

cínicament, que la tolerància dels metges cap als seus iguals no sigui una manifestació en el col·lectiu professional d'interès sols en ells mateixos.

La formació mèdica d'avui en dia posa massa poc èmfasi en els aspectes ètics de la medicina, bé sigui a nivell de pregrau o de postgrau. Molts metges fan sinònims "ètica mèdica" i "formalitat mèdica". Aquesta preocupació per les relacions entre professionals preocupa molts observadors externs. Debats públics recents com el de la mort cerebral, l'eutanàsia o el maneig de les criatures amb malformacions han mostrat, clarament, un gran descontent amb la forma que els metges són preparats per acceptar responsabilitats morals. Alguns problemes morals poden ser un assumpte propi d'especialistes, però la qüestió de la millora de l'atenció sanitària ha de preocupar tots els metges. Els problemes ètics que la pràctica mèdica comporta requereixen, en general, i si més no, la mateixa atenció que aquells altres assumptes més d'especialistes com poden ser l'avortament o l'eutanàsia.

Una nova ètica

La tolerància és essencial en el monitoratge de l'atenció mèdica i la cerca d'errades no hauria de comportar denigració dels altres, ni el procés de revisió per consemblants hauria d'associar cap mena de condemna. Seria moralment incorrecte i sols faria que dissuadir els metges de participar-hi. L'objectiu ha de ser educatiu i pràctic. Ha d'estar associat a la millora de tots els metges i no pas a la sanció d'aquells que s'han equivocat. Sols amb aquesta actitud es pot establir una altra mena de confiança, aquella en què la crítica mútua no és ni personal ni pejorativa, sinó que sorgeix del respecte mutu en un desig compartit de millorar els malalts en el seu conjunt.

Si s'accepta aquesta visió, en deriven de manera natural tot un conjunt de conseqüències. És per això que és tan important el reconeixement de les errades i la seva cerca per tal de poder corregir-les tan aviat com sigui possible. No sols aprendríem de les nostres equivocacions, sinó que també altres n'aprendrien. Quan les errades són per falta d'aptituds es podrà, esperem, provar de millorar-les i quan, com sol passar en medicina, els errors són deguts a deixament o a manca de fer allò que sabem que hem de fer, aleshores hem de buscar maneres per millorar les nostres conductes.

Les nostres idees no són pas revolucionaries com podria semblar. Una tradició semblant a aquesta que la professió mèdica hauria d'emular és encara present en grans artistes, músics i científics. Al voltant de 1513, Albrecht Dürer (1471-1528) escrivia: *"Allò poc que he après hauria de seguir progressant de manera que algú millor que jo conjecturi la veritat i en el seu treball provi o refuti el meu error. Això m'ompliria de goig en poder ser jo un mitjà a través del qual s'ha il·luminat la veritat"*. Aquest esperit encara persisteix viu i necessita estímul, no sols en els artistes i científics, sinó també en els metges i en altres activitats socials.