

# ÉTICA DE “LAS PEQUEÑAS COSAS” EN MEDICINA<sup>1</sup>

*Mercedes Pérez Fernández*

Médico general, Equipo CESCA, Madrid, España.

Especialista en Medicina Interna.

Presidente del Comité de Ética de la Red Española de Atención Primaria.

## Introducción

Los médicos nos acostumbramos a simplificar las respuestas, a ser pragmáticos y resolutivos. Empleamos con frecuencia heurísticos, atajos que abrevian el tiempo de razonamiento. Tomamos decisiones con rapidez, y generalmente acertadas. Por nuestras manos pasan cada día cientos de problemas de decenas de pacientes a los que respondemos tomando miles de decisiones, desde el tiempo que dedicamos a cada problema y paciente a los consejos con que acabamos las entrevistas clínicas y la mayor o menor empatía con que respondemos al sufrimiento que conlleva cada situación. Frecuentemente y pese al pragmatismo resolutivo, las decisiones exigen nuestro juicio ético, nuestra respuesta ante valores contrapuestos. Es decir, frecuentemente tomamos en consideración el mejor curso ético de acción, aquella decisión que daña en lo mínimo los valores en cuestión. Pero solemos ser inconscientes de tales consideraciones éticas.

De hecho, los médicos solemos ser ignorantes respecto a la ética e incluso respecto a los valores clínicos. Pareciera que “el fin justifica los medios”, pues todo se supedita al diagnóstico y consiguiente tratamiento, o a la prevención y a sus promesas para el futuro. El “bien del paciente” es algo que muchas veces se sobrepone a las expectativas y deseos del propio paciente. Es como si la toma de contacto con el médico supusiera la delegación de toda decisión en el profesional.

Es bien cierto que en la entrevista médico-paciente se establece una “relación de agencia” por la que el médico decide como si fuera el paciente y éste tuviera los conocimientos del propio médico. Sin embargo, la relación de agencia exige considerar (y no ignorar) las expectativas y objetivos vitales del paciente. Y muchas veces lo que quiere el paciente (por ejemplo, antibióticos para una faringitis probablemente vírica) plantea un problema tanto para el bienestar del

---

1 Escrito a partir de la ponencia acerca de “Ética y derecho médico en la práctica clínica en atención primaria”, en la mesa sobre “Ética e direito médico na prática clínica”, desarrollada el 21 de octubre de 2010 en Oporto (Portugal), dentro del XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte [los “internos” en Portugal son los “residentes” de la especialidad en España]. Este texto se distribuye bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](#), por lo tanto se puede distribuir libremente y re-elaborar a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

propio paciente como para el bien social que también defiende el médico (en el ejemplo, evitar el daño al paciente del uso innecesario de antibióticos, y el daño a terceros por la resistencia bacteriana que conlleva tal uso). El asunto se complica cuando el paciente está “presente” a través de un familiar, como en las consultas de menores, o de quienes carecen en general de uso de razón. Pero todo ello parecen “pequeñas cuestiones éticas”.

### **A. Grandes cuestiones éticas, importantes y poco frecuentes.**

Son muchas y variadas las grandes cuestiones que evocamos los médicos cuando oímos la palabra “ética”. Entre ellas eutanasia, aborto voluntario, fertilización “in vitro”, conservación de embriones, manipulación genética, diagnóstico prenatal, trasplantes y ensayos clínicos. Son cuestiones que afectan indirectamente la práctica diaria de la mayoría de los clínicos, pero sobre las que conviene al menos tener opinión propia y fundada.

La eutanasia, sobre la que los políticos se permiten no pronunciarse, con un simple “ahora no toca”, es cuestión clave para muchos pacientes que piden evitar el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico ante la muerte. Podemos discutir la legalidad de tal pretensión, pero no podemos evitar al menos el debate de un asunto tal. La ilegalidad no puede negar su realidad, pero deja en un “limbo privado” un asunto que conviene sea público. Por ejemplo, a través de la intervención de un médico ajeno al caso, que pueda evaluar la conveniencia de la respuesta médica. Conviene la ética del “¡basta ya!”, el saber renunciar a potencialidades diagnósticas y terapéuticas que no añaden nada sino sufrimiento. Pero lo que se suele enseñar y practicar es un esfuerzo intervencionista que asegure que “se ha hecho todo lo posible”, y se ve con recelo la actitud piadosa y serena de decir ¡basta! y pasar a aliviar el sufrimiento y a ayudar a bien morir. Las mismas familias reclaman a veces tal intervencionismo, justificado con amor y cariño que a veces oculta el propio miedo a la muerte (y a tener al muerto en casa, si se puede decir).

El aborto voluntario genera pasiones y decisiones encontradas entre quienes defienden desde campos distintos “la vida” en sus múltiples aristas. En este caso se ha resuelto el componente público, pero no el privado. Así, el aborto quirúrgico y en las clínicas y hospitales contribuye a dar visibilidad pública a un problema personal. Da un enfoque distinto el aborto voluntario íntimo en casa, el aborto doméstico y a domicilio, con el médico de cabecera y con medicamentos (mifepristona, misoprostol y metrotexate). El debate cambia cuando la tecnología lleva la decisión y la acción a la intimidad de la entrevista del médico de cabecera y de la paciente. La injerencia en dicha entrevista es más

extemporánea que ante las clínicas/hospitales y actos quirúrgicos. Los medicamentos son seguros y baratos, muy fáciles de utilizar y muy eficaces. El aborto pasa con ellos de cuestión pública a privada. Las decisiones éticas no cambian en el fondo, pero la forma modifica por completo el tono del debate.

Son cuestiones éticas importantes otras también relacionadas con “la vida”, con la fecundación y sus consecuencias. En su día provocaron ríos de tinta y debates enconados, pero hoy se aceptan sin que haya respuesta social similar a la del aborto voluntario. Por ejemplo, la fertilización “in vitro”, la conservación de los embriones sobrantes, la manipulación genética de los mismos y el diagnóstico prenatal de alteraciones cromosómicas fetales. En todo ello parece que impera el pragmatismo y que las cuestiones éticas se soslayan. Nada se considera, ni siquiera, sobre el tratamiento hormonal brutal de la mujer que pretende superar su infertilidad, ni tampoco se discute sobre algo más elemental, la falta de conocimientos acerca de la fertilidad humana, su fisiología y patología. En la misma línea, la manipulación genética de embriones se considera un mal menor frente a los éxitos conseguidos y no existe un debate ni una respuesta social que busque señalar límites y condiciones. El diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas fetales también es práctica común que “sólo” afecta a aquellos casos de “positivo” que se enfrentan en solitario y en privado a decisiones con componentes éticos y científicos poco explorados en público.

España es el país del mundo con mayor tasa de trasplantes y ni se discute su oportunidad, ni su coste, ni sus implicaciones éticas. Pareciera que el programa es ideal (“un ejemplo para el mundo”, como se dice) y que criticarlo en lo más mínimo es indecente, pero tal vez sea callar lo reprobable. Por ejemplo, hay pocos datos sobre su coste-oportunidad (lo que se deja de hacer en otros campos por el consumo de recursos en trasplantes) y sobre los límites del gasto al respecto (¿haremos todos los trasplantes que se puedan hacer?). Cuando se ha alzado alguna voz crítica, como la de Enrique Costas Lombardía, la respuesta ha sido “ad hominem” y nulo el debate ético, científico y económico.

Por último, entre las grandes cuestiones éticas encontramos los ensayos clínicos, a los que se dedican recursos ingentes y sobre los que se pronuncian obligatoriamente los comités de ética. En general, el planteamiento de los ensayos clínicos responde a un esquema de “elegancia interna e irrelevancia externa”; es decir, con poco contenido respecto al impacto clínico y a la validez externa (extrapolación de los resultados). Además, poco se habla de los conflictos de interés que provoca en los médicos (sobre todo oncólogos y reumatólogos, por su monto) el pago por paciente “captado” para los distintos ensayos clínicos. Tampoco se suele considerar la repercusión de los ensayos

clínicos en los servicios prestados a pacientes no incluidos en los mismos. A veces son tantos los ensayos clínicos simultáneos que algún servicio hospitalario parece más una fábrica de “respuestas para ensayos clínicos con pacientes apropiados” que un servicio para resolver los problemas que exigen respuestas ante los pacientes “normales”.

Hay otras muchas grandes cuestiones éticas que evocamos los médicos al oír la palabra ética, como la negativa a la transfusión sanguínea de los Testigos de Jehová o la cooperación con la tortura de algunos médicos israelíes, pero todo ello queda lejos de la práctica cotidiana, del día a día del médico de a pie. Estas grandes cuestiones pueden servir, en todo caso, para hacer evidente que los problemas éticos conllevan siempre la decisión entre valores, frente a un problema concreto y en un entorno social determinado. El médico y el paciente han de resolver la situación en forma que se produzca el menor daño posible y el menor menoscabo de los valores implicados.

## **B. Pequeñas cuestiones éticas, frecuentes, importantes y relevantes para el médico práctico**

En la consulta, en urgencias, en el cuidado del enfermo hospitalizado y en el domicilio del paciente las cuestiones éticas se plantean respecto a problemas aparentemente menores, que casi no se ven como tales. Se refieren a múltiples cuestiones, por ejemplo,

- 1/ al uso prudente del tiempo médico,
- 2/ la dignidad, cortesía y empatía con los pacientes y sus familiares,
- 3/ al control de la incertidumbre y
- 4/ la respuesta correcta frente a los errores médicos.

En estas cuestiones se ponen en juego los valores que caracterizan el trabajo de los médicos, su compromiso con los pacientes y su mejor respuesta al sufrimiento humano. Se ponen en juego a diario y en toda consulta, y sin embargo no suelen ser evocados por los médicos al oír la palabra “ética”. Consideraré algunos aspectos de estas “cuestiones menores”.

### **1/ Uso prudente del tiempo médico.**

“No hay tiempo” es la respuesta común frente a propuestas de mejora de la clínica. Por ejemplo, para dejar hablar al paciente (habitualmente no se le dejan ni treinta segundos para responder a la simple pregunta inicial de “¿qué le trae a usted por aquí?”). O para lograr detener el ritmo clínico, obstinadamente de rapidez endiablada, ante situaciones y pacientes que requieren una “consulta sagrada” (el paciente que llora, por ejemplo). O para introducir en la consulta componentes de empatía (los oncólogos dedican apenas medio minuto a esta cuestión en las consultas de media hora en que comunican a la paciente que tiene un

cáncer de mama).

No hay tiempo es también mantra que se repite para no responder adecuadamente cuando se requiere una terapia psicológica breve, eficaz y posible incluso en la consulta del médico general. No hay tiempo, se dice frente a la formación e investigación. No hay tiempo para los domicilios, ni siquiera para los pacientes terminales. No hay tiempo para la cirugía menor, ni para introducir más polivalencia (más capacidad de respuesta). No hay tiempo para los pacientes sin cita. No hay tiempo para ser flexibles con los adolescentes, ni con los drogadictos, ni con los simples trabajadores obligados a cumplir su propio horario, incompatible con el de las consultas. No hay tiempo para ofrecer una accesibilidad conveniente para los que no son “obedientes”.

¿Para qué hay tiempo? A veces, para los representantes. A veces, para el café. En general, para pacientes crónicos “obedientes” (cumplidores de citas y recomendaciones, que por tanto necesitan poco al médico). A veces, para la cháchara intrascendente con los compañeros. A veces para llegar tarde e irse pronto. A veces para la prevención sin fundamento científico (desde las rutinarias revisiones de niños y mujeres a la determinación rutinaria del PSA, la prescripción de medicación contra la osteoporosis, o el cumplimiento de la mayoría de los apartados del PAPPS). A veces para actividades docentes indecentes.

El tiempo es un tesoro, el más grande tesoro que podemos compartir los médicos con los pacientes. Ese tiempo debería “ajustarse según necesidad”, no según “capacidad de compra” del mismo, pues tienen más posibilidades de tener tiempo quienes habitualmente no lo necesitan tanto. En ello hay mucho de ética, de toma de decisiones entre valores contrapuestos, pero los médicos no solemos advertirlo, ni consideramos que valga la pena el debate sobre cuestiones de esta índole.

Aceptamos el “no hay tiempo” como moneda que evita el debate ético, pues en su simple formulación se bloquea toda consideración de cambio y mejora, de cuestionamiento de nuestras actitudes y de modificación de la respuesta ante los valores profesionales y humanos. El tiempo médico es valioso no sólo por sus componentes de conocimiento profesional (preventivo, diagnóstico, terapéutico, de pronóstico) sino por su valor como expresión de respeto a la dignidad del paciente y de sus familiares y por su uso como parte de la “escucha terapéutica”.

El estar enfermo implica una cierta minusvalía en la capacidad de entendimiento, una mayor necesidad de tiempo para lograr entender y hacerse cargo de las situaciones, y el médico debería ponerse en esta situación para emplear eficazmente su tiempo. No se trata, por supuesto,

de “dedicar todo el tiempo del mundo a cada paciente” sino de ser capaz de utilizar juiciosamente el tiempo, de ser prudentes en su administración. El tiempo da de sí cuando estamos determinados a que dé de sí, cuando optimizamos su uso y lo adecuamos a la necesidad. Hay tiempo para todo si se quiere y, sobre todo, si se considera un valor su uso racional y la flexibilidad en el horario de atención. Y si el uso prudente del tiempo no se considera una cuestión ética menor sino mayor.

## **2/ Dignidad, cortesía y empatía con los pacientes y sus familiares**

La enfermedad tiene impacto impredecible en el paciente y su familia. No hay mejor ejemplo que la esquizofrenia, enfermedad frecuente y grave, que puede sobrellevar el enfermo casi con normalidad “social” a lo largo del curso de su vida cuando la evolución es buena y cuenta con una familia que coopera y apoya al paciente y que participa con los médicos en su seguimiento. En otros casos, cuando a un cuadro complicado se suma una familia desestructurada, la esquizofrenia lleva al paciente literalmente a vivir como un apestado, como un marginado social y hasta como un vagabundo sin techo. En todo caso, el esquizofrénico no debería perder su dignidad de ser humano por el impacto adverso de la enfermedad en su vida. En cierto grado, además, el enfermar exige una atención y unos cuidados especiales que deberían ofrecer con toda su capacidad los profesionales del sistema sanitario. El paciente puede no protestar pero percibe los desprecios y malos tratos, el rechazo, la negación de una atención “media” y los cuidados descuidados y rutinarios. Un paciente esquizofrénico crónico lo expresó muy bien, al comentar el trato indigno y miserable que recibía: “estoy loco, hermano, pero no soy tonto”.

El paciente rechazado por la sociedad, tipo esquizofrénico en la calle o drogadicto pobre, sigue siendo persona que sufre y en la que es clave el trabajo del médico. El buen trabajo comienza por tratar dignamente a todos los pacientes, pero especialmente a los que la sociedad rechaza y margina, sea pobre o gitano, inmigrante o transeúnte, sea enfermo mental u obeso mórbido. El buen trabajo es una oportunidad de oro para revertir la Ley de Cuidados Inversos.

El trato digno pasa por la cortesía y la amabilidad, por la “creación” de un ambiente sereno y acogedor. Es tener unas flores naturales en la consulta, es lograr una limpieza y orden mínimos, es recibir y despedir al paciente de pie, es presentarse al nuevo paciente (y presentar al residente y/o estudiante, en su caso, al tiempo que se pide permiso para su presencia), es el simple saludar afablemente y ayudar a sentarse a quien lo necesita; por supuesto, es tener sillas para el paciente y acompañantes y es cuidar en el domicilio las formas y aceptar un café o

lo que nos ofrezcan. También es preguntar cómo quiere ser tratado el paciente (de usted, de tú, por su nombre, por su apellido, por algún sobrenombre) en la primera entrevista. Todo ello se puede hacer de corazón, por piedad con el paciente y como forma de expresar el respeto a su dignidad, pero en realidad lo hacemos por nosotras mismas, por conservar nuestra dignidad y por piedad con las “heridas” que genera el ejercicio honrado de la dura profesión de médico.

Ya dicen que “no hay lugares elegantes sino personas elegantes”. De la misma forma, “no hay lugares dignos y entornos amables, sino personas dignas y amables”. En ello nos jugamos muchos valores y su puesta en práctica continua es exigencia ética que se debería enseñar y debatir con la necesaria frecuencia para que nunca se olvide.

Resulta difícil ponerse en lugar del paciente, pues cada uno tiene una “historia” que hace peculiar y singular su forma de vivir la enfermedad. Por ello hablamos de “enfermar” y no de enfermedad. La enfermedad es una entelequia que nos ayuda a progresar en lo científico, pero el paciente no “tiene una enfermedad” sino “vive una enfermedad”. Vivir la enfermedad es el enfermar, el clásico “no existen enfermedades sino enfermos”. Al médico especialista se le podría perdonar un cierto énfasis en la enfermedad, sin que supere nunca al énfasis en el enfermar, pero el médico general debería caracterizarse por centrarse en el enfermar con escaso margen para la enfermedad. Lo que importa para ambos tipos de médicos es la repercusión, el impacto de la enfermedad, la forma en que cambia la vida del paciente. Muchas veces es tan sutil que no resulta ni siquiera explicable. Es la ruptura de hábitos y de viejas costumbres, es la renuncia a cosas “básicas” para el enfermo, es el cambio de expectativas vitales. La empatía permite al médico ponerse en lugar del paciente. La empatía busca el tiempo y el lugar para que el paciente pueda expresar incluso eso que no sabe cómo decir, o que le conmueve pero nunca ha verbalizado. Sin empatía no hay calidad humana, y por tanto no hay calidad científica.

El trato acogedor, afable, amable, cortés, digno y sereno logra “milagros” que no son tales, sino la respuesta esperable ante el trato que merece quien está desvalido, a veces asustado y otras más hasta destruido por la enfermedad. Es una cuestión de efectividad, pero sobre todo es una cuestión ética. Una cuestión ética que no es menor sino mayor.

### **3/ El control de la incertidumbre**

Podemos afirmar sin equivocarnos que hoy ha salido el Sol, pero no podemos decir sin dudar que mañana saldrá. Así, el Sistema Solar es un sistema inestable cuya aparente inmutabilidad sólo es producto de nuestro propio deseo de perdurabilidad. Lo más probable es que el Sol

salga mañana y pasadomañana, y los días que les sigan, y la mayor probabilidad gobierna nuestras vidas y por ello desarrollamos las actividades como si el Sol fuera a salir todos los días. Por lo mismo, podemos decir que hoy hemos estado vivos pero no podemos decir que mañana seguiremos.

La incertidumbre, pues, es consustancial a la vida.

“¿Hay epidemia de gripe?”. “Sí”. “Pues entonces, si tiene síntomas de gripe, gripe tiene”.

Con heurísticos y atajos mentales de este estilo el médico evita la parálisis de la decisión, “el miedo escénico a la incertidumbre”. En la entrevista clínica la toma de decisiones es una necesidad. Tenemos que terminar la entrevista y tomamos cientos/miles de decisiones que generalmente son acertadas. Por supuesto, el final de la entrevista puede ser el difícil “esperar y ver” (espera expectante) o la “espera armada”, tan típica de la cirugía en urgencias. Pero “no hacer” puede ser decisión tan acertada como cualquier otra, cuyo oportunidad sólo podremos calibrar en justa medida con el paso del tiempo. En el caso considerado sería diagnosticar gripe, con un nivel de alta probabilidad, abrir la puerta para facilitar el nuevo contacto si algo se complica, y pautar un tratamiento que alivie los síntomas, según gravedad. Podría ser el comienzo de un linfoma, pero es poco probable y en todo caso el retraso de unos días no justifica el encarnizamiento diagnóstico que conllevaría “pensar” en linfoma en casos como el comentado. Hay que limitar el esfuerzo diagnóstico a lo justo y necesario (y es parte de la buena práctica, de los valores y de la ética médica el saber qué es en cada caso “justo y necesario”).

A veces una médico enloquece y pide radiografía de tórax a todos los pacientes; ha sucedido. En otros casos el médico pide resonancia magnética nuclear a todos los pacientes con cefalea; ha sucedido. En muchos casos la médico deriva a urgencias los casos de pacientes con dolor abdominal que no ve claro; sucede y es esperable. También puede suceder que el médico derive a urgencias con retraso el paciente con dolor abdominal en que el diagnóstico final es apendicitis; sucede y duele. Son todos ellos ejemplos de respuestas a la incertidumbre, muchas veces fundada en la experiencia práctica y no en la ciencia.

La incertidumbre clínica es consustancial al trabajo práctico, pero no se suele enseñar cómo responder a ella, ni siquiera se suele enseñar que su respuesta juiciosa es un valor, una cuestión ética no menor. El estudiante y el residente aprenden sobre “el diagnóstico diferencial” pero, influidos por una cultura absurda en España de “reclamaciones por malpráctica”, reciben lecciones que llevan a “la búsqueda heroica del diagnóstico”, a

“la tiranía del diagnóstico”. En esa búsqueda imposible, en ese ambiente tiránico, la decisión se soslaya, y si se decide sin diagnóstico se entiende como decisión vicariante. No se suele enseñar ni a estudiantes ni a residentes que, por ejemplo, la mitad de los pacientes con dolor abdominal pueden ser correctamente atendidos sin llegar a un diagnóstico definitivo (tanto en la consulta del médico general como en la de urgencias hospitalarias).

El diagnóstico sólo es necesario en algunos casos. La tiranía del diagnóstico conlleva encarnizamiento con el paciente y familiares y el inicio de cascadas terapéuticas múltiples. Es buen ejemplo la contención ante el dolor abdominal en la infancia y adolescencia, que tantas veces expresa problemas familiares y escolares, por más que en algunos casos sea inicio de cuadros importantes, como la simple apendicitis, o el raro saturnismo. Para el control de la incertidumbre en estos casos es clave ofrecer continuidad asistencial y ser flexibles para atender “fuera de hora” a aquellos pacientes que no cursen según lo esperado. El control de la incertidumbre es más fácil cuando se conoce al paciente y cuando hay confianza mutua de forma que el paciente sabe que puede volver si las cosas no van bien, y el médico sabe explicar cómo determinar que las cosas no van bien. Por ejemplo, en el caso del dolor abdominal, los signos y síntomas de alarma (fiebre continuada, hematemesis, rectorragia, vómitos repetidos y demás).

En el control de la incertidumbre el médico se juega mucho, y puede optar por la respuesta más rápida, la del “por si acaso”. Sobre todo cuando trabaja en el sector público, donde siempre tiene que decidir entre la irracionalidad romántica (todo para el paciente) y la irracionalidad técnica (todo para la organización). El “por si acaso” se convierte también en respuesta y guía que evita pensar, como el “no hay tiempo”. Además, algunos incentivos pueden llevar a la pérdida de la independencia profesional, a la toma de decisiones según “intereses”. Sirva de ejemplo el fuerte incentivo a los médicos generales ingleses por vacunar contra la gripe A en la “pandemia” de 2009-2010. Ante las cuestiones éticas, el médico decide simplificar su trabajo y adopta decisiones “normalizadas”, que exigen menos razonamiento, por más que insulten a la inteligencia. A veces, para complicarlo, los incentivos no son de la institución, sino profesionales, tipo “brillo de la tecnología”, de forma que se responde según intereses que no responden a las necesidades de los pacientes, sino al uso de “nuevas tecnologías”. Por ejemplo, el exceso en España de implantación de prótesis de rodillas, frente al poco uso de la reparación de los hallus valgus.

El control prudente de la incertidumbre da idea de la calidad científica y humana del médico, y de la relación que establece con sus pacientes, así como de su accesibilidad y “resistencia” a los distintos tipos de

incentivos. El control prudente de la incertidumbre es un valor clínico, una cuestión ética. Es una cuestión ética mayor, no menor.

#### **Y 4/ La respuesta correcta frente a los errores médicos**

Los errores forman parte del paisaje interior del médico. No hay médico clínico que no tenga una “colección de horrorosos errores”. Y no son los peores errores médicos los que se clavan para siempre en nuestros corazones. Los peores errores son los que ni siquiera percibimos, los que ignoramos y por ello repetimos.

Los errores nos duelen tanto que los negamos. Los negamos relegándolos al olvido. Los negamos no hablando de ellos. Los negamos no compartiéndolos con los compañeros. Los negamos ante los pacientes. Los negamos ante los familiares. Los negamos ante nosotros mismos. Los negamos sistemáticamente. Los negamos, muchas veces, sin darnos cuenta de que nosotros somos también “víctimas” de los errores, pues son sistemáticos, de origen en la estructura de atención, muy independientes de los profesionales. Nos sentimos tan culpables, ocultamos tanto los errores que perdemos la oportunidad no ya de evitarlos sino de identificar las causas (que muchas veces son ajenas). Nuestros sentimientos de culpa nos llevan a responder en negativo ante los errores y con ello bloqueamos la reacción prudente.

La reacción prudente ante los errores es un valor clínico. Y una cuestión ética no menor.

La respuesta correcta ante los errores tiene un paso clave inicial: identificarlos y reconocerlos. Si los japoneses dicen que “un error es un tesoro” es porque todo error puede iniciar un ciclo de evitación de su repetición, ipero sólo si se identifica! Los errores sin identificar son oportunidades perdidas. Podrá doler el reconocimiento del error, pero más duele el error ignorado o ocultado. Identificar los errores conlleva reconocerlos como propios, aceptar nuestra “implicación” en los mismos. Sirve identificarlos simplemente, claro, pero más vale reconocer además que algo tenemos que ver con ellos. No es señalar culpas sino relación temporo-espacial y personal.

Tras identificar y reconocer el error hay que comunicarlo. En algunos lugares la comunicación puede incluso ser anónima. De todas formas, comunicar los errores a los compañeros tiene un componente terapéutico tanto para quien lo comunica como para quienes los identifican en piel ajena y pueden sentirse “hermanados” pues cometieron errores semejantes, o peores (en circunstancias parecidas). Pueden ser útiles las sesiones periódicas sobre errores, pues ello establece al menos que los errores son frecuentes (frecuentes para quienes tienen práctica clínica).

Ni que decir tiene lo importante que es contar en España con un ejemplo mundial, la publicación en sección fija de “errores médicos”, por Vicente Palomo, médico de pueblo, y otro personal del centro de salud de Torrelaguna (Madrid), en la revista Medicina General.

Lo importante es considerar la respuesta a los errores como un valor a promover y cuidar, como una cuestión ética mayor.

Comunicar los errores no debería quedar en el ámbito profesional, especialmente si ha habido daño. La mayoría de los pacientes (y familiares) esperan disculpas y que se explique la secuencia que llevó a los mismos. Además, aquí la empatía es clave para comprender en qué forma ha repercutido el error en la vida del paciente y de sus familiares. Se precisa tiempo, trato digno, escucha, amabilidad y sencillez. Es una consulta “sagrada”, que requiere controlar emociones y limar asperezas. Más vale reconocer las cosas que ocultarlas. Se trata de ponerse como nunca en la piel de quien ha sufrido menoscabo en su salud y generalmente no lo entiende. A veces, incluso, puede no ser consciente del error, de que su deterioro se deba a un fallo. No conviene ocultarlo, sino al contrario. Conviene compartir ese conocimiento, y expresar con sencillez lo que significa el error en todos los ámbitos, también para el propio médico.

Identificar y comunicar son acciones que buscan una acción reparadora, que en sí mismo logran. Reparar es muchas veces compartir con la familia y el paciente el dolor y el fallo. El sincero dolor del médico tiene efectos terapéuticos, sin duda. El daño no exige reparación económica, como bien demuestra el sistema de compensación en Nueva Zelanda, casi siempre extra-judicial. De hecho, el sistema judicial en EEUU consigue que los abogados se queden con el 60% de las cantidades lo que muchas veces convierte en deficiente la reparación incluso en su aspecto monetario. Los pacientes buscan reparación, que significa lograr la reversión en todo lo que se pueda del daño causado, pero sobre todo quieren que no se repita en otros el mismo error. El altruismo de pacientes y familiares es muchas veces sorprendente, auténtica lección que asombra a los médicos en general y en concreto a los implicados en el error. Por supuesto, a veces el dinero es la mejor forma de compensar el daño, y en esos casos debe formar parte de la acción reparadora, pero sólo para completar un cuadro que intenta reponer la situación a las condiciones previas al error. Y sobre todo, que revisa las causas y condiciones que hicieron posible el error y toma medidas lógicas y suficientes para que disminuya la probabilidad de su repetición. De todo ello deben ser informados los pacientes y familiares.

Es ejemplar que sean los propios médicos los que públicamente fomentemos la acción reparadora que expresa el dolor ante el daño y las

medidas para evitar su repetición.

El prudente manejo de los errores es un valor médico, y una cuestión ética mayor.

### **C. Como conclusión**

En la práctica clínica nos jugamos nuestros valores, aquello que apreciamos más los médicos y pacientes. En torno a esos valores hay de continuo cuestiones éticas que consideramos “pequeñas” frente a las “importantes”. Pero las cuestiones éticas ni son grandiosas, ni son teóricas, ni son excepcionales. Las cuestiones éticas son prácticas, frecuentes e importantes y exigen el compromiso profesional, científico y humano del médico general.

### **NOTA**

Para tomar contacto con la firmante, escríbase a [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com)  
Agradeceré sugerencias, comentarios y correcciones.