



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER ÉTICA Y SALUD PÚBLICA

La ètica de la ignorància (i de la incertesa) i la iatrogènia, un problema de salut pública

La ética de la ignorancia (y de la incertidumbre) y la iatrogenia, un problema de salud pública

The Ethics of Ignorance (and Uncertainty) and Iatrogenesis, a Public Health Problem

ANDREU SEGURA BENEDICTO *

* Andreu Segura Benedicto. Doctor en Medicina. Metge especialista en Salut Pública. Jubilat. Actualment vocal del Comitè de Bioètica i dels consells assessors de salut pública i de l'estratègia d'atenció primària i salut comunitària. Editor convidat en salut comunitària de *Gaceta Sanitaria*. Coordinador dels grups de treball sobre ètica i salut pública i Anàlisi i Prevenició de la Iatrogènia de SESPAS. E-mail: asegurabenedicto@gmail.com.

Copyright (c) 2019 Andreu Segura Benedicto



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resum

La iatrogènia és, actualment, un dels principals problemes de salut pública, que acostumem a atribuir exclusivament a errors i negligències, menyspreant l'exagerat intervencionisme sanitari a causa del consumisme i també negant la ignorància i amb poca tolerància de la incertesa. La consideració dels dubtes i de les equivocacions des d'una perspectiva ètica pot contribuir a la millor comprensió i prevenció dels danys associats a la pràctica mèdica i sanitària mitjançant la promoció de la prudència com a valor essencial de qui ha de prendre decisions sobre la salut i les malalties de les persones i les comunitats.

Paraules clau: ignorància; incertesa; ètica; prudència; iatrogènia.

Resumen

La iatrogenia es actualmente uno de los principales problemas de salud pública, que acostumbramos a atribuir exclusivamente a errores y negligencias, menospreciando el exagerado intervencionismo sanitario promovido por el consumismo y también debido a la negación de la ignorancia y a la intolerancia de la incertidumbre. La consideración de las dudas y de las equivocaciones desde una perspectiva ética puede contribuir a la mejor comprensión y prevención de los daños asociados a la práctica médica y sanitaria mediante la promoción de la prudencia como valor esencial de quienes que han de tomar decisiones sobre la salud y las enfermedades de las personas y las comunidades.

Palabras clave: ignorancia; incertidumbre; ética; prudencia; iatrogenia.

Abstract

Iatrogenesis is now, one of the main public health problems, which we tend to attribute exclusively to errors and negligence, belittling the exaggerated health interventionism promoted by consumerism and also due to the denial of ignorance and the intolerance of uncertainty. The consideration of doubts and mistakes from an ethical perspective can contribute to the better understanding and prevention of the damages associated with medical and public health practice by promoting prudence as an essential value of those who have to make decisions on people's health.

Keywords: ignorance; uncertainty; ethics; prudence; iatrogenics.

1. Justificació

Un dels problemes importants de salut pública actualment és la iatrogènia, els danys associats a la pràctica mèdica i sanitària. Un problema la magnitud del qual és considerable tant per la freqüència com per la gravetat dels perjudicis que ocasiona i que afecten els pacients individualment però també a la societat col·lectivament. Danys que no solament són generats pels errors i deficiències, sovint sistèmiques, dels professionals i dels treballadors implicats sinó que també són conseqüència de la medicalització inadequada, com a resultat, d'una banda de les expectatives exagerades sobre les possibilitats de guarir les malalties i fins i tot de millorar la salut per part de la medicina i la sanitat, i d'una altra, de la banalització amb la que les tractem, tant els professionals com els pacients i la ciutadania¹.

Tot i que hi ha encara uns altres danys que podríem anomenar col·laterals i que tenen a veure amb els efectes de les nostres intervencions, encara que aquestes siguin pertinents i s'hagin dut a terme adequadament. Perquè en ocasions, com passa amb la cara i la creu d'una moneda, beneficis i perjudicis són inseparables. Fins ara la resposta dels sistemes sanitaris ha consistit, en el millor dels casos, en promoure i desenvolupar una sèrie d'activitats englobades en allò que es denomina l'estratègia de seguretat del pacient que, de fet, forma part de les polítiques de millora de la qualitat de l'atenció sanitària. Una perspectiva necessària però probablement insuficient per disminuir els efectes adversos de les iniciatives mèdiques i sanitàries, com veurem més endavant. I que, a més, s'enfronta a les dificultats derivades de la recança que als professionals i als treballadors del sistema sanitari els provoca admetre que es poden equivocar, una actitud que no té només a veure amb la pèrdua d'autoestima i l'amor propi, sinó que en ocasions té a veure amb la por d'una multa o d'una sanció deontològica i fins i tot penal.

Els perjudicis ocasionats no afecten exclusivament els pacients perquè les conseqüències negatives impliquen també les institucions sanitàries, professionals inclosos i també la societat. En promoure mesures preventives de vegades desproporcionades, així com litigis i reclamacions que, al seu torn, fomenten una pràctica defensiva moralment reprovable i, més que ineficaç, contraproductiu. Un impacte negatiu agreujat quan les intervencions sanitàries són de caràcter col·lectiu, com ara els efectes adversos derivats de l'establiment de mesures preventives desproporcionades en casos d'epidèmies com la darrera pandèmia gripal².

Cal doncs, un plantejament més global que, a la vegada que optimitzi la seguretat dels pacients, assumint de debò que errar és humà i per tant sense estigmatitzar inadequadament les equivocacions, obri el focus de l'anàlisi per tal que podem esbrinar quines són les causes darreres

que expliquen que no haguem aconseguit hores d'ara neutralitzar suficientment els danys associats a les activitats sanitàries.

Convé valorar la importància d'elements com el consumisme, que fomenta la idea que sempre és preferible intervenir, malgrat en ocasions resulti més raonable una observació expectant. Però sobretot convé tenir en compte la importància de la ignorància i de la incertesa i saber assumir-les amb sensatesa. Perquè més enllà dels al·licients econòmics —que afecten directament els sistemes sanitaris on els proveïdors cobren segons l'activitat que fan— i dels de prestigi, associats a una dilatada experiència en determinades activitats terapèutiques, l'intervencionisme i la medicalització també hi tenen a veure amb la manca d'acceptació de la ignorància i sobretot amb la intolerància a la incertesa, accentuades ambdues quan es tracta del risc d'emmalaltir i de morir. Una intolerància que també influeix negativament en la capacitat d'assumir els errors per part dels professionals i de les institucions proveïdores, així com en algunes de les reaccions de la gent per rescabalar-s'hi. D'aquí l'interès en explorar les possibilitats que ens ofereix la ètica per abordar-les.

Des de la fundació de la Salut Pública moderna, a mitjans del segle XIX, amb la proclamació a Anglaterra de la *Public Health Act*³ la justificació moral de les decisions dels salubristes ha estat sovint l'utilitarisme, tot i que de forma més aviat tàcita potser perquè les normes legals obliguen més —sobretot als països anglosaxons— que no pas les deontològiques. No endebades els promotors de la llei esmentada eren eminents i conspicus mercantilistes com Edwin Chadwick, amic i col·laborador de Jeremy Bentham i de John Stuart Mill, els filòsofs de l'utilitarisme.

El desenvolupament de la bioètica que, ultra l'origen històric en l'article de Jahr de 1927⁴ i la proposta de nova disciplina de Potter⁵ el 1970, guanyarà influència a partir de les escruixidores experiències dels camps de concentració, precisament com una protecció davant els excessos monstruosos dels experiments i estudis amb humans que no es varen limitar als nazis. Com mostra el denominat episodi Tuskegee⁶ que, a més, fou l'estímul decisiu per a l'elaboració de l'informe Belmont⁷, amb el qual van quedar establerts els principis de la bioètica per a protegir la dignitat dels subjectes humans d'experimentació, tot i que poc a poc ha anat impregnant la deontologia clínica i assistencial.

Un plantejament que, sense ser contradictori amb els de la salut pública, no resulta particularment adequat per aplicar-lo als dilemes morals que es poden presentar en aquest àmbit. Potser calgui advertir que tot i que l'estudi Tuskegee era una iniciativa del servei de salut pública nord americà, ni els professionals ni les institucions de la salut pública varen sentir-se prou implicats com per tirar endavant cap iniciativa d'aplicació específica dels principis i consideracions ètiques a la Salut Pública. No va ser fins a l'aparició de la Sida i de la reacció en defensa dels seus drets per

part dels estigmatitzats homosexuals americans, així com de l'esforç de Jonathan Mann per exigir el respecte als drets humans⁸ que no es va plantejar la necessitat d'un programa ètic específic. Cal recordar el rebuig al concepte de grups de risc que llavors agrupava les anomenades quatre hac: haitians, hemofílics, heroïnòmans i homosexuals i que en aquest darrer cas es reivindicava substituir per les pràctiques de risc: homes que tenen relacions sexuals amb homes.

D'ençà d'aleshores s'han elaborat algunes propostes de desenvolupament d'una ètica de, en i per a la salut pública⁸ tant pel que fa al marc contextualitzador^{9 10} com davant problemes específics com ara epidèmies i pandèmies¹¹. Esdeveniments estimulants per als salubristes, atès que les aportacions ètiques poden contribuir a millorar la comprensió dels problemes de salut i a abordar-los més adequadament, afegint-hi valoracions i justificacions morals de les decisions conflictives.

Davant l'actitud de negació de la ignorància i de la intolerància a la incertesa que són a l'arrel de la iatrogènia, la reivindicació de la prudència com a un dels valors essencials dels professionals de la sanitat, mitjançant les argumentacions ètiques pot ser d'utilitat. Així doncs, després de resumir el més rellevant de la iatrogènia com a problema de salut de la població i de la salut pública com a institució, ens ocuparem dels conceptes d'ignorància i d'incertesa i com es poden abordar des de la ètica per acabar amb uns suggeriments pràctics per afrontar la responsabilitat de minimitzar els danys associats a la medicina i a la sanitat.

2. Iatrogènia: un resum

Tot i que soni antiga, la paraula iatrogènia va ser encunyada segons alguns, en els anys vint del passat segle, pel psiquiatre suís Eugen Bleuler, autor d'un tractat de psiquiatria que va gaudir de certa popularitat en l'ensenyament de la medicina d'entreguerres. Bleuler hauria provocat en un pacient neuròtic un nou símptoma i, conscient de la seva responsabilitat, va assumir que ell mateix havia estat la causa. En tractar-se d'un problema generat per la pràctica mèdica, el va batejar com iatrogènia¹². Altres, però, atribueixen el neologisme a sir Arthur Hurts, cèlebre gastroenteròleg britànic contemporani de l'anterior, qui l'emprava per descriure "... els desordres induïts en el pacient mitjançant autosuggestió provocada per l'atenció del metge"¹³.

En el seu origen doncs, i etimològicament encara menys, iatrogènia no equival a mala pràctica, tot i que sovint s'utilitzin com a sinònims. Distinció que té la seva importància a l'hora de circumscriure el problema que es pretén abordar. Una alternativa seria la locució "seguretat del pacient" que és la que predomina en l'àmbit sanitari actualment. No obstant això, seguretat del pacient evoca particularment el context assistencial i accentua la importància de fallades o errors

—ni que siguin sistèmics— com les causes evitables del dany associat a les pràctiques sanitàries. El que, sent important, no proporciona una panoràmica prou completa de la qüestió.

Així doncs, la iatrogènia denomina els efectes adversos o indesitjables que apareixen després d'una intervenció mèdica i, en definitiva, el dany associat a la pràctica de la medicina. Si bé, per extensió, el terme es pot utilitzar per referir-se a qualsevol dany associat a una acció mèdica o sanitària, és a dir no només les efectuades per metges, sinó també per qualsevol professional o treballador de l'àmbit de la sanitat, incloses les intervencions de la salut pública, és clar.

Malgrat les dites populars com la de que el que cou cura o similars —llevat que les aprofitem per incrementar la nostra capacitat de resistència— el dany és negatiu, tot i que no sempre és evitable. Per descomptat no ho és quan es produeix com a conseqüència de l'evolució de la malaltia, durant el curs clínic habitual. Ja sigui perquè el tractament no és capaç d'evitar-ho totalment o, perquè es produeix com una conseqüència col·lateral de la intervenció practicada, sigui amb propòsit diagnòstic, profilàctic, terapèutic, rehabilitador o pal·liatiu. Els anomenats efectes secundaris, associats intrínsecament a la intervenció, son com la creu d'una moneda, inseparable de la cara. Només son evitables si la mesura no es porta a terme, la qual cosa suposa renunciar als beneficis que amb ella pretenem obtenir. Argument que ens ha de fer pensar sobre la necessitat i la pertinència de l'actuació que es decideixi dur a terme i, sobretot, si els beneficis previsibles justifiquen el risc d'eventuals efectes indesitjables.

Es debat si el terme iatrogènia és el més apropiat per aproximar-se al coneixement dels danys ocasionats per l'assistència sanitària, ja que hi ha múltiples conceptes afins, relacionats entre si —i en la seva major part de caràcter negatiu— com ara efectes i esdeveniments adversos o indesitjables, sense oblidar els riscos, incidents i complicacions, fins a la medicalització inadequada, el sobrediagnòstic i el sobretractament, passant per errors, descuits, negligències, imprudència, imperícia, o mala praxi, que afegeixen soroll a un problema per al qual convé un abordatge assossegat i proactiu. Una mostra d'aquests embolics podria ser que en l'àmbit judicial, per exemple, iatrogènia s'associa sovint i, com és obvi, no sempre correctament, amb negligència, qui sap si pels ressons fonètics. Bromes a banda no seria la primera vegada que la nostra percepció es distorsiona merament per la denominació d'un problema. Com passa en salut pública amb la legionel·losi, una malaltia que genera molta més preocupació quan s'anomena així que quan es parla de pneumònia o encara més popularment de pulmonia. Tot plegat pot semblar filar massa prim i que no cal tanta precisió semàntica però el cas és que és molt important definir el més exactament possible del que parlem, per estimar la magnitud de l'impacte.

La definició el més acurada possible del problema determinarà com el podem mesurar i la veritat és que en ocasions no resulta massa fàcil distingir els danys evitables dels que no ho son.

Potser vingui a tomb ara recordar alguns dels articles del codi d'Hammurabi que es reproduïxen a la figura 1.



Figura 1. Código de Hammurabi. Museo del Louvre. Circa 1800 AC.

Fa gairebé quatre mil anys —almenys— del reconeixement que les pràctiques mèdiques, en aquest cas quirúrgiques poden ser perjudicials i no solament això, sinó que eren objecte de sanció. Una altra cosa fora com s'aplicaven realment aquest preceptes. Però des de la constatació judicial dels babilonis, s'han anat desenvolupant una diversitat de mètodes per detectar i sobretot per classificar correctament aquesta mena de danys . Particularment en l'àmbit de l'assistència sanitària. Una metodologia complexa que inclou estudis rutinaris, i recerques específiques de naturalesa diversa. Fins i tot la vigilància de situacions sospitoses como ara els esdeveniments sentinella o disparador^{14 15} que requereix la seva notificació sistemàtica.

Amb els recursos metodològics disponibles es poden dur a terme estudis que estimen la freqüència i la gravetat d'aquests danys, una iniciativa que no s'ha desenvolupat com convindria entre d'altres coses per la tendència a negar els errors, per la vergonya que poden provocar i també per la por a les conseqüències professionals i fins i tot penals que pot comportar. Algunes d'aquestes estimacions son prou preocupants, però. Les més escandaloses pertoquen als Estats Units d'Amèrica del Nord on els errors mèdics —en sentit ampli— constituïrien la tercera causa de mort amb unes 250.000 defuncions anuals¹⁶. Segons dades de la OMS¹⁷ alguns estats europeus com el Regne Unit, França; Dinamarca o Espanya han publicat dades sobre efectes adversos als hospitals que oscil·len prop del 10% dels ingressos . Les infeccions adquirides als hospitals afecten un de cada cinc pacients, amb més de quatre milions de casos anuals i els gèrmens com *Staphylococcus aureus* multiresistent (SARM) ja abasten el 5% de les infeccions associades amb

l'atenció mèdica. Gairebé una quarta part dels ciutadans europeus han patit directament algun error mèdic. A Espanya disposem d'estimacions tant per als hospitals com per a l'atenció primària i fins i tot per a les residències, malgrat que ja tenen uns anys. En resum prop del 10% dels malalts ingressats als hospitals espanyols pateixen algun efecte advers mentre que és prop del 0,2% de les visites la incidència a l'atenció primària¹⁸.

Tot plegat mostra que, malgrat no tenir-ne dades molt precises, els danys associats a la pràctica sanitària no són de cap manera anecdòtics. Tampoc no sembla que els esforços esmerçats en el desenvolupament d'estratègies de seguretat del pacient donin els resultats desitjats, potser perquè a diferència d'altres sectors com el de l'aeronàutica, el problema no és únicament degut a errors i negligències tot i que tampoc es tracten amb la mateixa naturalitat. A més una reacció habitual per part dels professionals i treballadors són les pràctiques defensives (com mostra la taula següent).

Tabla 2. Estudios españoles sobre la frecuencia de eventos adversos en diferentes ámbitos asistenciales

Estudio	Año recogida datos	Tipo de estudio	Ámbito	EA total (%pacientes)	EA más frecuentes	%EA prevenibles
ENEAS ¹⁵	2005	Cohortes históricas	24 Hospitales	9,3%	Medicación (37,4%), IAAS (25,3%) Procedimientos (25%).	50%
APEAS ²⁶	2007	Prevalencia	48 Centros AP	10,11%	Medicación (47,8%) Peor curso evolutivo de la enfermedad de base (19,9%) Procedimientos (10,6%).	70%
EARCAS ²⁷	2010-2011	Cualitativo	Residencias y centros sociosanitarios	-	Cuidados, Medicación IAAS.	-
SYREC ²⁸	2007	Cohortes prospectivo	79 UCI/ 76 Hospitales	33,1%	Cuidados (26%) IAAS (24%) Medicación (12%)	60%
EVADUR ²⁹	2009	Prospectivo	21 Servicios de Urgencias	7,2%	Proceso de atención (46,2%), Medicación (24,1%) y Procedimientos (11,7%).	70%

- ENEAS: Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización.
 - APEAS: Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria.
 - EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios.
 - SYREC: Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico.
 - EVADUR: Eventos Adversos en Urgencias.
 - EA: Evento adverso.
 - IAAS: Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

3. La ignorància, la incertesa i la presa de decisions

Ignorància i incertesa són dos conceptes que expressen desconeixement però no son del tot sinònims, perquè mentre ignorància significa falta de saber, la incertesa vol dir més aviat no saber del cert. L'etimologia d'ignorància és de vegades objecte de confusió, atès que alguns atribueixen l'origen del mot al verb llatí *gnoscere*, conèixer, però sembla que els verbs llatins no poden mai anar precedits d'un prefix negatiu com in- per la qual cosa l'antecedent d'ignorància seria *ignorare*

derivat de l'adjectiu *ignarus* que al seu torn procediria de *gnarus*, que vol dir expert. *Ignarus* fora l'inexpert, doncs. En canvi, incertesa, que també ens ha vingut del llatí *in-certitudo*, ens remet a incert, és a dir dubtós o insegur.

En l'àmbit de la filosofia, la ignorància també ha donat molt de sí, des de les reflexions socràtiques al *sapere aude* de Kant passant per Sant Agustí o Nicolàs de Cusa i la seva *docta ignorantia*. I, pel que fa a la certesa és, nogensmenys, l'objecte de l'epistemologia, l'estudi del coneixement humà^A. Filosofia i ciència en son els camins i, precisament en l'àmbit de la ciència, més concretament el de la física quàntica, s'ha formulat un anomenat principi d'incertesa que, per cert, li va valdre el premi Nobel de l'any 1932 a Werner Heisenberg. Un principi que, més enllà de postular la impossibilitat de conèixer amb precisió determinats parells de magnituds físiques observables i complementàries, reconeix que els procediments mateixos d'observació o de mesura alteren inevitablement allò que volem mesurar.

Pel que fa al coneixement científic, el desenvolupament del neopositivisme lògic del que son capdavanters Bertran Russell^B i Ludwig Wittgenstein, vindrà acompanyat pel racionalisme crític que entre altres postularà Karl Popper, amb l'argument que la condició de falsabilitat permet establir la demarcació de l'àmbit, perquè si les proposicions no son potencialment refutables, no pertocuen a l'àrea del coneixement científic. Així doncs, el coneixement científic, que te la enorme avantatge de ser susceptible de replicació, no serà mai definitiu. En certa manera la veritat s'esmuny de l'abast de la ciència tot i que la fe o l'art la segueixin reivindicant. La qual cosa no implica renunciar a l'aproximació a la realitat que te una existència objectiva, més enllà de les nostres limitacions cognitives. Però amb humilitat o millor dit, reconeixent-les. Popper mateix insta els metges a abandonar el dogmatisme de la mala ciència i a assumir tant la ignorància com la incertesa¹⁹.

Finalment, en el camp més proper a la bioètica i en general a la ètica aplicada a les pràctiques professionals, convé tenir en compte la denominada teoria de la decisió, part de la qual te a veure amb la presa de decisions en condicions d'incertesa. Una àrea inicialment explorada per *Blaise Pascal* en els seus *Penseés*, on ja proposava servir-se del valor esperat per aconseguir la millor decisió. Un segle més tard *Daniel Bernouilli* qui, per cert, fou l'autor de la primera valoració estadística d'una intervenció sanitària, la inoculació o variolització²⁰, en la seva exposició sobre una nova mesura del risc, recorre a la funció d'utilitat esperada com a justificació de l'acció més

^A Coneixement que per als clàssics és exclusivament el de les creences veritables i justificades. Altrament es tracta d'opinió, *doxa*. Això no obstant, el recentment traspasat Jorge Wagensberg, considerava que es pot accedir al coneixement per camins ben diversos, com el místic o l'artístic i, naturalment, el científic.

^B Precisament Russell és un dels defensors de l'utilitarisme com a doctrina filosòfica per fonamentar les polítiques públiques, gairebé la única justificació ètica de les intervencions de la salut pública fins a les acaballes del segle XX.

convenient. Antecedents, conjuntament amb les aportacions de Bayes sobre les probabilitats condicionals, del plantejament d'Abraham Wald l'any 1939 en considerar les hipòtesis i les estimacions estadístiques quan introdueix les regles de la decisió²¹. Una perspectiva que culminarà amb la proposició de les probabilitats subjectives i les aplicacions a l'economia que els hi reportarà el premi Nobel als psicòlegs Tversky y Kahneman²², tot i que posteriorment Gigerenzer desenvoluparia més epistemològicament, sobretot al capítol titulat *I think, therefore I err* del seu llibre sobre la racionalitat²³.

4. Què s'entén per ètica de la ignorància i de la incertesa?

Assumir que no sabem tot el que ja se sap esdevé la base de la ètica de la ignorància, que te a veure directament amb decidir equivocadament i, en general, amb els errors per acció o per omisió en dur a terme qualsevol mena d'activitats i, en particular, les de caràcter professional. I com que la ignorància, en el sentit més etimològic de manca d'expertesa —en alguns dels àmbits de les nostres pràctiques quotidianes— o en el sentit més immediat d'equivocar-nos, és una característica pròpia i persistent —podríem dir que patognomònica— dels humans, perquè els nostres comportaments i les nostres decisions siguin moralment acceptables, no tenim altre remei que assumir aquesta limitació de la nostra naturalesa. Una assumpció que no vol dir però acceptació resignada ni, encara menys, exoneració o impunitat davant dels eventuais errors comesos per ignorància, sinó que donin lloc a la millor resposta possible, una reacció que faciliti no tornar-los a cometre i, com a mínim, que no incrementi els perjudicis actuals ni futurs. La formulació d'una ètica de la ignorància no és molt habitual. Tot i que cada vegada sigui més fàcil trobar referències^{24 25}.

Acceptar que mai no ho sabrem tot, ni tan sols d'una petita part de la naturalesa o de la realitat, esdevé, en canvi, el fonament de la ètica de la incertesa perquè cap increment del coneixement pot garantir el control d'eventuals conseqüències indesitjables de les accions que emprenem basades en els nous descobriments²⁶. La formulació com a ètica de la incertesa no és excepcional en els àmbits de la medicina^{27 28} tot i que l'interès mèdic abasti més àrees que les de la ètica com mostra l'article de Carles Vallbona quant a com la aborden els estudiants²⁹ o d'altres dedicats a diverses taxonomies^{30 31}. Sense oblidar que la incertesa pot tenir un efecte benèfic en estimular l'actitud crítica dels professionals³². Perquè encara que sigui una limitació, no implica una actitud pusil·lànim de nihilisme, sinó de prevenció de la temeritat. Tot plegat per tal de respectar els principis de beneficència i de no maleficència de la bioètica que si bé van ser formulats pensant en la protecció dels subjectes d'experimentació humans han estat generalitzats a la pràctica assistencial de la medicina i poden ser assumits també per la pràctica comunitària de la sanitat pública.

Ambdues perspectives ètiques justifiquen una actitud prudent pel que fa a les nostres possibilitats d'exercici professional pertinent amb els pacients i, en general, per a qui gaudeixi o pateixi els efectes de les activitats d'una determinada professió, sigui la medicina o d'altres de l'àmbit sanitari, per exemple.

5. Què tenen a veure amb la iatrogènia?

Ja hem vist que, malgrat que el propòsit de les intervencions mèdiques i sanitàries és, en general, procurar beneficis als pacients o a les poblacions en termes de qualitat de vida associada a la salut, els seus resultats també poden ser anodins o fins i tot perjudicials. En d'altres paraules no és possible garantir que sempre seran innòcues, la qual cosa no vol dir, naturalment, que provoquin inexorablement dany, sinó que no podem assegurar que no el generin en alguna ocasió, sense que, en general, es pugui preveure quan. Un dany que no sempre resulta d'una intervenció (o potser d'una omisió) errònia o negligent, tot i que de vegades aquesta en sigui la causa. No es pot dir que la ignorància sigui una de les qüestions més abordades per la literatura mèdica, però tampoc no és exòtica. Encara que sigui quan s'associa als errors i les negligències que mereix més atenció, particularment després de la publicació de l'informe de l'Institut de Medicina "*To err is human*"³³ que va generar una munió de treballs orientats a prevenir dins del possible els errors i les negligències i que ha culminat amb el desenvolupament d'una cultura de la seguretat del pacient³⁴ ^{35 36 37 38} des d'una perspectiva possibilista que alguns consideren insuficient perquè la ignorància és una característica consubstancial a la naturalesa humana, com assenyalen d'altres^{39 40}. Tanmateix, els danys atribuïbles a la pràctica mèdica o sanitària no són sempre conseqüència d'errors o negligències. Perquè fer les coses bé no és garantia d'innocuitat i, altrament, un intervencionisme exagerat mena indefectiblement al sobre diagnòstic i al sobre tractament, situacions que incrementen el risc d'efectes indesitjables, com assenyalava el recent informe SESPAS/OMC^{41 42}. Altrament, la denominada medicina defensiva —que és una de les reaccions davant l'eventualitat de litigis i reclamacions— a més de tractar-se d'una conducta rebutjable des d'una perspectiva deontològica —atès el conflicte d'interessos que comporta prioritzar la seguretat i la comoditat del professional davant l'interès principal que és el benestar del pacient— en incrementar les proves complementàries o les prescripcions fútils augmenta també la probabilitat de presentar efectes adversos directes i, òbviament, genera efectes adversos indirectes en malbaratar la utilització de recursos en el cas de la sanitat pública.

Quant a la ètica de la incertesa⁴³ i la seva aplicació a les professions sanitàries predomina també una orientació possibilista focalitzada cap a les conseqüències del principi de precaució⁴⁴

⁴⁵ malgrat que en algunes ocasions s'adrecen a qüestions més relacionades amb la pràctica professional i les implicacions per al sistema sanitari^{46 47}.

Ambdues perspectives ètiques poden ajudar doncs a bastir l'actitud més adequada a l'hora de decidir quines són les intervencions mèdiques o sanitàries que convé prescriure ja sigui en l'àmbit assistencial com en el col·lectiu. Una actitud prudent que en qualsevol ocasió que calgués prendre una decisió mèdica o sanitària, tingués en compte sempre, a més dels eventuais beneficis perseguits, els potencials perjudicis als que podrien exposar-se les persones objecte de la decisió. Una valoració sistemàtica que limités els perills de la temeritat i alhora els de la pusil·lanimitat que podria conduir al nihilisme sanitari. Bàsicament quantificant si el benefici esperat paga realment la pena. Un exemple molt il·lustratiu de l'aplicació pràctica d'aquesta mena de valoracions és el que ha dut a restringir la indicació de les episiotomies per prevenir els esquinçaments perineals greus per tal com la intervenció rutinària s'ha revelat no solament com a supèrflua i per tant ineficient, sinó també com a potencialment nociva, de manera que actualment només s'aconsella la episiotomia si se suposa que hi ha risc apreciable d'un esquinçament espontani⁴⁸. Naturalment, algunes dones a les que no se'ls hi practiqui profilàcticament podran patir les conseqüències d'un esquinçament, fins i tot les greus, ja sigui perquè en explorar no s'ha detectat el risc, falsos negatius, o per d'altres raons imprevisibles. Però com s'ha demostrat, si es fa rutinàriament el saldo net és negatiu, és a dir hi ha més dones perjudicades que beneficiades. Una situació similar a la que s'esdevé amb la prevenció secundària del càncer de pròstata quan es proposa un cribratge poblacional amb l'antígen prostàtic específic (PSA) en homes asimptomàtics tot i els dubtes per alguns trams d'edat atès que si bé els beneficis potencials són grans els perjudicis ocasionats pel sobrediagnòstic poden ser-ho encara més⁴⁹. La idea de que una intervenció preventiva paga sempre la pena pot ser ingènua i encara pitjor temerària. L'episodi de l'estudi sobre la prevenció de malalties isquèmiques del cor en dones menopàusiques amb profilaxi hormonal que s'hagué de suspendre perquè en lloc d'evitar-les les fomentava, va donar peu a un editorial acusatori de David Sackett que va tenir un ampli ressó⁵⁰.

Caldria doncs explorar si és factible promoure la prudència com un dels valors essencials per a la deontologia dels professionals de la salut i de la sanitat per a la qual cosa sembla imprescindible incrementar la tolerància a la incertesa i assumir que com no ens podem deslliurar de la ignorància cal afrontar-la de manera que no provoqui encara més problemes que els que causa la seva negació o el seu ocultament.

Fecha de recepción: 15 de octubre de 2018

Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2018

-
- ¹ Segura A, Giner V. El consumo sanitario inapropiado y la trivialización de la medicina. *Aten Primaria* 2013; 45: 247-7.
 - ² Gervas J, Hernández Aguado I. Ética y salud pública. El caso de la gripe A (H1N1), 2009-2010. *Gestión Clín Sanit.* 2011;13:123-27. Accesible <http://equipocesca.org/etica-y-salud-publica-el-caso-de-la-gripe-a-h1n1-2009-2010/> Consultat el 9 de gener de 2019.
 - ³ Calman K. The 1848 Public Health Act and its relevance to improving public health in England now: *Br Med J* 1998; 317: 596-8.
 - ⁴ Sass HM. Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J.* 2007;17:279-95.
 - ⁵ Potter, Van Rensselaer. *Bioethics: Bridge to the Future.* New Jersey: Prentice Hall, 1971
 - ⁶ Coughlin SS, Etheredge GD, Metayer C, Martin, Jr SA. Remember Tuskegee: public health student knowledge of the ethical significance of the Tuskegee Syphilis Study. *Am. J. Prev. Med.* 1996; 12:242-6.
 - ⁷ Office for Human Research Protections. The Belmont Report 1978. Accesible a: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
 - ⁸ Gostin LO. Public health, ethics, and human rights: a tribute to the late Jonathan Mann. *J Law Med Ethics.* 2001;29:121-30.
 - ⁹ Callahan D, Jennings B. Ethics and Public Health: Forging a strong relationship. *Am J Public Health* 2002; 92: 169-76.
 - ¹⁰ Kass NE. An ethics framework for public health. *Am J Public Health* 2001; 91: 1776-82.
 - ¹¹ Upshur RGA. Enhancing the Legitimacy of Public Health Response in Pandemic Influenza Planning: lessons from SARS. *Yale J Biol Med.* 2005 Oct;78(5):335-42.
 - ¹² Bleuer E. *Lehrbuch der Psychiatrie.* Berlín: Springer, 1916. Hi ha traducció espanyola a Espasa CALpe, 1967.
 - ¹³ Ishikawa H, Ohtsuka H, Aoki M. Iatrogenic disease in General medicine. *Psychosomatics* 1966; 7: 131-8
 - ¹⁴ JCAHO: Sentinel events, June 6. 2000. Accesible a: <http://www.jcaho.org>. Consultat el 9 de gener de 2019.
 - ¹⁵ Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Bruel C, Max A, Lau N, Misset B. *Annals of Intensive Care* 2012, 2:2-9.
 - ¹⁶ Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death at US. *BMJ* 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139.
 - ¹⁷ WHO. patient safety. Accesible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>. Consultat el 9 de gener de 2019.
 - ¹⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. Accesible a: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>. Consultat el 9 de gener de 2019.
 - ¹⁹ McIntyre N, Popper K. The critical attitude in Medicine: the need for a new ethics. *BMJ* 1983; 287: 1919.
 - ²⁰ Backaer N. *A short history of mathematical population dynamics.* London: Springer-Verlag 2011: 21-30.
 - ²¹ Robbins H. Review: A. Wald, Statistical decisions functions. *Bull. Amer. Math. Soc.* 1951; 57 (5): 383-384.
 - ²² Tversky, A., Kahneman, D. (1981). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science*, 1981; 211: 453-8.
 - ²³ Gigerenzer G. *Rationality for mortals. How people cope with uncertainty.* Oxford University Press, 2008: 65-80.
 - ²⁴ Lundblatt N. *Towards an Ethics of Ignorance?* Oxford Internet Institute. <https://www.oii.ox.ac.uk/videos/towards-an-ethics-of-ignorance/>. Consultat el 9 de gener de 2019.
 - ²⁵ Vitek B. (ed) *The Virtues of ignorance: Complexity, Sustainability, and the Limits of Knowledge.* University Press of Kentucky. 2008.
 - ²⁶ Zuradzki T. Ethics and Uncertainty: The Guest Editor's Introduction. *Diametros* 53 (2017): 1-5 doi: 10.13153/diam.53.0.1097.

-
- ²⁷ Ghosh AK. Understanding medical uncertainty: a primer for physicians. *JAPI* 2004; 52: 739-42.
- ²⁸ Domen RE. The ethics of ambiguity: Rethinking the role and importance of uncertainty in Medical Education and Practice. *Academic Pathology* 2016; 1-7.
- ²⁹ Merrill JM, Camacho Z, Laux LF, Lorimor R, Thornby JL, Vallbona C. Uncertainties and ambiguity: measuring how medical students cope. *Med Edu* 1994; 28: 316-22.
- ³⁰ Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011; 31: 828-38.
- ³¹ Bhise V, Rajan SS, Sittig DF, Morgan RO, Chaudhari P, Singh H. Defining and Measuring Diagnostic Uncertainty in Medicine: A systematic review. *J Gen Intern Med* 2017; 33: 103-15.
- ³² Wellbery C. The art of Medicine. The value of medical uncertainty. *Lancet* 2010; 375: 1686-7.
- ³³ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). *To err is human*. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
- ³⁴ Benjamin CG. Addressing medical errors: the key of a safer health care system. *Physician Exec.* 2000;26:66-7.
- ³⁵ May T, Aulisio MP. Medical malpractice, mistake prevention and compensation. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2001; 11: 135-46.
- ³⁶ Weingart SN, Wilson RMCL, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of Medical Error. *BMJ* 2000; 320: 774-7.
- ³⁷ Daut-Leyva J. Karl Popper: el error médico y la ética médica. *El decálogo ético de Popper*. *Arch Salud Sin* 2011; 5: 19-22.
- ³⁸ Schubert C, Winslow G, Montgomery S, Jadalla A. Defining failure: The language, meaning and ethics of medical error. *Int J Humanities and Social Science* 2012; 2: 30-42.
- ³⁹ Pinkus RLB. Mistakes a social construct: an historical approach. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2001; 11: 117-33.
- ⁴⁰ Enkin MW. The seven stages of ignorance. *Birth* 2008; 35: 169-70.
- ⁴¹ Grupo de trabajo SESPAS/OMC Iatrogenia: análisis, control y prevención. Documento del grupo de trabajo SESPAS—OMC sobre iatrogenia. 22 de junio 2017. Accessible a: <http://sespas.es/2017/09/06/presentacion-del-informe-sespas-omc-sobre-iatrogenia/>. Consultat el 9 de gener de 2019.
- ⁴² Segura A. Iatrogenia: análisis, control y prevención. *FEM. Revista de la Fundación Educación Médica* 2017; 20: 253-4.
- ⁴³ Luntley M. Ethics in the face of uncertainty: judgement not rules: *Bus Ethics Euro Rev* 2003; 12: 325-33.
- ⁴⁴ Stirling A. Risk, precaution and science: towards a more constructive policy debate. *EMBO reports* 2007; 8: 309-15.
- ⁴⁵ Strand R, Oughton D. Risk and Uncertainty as a research ethics challenge. *National Committees for Research Ethics in Norway*. Publication 9 2009. Accessible a: <https://www.etikkom.no/Aktuelt/publikasjoner/Risk-and-Uncertainty---as-a-Research-Ethics-Challenge/>. Consultat el 9 de gener de 2019.
- ⁴⁶ Ceriani JM. Embracing uncertainty and ignorance in medical practice. *Arch Argent pediatr* 2016; 114: 98-9.
- ⁴⁷ Hillen MA, Gutheil AM, StroutTD, Smets EMA, Han PKJ. Tolerance of uncertainty.: conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Social Science & Medicine* 2017; 180: 62-5.
- ⁴⁸ Argentine episiotomy trial collaborative group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342: 1517-8.
- ⁴⁹ Misra-Hevert AD, Kattan MW. Prostate Cancer Screening—A New Recommendation for Meaningful Physician-Patient Conversations. *JAMA Oncol.* 2018;4:1049-50.
- ⁵⁰ Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002; 167 : 363-4.