

La definición de la "experiencia clínica" es sorprendentemente difícil. El ajedrez tiene un sistema de clasificación objetivo basada en la capacidad del individuo y en criterios de desempeño. De la misma forma, los deportistas tienen sistemas de clasificación para diferenciar a los novatos de los deportistas olímpicos. Pero en medicina, después de que los médicos han completado su capacitación y son aprobados por sus respectivos consejos, ninguna prueba adicional identifica aquellos que han logrado los niveles más altos de desempeño clínico. Por supuesto, los médicos a menudo consultan a una pequeña "elite" de médicos "para resolver los problemas particularmente difíciles" cuando se enfrentan a casos desconcertantes. Sin embargo, pese a su capacidad, incluso los médicos con gran experiencia típicamente no pueden explicar sus métodos y procesos de manera exacta, con lo que se limita la adquisición y diseminación de la experiencia utilizada para lograr sus resultados impresionantes. Además, la virtuosidad del médico parece no ser generalizable; es decir, un experto en miocardiopatía hipertrófica podría no ser mejor (y posiblemente sería peor) en comparación con un residente de primer año para el diagnóstico y tratamiento de un paciente con neutropenia, fiebre e hipotensión.

Ciertos fenómenos causan o testifican sobre otro fenómeno. Esto quiere decir que la presencia de uno está en relación con la presencia del otro. En medicina esas relaciones se analizan en el estudio de los riesgos y en la prueba de la presencia de una patología. Por ejemplo, la presencia de cianosis puede estar relacionada con una neumonía. Esto no solo se hace en medicina. En otras ciencias las relaciones entre fenómenos también pueden ser analizadas: así, por ejemplo, los meteorólogos, a partir del aspecto del cielo, de las medidas barométricas, de las fotografías tomadas desde satélites, tratan de prever el clima que habrá en los días siguientes. De igual manera, en criminología, es esencial aportar un cierto número de pruebas con el fin de confirmar las sospechas de culpabilidad de los diferentes acusados.

La clásica relación médico-paciente ha cambiado en los últimos 50 años, como lo han hecho todas las sociedades en su vida cívica, cada una a su propio ritmo. Las relaciones humanas verticales propias de la antigüedad y de la edad media, en la cual todo tipo de autoridad se vivió como relaciones de padres a hijos, incluyeron el paternalismo en la medicina. Este paternalismo médico evolucionó desde formas más duras a otras más moderadas. El enfermo primero fue solo informado de su situación, luego se pidió su aceptación para ser tratado, para hoy reconocer y respetar el derecho a ejercer su capacidad de decisión ante su salud y enfermedad. Es el desarrollo de la autonomía de la persona no solo en el terreno cívico o político sino en otros ámbitos que incluyen la medicina, con lo cual el clásico paciente ha pasado a ser un consumidor de servicios en modelos de salud más institucionalizada y de mercado. De esta manera, el clásico paternalismo ha

evolucionado hacia el reconocimiento y respeto a la autonomía del enfermo, con lo cual ha cambiado radicalmente la forma de tomar decisiones. Pero no solo ha cambiado el enfermo, también lo ha hecho la medicina. Con los continuos avances científicos y tecnológicos, las alternativas de procedimientos e intervenciones diagnósticas y terapéuticas han llegado a magnitudes antes inimaginables. Y para cada una de ellas se hace necesario un proceso de decisiones que también es progresivamente más complejo y muchas veces conflictivo. La práctica clínica se enfrenta diariamente a problemas diagnósticos y terapéuticos que exigen decisiones en base a hechos que son también contextuales y que ponen en juego valores que necesitan ser debidamente ponderados. Por lo tanto, parece lógico considerar que las decisiones en la práctica clínica son científicas y técnicas, pero son además decisiones morales en cuanto a elegir “el mejor” camino para cada situación. Esta decisión de “lo mejor” constituye de hecho una ponderación de valores, lo cual implica un juicio moral que exige un análisis de hechos, valores y deberes. El tipo de decisiones complejas con problemas éticos es casi ilimitado. Siguiendo el ciclo vital podemos imaginar los problemas ético-clínicos relacionados a cada una de sus etapas como control de natalidad, tratamientos de infertilidad, embarazo y aborto, tratamientos perinatales, prematuridad, malformaciones congénitas, enfermos críticos de dudosa recuperabilidad, pacientes terminales, cuidados paliativos con sus requerimientos específicos, los problemas del adulto mayor, así como todos aquellos que se relacionan con el fin de la vida y la búsqueda de una muerte digna, por ejemplo opciones de eutanasia o suicidio asistido, trasplante de órganos, etc. Cada una de estas situaciones incluye una infinidad de dudas o conflictos diferentes, con frecuentes problemas éticos que pocas veces son explícitamente identificados por los profesionales involucrados en el caso. Lo anterior significa que se resuelven de manera intuitiva, sin reconocer ni menos aún analizar sistemáticamente los valores en juego. De esta manera, aunque por la experiencia frecuentemente se resuelven de forma adecuada, no siempre es así. No se trata de que ocurran graves errores, pero sí que las soluciones podrían ser muchísimo mejores de lo que son. Imagínese el lector el caso de un enfermo de 90 años, con daño psico-orgánico y mala calidad de vida previa, que es llevado a un servicio de urgencia por apremio respiratorio. Confirmado el diagnóstico de una neumonía aspirativa con insuficiencia ventilatoria, la indicación médica debería ser su ingreso a cuidado intensivo y conexión a ventilación mecánica. Sin embargo, en este caso particular dicha decisión, para ser éticamente correcta, no puede restringirse a criterios biológicos sin considerar y ponderar la calidad de vida, posibles expresiones de voluntad previa del paciente, creencias y expectativas familiares, contexto económico social y las alternativas factibles de cuidado. El fundamento de la decisión no puede ser meramente intuitivo. Así como para establecer un diagnóstico y su terapéutica el clásico “ojo clínico” es insuficiente, para buscar la conducta éticamente más correcta no basta con el llamado “olfato

moral”, que es la primera impresión basada en experiencias y criterios personales. Tanto el ojo clínico como el olfato moral pueden ser buenos puntos de partida pero exigen ser seguidos de una forma sistemática de análisis.

Como ya se ha expresado, en la medicina contemporánea las decisiones clínicas son complejas y no pueden ser tomadas solo por el médico. Los agentes de decisión incluyen en primer lugar al médico, o más bien a los médicos, por cuanto rara vez un médico estará decidiendo solo ante escenarios críticos. Por su parte, el enfermo tampoco estará solo sino acompañado por su familia y una variable red social. A lo anterior se agregan otros profesionales no médicos de la salud, posibles consejeros externos de cada paciente, los documentos u otras formas de expresión de voluntades anticipadas cuando existen, y órganos consultivos como los comités de ética asistencial o los consultores de ética clínica. No solo participan estos diversos agentes sino que ellos están influenciados o dependen de factores que incluyen la capacidad del enfermo para comprender su situación y tomar decisiones, la misma capacidad en sus familiares, los problemas emocionales asociados inevitablemente a la enfermedad y los temores, esperanzas, culpas o intereses diversos en juego. A lo anterior se agregan factores culturales, religiosos, los recursos disponibles, las políticas de salud o las regulaciones institucionales y la legislación vigente. El conjunto de agentes de decisión y los diversos factores ya mencionados exigen procesos de decisiones compartidas que llevarán a determinaciones que son más complejas y muchas veces más lentas, pero generalmente más razonables y prudentes. Comités de ética y consultoría ético-clínica Los casos clínicos que plantean problemas éticos más complejos o críticos pueden ser consultados a los comités de ética asistencial cuyas funciones son la consultoría de casos, la docencia intrahospitalaria y la participación proactiva en las normas institucionales. Los comités analizan los casos clínicos que les son presentados aplicando un método previamente acordado y de esta manera ayudan a la solución del problema mediante recomendaciones o sugerencias debidamente fundamentadas que deben responder así a las preguntas y dudas del equipo profesional tratante. No obstante, la responsabilidad profesional, moral y legal de las decisiones particulares corresponden a quienes toman las decisiones y no al comité que tiene calidad de órgano consultor. La experiencia ha mostrado, en diferentes partes del mundo, que los casos presentados a los comités son escasos o excepcionales. Por esta razón en muchos hospitales de EE.UU. se han establecido sistemas de consultoría ético-clínica, sea individual.