

# Trasplantes, pacientes y palabras

María Elena Ferrario de Pruden<sup>1</sup>

Las palabras son las mediadoras por excelencia en nuestra vida social, vemos su eficacia en los efectos que producen, para acercarnos o alejarnos de personas o de situaciones. Algunas palabras nos confortan y otras nos aterran, según por quién, cómo y en qué contexto son pronunciadas. El lenguaje es compartido por los miembros de una cultura, algunas palabras generan significaciones diferentes entre quienes las pronuncian y quienes las interpretan por pertenecer a diferentes ámbitos.

Estas reflexiones surgieron al comprobar los efectos producidos en algunos pacientes por dos términos del lenguaje médico: **terminal** y **cadavérico**.

Los profesionales de la salud trabajamos con la enfermedad para curarla o disminuir el sufrimiento que produce, pero también convivimos con la muerte.

¿Será por eso que muchas veces eludimos o negamos los temores ancestrales que están asociados a ella y que de modo más o menos explícito afectan a los pacientes?

Las palabras *terminal* y *cadavérico* utilizadas por los médicos al comunicar a sus pacientes el diagnóstico de insuficiencia renal crónica *terminal* (traducción de *end stage chronic kidney disease*) o al comunicar un trasplante de donante *cadavérico*, *afectan negativamente en diferentes grados a los pacientes que las escuchan*.

Los profesionales cuando las pronuncian tienen en mente que un paciente con insuficiencia renal crónica terminal puede preservar su vida con hemodiálisis o con un trasplante de donante vivo o cadavérico.

Los pacientes las reciben e interpretan como palabras inquietantes, desagradables y productoras de rechazo (consciente e inconsciente) por las asociaciones y significaciones que rápidamente despiertan en quienes están involucrados, lo cual puede actuar de manera negativa en el afrontamiento de lo “por venir”.

Un médico informó a su paciente que tenía insuficiencia renal terminal; la primera asociación del paciente con la palabra terminal fue *lo que acaba, el final*, y sintió su muerte muy próxima. Esto no debería extrañarnos pues en el *Diccionario de la Real Academia* leemos: “Terminal: Dicho de un enfermo o de un paciente que está en situación grave e irreversible y cuya muerte se prevé muy próxima”.

Una entrevista realizada a familiares de un paciente en hemodiálisis nos permitió observar la conmoción producida al mencionar la posibilidad de esperar un riñón *cadavérico* para evitar la donación potencial de un familiar. *Cadavérico*, se repitió casi en secreto, como si fuese una “mala palabra”, y el lenguaje corporal mostró el rechazo visceral, no expresado verbalmente y próximo a lo siniestro por las respuestas emocionales concomitantes. Cadavérico se relaciona inmediatamente con lo que está en descomposición y comido por gusanos; es muy difícil imaginar y aceptar que un órgano connotado con estas características pase a formar parte de uno.

En la Biblia se le adjudican a las palabras poderes reparadores y positivos (la palabra puede curar) o destructivos (la palabra puede matar).

Las palabras en sí mismas ni curan ni matan, su valor positivo o negativo está determinado por los efectos de sentido que operan en los sujetos involucrados.

Las palabras en diferentes culturas fueron usadas con fines opuestos: los ensalmos para curar y los conjuros o maldiciones para dañar.

Levi Strauss, en su obra *Antropología Estructural*, también mencionó las potencialidades de la palabra al referirse a “la eficacia simbólica” en las curaciones chamánicas.

El paciente espera de su médico palabras reconfortantes, para disminuir la angustia, el temor, la inseguridad

1. Lic. Psicología, Hospital Británico de Buenos Aires.

por su futuro, que se han puesto en movimiento alborotado por los pensamientos más o menos reales acerca de su enfermedad y condicionados por sus convicciones sobre ella, a los cuales debemos sumarle el estrés emocional generado por las consultas a diferentes especialistas y los estudios pertinentes previos a la obtención del diagnóstico.

El motivo de esta comunicación es quitar, al peso de la enfermedad en sí, el plus de angustia difusa e innecesaria producida por las palabras *terminal* y *cadavérico*. Consideramos necesaria la eliminación de estas palabras usadas cotidianamente en el lenguaje médico por ser portadoras de eficacia simbólica negativa en quienes las escuchan.

Los adjetivos *terminal* y *cadavérico*, instituidos uno en el diagnóstico de insuficiencia renal *terminal* y el otro en la denominación de donante *cadavérico* (no vivo),

incrementan innecesariamente, como observamos en reiteradas ocasiones, el padecimiento de los sujetos involucrados.

**Proponemos reemplazar *terminal* por *permanente*.**

Los profesionales sabrán que *permanente* alude a una insuficiencia renal crónica, estadio V (hemodiálisis o trasplante), y los pacientes subjetivamente resultarán menos afectados al escuchar *permanente* en lugar de *terminal*.

El significado evocado por *permanente*, paradójicamente, es opuesto al evocado por *terminal*, pues se asocia con lo que perdura.

**Sugerimos que, en lugar de *riñón de donante cadavérico*, se utilice *riñón proveniente del INCUCAI*.**

Esta denominación identificará la procedencia, y a su vez el receptor pensará en el ser humano solidario que al inscribirse como donante expresó su deseo ayudar a un semejante.

# Aborto

Lombi F, Pintos V, Frugoni M, Pérez M, Silva C, Silva Z, Feder A, Claros P, Finn B.

El reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha disparado nuevamente la polémica, de hecho ya existente, sobre los problemas éticos relacionados con el inicio de la vida, puntualmente sobre el tema del *aborto*.<sup>1</sup>

En este último tiempo se han puesto de manifiesto opiniones muy polarizadas con respecto a este tema, con serias dificultades para llegar a acuerdos sociales.

El debate y enfrentamiento se centra entre posiciones desgraciadamente muy contrapuestas acerca de la consideración moral del aborto y las fórmulas para su regulación.

La comunidad médica en general no puede ser neutral ante el debate que se genera en torno de este tema, puesto que la orientación y el consejo sobre interrupción de embarazo, la educación sexual, la anticoncepción y el asesoramiento son parte de nuestras competencias.

El problema moral y ético del aborto se plantea por el conflicto que ocasiona éste entre dos valores: la autonomía procreativa de la mujer y la inviolabilidad de la vida humana. Teniendo en cuenta este conflicto, el Comité de Bioética del Hospital Británico de Buenos Aires centró la discusión desde esas dos perspectivas.

Con respecto al tema de la inviolabilidad de la vida humana se destacan tres posiciones predominantes:

- **Doctrinal.** Sustentada en la fe (avalada por la doctrina judea/cristiana), destaca la santidad de la vida, su dignidad (valiosa en sí misma y por su imagen y semejanza con el Creador), y el rol superior de Dios con respecto a que el hombre no puede destruir lo que Dios ha creado.
- **Filosófica.** La vida humana debe ser respetada ante todo, partiendo desde la base de que el *yo* es el que dota al hombre de conciencia y que el ser humano

es el único animal con inteligencia, voluntad y conciencia de la propia existencia. Por otro lado, plantea el efecto negativo de que quitar “el potencial del ser” atenta contra la evolución de la especie. El punto de discusión es *en qué momento* un individuo adquiere la capacidad de “ser”. Desde lo biológico, el hombre es “ser” desde el inicio (y hasta el fin de su existencia) y el no poder ejercer sus capacidades no supone el no tenerlas.

- **Judicial.** Destaca la imposibilidad del “ser” de poder defenderse, optar, más allá de la necesidad de este de ser representado por terceros, teniendo en cuenta que el embrión no forma parte del tejido de la madre estrictamente, sino que es desde el inicio un ser genéticamente diferente unido a su madre circunstancialmente.

En lo que se refiere a la autonomía procreativa de la mujer, también se destacan 3 puntos de vista:

- **El momento en que se inicia la vida**, es decir cuando dejamos de ser un conjunto de células para adquirir la capacidad de ser, interactuar, entendiéndose como la capacidad de poder comunicarse, adquirir movimientos y responder a estímulos dolorosos.
- **Teoría de la vida desde la concepción.** No se le puede atribuir derechos y obligaciones al embrión dado que el mismo no ejerce sus derechos y obligaciones en la comunidad. No sería equitativo ponerlo en igualdad de condiciones con respecto a la vida de la madre, ser que participa activamente de la sociedad y que ejerce sus derechos y cumple con sus obligaciones.
- **Principio de entidad relacional.** Dado que el feto hasta el quinto mes depende de la madre y no se

Comité de Bioética del Hospital Británico de Buenos Aires. CABA, Argentina.

Correspondencia: Perdríel 74, Hospital Británico de Buenos Aires. (1280) CABA, Rep. Argentina | Tel: 011-4309-6400

puede hablar de ser independiente, se iguala el feto a un órgano materno. Esto anularía el principio de potencialidad referido anteriormente, y aún considerando la potencialidad uno no puede tomar decisiones hoy por un mañana incierto.

Se estima que en la Argentina se practican anualmente entre 390.000 a 450.000 abortos, si bien no existen estadísticas confiables. Se hace hincapié en que todos ellos son clandestinos, sólo que algunos se realizan en condiciones de riesgo, generalmente en personas en situación de pobreza. Después de los partos normales, las complicaciones por aborto son la segunda causa de internación en nuestro país. Según un estudio hecho en el período 1999-2005, en Neuquén se registraron 122 abortos sépticos (infectados en forma grave), 6 mujeres resultaron muertas y a 16 se les hizo una histerectomía. Apuntó a que el promedio de edad de quienes llegan en este estado es de 27 a 29 años, que tienen hijos o hijas y que en su gran mayoría ya han abortado.

Más allá del debate basado en las cuestiones éticas y morales, estas estimaciones no hacen otra cosa que reafirmar el impacto que tiene este tema en términos de salud pública.

Es imprescindible, entonces, mejorar los mecanismos que brindan consejos de planificación familiar, información sobre derechos de la mujer y medidas de prevención.

Recientemente la Corte Suprema de Justicia de la Nación falló en forma unánime a favor de una joven que solicitó a la Corte interrumpir su embarazo porque era consecuencia de una violación consumada por su padrastro.

En los fundamentos del caso la Corte opinó:

- Las mujeres que interrumpan el embarazo y los médicos que lo practiquen no deberían sufrir sanciones, de acuerdo con el criterio del máximo tribunal.
- El fallo contiene lineamientos que alejan los abortos legalmente autorizados del pensamiento de jueces y médicos que suelen actuar de acuerdo con sus convicciones morales o religiosas.

- El fallo revocó la sentencia de Cámara (instancia previa que trata el tema antes de elevar la causa a la Corte Suprema) que en principio había denegado el pedido de autorización. Si bien la Corte autorizó el pedido, la Cámara no lo hizo, fundamentando el rechazo en que este aborto en caso de llevarse adelante era un delito.

Entonces *a priori* parecería que el fallo no solo ha reavivado un viejo debate sobre el alcance y el sentido preciso del Artículo 86 del Código Penal Argentino,<sup>2</sup> sino que marcaría una postura de un grupo de personas que componen la actual Corte y parecería distar de lo que otros Tribunales pudieren opinar al respecto.

¿Es que acaso este reciente fallo garantiza a la comunidad médica a efectuar estos procedimientos sin riesgo legal alguno?

Bajo ningún punto de vista. Si bien este fallo histórico de la Corte Suprema sienta un importantísimo antecedente, su aplicación dependerá de los tribunales inferiores en el sentido de si optan o no por seguir este principio “rector”, que podría variar en otros casos o bien ser distinto en caso que la composición de la Corte cambie.

Hasta tanto el Congreso no sancione una ley que modifique el Artículo 86 del Código Penal Argentino, los lineamientos dictados por la Corte no autorizan en sí a llevar adelante estas prácticas.

Sólo cuando la Ley se modifique, luego que se dé una discusión contemplando el campo teórico y práctico, se arribará a una solución equilibrada.

Mayo 2012

## Notas

1 “F., A. L. s/medida autosatisfactiva”. Fallo publicado el 13 de marzo de 2012.

2 El cual despenaliza el aborto cuando corre peligro la vida o la salud de la mujer o se trata de una mujer deficiente mental violada.

# Síndrome clínico judicial

Pablo Young<sup>1</sup>, Bárbara C. Finn<sup>1</sup>, Débora Pellegrini<sup>1</sup>, Julio E. Bruetman<sup>1</sup>, Diego R. Young<sup>3</sup>, Hernán Trimarchi<sup>2</sup>

## RESUMEN

En 1993, Hurtado Hoyo E y cols. definieron al síndrome clínico judicial como todas las alteraciones que modifican el estado de salud de un individuo sometido a una situación procesal durante sus distintas etapas y/o luego de haber ella concluido. Se han descripto alteraciones orgánicas, psicológicas y conductuales que llevan a lesiones temporarias, permanentes o definitivas. Una secuela importante, a nivel laboral es la medicina defensiva. La mejor herramienta es la prevención basada en la educación médica continua y en una buena relación médico-paciente.

**Palabras clave:** ley y medicina, medicina defensiva, judicialización del acto médico.

## Introducción

En 1993, el grupo de la Asociación Médica Argentina, liderado por el Profesor Doctor Elías Hurtado Hoyo, creó la expresión “síndrome clínico judicial” (SCJ) para describir un cuadro definido como “todas las alteraciones que modifican el estado de salud de un individuo que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio (citación, demanda), durante sus distintas etapas (conciliación, mediación, juicio, sentencia) y/o después de haber concluido. Engloba a todas las alteraciones físicas, psíquicas y morales que se pueden producir”.<sup>1,2</sup> En este trabajo intentamos desarrollar el concepto del síndrome, su contexto histórico, su patogenia, sus manifestaciones clínicas, y por último su tratamiento y prevención.

## Concepto

Dentro de la definición, el término *síndrome* se utiliza para referirse al conjunto de síntomas o signos etiológicamente no específicos, expresados en un mismo tiempo, que constituyen el cuadro de la enfermedad. Con el término *clínico* se desea resaltar las múltiples y variadas afecciones que afectan la salud de los involucrados, y en cuanto *judicial*, otorga el marco en el que se presentan dichas alteraciones, que siempre se da en el contexto de una demanda judicial.

Este cuadro forma parte de lo que se describe como “el síndrome a lo inesperado o a lo desconocido”, que comprende la repercusión en la salud, que se ocasiona frente a una situación no habitual, una crisis existencial o a una situación límite.<sup>2</sup>

## Contexto

La específica y compleja tarea del médico incluye, además del acto médico, la educación, la investigación, la relación con el paciente, su familia, las instituciones, la integración a un grupo multidisciplinario y la responsabilidad por y con el equipo tratante.<sup>3</sup> En gran medida, el éxito en la atención médica combina tanto los conocimientos como la capacidad del médico para generar una relación abierta basada en la sinceridad y la confianza.<sup>2</sup>

A lo largo de la historia de la medicina y particularmente en los últimos años, la relación médico-paciente ha ido cambiando. A mediados del siglo XX, la medicina paternalista que predominaba hasta ese momento dio paso a una situación de horizontalidad en la toma de decisiones, surgiendo las relaciones de valor y de respeto consensuado, donde tanto médico como paciente compartían roles equitativos. En la actualidad es el paciente el que se encuentra por encima del equipo de salud, generando presiones y exigencias que desequilibran la relación.

1. Servicio de Clínica Médica. 2. Servicio de Nefrología, Hospital Británico, Buenos Aires, Rep. Argentina. 3. Facultad de Derecho, Universidad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Rep. Argentina.

Además del cambio en la relación médico-paciente, el médico está sometido a diferentes circunstancias que modifican su forma de trabajar. Existen numerosos problemas en el área de salud, entre ellos la disminución de los tiempos de atención, la modificación unilateral de horarios, las demoras en los pagos, junto con las correspondientes modificaciones en el ámbito judicial, que generan en los médicos una sensación de desamparo y sobreexposición. En la comunidad médica se contagia la idea de que así como se pierde en tiempo y confianza con el paciente, se genera en la sociedad facilidad para cuestionar los actos médicos en el ambiente judicial. En la Argentina, uno de cada cinco médicos es acusado por mala praxis. Las entidades representativas del sector privado de salud advierten que detrás de estas denuncias se oculta una verdadera “industria del juicio”, como veremos más adelante. Es un negocio relativamente nuevo, y no existen estadísticas globales. San Pacific, consultora especializada en responsabilidad profesional, reunió los datos de nueve compañías aseguradoras (sobre un total de 20). En un universo de 3.184 instituciones, 27.036 médicos y 1.008 pólizas grupales (más de 5 médicos por póliza), entre noviembre de 1995 y junio de 2003 hubo 3.123 denuncias por mala praxis. Según un estudio del año 2001 del Instituto Universitario de Salud, involucran más a las clínicas, obras sociales y prepagas (68%), que a los médicos (32%). Se destaca que apenas el 6% de las denuncias —que no siempre se presentan en tribunales— concluyen en una condena. Pero esto no significa que el 94% resulte absuelto. Un tercio de las denuncias da origen a mediaciones, de las que el 30% llega a arreglo extrajudicial. El 30% de las demandas es infundado. Del resto, el 50% de los demandantes no es bien asesorado y no tiene éxito. Y del 30 al 33% desaparece por la caducidad de la instancia judicial. Se cuestiona además a los abogados, que abusan del beneficio de litigar sin gastos (65% de las demandas por mala praxis).

El sistema de responsabilidad civil y penal profesional médica tendría dos objetivos básicos: (1) compensar a víctimas de actos negligentes y (2) actuar como un freno para las prácticas inseguras, identificando y apartando a los malos profesionales, mejorando la calidad de la medicina. Ninguno de estos postulados se cumple en la actualidad con eficiencia.

**¿Se compensa a las víctimas reales?** Los datos de la bibliografía internacional revelan un inadecuado mecanismo para distribuir la compensación. La inmensa mayoría de los pacientes víctimas de negligencias médicas no demandan, ya sea porque no se enteran (lo atribuyen a complicaciones “normales”), porque el daño es menor (no es atractivo para los abogados demandantes), porque no son litigiosos por naturaleza o simplemente por no querer dañar una buena relación con sus médicos. Por otra parte, en el interés de las aseguradoras de cerrar

casos, muchas veces se paga a quienes no han sido víctimas de negligencias médicas. Un estudio publicado en el año 1996 analizó una muestra de juicios de mala praxis a lo largo de 10 años.<sup>4</sup> Aún en los casos en los que no se pudo probar negligencia los reclamantes reciben dinero en el 43% de los casos. Es evidente que el dinero va a manos equivocadas. Aun cuando la víctima de un acto negligente pueda probar la responsabilidad del médico o de la Institución, la compensación llega al paciente con muchos años de retraso. De lo que se paga, los honorarios legales suelen superar el 30% (llegando en algunos casos a más del 40%).

**¿El sistema actúa como un freno para las prácticas inseguras, mejorando la calidad de la medicina?** No hay evidencias científicas que avalen este postulado. Paradójicamente, los trabajos más convincentes acerca de la influencia del clima médico-legal sobre la conducta de los profesionales hablan de un efecto negativo, esto es, el haber estado involucrado en el proceso judicial aumenta las prácticas defensivas y dificulta los esfuerzos por mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.

## Patogenia

¿La medicina se volvió mala recientemente? ¿Los médicos abandonaron su vocación? La respuesta es un contundente no. Existen como siempre errores, en exceso (imprudencia), en menos (negligencia) o medicina mal hecha (impericia).<sup>5,6,7</sup>

El error médico ha acompañado a la profesión desde sus inicios. En EE.UU. se calcula que entre 44.000 y 98.000 personas que ingresan en un centro hospitalario pierden la vida anualmente por culpa de un error que podría haberse evitado.<sup>8</sup> Apenas un 30% de los allegados del difunto recibe una explicación o una disculpa por el fracaso terapéutico. En realidad, todos los sistemas encierran la posibilidad de fallar. Cuanto más complicado es el engranaje, más probabilidades hay de que se produzca un incidente. De esta forma, sería ingenuo pensar que los miembros de la profesión médica están exentos de equivocarse. Partiendo de esta premisa, y aceptando que el primer paso para enmendar los errores es reconocerlos y analizarlos, ¿por qué este procedimiento no es una práctica habitual? En Argentina, un grupo de profesionales de la Academia Nacional de Medicina lidera el estudio del error médico, para su recopilación, estudio y difusión entre los médicos.<sup>9</sup> Varios estudios corroboran la hipótesis que sostienen los británicos: reconocer el error y pedir perdón humaniza al médico y crea una empatía con el paciente que hace que el profesional se ahorre acabar delante de un juez. Muchas veces el paciente no persigue demandar al médico, sino saber qué ha ocurrido y conocer que la institución y los sujetos implicados han aprendido algo después del suceso.<sup>10</sup>

Se puede comenzar a litigar contra un médico por motivos justos o injustos, por desesperación, por venganza o por lo que fuere, pero casi siempre, o siempre, todo termina conjugado en un reclamo de dinero.<sup>2</sup>

Claramente lo que sí cambió y constituye un innegable predisponente al SCJ son las condiciones de trabajo, las presiones de los financiadores, el exceso de horas de trabajo, la mala relación médico-paciente-familia-institución, las explicaciones insuficientes hacia los pacientes, la ausencia de consentimiento informado, la falta de participación de la familia en el tratamiento. Aceptar trabajos con mala remuneración económica, un sistema de salud que impone diez minutos por consulta, donde el médico es un dispensador de órdenes de estudios y de remedios. El grado de vulnerabilidad del médico está, además, en relación con los hábitos personales (dieta, horas de sueño, deportes, etc.), niveles de estrés laboral y el grado de contención familiar. Esto último se correlaciona con el *burnout*, que es un trastorno adaptativo crónico, asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial.<sup>11</sup>

El factor desencadenante o causal es la demanda judicial. Desde su inicio, esta genera en el médico angustia e incertidumbre que van en aumento a medida que se desarrolla el proceso. La sorpresa ante el reclamo va acompañada por el miedo que produce el duro e inentendible léxico judicial, que usa comúnmente palabras como homicidio culposo que paralizan al médico, por la sencilla razón de que lo último en que se debería pensar existe en la intención de quien oficia el arte de curar, es en el hecho de matar aunque sea sin quererlo, pues esto es lo que significa “culposo”, es decir, sin la voluntad de hacerlo. Pero que de todos modos es un “homicidio”.<sup>2</sup> La causa judicial no es solo la palabra escrita u oral, sino todo lo relacionado con el proceso que el médico no comprende y que no solo afecta al médico que lo padece, sino también a su núcleo familiar. Pues la duración del proceso es prolongada, repleta de incidentes procesales incomprensibles para el lego y donde no aparece claro el fin de todo. Es por ello que el médico sueña –en su conciencia de que es inocente– en que todo termine cuanto antes, que finalice el estrés a que es sometido en cada momento de su vida. Incluso aún sabiéndose inocente se resigna a pagar, aunque sepa en su conciencia de que todo se trata de un error, cuando no de una infamia de quien o quienes no quieren sino sacarle dinero.

Constituyen factores agravantes, pacientes o familias conflictivas, propaganda que incita a los juicios en el propio medio laboral, no documentar todo en la historia clínica, pérdida de la confidencialidad de los registros médicos, la alta publicidad que se da en los medios de comunicación a episodios que recién se inician y que distan de tener sentencia judicial firme.

Desconocimiento de las leyes de ejercicio profesional, desconocimiento de los derechos de los enfermos.<sup>1,5,6</sup>

Para el diagnóstico del SCJ se requiere el antecedente de haber recibido una demanda, y una variedad de manifestaciones orgánicas, psicológicas o conductuales no explicables por otras causas.

## Manifestaciones

Las características que adquiere el SCJ dependen, no sólo del evento judicial sino de la personalidad y de las redes de contención personal, familiar y laboral de cada individuo, lo cual determinará la sintomatología dominante. Si bien existen médicos que no se ven afectados por este proceso, la gran mayoría presenta diferentes manifestaciones compatibles con un cuadro de estrés agudo o crónico. Los síntomas se asocian a las diferentes etapas del proceso y fundamentalmente al temor y la incertidumbre.

Este síndrome se puede manifestar de diversas maneras. A continuación se presenta una serie, no exhaustiva, de las manifestaciones principales que en la mayoría de las veces se superponen y potencian:

Se han descrito alteraciones orgánicas, como asma, úlcera gástrica, hemorragia digestiva, hipertensión arterial, infartos, migrañas, dermatopatías, alteraciones en el tránsito intestinal (diarrea, constipación, colon irritable). Desde ya el compromiso psicológico es innegable con aparición de angustia, ansiedad, depresión, ideación paranoide, inestabilidad emocional, irritabilidad, disfunción sexual e insomnio, entre otras. Todas estas repercuten en la vida y trabajo del médico presentando frustración, alteraciones conductuales que modifican la relación familiar y/o social; modifican la relación médico-paciente, médico-familia, médico-médico, médico-institución. Generan una medicina defensiva, despersonalizada y llevan al consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, drogas, fármacos).

El reconocimiento de la influencia directa de los aspectos psicológicos sobre la vulnerabilidad de los individuos y el consiguiente desarrollo de enfermedades ha centralizado su visión en una nueva y prometedora área de carácter interdisciplinario, como lo es la Psiconeuroinmunología<sup>12</sup>.

La gravedad de los síntomas varía de las formas subclínicas a las clínicas; estas a su vez se expresan por cuadros leves, moderados y graves. Los síntomas pueden ser continuos o exacerbarse periódicamente según las diferentes etapas del proceso judicial, con la aparición de nuevos problemas en la relación médico-paciente, con la pérdida del anonimato y el temor al prejuicio de otros pacientes, compañeros e incluso familiares. Las formas más graves provocan lesiones no reversibles, como secuelas orgánicas o psicológicas invalidantes. La expresión máxima es la muerte por evolución desfavorable de un cuadro orgánico (infarto de miocardio, ac-

cidente cerebrovascular, *tako tsubo* o también llamada cardiomiopatía de estrés, y otras) o perturbaciones de la conducta que lo lleven al suicidio.<sup>13</sup> Un ejemplo de esto es un anestesista de la ciudad de Córdoba que se suicidó un mes antes de llegar a conocer que sería absuelto. Fue el hecho emblemático que motivó a uno de los autores a profundizar el análisis del tema y dio origen a la descripción del SCJ.<sup>1,2,5</sup>

Una secuela importante en la conducta futura del médico es el tema subyacente de la medicina defensiva y/o evasiva, insuficiente y/o en exceso.<sup>14,15</sup> Verá al paciente futuro como un potencial demandante, con lo cual se hará difícil una relación médico-paciente distendida junto a la pérdida de la capacidad de iniciativa frente a una situación potencialmente complicada. No aceptará pacientes de riesgo o tendrá pánico de equivocarse, lo que lo llevará a cambiar de especialidad o al abandono definitivo de la práctica profesional.<sup>16</sup> El médico, aun sabiéndose inocente, vacila, no sabe si vender sus propiedades o irse del país, etc. Una sanción que acarrea una inhabilitación para ejercer la medicina significa de alguna forma “causar la muerte civil”, ética y moral del médico y de su familia. El exceso de demandas injustificadas ya ha generado un cambio de actitudes provocando un resquebrajamiento en la relación médico-paciente de distinto grado consciente o inconsciente por el simple mecanismo adaptativo conductual. Esto ha hecho nacer además la llamada “medicina defensiva”, donde el médico trata de prevenir futuros juicios agotando el arsenal de estudios y análisis previos en cada caso, lo que también aumenta el costo de la medicina. Pero el médico se ve obligado a hacerlo por razones de seguridad personal y en casos para beneficio de la institución hospitalaria a que pertenece. Va a llevar muchos años revertir esta situación.

## Tratamiento y prevención

El médico que padece de SCJ habitualmente no consulta por ello, y consulta sólo si presenta una afección orgánica. El paciente médico no se ve beneficiado de su condición de tal pues, como dice la frase, “no hay peor paciente que un médico”; y a la vez, un médico se siente incómodo al atender a un colega. Habitualmente el médico que es atendido puede sufrir el llamado síndrome de recomendado, que se manifiesta como la aparición de imprevistos y de complicaciones no habituales porque se le pretende desarrollar una atención más esmerada.<sup>17</sup>

La prevención para evitar la factible instauración del SCJ se basa desde el punto de vista preventivo formal y práctico en la correcta atención médica de acuerdo con el juramento Hipocrático, en la buena relación médico-paciente y en una pormenorizada historia clínica.<sup>18-22</sup> El otro elemento es el consentimiento informado, que debe ser un consentimiento con una detallada y clara

información previa.<sup>19</sup> Los juicios por mala praxis se reducirán, mejorando la gestión del riesgo y la formación de los médicos, con programas obligatorios de calidad en los establecimientos médicos. Como es un cuadro de reciente descripción, no existen estudios controlados que evalúen cuál es el mejor tratamiento. Posiblemente los métodos terapéuticos más eficaces sean las terapias cognitivas-conductuales, las psicoterapias individuales y los grupos Balint.<sup>21,22</sup> Cada vez son más los profesionales que contratan un seguro de responsabilidad civil. Se calcula que un 60% de los 130.000 médicos en actividad en la Argentina está asegurado, por una cifra estándar de 100.000 pesos, y paga una cuota acorde con el riesgo de su especialidad. También las instituciones médicas privadas pagan seguro. Por último, todos los médicos deberían poseer un seguro de mala praxis. Debe además tenerse siempre presente esa materia rendida en los últimos tramos de la carrera, “Medicina Legal”, pues ella ayudará a recordar las normas jurídicas que rigen todo lo “culposo”. Es por ello además que todo médico debería actualizarse anualmente en temas atinentes a la responsabilidad civil y penal, en cursos que deberían ser impartidos por abogados especialistas. Ello ayudará además a comprender las reglas misteriosas de la justicia y el proceso. Debe recordarse que ya está instalada en nuestra sociedad y en general en el mundo el tema del juicio por “mala praxis” y muchos hacen negocio con ello. Es un dato de la realidad y debe ser enfrentado, como otro de los males que sacuden la vida del hombre.<sup>23,24</sup> Como conclusión, nos parece importante destacar que todo médico sometido a una demanda judicial presenta algún grado de afectación y no vuelve a ser el mismo; y por otro lado, recordar que aún con sentencia favorable el médico sale perjudicado, con lo que se modifican indefectiblemente sus actuaciones futuras.

## Agradecimiento

A la Dra. Viviana Mecabell y a los Dres. John David Charles Emery y Fabián Vitolo por la lectura crítica del manuscrito.

Este es el texto madre sobre el síndrome clínico judicial publicado recientemente en la Revista Medicina (Buenos Aires).<sup>25</sup>

## Abstract

### Judicial clinical syndrome

The Judicial Clinical Syndrome, has been defined in 1993 by Hurtado Hoyo et al., as all the disturbances that modify the state of health of a subject who is undergoing litigation, be it at the beginning (arraignment, summons, court orders), during the ensuing steps of it, and/or after it. Organic, psy-



chological and behavioural alterations leading to temporary, permanent or definitive lesions were described. Regarding the impact on work, an important consequence is defensive medicine. The best avoidance tool is prevention, based on conti-

nual medical education and on a good physician-patient relationship.

**Key words:** medicine and law, defensive medicine, court intervention.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hurtado Hoyo E. Judicial Clinical Syndrome. *Rev Asoc Méd Argent* 1995;108:3-6.
2. Hurtado Hoyo E, Gutiérrez Zaldívar H, Iraola N, Rodríguez A. Judicial Clinical Syndrome. *Rev Asoc Méd Argent* 2006;119:8-16.
3. Hurtado Hoyo E. ¿Qué es ser Médico? *Rev Asoc Méd Argent* 2002;115:9-16.
4. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. *N Engl J Med* 1996;335:1963-7.
5. Hurtado Hoyo E. Responsabilidad legal del jefe del equipo quirúrgico. *Rev Asoc Méd Argent* 1994;107:107-125.
6. Mello MM, Studdert DM, Brennan TA. The new medical malpractice crisis. *N Engl J Med* 2003;348:2281-4.
7. Kachalia AB, Mello MM, Brennan TA, Studdert DM. Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation. *Soc Sci Med* 2008;66:387-402.
8. Cremona L, Caeiro T. Error in medicine. *Medicina* (B Aires) 2004;64:471-3.
9. Agrest A. Reflections on error in medicine. *Medicina* (B Aires) 2006;66:486.
10. Alonso Carrión L, Castells Bescós E, Alba Conejo E, Ruiz Cantero A. Clinical reasoning as a source of error. *Med Clin* (Barc) 2002;118:587-9.
11. Mingote Adan JC, Moreno Jiménez B, Galvez Herrer M. Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options. *Med Clin* (Barc) 2004;123:265-70.
12. Kemery ME. Psychobiological responses to social threat: evolution of a psychological model in psychoneuroimmunology (Review). *Brain Behav Immun* 2009;23:1-9.
13. Finn BC, Young P, Bruetman JE. Tako tsubo, reversible apical ballooning of the left ventricle. Report of 4 cases. *Medicina* (B Aires) 2005;65:415-8.
14. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Defensive medicine and tort reform: a wide view. *J Gen Intern Med* 2010;25:380-1.
15. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005;293:2609-17.
16. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004;350:69-75.
17. Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. Syndrome of recommended patient. *An Med Interna* (Madrid) 2002;19:430-3.
18. Iraola N. La historia clínica, un instrumento imprescindible en la defensa del médico. *Rev Asoc Méd Argent* 2000;113:22-4.
19. Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Informed consent. *Med Clin* (Barc) 2001;117:99-106.
20. Studdert DM, Mello MM, Jedrey CM, Brennan TA. Regulatory and judicial oversight of nonprofit hospitals. *N Engl J Med* 2007;356:625-31.
21. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med* 2006;354:2024-33.
22. Mello MM, Studdert DM, DesRoches CM, et al. Effects of a malpractice crisis on specialist supply and patient access to care. *Ann Surg* 2005;242:621-8.
23. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Defensive medicine and tort reform: a wide view. *J Gen Intern Med* 2010;25:380-1.
24. Young P, Finn BC, Young DR. Court intervention in medical decisions and the generation of new conflicts. *Medicina* (B Aires) 2008;68:266-7.
25. Young P, Finn BC, Pellegrini D, Bruetman JE, Young DR, Trimarchi H. Clinical judicial syndrome. *Medicina* (B Aires) 2011;71:501-502.