

Síndrome clínico judicial

A propósito de la interesante Carta al Comité de Redacción, Síndrome clínico judicial, del Dr. Pablo Young y col.¹, me permito hacer este comentario:

¿Cómo afecta al médico el juicio de mala práctica?

Si antes los errores médicos se enterraban, en el ocultamiento o en la muerte, hoy los errores salen a la luz o resucitan gracias, o desgracias, a la desconfianza de los pacientes acerca de la capacidad y credibilidad médica. Así el juicio de mala práctica nace de la desconfianza y se nutre del deseo de venganza o de la simple esperanza de un resarcimiento económico, autogenerada o estimulada por abogados que hacen de los juicios de mala práctica un *modus vivendi*.

El médico puede vivir este resultado indeseable de daño o muerte del paciente como un error propio producto de incapacidad profesional, y esto amenazará su autoestima, a la excepcionalidad de las circunstancias que la hacían poco previsible, que podrá atribuir a la mala suerte, a un defecto organizativo que ha obviado controles o recursos jerárquicos de consulta, de los que su responsabilidad es discutible, a su propia negligencia producto de su agotamiento por múltiples exigencias circunstanciales laborales o emocionales, o finalmente por el azar que ha logrado concatenar las circunstancias de un modo desfavorable, otra vez la mala suerte.

A todo esto se enfrenta el médico con su propia personalidad, su autoexigencia, su obsesividad, su resiliencia, esto es su capacidad de normalizarse tras resultados adversos, como en el deporte, forzados o no forzados, o su bipolaridad, y en el apoyo emocional de sus familiares y amigos. Pero, quizás, sobre todo con su capacidad de tolerar la incertidumbre. La incertidumbre sobre su propia culpabilidad, sobre la comprensión de los pacientes y sus familiares, sobre el significado de un lenguaje judicial que ignora, sobre la comprensión de los letrados y aun de los jueces, sobre las consecuencias económicas y sobre su prestigio profesional.

Las manifestaciones de este conflicto en el área clínica se darán en la esfera psíquica, depresión, ansiedad o ambas, o en la esfera de trastornos de la regulación autónoma, desde los desórdenes de pánico, a disregulaciones autónomas simpáticas o vagales, de la presión arterial con crisis hipertensivas o hipotensivas con sus respectivos riesgos, alteraciones cardíacas, como el aneurisma miocárdico apical (Takotsubo), gastroduodenitis y colitis, hasta hemorrágicas.

Objetaría llamar a esto síndrome, síndrome es un conjunto de síntomas que pueden obedecer a distintas causas, aquí se trata de "una causa" capaz de desencadenar, de provocar distintas manifestaciones, por lo cual me parecería más apropiado quizás, llamarlo "desorden clínico judicial".

Habría que hablar también del pronóstico y el tratamiento de este desorden.

El pronóstico me parece que dependerá de la capacidad de olvido del médico. El olvido podrá hacerse como una digestión completa en el que cada resto se ha convertido en una unidad sin contenido emocional o en una suerte de complejo antigénico con contenido emocional capaz de general anticuerpos reactivo a cualquier condición que contenga un complejo antigénico similar confundible. Quizás es a esa enfermedad del olvido a lo que llamamos negación.

Los tratamientos variarán desde los farmacológicos, desde psicotrópicos a hipotensores, bloqueantes beta adrenérgicos, a inhibidores de la bomba de protones, etc., a una psicoterapia que llamaría "desabrumante", tolerar la incertidumbre sin negaciones.

Finalmente, lo que quizás debió ser al principio, la prevención, una cierta vacunación contra el juicio de mala práctica que se identifica con la buena calidad médica. Por muchas décadas, y quizás siglos, la prevención estaba basada en el ocultamiento de la verdad y la mentira lisa y llana. En las últimas 5 o 6 décadas una corriente eticista tendiente a respetar la autonomía de los pacientes y aceptar su participación en decisiones médicas que los afectan, ha revalorizado la verdad y el reconocimiento de los errores que cumplían, como siempre lo habían hecho, una función docente de perfeccionamiento médico.

La vacuna antilitigio tiene a mi entender como componentes, la empatía, el conocimiento y el tiempo. La empatía como capacidad de sentir el dolor del otro, respetarlo y el deseo de aliviarlo, sin empatía no hay que hacer una carrera médica asistencial. El conocimiento, con información y experiencia y la sabiduría en su aplicación y en tercer lugar, el tiempo para que el médico pueda proveer al paciente de información, reducir su ansiedad, y hacerle sentir su respeto y empatía. Hacerle sentir que los errores son posibles porque las predicciones son simplemente estadísticas y no se aplican a una persona en particular. Si a pesar de hacer todo esto el litigio se produce, no le queda otra solución que maldecirse por no haber derivado al paciente a un colega que odia. Un neurólogo me contaba que cuando detectaba esa personalidad paranoica en un paciente, lo derivaba a un

homeópata. Derivar pacientes como vacunación antilitigiosa puede también revelar la toma de conciencia de la propia incapacidad de contención de algunos pacientes y aun de sus familiares, que si el paciente fallece o se incapacita serán los interlocutores válidos.

No son buenas “vacunas antilitigiosas” el temor y los estudios exhaustivos para no equivocarse nunca. El temor porque quita el placer de la asistencia y los estudios exhaustivos porque si son agresivos y riesgosos o descubren alteraciones insolubles o que no requieren solución (los incidentalomas), convierten al médico en un agente iatrogénico, y si son solo económicamente caros convierten al médico en el contribuyente más importante para hacer no sustentable la medicina. Esto es lo que se ofrece como “medicina a la defensiva”.

Alberto Agrest

1. Young P, Finn B, Pellegrini D, Bruetman JE, Young DR, Trimarchi H. Síndrome clínico judicial. *Medicina (B Aires)* 2011; 71: 501-2.

Síndrome clínico judicial (Respuesta)

Desde ya que agradecemos el interés que ha generado en muchos profesionales como el Dr. Alberto Agrest nuestro artículo¹, y sus comentarios o críticas que siempre son bienvenidas. Como decía Alfredo Lanari “la crítica será para el autor de una obra el más valioso auxiliar para indicarle la corrección de sus métodos científicos o la fuente de sus posibles errores. Por tanto, todo autor esperará con interés, cuando no con ansiedad, que en las revistas científicas aparezcan los comentarios que les darán o negarán la razón”².

Las reflexiones del Dr. Agrest a nuestra carta son, como es habitual en él, razonables, e incluso abundan sobre un tema que es de todos los días para médicos, y ahora, abogados.

El campo jurídico, en su aplicación práctica, puede ser un mundo de incertidumbre, sobre todo cuando hay sentencias diferentes en torno a casos similares. En la incertidumbre la regla es abstenerse, y cuando el médico se abstiene quien sufre las consecuencias es el paciente³. Aquí aparece el concepto de “medicina evasiva” que se traduce en evitar tratar pacientes con enfermedades críticas con un pronóstico reservado. Es decir, estamos transitando por el camino hacia el fin del “médico heroico”. Las implicancias de la medicina evasiva son fáciles de deducir: médicos en la cúspide de su experiencia y capacidad intelectual que restringen voluntariamente su actividad profesional.

El otro extremo de la abstención terapéutica es la llamada “medicina a la defensiva” como dice Agrest. En un ejercicio profesional guiado por los criterios de la medicina defensiva, las decisiones médicas no surgen del cono-

cimiento científico o de la experiencia del médico, ni se orientan a satisfacer una necesidad de salud del paciente. El objetivo de la medicina defensiva es la pretensión de protegerse ante un eventual futuro reclamo del paciente. Se la considera una forma no ética de ejercicio profesional, desde que el acto médico deja de tener por objetivo central al paciente, trasladándose aquél al propio médico. Tampoco es un ejercicio profesional éticamente admisible si se lo analiza desde la perspectiva de la salud pública, ya que agrega enormes costos al sistema de salud, sin justificación ni beneficios para los pacientes. Por otra parte, la medicina defensiva se muestra completamente ineficaz como estrategia de prevención de los reclamos de los pacientes. De hecho, no contribuye en absoluto a lograr una relación clínica adecuada y agrega nuevos riesgos profesionales, a punto de partida de actos médicos no indicados e innecesarios⁴.

Como reacción al modelo de la medicina defensiva, recientemente se ha levantado un nuevo paradigma de sólido fundamento ético, profesional y médico-legal: la llamada medicina asertiva. No es casual que para la denominación de este modelo se haya apelado a un término estrechamente vinculado a la comunicación humana. De hecho, la asertividad es una forma de comunicación. Y la comunicación es una de las claves para la prevención de los conflictos interpersonales, incluidos los de la relación médico-paciente. Si la medicina defensiva proviene del mundo desarrollado, la medicina asertiva es una respuesta latinoamericana. Tena y Sánchez, los autores mexicanos que elaboraron esta construcción teórica, definen cuatro cualidades del acto médico que darían como resultado una medicina asertiva: buena comunicación, sujeción del acto médico a la *lex artis ad hoc*, respeto de los derechos del paciente y respeto de los derechos del médico⁵. Esto exige prestar la debida atención –desde la formación médica hasta el ejercicio profesional cotidiano– a los distintos aspectos que conforman el entramado de la comunicación entre las personas. El reconocimiento y el respeto de los derechos de los pacientes es un componente obligado de una medicina asertiva. Sólo en este marco –de respeto y ejercicio de los derechos– se podrá realizar el principio de autonomía, bajo el cual el paciente asume la toma de decisiones de acuerdo a sus propios intereses y valores.

En otro orden de cosas, agradecemos no solo la lectura sino sobre todo la reflexión en torno a un tema que nos castiga a todos.

Pablo Young¹, Bárbara C. Finn¹, Débora Pellegrini¹, Julio E. Bruetman¹, Diego R. Young³, Hernán Trimarchi²

¹Servicio de Clínica Médica, ²Servicio de Nefrología, Hospital Británico de Buenos Aires, ³Facultad de Derecho, Universidad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos
e-mail: pabloyoung2003@yahoo.com.ar

1. Young P, Finn B, Pellegrini D, Bruetman JE, Young DR, Trimarchi H. Síndrome clínico judicial. *Medicina (B Aires)* 2011; 71: 501-2.
2. Young P, Finn BC, Bruetman JE, Young DR. Alfredo Lanari, Su historia y la metodología de la investigación. *Fronteras en Medicina* 2009; 4: 38-47.
3. Young P, Finn BC, Young DR. La judicialización del acto médico y la generación de nuevos conflictos. *Medicina (B Aires)* 2008; 68: 266-7.
4. Peterson RM. Hippocrates versus hypocrisy: defending medicine from defensive medicine. *Curr Surg* 2005; 62: 449-50.
5. Tena Tamayo C, Sánchez-González JM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 75: 553-9.