



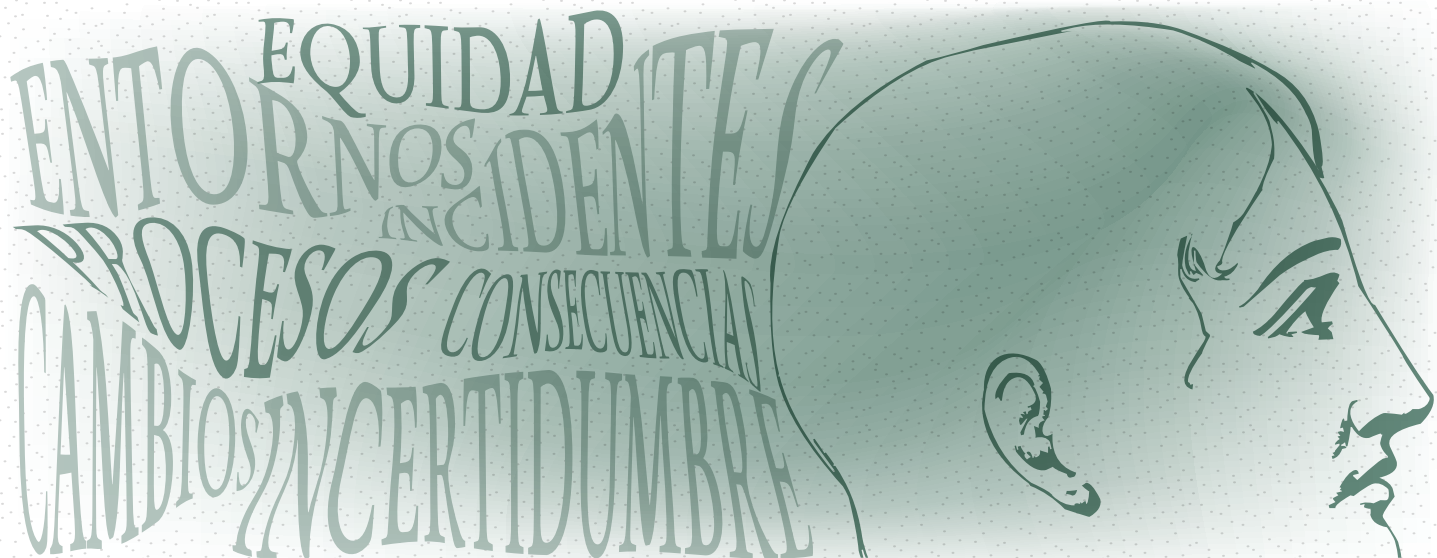
RESUMEN. En la actualidad, los profesionales de la salud se enfrentan a un entorno complejo en el que convergen avances científicos y tecnológicos, cambios sociodemográficos y epidemiológicos, donde la cultura de los derechos humanos y la denuncia por la inconformidad ante un mal servicio recibido o la mala calidad de un producto, se está posicionando en la sociedad. Con este complejo escenario resulta inevitable que la prestación de los servicios de salud generen insatisfacciones, inconformidades, conflictos, quejas y demandas civiles o denuncias penales. Las consecuencias nocivas de una demanda afectan tanto al paciente como al médico. En el caso del paciente, la demanda perjudica a su familia y a su entorno laboral, social, económico y moral; sin embargo, el más perjudicado es el médico, pues más allá de enfrentar al sistema judicial, una consecuencia muy significativa es el "linchamiento social". Al médico se le considera culpable antes de que el juicio haya terminado en una sentencia. Así los efectos sociales, profesionales, psicológicos, financieros y morales del personal de salud durante y después del proceso judicial pueden llegar a ser devastadores.

PALABRAS CLAVE: síndrome posdemanda médico-legal, mala práctica, conflicto médico-paciente.

ABSTRACT. Currently, the health professionals face a complex environment in which scientific and technological advances, demographic changes converge and epidemiological, where the culture of human rights and the complaint by non-conformance to received poor service or poor quality of a product, is positioning itself in society.

With this complex scenario, it is inevitable that the provision of health services will generate dissatisfactions, disagreements, conflicts, complaints and civil lawsuits or criminal complaints. The harmful consequences of a lawsuit affect both the patient and the doctor. In the case of the patient, demand hurts your family and your environment occupational, social, economic and moral; however, the most disadvantaged is the doctor, because rather than face the judicial system, a very significant consequence is the "social lynching". He is considered the doctor guilty until the trial finished in a statement. Thus the effects professional, social, psychological, financial and moral of the health personnel during and after the judicial process can be devastating.

KEYWORDS: Medical malpractice stress syndrome (MMSS), malpractice, medical-patient dispute.



¹ Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

² Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, Guadalajara, Jalisco, México.

Correspondencia: Dr. Salvador Chávez Ramírez. Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (COMAJAL). Calle Carlos F. de Landeros #163. Col. Ladrón de Guevara. Guadalajara Jalisco, México. C.P. 44650. Correo electrónico: comisionadocamejal@icloud.com .

Folio 318/2015 Artículo recibido: 21/07/2015, reenviado: 7/09/2015, aceptado: 11/12/2015

INTRODUCCIÓN

Es innegable que cuando interactúan dos o más personas puede surgir conflicto.

La relación médico-paciente por su naturaleza humana no está exenta de ello. El conflicto puede ir desde una inconformidad, queja o demanda que puede llegar hasta los tribunales judiciales de los diferentes niveles.

En 1993 el grupo de la Asociación Médica Argentina, liderado por el Profesor Doctor Elías Hurtado Hoyo crean el término "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".^{1,2}

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, dió 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.³

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". 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.³

¿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, o sea que 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.³

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?⁴

Las consecuencias nocivas de una demanda afectan tanto al paciente como al médico. En el caso del paciente, la demanda perjudica a su familia y a su entorno laboral, social, económico y moral; sin embargo, el más perjudicado es el médico, pues más allá de enfrentar al sistema judicial, una consecuencia muy significativa es el "linchamiento social". Al médico se le considera culpable antes de que el juicio haya terminado en una sentencia. Este linchamiento trasciende desde la propia familia hasta los diferentes ámbitos de la sociedad. El descrédito es inevitable. Aún en el caso de ser el mejor médico, con el diagnóstico más acertado y el tratamiento más adecuado, se considera que ha caído en desgracia y no obstante sea absuelto, socialmente persiste una razonable duda de su actuar. La huella individual más notable es la caída de la autoestima.⁵

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.⁶

El factor desencadenante o causal del **Síndrome posdemanda médico-legal** es la demanda judicial. Desde el inicio de la misma, genera en el médico angustia e incertidumbre que van en aumento a medida que se desarrolla el proceso. La sorpresa ante el reclamo va acompañado 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 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”.²

La causa judicial no es solo la palabra escrita u oral, sino todo lo relacionado al 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 stress a que es sometido en cada momento de su vida. Incluso 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 quitarle dinero.² Para el diagnóstico del **Síndrome posdemanda médico-legal** se requiere el antecedente de haber recibido una demanda, y una variedad de manifestaciones orgánicas, psicológicas o conductuales no explicables por otras causas.

Manifestaciones

Una vez que el médico se entera que existe una demanda en su contra pasa por varias etapas conductuales, similares a las que se presentan en los procesos de duelo. Este cambio emocional se caracteriza por la incertidumbre, la desconfianza, la soledad y el miedo:

1. Etapa de incredulidad, caracterizada por negación del evento y confusión.
2. Etapa de angustia y ansiedad.
3. Etapa de regresión, en la cual hay desesperación, temor y furia.
4. Etapa de depresión, hay sentimientos de culpabilidad, impotencia y desasosiego.
5. Etapa de resentimiento, manifestada por pseudo-alucinaciones e ideaciones de la situación.
6. Etapa de lucha.
7. Etapa de aceptación.⁷⁻⁹

Las características que adquiere el **Síndrome posdemanda médico-legal** 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 puede manifestarse 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, dermopatías, 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 alteran la relación familiar y/o social; modificando 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).³

La gravedad de los síntomas varía de las formas subclínicas a las clínicas; éstas a su vez se expresan por cuadros leves, moderados y graves. Los síntomas pueden ser continuos o exacerbarse periódicamente relacionándose con 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, accidente cerebrovascular, síndrome de Takotsubo o también llamada cardiomiopatía de estrés (disfunción ventricular transitoria inducida por estrés, también conocida como “síndrome del corazón roto”), y otras perturbaciones de la conducta que lo lleven al suicidio.¹⁰

Un ejemplo: un anestesista en Córdoba, Argentina se suicidó un mes antes de 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.^{1, 2, 11}

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.³

Tratamiento y Prevención

El médico que padece el **Síndrome posdemanda médico-legal** también llamado Síndrome Clínico Judicial (SCJ), Síndrome Posdemanda Legal, etc. habitualmente no consulta por ello, consulta sólo si presenta una afección orgánica. El médico no se ve beneficiado de su condición de enfermo, como dice la frase “no hay peor paciente que un médico” y a la vez que un médico se siente incómodo al atender a un colega. Habitualmente el médico que es atendido puede sufrir el llamado

“síndrome del recomendado”, que se manifiesta como la aparición de imprevistos y de complicaciones no habituales porque se le pretende desarrollar una atención más esmerada.¹²

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 al Juramento Hipocrático, en la buena relación médico-paciente, en una pormenorizada historia clínica y un completo expediente clínico (EC).¹³⁻¹⁶

Otro elemento, es el documento llamado “consentimiento informado o consentimiento bajo información CBI”, definido como la aceptación conciente y voluntaria del paciente o su representante legal, para someterse a un procedimiento médico y/o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, basado en la información clara, precisa y comprensible, proporcionada por el médico tratante, sobre los riesgos y beneficios esperados. Este CBI debe ser firmado por el paciente o su representante legal y por el médico tratante y anexado al EC.^{17,18}

Además de estos elementos, indudablemente los juicios por “mala praxis” se reducirán, mejorando la formación de los profesionales de la salud, particularmente los médicos, integrando el conocimiento de la legislación y normatividad aplicable, la metodología de gestión del riesgo y de mejora continua de la calidad y seguridad en los establecimientos médicos.

Otro elemento en la prevención es la “Vacuna anti litigio” que identifica el Dr. Enrique Ruelas Barajas como el conjunto de acciones para lograr la empatía y confianza del paciente, a dedicar el tiempo suficiente en interrogatorio y exploración física, a solidarizarse en su afeción y sufrimiento, y a tener un comportamiento más humanitario con nuestros semejantes.

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, todo médico debería actualizarse anualmente en temas relacionados 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.³

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.^{19,20}

Conclusiones

Nos parece importante destacar que todo médico sometido a una demanda judicial presenta algún grado de afectación y no vuelve a ser el mismo. Por otro lado, recordar que aún con sentencia favorable el médico sale perjudicado, modificando indefectiblemente sus actuaciones futuras.³

REFERENCIAS

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. Young P, Finn BC, Pellegrini D, Bruetman JE, Young DR, Trimarchi H. Clinical judicial syndrome. Medicina (B Aires) 2011; 71: 501-2.
4. Agrest A. Reflections on error in medicine. Medicina (B Aires) 2006; 66: 486.
5. Martín del Campo Olivares G, Valencia Vargas R, Pacheco Gómez A. Síndrome posdemanda legal. En: Fuentes del conflicto en la relación médico-paciente. Reflexiones y propuestas. Aguacalientes: Comisión Estatal de Arbitraje Médico; 2014.
6. 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.
7. Hurtado HE, Gutiérrez ZH, Iraola N, Rodríguez A. Judicial Clinical Syndrome. Rev Asoc Med Argen, 2002; 115: 9-16.
8. Guzmán FM. Derecho médico: el impacto psicológico de una demanda sobre el médico. [acceso 2015-jul-10]. Disponible en: www.encolombia.com/Medicina/revista/heraldo-médico/vol-2322801/heraldo/2322801derecho/.
9. Velázquez Pérez ET. Afectación biopsicosocial del anestesiólogo demandado y tratamiento psicológico, catarsis y proceso de duelo. Rev Mex Anest 2012; 35 (sup 1): 544-545.
10. Finn BC, Young P, Bruetman JE. Takotsubo, reversible apical ballooning of the left ventricle. Report of 4 cases. Medicina (B Aires) 2005; 65: 415-8.
11. Hurtado Hoyo E. Responsabilidad legal del jefe del equipo quirúrgico. Rev Asoc Méd Argent 1994; 107: 107-125.
12. Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernanzanz de la Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. Syndrome of recommended patient. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 430-3.
13. Iraola N. La historia clínica, un instrumento imprescindible en la defensa del médico. Rev Asoc Méd Argent 2000; 113: 22-4.
14. Studdert DM, Mello MM, Jedrey CM, Brennan TA. Regulatory and judicial oversight of nonprofit hospitals. N Engl J Med 2007; 356: 625-31.
15. 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.
16. 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.
17. Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Informed consent. Med Clin (Barc) 2001; 117: 99-106.19.
18. Consentimiento Bajo Información. Legislación y propuesta de guía. Guadalajara: Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco. 2004.
19. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Defensive medicine and tort reform: a wide view. J Gen Intern Med 2010; 25: 380-1.
20. Young P, Finn BC, Young DR. Court intervention in medical decisions and the generation of new conflicts. Medicina (B Aires) 2008; 68: 266-7.