



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión/Comentario

Responsabilidad médica del psiquiatra

Franklin Escobar-Córdoba

Profesor asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Psiquiatría Forense y doctor en Medicina, Universidad Nacional de La Plata. Expsiquiatra forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de diciembre de 2011

Aceptado el 24 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Ética médica

Mala praxis

Enfermos mentales

Riesgo sanitario

Responsabilidad legal

R E S U M E N

Este artículo de reflexión presenta aspectos relevantes de la figura jurídica de la responsabilidad médica enfocada a la práctica profesional, con base en el análisis de aspectos relevantes de la legislación colombiana. Se exponen algunos temas en conflicto y se enuncian aspectos jurídicos relacionados. Se discuten la responsabilidad del psiquiatra y las diversas situaciones a las que este se ve expuesto. También se discuten algunas medidas de protección para una adecuada relación médico-paciente.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier.

Todos los derechos reservados.

Medical Liability of the Psychiatrist

A B S T R A C T

This article discusses some relevant issues on the legal implications of medical liability focusing on the professional practice of medicine, based on the analysis of key aspects under the Colombian legislation. Some conflicting topics are considered with particular reference to related legal aspects. The responsibility of the psychiatrist and the various situations he/she is exposed to are discussed, in addition to some protective measures for an adequate doctor – patient relationship.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier.

All rights reserved.

Introducción

En Colombia últimamente ha aumentado el número de demandas por responsabilidad médica, como consecuencia de

la reforma a la salud ocurrida durante los años noventa. La Constitución Política de 1991 garantiza a los colombianos el derecho irrenunciable a la seguridad social, incluyendo el derecho a la salud como un derecho fundamental. Posteriormente, la reforma de la Ley 100 en 1993 amplía la cobertura de los

*Autor para correspondencia: Calle 33 #15-14, Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: feescobar@unal.edu.co (F.E. Escobar)

servicios de salud adecuándose al ordenamiento constitucional. Si bien la Constitución Política de 1936 consagra la salud como un servicio público, es solo hasta 1991 cuando se eleva la salud a un derecho fundamental que puede ser exigido y demandado legalmente. El Estado se obliga a ejercer control y la vigilancia del sector salud, tanto oficial como privado, al cual ha organizado y reglamentado directamente, para garantizar un servicio eficiente, que presupone un ejercicio médico diligente y responsable.

Así, la práctica de la medicina en Colombia, al igual que en los Estados Unidos, se empieza a ejercer a la defensiva, y se hace cada vez más común que los médicos se vean obligados a contratar seguros de responsabilidad civil para desarrollar su ejercicio profesional y poder responder en todo momento al riesgo de ser demandados legalmente.

Demandas médico-legales en Colombia

Hoy existe una amplia legislación sobre el servicio público de la salud. La Ley 100 de 1993, por ejemplo, incluye más de 100 decretos reglamentarios, lo cual hace que para el médico sea prácticamente imposible conocerla en su totalidad; sin embargo, el desconocimiento no es una excusa para su adecuado cumplimiento ni una defensa válida al enfrentar una demanda médico-legal.

En Colombia existen pocos estudios publicados sobre demandas a médicos. El estudio realizado por Tamara et al. mostró que los especialistas más a menudo implicados en demandas médico-legales son, en su orden, los ginecoobstetras, los ortopedistas, los cirujanos generales, los oftalmólogos, los cirujanos plásticos, los anestesiólogos, los otorrinolaringólogos, los neurocirujanos y los pediatras¹.

Los psiquiatras no aparecen en este listado de pericias practicadas de 2006 a 2010 en Bogotá, en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; sin embargo, eso no quiere decir que no hayan sido demandados: por ejemplo, en el estudio de Jiménez et al.² se observa que, según el análisis de casos de profesionales demandados, afiliados al Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (Fepasde), entre 1999 y 2006 hubo 12 casos de profesionales demandados, con un total de 18 procesos; en su mayoría, disciplinarios y éticos. Los motivos más habituales fueron presuntas conductas antiéticas y motivos no relacionados con la atención de pacientes. Se encontraron, además, 2 casos de complicaciones del tratamiento con antipsicóticos, un caso de falla de seguridad y un caso de suicidio.

El estudio de Jena et al., realizado entre una población de 40.916 médicos afectados por demandas de mala praxis en los Estados Unidos durante el periodo de 1991 a 2005, y recientemente publicado, muestra la distribución de frecuencia en 25 especialidades. Encabezan la lista los neurocirujanos, los cirujanos de tórax y los cirujanos generales. En lugares intermedios aparecen los ginecólogos, los neurólogos y los internistas; un poco más abajo, los anestesiólogos; y en los últimos puestos, los pediatras y los psiquiatras. El mismo estudio menciona que de los médicos con bajo riesgo de ser demandados al llegar a la edad de 65 años, un 75% lo ha padecido al menos una vez, y el alto riesgo lo ha padecido el 99%³.

Riesgo médico-legal del psiquiatra

Las prácticas del psiquiatra que más a menudo pueden dar origen a demandas legales son, al igual que en las otras especialidades médicas, las que ponen en riesgo la vida y la integridad del paciente. La evaluación de los riesgos de autoagresión, de heteroagresión, de fuga y de daño al entorno encabeza la lista del riesgo médico-legal del psiquiatra; sin embargo, hay otros riesgos que pueden llegar a ser letales, como los inherentes a la restricción física y química en el ambiente hospitalario⁴⁻⁶, la falta de indicación para una prescripción, la contraindicación de una prescripción, la dosis inapropiada y la duración de un tratamiento inadecuado, así como fallas en el diagnóstico y el tratamiento con psicofármacos; también, el error médico en psiquiatría por la prescripción de psicofármacos que conlleva efectos adversos relativamente comunes, y a menudo prevenibles, o por fallas en reconocer, monitorizar y tratar dichos efectos.

Otro tipo de riesgo médico-legal que no necesariamente implica un riesgo inminente para la vida del paciente, pero sí lleva implícito un dilema ético difícil de resolver, es el relativo al secreto profesional en la relación psiquiatra-paciente y el dilema del bienestar social vs. el bienestar individual. También hay situaciones que pueden llegar a ser letales, como cuando un paciente indica que tiene interés en hacerle daño a alguien, o la incertidumbre del profesional ante la obligación de denunciar cuando su paciente le comenta que ha cometido un delito. Igualmente, han sido tema de denuncias éticas los actos sexuales entre psiquiatras y pacientes; generalmente, en procesos de psicoterapia.

Otras prácticas, como los procedimientos de terapia electroconvulsiva (TEC) y el aislamiento a pacientes psiquiátricos, han sido tema para los medios de comunicación; sobre todo, durante décadas pasadas, cuando la TEC se aplicaba sin anestesia ni relajación en algunas instituciones^{7,8}. Un dilema más para el psiquiatra también es la internación psiquiátrica involuntaria del incompetente mental; no obstante, la Ley 1306 de 2009 dicta normas para la "Protección de Personas con Discapacidad Mental y establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados", lo cual, sin duda, al tiempo que normaliza la protección de los derechos de este grupo poblacional provee de directrices al psiquiatra.

Realmente, el riesgo médico-legal del psiquiatra, tal como ocurre en las otras especialidades, se minimiza mediante un ejercicio idóneo, seguro y de calidad, el cual debe ser plasmado en una historia clínica cuidadosamente diligenciada. No sobra recordar que este documento se convierte en pieza clave ante cualquier tipo de demanda, y puede ser la mejor defensa del médico.

El caso del paciente suicida

Se conoce que el ejercicio profesional de la medicina entraña riesgos para el paciente. En psiquiatría merecen especial atención el intento de suicidio y el suicidio, pues resultan ser los riesgos más costosos en términos económicos y psicosociales, así como en años de vida perdidos. Estos tipos de pacientes

representan el riesgo médico-legal más importante en la práctica del psiquiatra, pero también para la del médico general y la de otros especialistas; al menos, en casos donde no se realizan una evaluación ni un tratamiento adecuado. Así mismo, es el riesgo más común, y constituye la queja más repetida en contra del personal de salud mental, del psiquiatra y de la institución de salud encargada del cuidado del enfermo afectado por esta situación.

La responsabilidad del psiquiatra puede ser cuestionada si el suceso ocurre intrahospitalariamente, días después de la salida hospitalaria o en pacientes ambulatorios con riesgo de suicidio moderado y alto que no han sido hospitalizados. Habitualmente se discute una evaluación del riesgo del suicidio inadecuada o una respuesta negligente al riesgo⁹.

En Colombia no existen leyes específicas que enmarquen la responsabilidad profesional como delito, pero las demandas pueden ser presentadas ante autoridades penales, civiles, éticas, disciplinarias y administrativas. En lo penal, estos casos se han tipificado como delitos de lesiones personales y homicidio. La justicia civil establece la obligación de resarcir el daño causado mediante indemnizaciones de tipo económico. La Ley 23 de 1981 reglamentó el ejercicio profesional y determinó sanciones que pueden llegar hasta la suspensión de la tarjeta profesional por 5 años; es decir, el médico que reciba esta grave sanción se debe dedicar a ejercer otro tipo de labor, pues su título de pregrado no será válido para ejercer la medicina durante el tiempo de la condena.

Normatividad para tener en cuenta

Es urgente ajustar el ejercicio profesional del médico, y, en este caso, del psiquiatra, a la numerosa cantidad de normas legales vigentes. Como es necesario tener en cuenta la legislación correspondiente, el médico debe empezar por conocer, al menos, el texto de ley de leyes: la Constitución Política de Colombia de 1991; también: el Código Penal vigente, o Ley 906 de 2006; el Código de Procedimiento Penal; el Código Civil; y el Código de la Infancia y la Adolescencia, y la jurisprudencia al respecto (fallos del Consejo de Estado y de la Corte Constitucional). Así mismo, el Código de Ética Médica, y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981 (actualmente en discusión en las cámaras legislativas, ante la propuesta de un proyecto de ley que busca reformarlo). Igualmente, la Ley 100 de 1993 y el Convenio Marco Docente-Asistencial de 1996, las normas siguientes y su reglamentación actual. Por supuesto, hay que conocer: la reglamentación interna de cada una de las instituciones universitarias; las normas hospitalarias y otras normas específicas, como la Resolución 2417 de 1992 del Ministerio de Salud de Colombia (que adoptó los derechos de las personas con trastorno mental, y que es de obligatoria aplicación en las entidades del sector salud); legislaciones particulares para algunas enfermedades; las normas del Ministerio de la Protección Social y del Ministerio de Salud sobre la formulación de medicamentos de control, y sobre la inclusión de pacientes en proyectos de investigación; y la más reciente normatividad sobre incompetencia mental, disponible en la Ley 1306 de 2009.

En resumen, el médico no puede ser ajeno a legislación vigente, y debe incluirla como parte de su quehacer, porque en

la actualidad está sujeto a una situación de riesgo médico-legal constante en su práctica profesional.

La responsabilidad médica, en general, es de medio, y no de resultados; es decir, el médico no está obligado a garantizar que los resultados de su intervención sean favorables ni que redundarán en la salud de su paciente; tampoco podrá ser medido por estos resultados, pero sí por la idoneidad de su actuar, por su diligencia, y, en todo caso, por el apoyo brindado en procura de la mejoría de su paciente; es decir, lo que se examina son los medios empleados, y no los resultados.

Excepcionalmente, la práctica médica podría ser cuestión de resultados, como en el caso de las cirugías estéticas, donde al paciente se le brinda la opción de obtener un efecto deseado, o que piensa va a serlo. En tales casos la información brindada por los facultativos debe ser suficiente y clara; en lo posible, por escrito y sin restringir detalles. Una información sesgada crea expectativas irreales, y es la que puede generar conflictos legales para el médico. Se evidencia, entonces, que en la relación médico-paciente es fundamental el consentimiento informado, y que en ningún caso se puede desconocer el derecho del enfermo a recibir o no el tratamiento médico propuesto, salvo los casos de excepción dados por la normatividad vigente.

Respecto a la actuación del médico en su vida profesional, este debe evitar caer en una mala práctica que, seguramente, desencadenara demandas médico-legales. Para ello debe estar suficientemente entrenado en el quehacer especializado que lleve a cabo; debe actuar con las debidas precauciones y nunca caer en la indolencia con su paciente; debe prever los posibles resultados de los tratamientos que instaura y de los procedimientos que practica; debe ser prudente en su actuación y tomar las precauciones necesarias¹⁰. Además, no olvidar la elaboración de la historia clínica ajustada a la normatividad vigente, pues esta se constituye en pieza fundamental de la defensa del médico afectado por cualquier tipo de demanda.

Sobre la responsabilidad de los médicos estudiantes de posgrado, estos deben realizar sus prácticas bajo la supervisión de un especialista graduado y, en el mejor de los casos, por un docente universitario de planta.

Aun cuando, en general, los residentes del país realizan sus prácticas sin remuneración económica, su responsabilidad médica continúa y es compartida con la institución educativa y con la institución asistencial; por ende, las prácticas deben estar reglamentadas y llevarse a cabo en condiciones adecuadas para la prestación de un servicio de calidad.

Las instituciones de salud que permiten dicho entrenamiento muchas veces no cuentan con las normas adecuadas ni con la estructura suficiente, y no es raro observar condiciones que no son las óptimas para ninguna práctica ni entrenamiento, situación que afecta a los pacientes y la formación de los dicentes. En las instituciones de salud la responsabilidad sobre el cuidado del paciente no es solo de medio, sino de resultados, y, por tanto, se debe garantizar que se cuenta con la estructura física y la organización adecuada para prestar este servicio.

Para finalizar, es importante resaltar que el desconocimiento o la omisión de la normatividad incrementan para el médico el riesgo de afrontar demandas. Los pacientes conocen

cada día mejor sus derechos, los exigen y están dispuestos a entablar demandas asesorándose de abogados competentes para estos casos.

La práctica médica se ha transformado: se ha pasado de la práctica de un profesional cuya palabra era considerada de buena fe, válida e incuestionable, a ser considerado en la actualidad un profesional más del campo de la salud, susceptible de verse obligado a demostrar con pruebas la idoneidad para su quehacer profesional.

Conclusiones

Múltiples factores inciden en la responsabilidad del médico; no obstante, la observancia de una buena praxis es la mejor garantía para afrontar una eventual demanda.

La buena praxis no solo incluye la pericia, sino la procura de lo mejor para el paciente, y, a su vez, el conocimiento de la normatividad vigente para su quehacer y la adecuada utilización de los instrumentos que tiene a su alcance, no solo para la debida atención del paciente, sino para su adecuada defensa en un momento dado.

Cada atención médica lleva intrínseco un riesgo médico-legal, y, en consecuencia, el acto médico debe cumplir con la *lex artis* para disminuir el riesgo. Según Jiménez et al., se destacan la importancia de la historia clínica, como elemento de prueba fundamental de la buena práctica médica, y el concepto de consentimiento informado, como parte integral del acto médico, que debe estar ajustado a la *lex artis* y a los principios éticos², y, adicionalmente, la pericia y la seguridad del acto.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Fuente de financiación: recursos propios del autor.

REFERENCIAS

1. Támara LM, Jaramillo SH, Muñoz LE. Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. *Rev Colomb Anestesiol.* 2011;39:489-505.
2. Jiménez RGM. Casos de responsabilidad profesional en psiquiatría. Grupo corporativo de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (Scare) y Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (Fepasde), 1999-2006. *Rev Colomb Psiquiatr* [internet]. 2007 [citado: 18 de diciembre del 2011]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200004&lng=es
3. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, et al. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med.* 2011;365:629-36.
4. Guevara-Narvaez C, Escobar-Córdoba F, Fontecha J. Restricción en pacientes agitados atendidos en unidades de cuidado médico primario. [Restriction in agitated patients attended in units of primary medical care]. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.* 2004;52:199-211.
5. Polanía-Dussán IG, Toro-Herrera SM, Escobar-Córdoba F. Uso de midazolam y haloperidol en urgencias psiquiátricas. *Rev Colomb Psiquiatr* [internet]. 2009 [citado: 19 de diciembre del 2011]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000400010&lng=es.
6. Sánchez-Pedraza R, Jaramillo-González L, Escobar-Córdoba F. Guías para el manejo del paciente violento en el servicio de urgencias. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1993;22:31-48.
7. Escobar-Córdoba F, Hernández-Yasnó M, Pedreros-Velásquez J. Aislamiento en pacientes psiquiátricos [Seclusion of psychiatric patients.]. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [internet]. 2009 [citado: 18 diciembre del 2011]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400006>.
8. American Psychiatric Association. Resource guide on seclusion & restraint by the American Psychiatric Association May 1999. [internet]. 1999 [citado: noviembre del 2011]. Disponible en: <http://www.psych.org>.
9. Bongar B. The suicidal patient: Clinical and legal standards of care 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2002.
10. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Principios éticos y código deontológico [internet]. 2008 [citado: 18 de diciembre del 2011]. Disponible: <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/lesmesecodigodeontologico.pdf>.