

## 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

Gloria Mercedes Jiménez R.<sup>1</sup>

### Resumen

*Introducción:* la bibliografía sobre la responsabilidad profesional en psiquiatría es escasa en Colombia; por este motivo la revisión de conceptos y el análisis de casos de profesionales demandados, afiliados a Fepasde, contribuyen a mejorar la práctica médica y a preparar a los psiquiatras para afrontar eventuales demandas por responsabilidad profesional. *Materiales y métodos:* se realizó un análisis descriptivo de los casos de responsabilidad médica en psiquiatría que se presentaron en Scare-Fepasde, en el país, entre 1999-2006. Se revisaron tanto los expedientes como las asesorías científicas. *Resultados:* se encontraron doce casos de profesionales demandados con un total de 18 procesos, en su mayoría disciplinarios y éticos. Los motivos concordaban con los encontrados en la literatura y los más frecuentes fueron presuntas conductas antiéticas y motivos no relacionados con atención de pacientes. Se encontraron, además, dos casos de complicaciones del tratamiento con antipsicóticos, un caso de falla de seguridad y un caso de realización del riesgo de autoagresión (suicidio). *Conclusiones:* de acuerdo con la literatura médica, los factores que inciden en la responsabilidad del psiquiatra se atribuyen a la complejidad de la enfermedad mental, a sus diferencias con la enfermedad orgánica y a las características particulares de la relación médico-paciente, dada la vulnerabilidad del segundo frente al terapeuta. 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 éticos.

**Palabras clave:** psiquiatría, responsabilidad legal, ética.

**Title: Professional Liability in Psychiatry. Corporate Group of the Colombian Society of Anesthesia and Resuscitation (Scare) and the Special Fund for Solidary Aid in Lawsuits (Fepasde), 1999-2006.**

---

<sup>1</sup> Médica patóloga forense. Asesora científica de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (Scare)-Fepasde.

## Abstract

*Background:* Literature regarding professional liability in psychiatry is scarce in Colombia. Therefore analyzing cases of physicians, members of Fepasde, who have been sued and reviewing related concepts contribute to enhance medical practice and prepare psychiatrists to withstand eventual lawsuits. *Methods:* Descriptive analysis of the cases of liability involving psychiatrists presented to Scare-Fepasde in Colombia, between 1999-2006. *Results:* 12 psychiatrists sued and a total of 18 legal processes were found, mostly involving ethic and disciplinary charges. Motives were similar to those found in the literature, the most frequent being supposed anti-ethical conduct and motives unrelated to patient care. Besides these, two cases were found involving complications of treatment with antipsychotics, one involving a failure in security and one involving suicide. *Conclusions:* According to the medical literature, factors acting upon psychiatrists' liability have to do with the complexities of mental illness and its differences with physical illness and to particularities of the doctor-patient relationship, given the vulnerability of the latter in regard to the therapist. This underscores the importance of the history as proof of good medical practice. Obtaining informed consent is an integral part of the medical act and must conform to the *lex artis* and to ethical principles.

**Keywords:** Psychiatry, legal liability, ethics.

## Introducción

El presente artículo es producto del trabajo que viene adelantando el Grupo de Investigación en Responsabilidad Profesional de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (Scare) y el Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (Fepasde), con el obje-

tivo de brindar información útil a los profesionales de la salud sobre el tema de la responsabilidad, con énfasis en los aspectos particulares de cada especialidad médica.

Sobre el tema de la responsabilidad en psiquiatría, la bibliografía es escasa en Colombia. De la indagación realizada con varios profesionales, incluidos los psiquiatras forenses, se pudo establecer que en la actualidad no se dispone de información sistemática ni casuística sobre el tema.

Se cuenta con el dato registrado por el Tribunal de Ética Médica de Bogotá: la psiquiatría ocupa el décimo lugar entre las especialidades médicas con mayores registros por responsabilidad médica dentro 1.001 expedientes recibidos entre 1994 y 2002. En el texto citado se incluye la descripción de algunos casos (1). En Scare-Fepasde, la psiquiatría ocupa el undécimo lugar en la tasa de demandas, representada con un 14,62% para el año 2006 (2).

Son dos los propósitos que orientan el presente trabajo: revisar los conceptos básicos de la responsabilidad en el ejercicio de la psiquiatría y mostrar la casuística obtenida de la observación detallada de los casos de responsabilidad médica en psiquiatría, que se presentaron en Scare-Fepasde, en todo el país entre 1999-2006.

## Conceptos de responsabilidad en psiquiatría

El tema de la responsabilidad profesional del psiquiatra ha sido

abordado de manera general, tanto en sus aspectos médicos como jurídicos, por autores españoles, argentinos, uruguayos y chilenos (3-6), así como por autores estadounidenses (7), que presentan situaciones similares en la práctica profesional en diferentes ámbitos legales.

La obligación del médico psiquiatra, como profesional de la salud, es de medios, es decir, debe cumplir con “el deber de atención” y prestar al paciente una asistencia acorde con la *lex artis* y los principios éticos. La responsabilidad profesional se define como “La obligación de reparar o satisfacer las consecuencias de los *actos inadecuados, de las omisiones o de los errores*, ocurridos dentro del ejercicio de la profesión”.

La responsabilidad en psiquiatría tiene los elementos comunes de la responsabilidad en el ejercicio de las disciplinas médico-quirúrgicas, pero con connotaciones particulares, inherentes a la naturaleza de la enfermedad mental, que difiere de la enfermedad orgánica, y a las características especiales de la relación médico-paciente en la práctica psiquiátrica.

Las diferencias existentes entre las enfermedades orgánicas y las enfermedades mentales, en cuanto a su etiología y tratamiento, se deben tener en cuenta al analizar la *lex artis* en psiquiatría. Las enfermedades orgánicas tienen un sustrato biológico claramente identificado, así como criterios diagnósticos y objetivos terapéuticos definidos,

que facilitan su explicación a los legos (autoridades, pacientes y familiares); mientras que la etiología de las enfermedades mentales es aún objeto de investigación y de controversia, y la clasificación nosológica se basa en síntomas que reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro. En últimas, desajustes o trastornos en el comportamiento social con diversos objetivos y manejos terapéuticos (8-9).

Por otra parte, la psiquiatría no puede satisfacer las expectativas de precisión diagnóstica y eficacia terapéutica alcanzadas en la actualidad por las especialidades médico-quirúrgicas, las cuales superan en muchos siglos a la psiquiatría, en cuanto a su organización y desarrollo como disciplinas médicas.

No obstante, para enfrentar las exigencias de la organización moderna de los servicios de salud y las crecientes demandas por responsabilidad médica, los psiquiatras se han visto obligados a adoptar modelos de atención que, al estar reconocidos por la comunidad científica, permiten sustentar conceptos técnicos y evitar controversias científicas que suelen ser inconvenientes cuando se dan ante las autoridades judiciales y administrativas.

Otro factor que incide en la responsabilidad profesional del psiquiatra es la relación médico-paciente, que conlleva para el psiquiatra, más que para otros profesionales de la salud, el cum-

plimiento de una serie de deberes éticos específicos y una exigencia de mayor prudencia, dedicación y cuidados en consideración a la vulnerabilidad del paciente con enfermedad mental frente al terapeuta, hecho que resaltan las normativas éticas nacionales e internacionales (1,10-12).

La vulnerabilidad del paciente con enfermedad mental se atribuye, entre otras causas, a la pérdida parcial o total de su autonomía o capacidad de autodeterminación, a las alteraciones de la emoción y el afecto —inherentes a su condición o secundarias a la terapia— y a la eventual estigmatización y marginación del paciente del entorno familiar, social y laboral.

Otra situación que se debe considerar es que muchos enfermos mentales tienen alterado el deseo de curarse o no perciben su enfermedad como tal (inconciencia de la enfermedad), a diferencia de los pacientes con enfermedades orgánicas, quienes habitualmente reconocen su condición de enfermos y solicitan voluntariamente atención médica con la expectativa de mejorar o curarse (6,13).

Las normativas éticas también evidencian las particularidades del vínculo entre terapeuta y paciente, en especial cuando se aplica psicoterapia. Estas particularidades pueden crear un ambiente propicio para que se den abusos o “conductas inapropiadas” (relaciones sexuales o intervención en el manejo o negociación de bienes) y, a la vez,

para que de manera involuntaria o intencional el paciente involucre al terapeuta en reclamaciones injustificadas; además, en la práctica psiquiátrica, más que en otras disciplinas, inciden las condiciones mentales, familiares y laborales del profesional y su actitud en el trato con pacientes y familiares (14).

Desde la década de los setenta se produjo un cambio importante en la aplicación de los principios éticos, al imponerse el principio de autonomía del paciente sobre la actitud paternalista del médico. Actualmente es el enfermo quien debe tomar las decisiones sobre las acciones terapéuticas y asumir sus riesgos; por su parte, el terapeuta está obligado a suministrar al paciente o persona responsable la información suficiente sobre el diagnóstico, las opciones terapéuticas y los riesgos previstos, al igual que a dejar registro en la historia clínica tanto de la información como de la aceptación o negativa del paciente. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1992):

*El consentimiento se debe obtener después de discutir los riesgos y beneficios del tratamiento, así como sus posibles alternativas, con el paciente y su familia y deberá quedar reflejado en el historial del paciente por una nota progresiva en lugar de por un formulario escrito. En los casos de tratamiento prolongado la discusión deberá quedar especialmente documentada. Según el informe de la Asociación, la uti-*

*lización de formularios impropios o poco adecuados impide la relación médico-paciente y fomenta la aparición de reclamaciones en el sentido de que el consentimiento no fue bien informado en algún determinado aspecto... (15)*

En ciertos casos, la información suministrada debe ser más amplia de la habitual en la práctica médico-quirúrgica; además del diagnóstico, la terapéutica y los riesgos previstos, el psiquiatra tendrá que explicar la naturaleza de la enfermedad mental, sus características especiales (cronicidad, bajas expectativas de curación, curso hacia el deterioro) (11,13), los diversos objetivos terapéuticos (16), la iatrogenia reconocida de los medicamentos antipsicóticos (17), la posibilidad de requerir un sistema y espacios de atención diferentes a los convencionales (manejo intrafamiliar, internación especial) y el riesgo de auto o heteroagresión.

Otro factor que incide en la responsabilidad profesional es la intervención de terceros, frecuente en la atención de pacientes psiquiátricos, ya que éstos, además del interés verdadero o no por la salud del paciente, acuden algunas veces al terapeuta con la intención de eludir los inconvenientes y riesgos propios de la atención domiciliaria y la convivencia con un enfermo mental o la necesidad de atender obligaciones cuando el individuo ha perdido parcial o totalmente su autonomía.

Visto lo anterior se explica que las normativas éticas se orienten, en términos generales, a preservar los límites de la relación médico-paciente, a prevenir abusos e intervenciones o internaciones arbitrarias y a conservar la confidencialidad hasta donde la ley lo permite, para proteger al paciente y a sus relacionados de conductas auto o heteroagresivas.

El riesgo de auto o heteroagresión, intencional o accidental por agitación e inconciencia, es relativamente frecuente en pacientes psiquiátricos, pero cuando se hace efectivo, puede suscitar reclamaciones contra el profesional en dos sentidos:

- Si en todo o en parte tuvo relación con la terapia instaurada.
- No haber dado información a los familiares, en caso de un paciente ambulatorio, lo cual les impidió optar por la internación, incluso involuntaria, o no haber dado información a los responsables de una institución o servicio, al equipo asistencial o personal auxiliar encargado más directamente de la vigilancia y cuidados, en caso de enfermos recluidos que requerían medidas de seguridad especiales y de control para evitar salidas no autorizadas.

Un principio ético relevante en la práctica psiquiátrica es la confidencialidad, dada la naturaleza íntima de la información, pero con

los límites fijados por la ley<sup>2</sup>, que se relacionan especialmente con el riesgo de conductas auto o heteroagresivas por parte del paciente y con la obligación del psiquiatra de adoptar las medidas necesarias para proteger la vida y la integridad de las personas (18).

Actualmente, en Colombia, la violación de la confidencialidad por parte del profesional es controvertible, dado que la normatividad permite el acceso a la historia clínica de los administradores de las entidades encargadas de su custodia, como son las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud a las que, por otra parte, les compete

atender los requerimientos de las autoridades competentes (19)<sup>3</sup>.

Además de la práctica clínica, el psiquiatra se puede ver abocado al riesgo de demandas o quejas o a controversias con sus pares, cuando interviene en calidad de consultor, testigo experto (perito) o de testigo de hecho (20-21), ya sea de forma voluntaria o requerido por autoridad competente, tanto en casos criminales como en casos de responsabilidad médica (22)<sup>4</sup>.

### **Materiales y métodos**

Se realizó un análisis descriptivo de los casos de responsabilidad

<sup>2</sup> El artículo 17 del Código de Ética Médica colombiano (Ley 23 de 1981) estipula: "Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa...". "El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales...". Y según el artículo 38: "... la revelación del secreto profesional se podrá hacer: a) Al enfermo [...]; b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento; c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces; d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley; e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia". (19).

<sup>3</sup> De acuerdo con la Corte Constitucional colombiana, expediente T-14218 del 29 de septiembre de 1993 (Acción de tutela en contra del Comando de la Armada Nacional y el Hospital Militar Central, por violación de los derechos a la intimidad personal, buen nombre y honra), "La violación de la reserva a la que está sometida la información contenida en la historia clínica, vulnera el derecho a la intimidad personal cuando se pone en conocimiento de información reservada, a quien no está autorizado para conocerla, se vulnera el derecho al buen nombre de la persona ...".

<sup>4</sup> De acuerdo con el Código de Procedimiento Civil colombiano, el título XXVIII trata de las reglas especiales relativas a la curaduría del demente. El artículo 549 se refiere a la prueba de demencia con base en dictamen médico. El artículo 659 establece reglas para declarar la interdicción de dementes o sordomudos: 1º certificación médica. 4º Puntos que debe incluir el dictamen pericial. Así mismo, este Código dice que "La internación involuntaria no tiene una reglamentación formal; en el numeral 6 del citado artículo 659 se hace referencia a que el juez podrá dictar las medidas de protección personal del paciente que considere necesarias". El artículo 554 del Código Civil establece que "el demente no será privado de su libertad sino cuando medie autorización judicial en casos en que se tema que pueda causar daño a sí mismo o a otros".

médica en psiquiatría presentados en todo el país entre 1999-2006, en Scare-Fepasde. Se analizaron variables sociodemográficas, relacionadas con la práctica psiquiátrica, con base en el marco teórico y de los procesos jurídicos. Se revisaron tanto los expedientes como las asesorías científicas realizadas por profesionales de la salud con formación en responsabilidad médica, vinculados a la Unidad de Apoyo Científico y a las regionales de Scare-Fepasde.

### Resultados

En los ocho años revisados se encontraron doce casos de profesionales demandados, con los porcentajes de demanda que se muestran en la Tabla 1.

En los doce casos de profesionales demandados la razón entre hombres y mujeres fue de 2:1. La experiencia del profesional fue de más de diez años (N=3), entre uno y diez años (N=3). En seis casos no se encontró registrado ese dato. En

Tabla 1. Demandas por año

Año	Casos	%
1999	1	8,3
2000	1	8,3
2001	5	41,6
2002	2	16,6
2003	1	8,3
2004	0	0,0
2005	1	8,3
2006	1	8,3

Fuente: Doce casos de responsabilidad en psiquiatría, Scare-Fepasde, 1999-2006.

los doce casos analizados, el motivo de demanda estuvo relacionado con la atención de pacientes (ocho casos), con las características que se registran en la Tabla 2. El origen de la atención fue brindada principalmente por médicos tratantes, como se observa en el Gráfico 1.

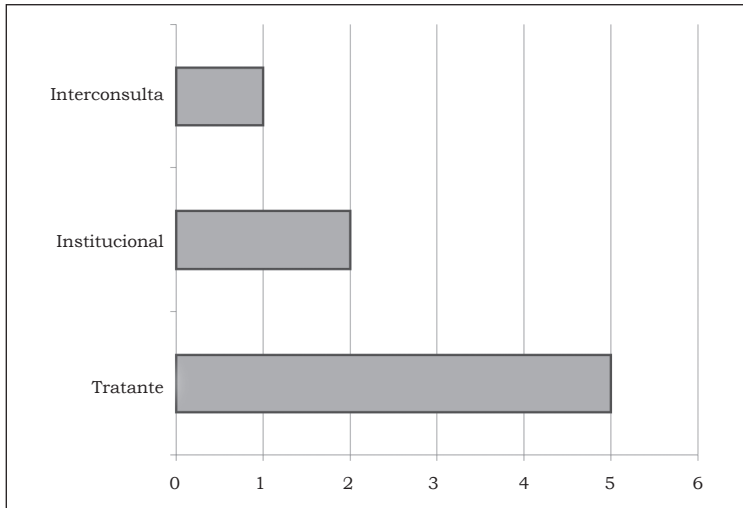
Entre las características de los pacientes se encontró una razón entre hombres y mujeres de 5:3. En relación con la edad, la media fue 38,1 años, con un valor mínimo de 19 y un máximo de 77. La capacidad de autodeterminación del paciente

Tabla 2. Características de la atención

Tipo de atención	Carácter de la institución	Nivel de atención	Forma de atención	Tipo de atención
Urgencias	Privada	III nivel	Hospitalización	Psiquiátrico
Urgencias	Pública	II nivel	Hospitalización	General
Urgencias	Privada	III nivel	Hospitalización	Psiquiátrico
Urgencias	Privada	III nivel	Hospitalización	Psiquiátrico
Electiva	Privada	I nivel	Ambulatoria	Psiquiátrico
Urgencias	Pública	III nivel	Ambulatoria	General
Electiva	Pública	IV nivel	Ambulatoria	General
Electiva	Privada	I nivel	Ambulatoria	Psiquiátrico

Fuente: Ocho casos de responsabilidad en psiquiatría, Scare-Fepasde, 1999-2006.

Gráfico 1. Origen de la atención



**Fuente:** Ocho casos de responsabilidad en psiquiatría, Scare-Fepasde, 1999-2006.

no se encontraba registrada expresamente en la historia, pero se infirió de las condiciones mentales del paciente, consignadas en la historia clínica. Se encontraron tres casos de esquizofrenia paranoide, en la que se infería pérdida de la autonomía; tres casos en los cuales el paciente tenía capacidad de autodeterminación, y dos casos en los que no hubo información suficiente para precisar el dato.

El tratamiento médico fue farmacológico en cuatro casos (N=4), combinado con psicoterapia en dos casos (N=2). Se pudo inferir cumplimiento de recomendaciones en cinco casos (N=5) y cumplimiento parcial en uno de ellos (N=1). En los dos casos restantes los pacientes fueron remitidos a otra institución.

Los diagnósticos psiquiátricos —formulados según la Clasifica-

ción Internacional de Enfermedades (CIE-10)— se presentan en el Gráfico 2. En N=3 se encontraron diagnósticos asociados con la patología psiquiátrica de base, así: un caso con diagnóstico de depresión mayor (relacionado con alcoholismo crónico), dos casos de esquizofrenia paranoide, uno asociado con epilepsia y otro con fármaco-dependencia y neumonía hospitalaria grave.

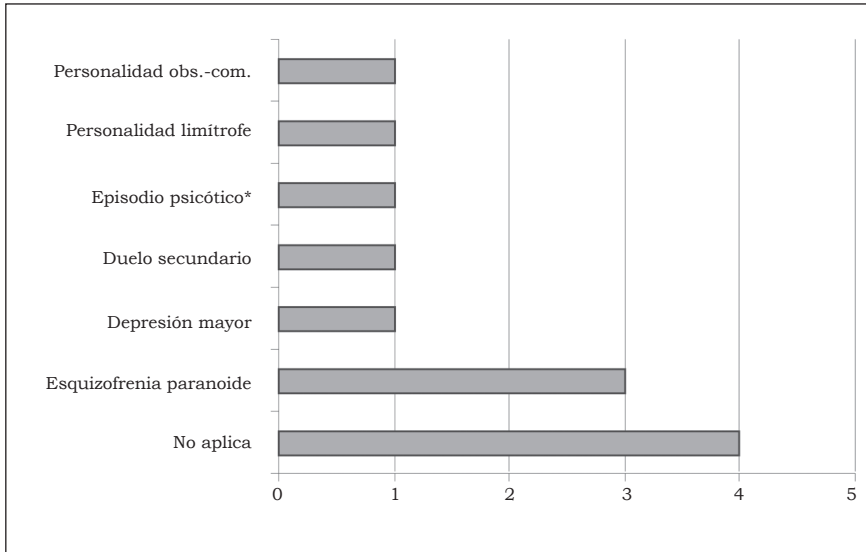
La calidad de la historia clínica, evaluada por el asesor científico, se muestra en el Gráfico 3 (2). En los ocho casos relacionados con la atención de pacientes no se encontró registro en la historia clínica de la información suministrada por el psiquiatra al paciente o responsables.

#### *Características del proceso legal*

En los doce casos revisados se encontraron un total de 18 pro-



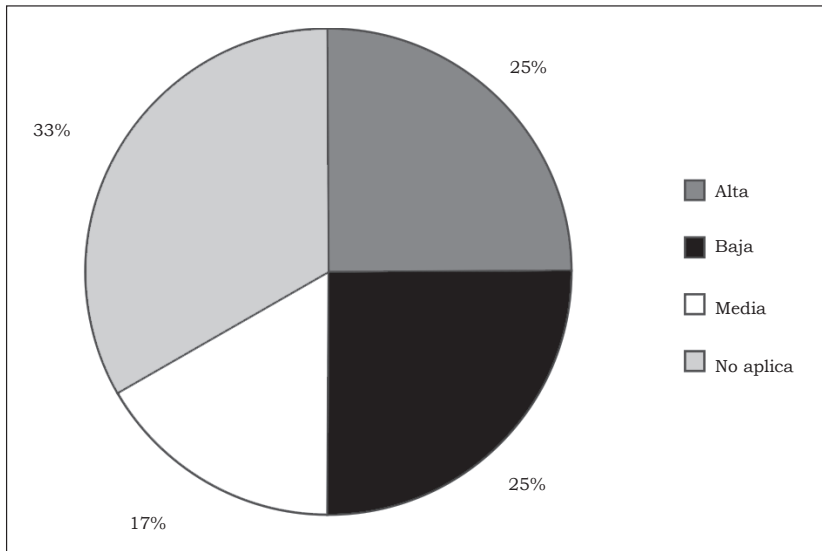
Gráfico 2. Diagnósticos psiquiátricos



\* Episodio que se presentó en una paciente con enfermedad autoinmune.

**Fuente:** Ocho casos de responsabilidad médica en psiquiatría, Scare-Fepasde, 1999-2006.

Gráfico 3. Calidad de la historia clínica



**Fuente:** Ocho casos de responsabilidad médica en psiquiatría, Scare-Fepasde, 1999-2006.

cesos, los más frecuentes de tipo disciplinario y ético, como se aprecia en el Gráfico 4. Se registraron siete profesionales con un proceso, cuatro con dos procesos (ético y disciplinario o penal) y un profesional con tres procesos (ético, penal y disciplinario).

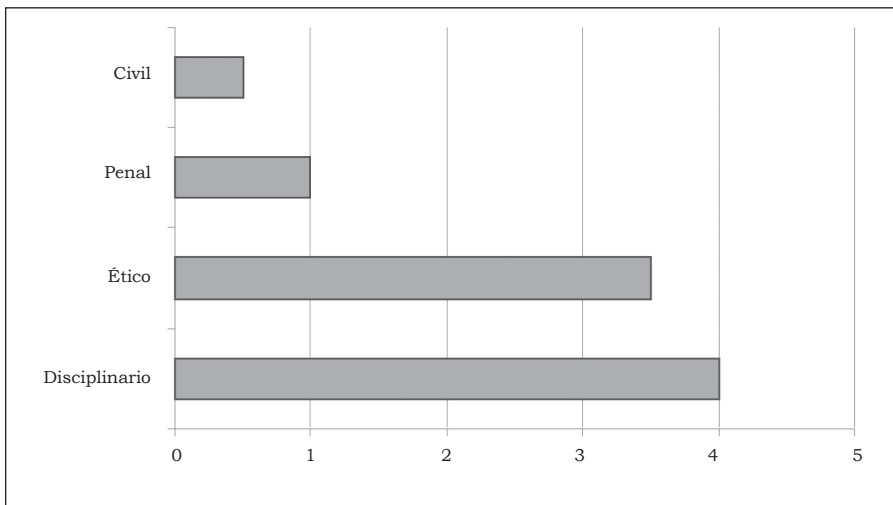
En relación con los resultados del proceso, no se encontraron datos en los doce casos. Hubo exoneración en dos procesos penales, preclusión en un proceso ético y se impusieron sanciones leves en dos casos disciplinarios. En los expedientes de los procesos de los doce casos revisados se hallaron catorce motivos de queja o demanda (dos casos con dos motivos), que se presentan en la Tabla 3.

Los motivos de queja o demanda fueron similares a los que se presen-

tan en la práctica médica-quirúrgica, pero con las connotaciones particulares de la práctica en psiquiatría, en concordancia con la bibliografía, como se puede apreciar en los siguientes casos: los dos casos relacionados con el tratamiento farmacológico tenían que ver con el uso de antipsicóticos; uno por reacción adversa medicamentosa y otro en el cual la familia cuestionó la formulación, por estar contraindicados para la enfermedad orgánica que tenía el paciente.

En el caso de violación de la confidencialidad, un familiar del paciente presentó una queja contra el psiquiatra. En ella aducía que divulgó sin autorización información íntima de dicha persona, que conoció a través del paciente; además, se cuestionó la expedición irregular de una certificación médica.

Gráfico 4. Tipo de proceso jurídico



**Fuente:** Doce casos de demanda por responsabilidad médica en psiquiatría, Scare-Fepasde, 1999-2006.

Tabla 3. Motivos de queja o demanda

Motivo de queja o demanda	Casos
Presuntas conductas antiéticas*	5
Complicaciones del tratamiento médico	2
Realización del riesgo de autoagresión	1
Falta de información	1
Falla de seguridad	1
No relacionados con atención de pacientes**	4
Total	14

\* Remisión de paciente por intereses personales, conducta inapropiada, violación de la confidencialidad, expedición irregular de certificación, malas relaciones con pacientes y familiares.

\*\* Ausencia injustificada en el trabajo, no realizar una actividad administrativa asignada, malas relaciones entre colegas, conducta antiética (con la institución).

**Fuente:** Doce casos de responsabilidad médica en psiquiatría, Scare-Fepasde, 1999-2006.

En el caso de conducta inapropiada, el paciente presenta una queja ante el Tribunal de Ética, y el profesional afirma que las situaciones planteadas se dieron cuando había terminado la relación médico-paciente. En este punto se resalta que las normativas consideran antiéticas tales conductas, aun con ex pacientes.

En el caso de falla de seguridad (caída del paciente en la institución), al parecer no quedó claro en los registros de historia y frente a los familiares cuál era el alcance de la intervención del psiquiatra y que las acciones de cuidado no eran de competencia del profesional.

En el caso de realización del riesgo de autoagresión (suicidio) de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de larga data, la familia aduce que el médico tratante no les informó sobre la

gravedad de la enfermedad ni del riesgo de suicidio.

#### *Riesgo científico del proceso (2)*

El riesgo científico del proceso es una calificación que se da a partir de la asesoría científica, de utilidad para el abogado defensor. El resultado de esta evaluación en los ocho casos relacionados con atención a pacientes fue el siguiente:

Riesgo bajo: (N=4) se evidencia una adecuada práctica médica, sustentada en la historia clínica y otros documentos probatorios.

Riesgo medio: (N=2) puede haber controversia en la adecuada realización del acto médico, o no tiene una sustentación clara de ésta en la historia clínica, o no cuenta con autorización para el procedimiento.

Riesgo alto: no hubo casos (existe falla de atención con relación de causalidad con el daño presentado

y se encuentran debilidades procesales).

Sin registro: (N=2).

### **Discusión**

La casuística analizada nos presenta los diferentes tipos de proceso legal que puede enfrentar el psiquiatra en su ejercicio como profesional de la salud en Colombia, bien sea uno solo o varios de manera simultánea o secuencial por los mismos hechos. A continuación presentamos una breve descripción de los tipos de proceso, con un comentario sobre los casos analizados en este trabajo.

#### **Proceso disciplinario**

Los médicos vinculados a las empresas sociales del Estado (ESE) están sujetos a las disposiciones del Código Único Disciplinario que cobija a los funcionarios públicos (23)<sup>5</sup>. Las investigaciones disciplinarias son adelantadas por la Procuraduría General de la Nación

o las oficinas de auditoría interna de las entidades.

En la casuística revisada, el mayor número de procesos encontrados fueron disciplinarios (ocho). Los motivos en los cuatro casos no relacionados con atención de pacientes eran propios del tipo de investigación adelantada (ausencia injustificada en el trabajo, no realizar una actividad administrativa asignada, malas relaciones entre colegas y conducta antiética con la institución).

Se encontraron, además, cuatro procesos relacionados con quejas sobre atención de pacientes, lo que nos muestra que en los procesos disciplinarios contra profesionales de la salud también se requiere la historia clínica como elemento de prueba.

#### **Proceso ético**

El proceso ético se inicia a partir de una queja presentada por pacientes, familiares o entidades, y un magistrado del Tribunal de Ética Médica investiga la actuación

<sup>5</sup> De acuerdo con la Ley 734 de 2002, el Congreso de Colombia decreta en el Libro I, parte general título I "Principios rectores de la ley disciplinaria". Artículo 1°. Titularidad de la potestad disciplinaria. El Estado es el titular de la potestad disciplinaria. Artículo 2°. Titularidad de la acción disciplinaria. "Sin perjuicio del poder disciplinario preferente de la Procuraduría General de la Nación y de las personerías distritales y municipales corresponde a las oficinas de control disciplinario interno y a los funcionarios con potestad disciplinaria de las ramas, órganos y entidades del Estado conocer de los asuntos disciplinarios contra los servidores públicos de sus dependencias. El titular de la acción disciplinaria en los eventos de los funcionarios judiciales es la jurisdicción disciplinaria. La acción disciplinaria es independiente de cualquiera otra que pueda surgir de la comisión de la falta...". Artículo 44. Clases de sanciones. "El servidor público está sometido a las siguientes sanciones: 1. Destitución e inhabilidad general, para las faltas gravísimas dolosas o realizadas con culpa gravísima. 2. Suspensión en el ejercicio del cargo e inhabilidad especial para las faltas graves dolosas o gravísimas culpo-".

profesional a la luz de las normas vigentes en Colombia (18).

En la casuística revisada, el segundo lugar de frecuencia fue ocupado por los procesos éticos (siete); en los casos de profesionales con más de un proceso, uno era ético. La frecuencia y los motivos de demanda encontrados están en concordancia con lo reportado en la literatura revisada: remisión de paciente por intereses personales, conducta inapropiada, violación de la confidencialidad, expedición irregular de certificación o malas relaciones con pacientes y familiares.

### Proceso penal

“Cuando la conducta de un individuo lesiona el interés general de la comunidad se configura la responsabilidad penal que trae como consecuencia una sanción penal provista de una acción pública de la que es titular el estado” (24). En

un proceso penal, el profesional puede ser investigado en relación con el acto médico por los delitos de lesiones personales, que se investigan a partir de una demanda ante la Fiscalía, o por homicidio culposo (25), que se investiga de oficio y habitualmente se practica una necropsia médico-legal (26).

Se considera que una conducta es culposa cuando “el resultado típico es producto de la infracción del deber objetivo de cuidado y el agente debió haberlo previsto por ser previsible o habiéndolo previsto confió en poder evitarlo...” (25). La doctrina establece como elementos estructurales del homicidio culposo:

*... que la muerte de una persona se deba a la acción u omisión del agente es decir que aparezca una relación de causa efecto entre la acción y la muerte de la víctima, que la muerte no haya sido querida por el sujeto activo y que pueda imputarse*

sas. 3. Suspensión, para las faltas graves culposas. 4. Multa, para las faltas leves dolosas. 5. Amonestación escrita, para las faltas leves culposas”. [...] “Parágrafo. Habrá culpa gravísima cuando se incurra en falta disciplinaria por ignorancia supina, desatención elemental o violación manifiesta de reglas de obligatorio cumplimiento. La culpa será grave cuando se incurra en falta disciplinaria por inobservancia del cuidado necesario que cualquier persona del común imprime a sus actuaciones...”. Capítulo Segundo. Artículo 152. *Procedencia de la investigación disciplinaria*. “Cuando, con fundamento en la queja, en la información recibida o en la indagación preliminar, se identifique al posible autor o autores de la falta disciplinaria, el funcionario iniciará la investigación disciplinaria”. Artículo 153. *Finalidades de la decisión sobre investigación disciplinaria*. “La investigación disciplinaria tiene por objeto verificar la ocurrencia de la conducta; determinar si es constitutiva de falta disciplinaria; esclarecer los motivos determinantes, las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se cometió, el perjuicio causado a la administración pública con la falta, y la responsabilidad disciplinaria del investigado...”. Artículo 50. *Faltas graves y leves*. “Constituye falta disciplinaria grave o leve, el incumplimiento de los deberes, el abuso de los derechos, la extralimitación de las funciones, o la violación al régimen de prohibiciones, impedimentos, inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de intereses consagrados en la Constitución o en la ley”.

*al agente imprudencia, negligencia, impericia en la profesión u oficio, o violación de los deberes reglamentos o instrucciones. (27)*

En el sistema penal colombiano, que actualmente es de tipo acusatorio, interviene la Fiscalía General de la Nación, como ente investigador, y los jueces de garantías y de conocimiento. En la casuística revisada se encontraron dos procesos penales, uno por lesiones personales, ante presunta falla en acciones de cuidado; aunque tales acciones no le competían al médico, las deficiencias de registro limitaban la posibilidad de sustentar que la atención médica fue adecuada.

Otro caso fue un suicidio, en el cual el psiquiatra se vio involucrado en el proceso, debido a que los familiares adujeron falta de información del riesgo por parte del profesional, lo que les impidió tomar medidas para proteger al paciente.

### **Proceso civil**

*Se dice que una persona es civilmente responsable cuando resulta obligada a reparar el perjuicio sufrido por otro [...] es posible que el perjuicio materia de indemnización emane de un hecho cualquiera, realizado sin que exista un contrato entre el civilmente responsable y la víctima o por el contrario provenga del incumplimiento de un contrato [...] Si la conducta del responsable afecta únicamente el interés privado estamos ante una responsabilidad civil. (28)*

En este contexto legal, la relación médico-paciente es vista como un “contrato” entre particulares. El proceso cursa cuando el demandante pretende una indemnización económica que presenta ante un juzgado civil (24).

En la casuística se encontró un proceso civil en el que se pretendía indemnización en el caso de un paciente que presentaba iatrogenia por antipsicóticos; en este caso se contaba con una historia clínica de alta calidad que permitía demostrar que la atención fue adecuada, pero no había registro en la historia de consentimiento informado para la administración del medicamento ni explicación de los efectos colaterales.

### **Proceso administrativo**

En casos de demandas contra entidades del Estado, si el médico es funcionario público, puede ser llamado por la entidad a responder en dos momentos procesales: llamamiento en garantía antes del fallo durante el proceso que cursa en el Tribunal Contencioso Administrativo o por una acción de repetición contra del profesional en caso de que se produzca un fallo condenatorio. No se encontraron procesos administrativos en la casuística revisada.

Un aspecto fundamental en los procesos de responsabilidad profesional lo constituyen los elementos materiales probatorios, de los cuales el principal es la historia

clínica, importante en cualquier tipo de proceso, en especial ético.

Por lo anterior, en las asesorías científicas se evalúa la calidad de la historia clínica desde el punto de vista técnico, con base en lo establecido en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud (29)<sup>6</sup>, y se sopesa qué tan adecuada es para servir como elemento de prueba en un caso particular con el fin de sustentar una buena práctica médica.

Otro elemento probatorio importante es el consentimiento informado. En los ocho casos relacionados con la atención de pacientes es notable la ausencia de registro en la historia clínica de la información suministrada por el psiquiatra al

paciente o responsables, lo cual contrasta con el hecho de que se trataba en su mayoría de médicos tratantes y que los pacientes tenían una enfermedad de larga evolución y factores de riesgo que ameritaban un manejo complejo.

La Unidad de Apoyo Científico de Scare-Fepasde ha desarrollado el concepto de consentimiento informado, entendido como parte integral del acto médico que tiene lugar cuando el profesional de la salud cumple con su obligación de informar al paciente o responsable sobre la naturaleza de la intervención o tratamiento, sus beneficios, los riesgos previstos, el pronóstico o las alternativas, y le permite al paciente manifestar su voluntad y

---

<sup>6</sup> "Artículo 3. Características de la historia clínica. Las características básicas son: Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario. Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio". "Artículo 4. Obligatoriedad del registro. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución". "Artículo 5. Generalidades. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma".

tomar parte en las decisiones que comprometen su salud, dejando registro en la historia clínica de la actividad realizada. La Unidad de Apoyo Científico de la Scare-Fepasde viene divulgando este concepto entre los médicos asesorados y en los diferentes espacios académicos en los que intervienen los asesores científicos (2).

El concepto discutido en el párrafo anterior difiere sustancialmente de la visión que tienen muchos profesionales de la salud de que el consentimiento informado es una forma impresa diligenciada en las instituciones de salud para que la firme el paciente o la persona responsable. El formato complementa el registro en la historia, pero no lo reemplaza, y puede utilizarse si se considera conveniente como trámite administrativo.

### Conclusiones

En relación con la *lex artis*, en la práctica psiquiátrica es fundamental que el profesional mantenga una visión integral del paciente, esto es, que considere la posibilidad de que se presenten enfermedades orgánicas asociadas con la enfermedad mental o como causa del trastorno; además, debe precisar y dejar registro del alcance y expectativas de su

intervención, de las implicaciones y las expectativas de la psicoterapia, de la iatrogenia y de las interacciones entre antipsicóticos y otros medicamentos, frente a la necesidad de usarlos cuando son la única opción de tratamiento.

La historia clínica psiquiátrica debe cumplir los requerimientos técnicos y éticos vigentes (26-27), ya que además de satisfacer los fines propios de la práctica médica como son el diagnóstico y el tratamiento, dicho documento, adecuadamente diligenciado, constituye un elemento de prueba fundamental para la defensa del profesional ante una eventual demanda por responsabilidad.

En la práctica psiquiátrica se recomienda aplicar el concepto de consentimiento informado como parte integral del acto médico desarrollado y divulgado por los asesores científicos de la Scare-Fepasde, el cual coincide con el pronunciamiento de la APA (18), y que se ajusta a lo establecido en el Código de Ética colombiano<sup>7</sup>.

Se reitera la conveniencia de que en ciertos casos el psiquiatra, además de informar sobre el diagnóstico, la terapéutica y los riesgos previstos, explique las características especiales de las enfermedades mentales, sus diferencias con las enfermedades orgánicas y otros

<sup>7</sup> Artículo 15. "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente".



aspectos puntuales relacionados con la terapéutica y el manejo del paciente en los diferentes espacios de atención (intrafamiliar o internación especial), y el riesgo de auto o heteroagresión.

Cuando el estado del paciente demande acciones de cuidado especiales, se recomienda al psiquiatra dejar registro escrito en la historia clínica de las instrucciones y recomendaciones pertinentes suministradas tanto a la familia, en caso de pacientes ambulatorios, como a los responsables en una institución (especializada o servicio de un hospital general), en casos de pacientes recluidos; así se dispondrá de elementos probatorios adecuados para responder ante eventuales reclamaciones.

En general, el profesional de la salud conoce muy poco la normatividad que regula su actividad y las implicaciones legales del ejercicio profesional, en contraste con las condiciones actuales del ejercicio médico, que lo exponen cada vez con mayor frecuencia al riesgo de enfrentar demandas por responsabilidad, aun dentro de una buena práctica médica. El psiquiatra, por la naturaleza compleja de la enfermedad mental y las características particulares de la relación médico-paciente, enfrenta en especial el riesgo de procesos éticos.

Por lo anterior, se recomienda a los psiquiatras que se capaciten en los aspectos básicos de la responsabilidad, que se documenten sobre la normatividad vigente, que traten de

seguir las pautas establecidas —a pesar de las limitantes del sistema salud— y que soliciten asesoría jurídica antes de atender una citación de la autoridad. Seguir dichas recomendaciones les será de gran utilidad ante la eventualidad de una demanda por responsabilidad profesional.

### **Agradecimientos**

A la doctora Bertha Cataño, psiquiatra forense.

### **Referencias**

1. Ortega G. Doctores: ¿por qué se quejan sus pacientes? Bogotá: Tribunal de Ética Médica; 2002.
2. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (Scare), Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (Fepasde), Unidad de Apoyo Científico. Monitoría en procesos de responsabilidad médica. Bogotá: Scare-Fepasde; 2006.
3. Canencia SA. La responsabilidad jurídica en la práctica psiquiátrica. Red de Salud Mental Comunitaria [en línea]. [fecha de acceso julio de 2006]: URL disponible en: <http://www.dinarte.es/salud-mental> [Cuestiones ético-legales].
4. Verde CA. Responsabilidad civil y psiquiatría [1ª parte]. Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis [en línea]. 1995 [fecha de acceso 2 de abril de 2007];3(11):23. URL disponible en: <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-3/tema-5.htm>.
5. Verde CA. Responsabilidad civil y psiquiatría [2ª parte]. Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis [en línea]. 1995 [fecha de acceso 2 de abril de 2007];3(11):23. URL disponible en: <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-3/tema-5.htm>.

6. Cassarotti H. Reflexiones sobre responsabilidad médica en psiquiatría. *Rev Psiquiatr Urug.* 2004;68(2):181-93.
7. Meyer DJ. Psychiatry malpractice and administrative inquiries of alleged physician misconduct. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29(3):615-28.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional de enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento: descripción clínica y pautas para el diagnóstico (CIE-10). 10ª ed. Washington: OMS; 1992.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). 4ª ed. Washington: AAP; 2002. p. 825-6.
10. Asociación Mundial de Psiquiatría. Proposición y puntos de vista de la AMP sobre los derechos y la protección legal de los enfermos mentales [en línea]. 1989 [fecha de acceso 2 de abril de 2007]. URL disponible en: [http://www.gador.com.ar/iyd/libros/mps\\_wpa](http://www.gador.com.ar/iyd/libros/mps_wpa).
11. American Psychiatric Association. The principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry [en línea]. Washington: APA; 1989 [fecha de acceso 2 de abril 2007]. URL disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/130/9/1057>.
12. Sociedad Colombiana de Psiquiatría. Código deontológico y principios éticos de la ACP [en línea]. [Fecha de acceso 2 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://www.psiquiatria.org.co/php/docsFTP/122431Codigo%20deontologico%20y%20principios%20eticos.pdf>
13. Cassarotti H. A propósito del consentimiento en psiquiatría [en línea]. Documento procedente del I Congreso Virtual de Psiquiatría; 2000 feb 1-mar 15 [fecha de acceso 23 de noviembre de 2006]. URL disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa14/conferencias/14\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa14/conferencias/14_ci_a.htm)
14. Eva-Condemarin P. Tránsito sexual en la relación médico paciente. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2001;39(4):329-44.
15. Tardive dyskinesia: a task force report of the American Psychiatric Association. Washington: APA; 1992.
16. Franco A, Mendoza N, Mora M. Consentimiento informado en psicoterapia: revisión desde la MBE. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2004;33(2):182-91.
17. Sánchez J, Sánchez J. Síndrome neuroléptico maligno y consentimiento informado para el tratamiento con antipsicóticos [en línea]. Documento procedente del IV Congreso de Derecho Sanitario; 1997 oct 23-25 [fecha de acceso 2 de abril de 2007]; Madrid, España. URL disponible en <http://www.aeds.org/congreso4/4congre-8.htm>
18. Ley 23/1981 de 18 de febrero, por la cual se dictan normas en materia de ética médica. (Diario Oficial, número 35.711, de 27-02-1981).
19. Sentencia T-073A/96, secreto profesional. (Corte Constitucional colombiana, 22-02-1996).
20. Sweeney M. El psiquiatra como testigo experto. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2005;34(Supl 1):12S-20S.
21. Mesa Azuero JG. El psiquiatra y el sistema acusatorio: tres caras y una profesión. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2005;34(Supl 1):21S-5S.
22. Arboleda VM. Código Penal colombiano anotado [artículo 33]. 19ª ed. Bogotá: Leyer; 2006.
23. Ley 734/2002 de febrero 5, por la cual se expide el Código Disciplinario Único. (Diarios Oficiales, números 44.699 y 44.708, de 5 y 14-02-2002).
24. Tamayo LA. La responsabilidad civil extracontractual y la contractual: distinción entre responsabilidad civil y responsabilidad penal la contractual. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley; 2005.
25. Arboleda VM. Código penal colombiano anotado [Título I. De los delitos contra la vida y la integridad personal. Artículo 109: homicidio culposo. Artículo 120: lesiones culposas]. 19ª ed. Bogotá: Leyer; 2006.
26. Decreto 786/1990 de abril 16, por el cual el Ministerio de Salud reglamenta la práctica de necropsias. (Diario Oficial, número 39.300, de 17-04-1990).

27. Barrera DH. Delitos contra la vida e integridad personal. Bogotá: Radar; 1985.
28. Tafur GA. Código Civil colombiano anotado [Libro cuarto. De las obligaciones en general de los contratos]. 24ª ed. Bogotá: Leyer; 2006.
29. Resolución 1995/1999 de julio 8, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica (Ministerio de Salud).

*Recibido para evaluación:* 17 de marzo de 2007

*Aceptado para publicación:* 2 de mayo de 2007

Correspondencia  
Gloria Mercedes Jiménez R.  
Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación  
Tr. 17 No. 120-74, piso 2  
Bogotá, Colombia  
[g.jimenez@scare.org.co](mailto:g.jimenez@scare.org.co)