

Reflexiones sobre responsabilidad médica en Psiquiatría

Aspectos de
salud mental

Resumen

Un psiquiatra demandado por responsabilidad médica (malpractice) debe contar con un modelo que explicita los principios prácticos de la lex artis en psiquiatría, que sea compartido por todos los psiquiatras y por los peritos médico legales. En este artículo se consideran: primero, los deberes éticos y técnicos y se destaca la diferencia entre una enfermedad médico-quirúrgica y una enfermedad mental (mental disorder); segundo, los principios prácticos que subtienden la asistencia en psiquiatría en sus diferentes tipos de atención; tercero, las consecuencias sobre la responsabilidad médica por los cambios introducidos en la psiquiatría por los servicios de “atención gerenciada”.

Palabras clave

Responsabilidad médica
Psiquiatría
Mala praxis
Ética
Técnica
Enfermedad mental
IAMC

Summary

A psychiatrist facing a malpractice suit must have a psychiatric model that specifies the applied principles of the psychiatric lex artis and that is shared by the psychiatrist and the forensic expert professional communities. In this article we first analyze the ethical and technical differences between medical-surgical and mental illnesses. Secondly, we discuss the applied principles that sustain different types of psychiatric care. Finally, we analyze the consequences on the medical malpractice resulting from changes imposed by the managed care system on the psychiatry.

Key words

Malpractice
Psychiatry
Ethics
Technical
Mental disorder
Managed care

Autor

Humberto Casarotti

Psiquiatra, neurólogo,
médico legista.

Presidente Berro 2531.
E-mail: hcasaro@adinet.com.uy

Introducción

Las diferentes escuelas de psiquiatría y las asociaciones de psiquiatras se ven enfrentadas actualmente a tener que ponerse de acuerdo en cuál es la lex artis que rige la asistencia psiquiátrica, ya que en el caso de una demanda van a ser juzgadas según esos deberes y no según el modelo del grupo del que forman parte.

Cada psiquiatra debería preguntarse de qué manera el modelo de psiquiatría de la escuela a la que pertenece lo acerca o lo aleja del “deber de asistencia”, según el cual tiene que estructurar la atención psiquiátrica de sus pacientes. Lo que, en otras palabras, significa preguntarse si se puede seguir hablando en psiquiatría, desde el punto de vista de la responsabilidad médica, de lo que años atrás se llamaba “minorías respetables” y que hoy se tiende a presentar como “alternativas tera-

péuticas”, y si en el caso de ser demandado podrá organizar su defensa sobre la base del modelo de su grupo⁶.

Las reclamaciones por responsabilidad médica fueron surgiendo y aumentando su número durante el siglo XX, debido predominantemente a dos factores. Primero, porque la medicina fue logrando una real eficacia terapéutica, lo que genera la posibilidad de omisión asistencial toda vez que un tratamiento eficaz no es aplicado, y el aumento de la eficacia guarda generalmente relación directa con un incremento de los riesgos. Segundo, porque, frente a la actitud paternalista tradicional del médico, se ha ido dando mayor significación a la autonomía del paciente.

En el Uruguay la responsabilidad médica comenzó a ser motivo de interés y de preocupación a partir de los 80, llevando a la realización de jornadas y a la publicación de diferentes artículos. Desde la perspectiva médica general se han sucedido reuniones y publicaciones particularmente a nivel del Sindicato Médico del Uruguay¹ en las que se han considerado diversos aspectos conceptuales y prácticos sobre: la naturaleza y formas del contrato médico, las obligaciones técnicas y ordenación ética de la relación médico-paciente, las figuras jurídicas de responsabilidad penal y civil, las posibilidades de mala praxis y de demandas, los modos de prevenirlas, la importancia de la historia clínica, etc.^{2,3}. La lectura de estas publicaciones es, por un lado, de utilidad para que los médicos puedan entender la figura legal de la responsabilidad penal y civil, qué quiere decir obligación de medios y de resultados, responsabilidad contractual y extracontractual, etc. Por otro, esa lectura lleva a concluir que en el encare de la responsabilidad médica no son suficientes exposiciones breves, porque son generalmente simples y por lo mismo alejadas de la complejidad de la medicina moderna, y por la diferente racionalidad que existe entre abogados y médicos⁴, **. Diferente racionalidad que se hace evidente en la lectura de los textos legales sobre responsabilidad médica publicados en Uruguay^{5,6,7}, en especial cuando se perciben las derivaciones que a veces pueden tomar estos problemas^{***} y sabiendo de la tendencia expansiva de la responsabilidad en el mundo moderno⁸ ****.

Con relación al análisis de la responsabilidad médica en psiquiatría también se ha desarrollado diversas actividades. El Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey trabajó durante dos años, culminando en 1991 con una jornada sobre el tema en la que participaron profesionales de diferentes instituciones psiquiátricas y legales⁹. La Sociedad de Psiquiatría y la Asociación de Psiquiatras del Interior también encararon estos problemas en sus actividades periódicas^{10,11}. Se dispone de diversas publicaciones relacionadas con psiquiatría, sobre el consentimiento informado y la hospitalización involuntaria¹². De su lectura y de los diálogos mantenidos surge la evidente necesidad de que quienes practican psiquiatría proporcionen a los hombres del derecho una reflexión sobre lo que constituye los deberes técnicos y de relación personal en la atención psiquiátrica.

I. Responsabilidad médica

El médico tiene frente a su paciente deberes de dos tipos, ya que cuando alguien enferma en su cuerpo pide ayuda a otro que sabe sobre ese mal, y lo hace confiando en su saber^{*****} ¹³. La ayuda que se lleva a cabo mediante esa relación se concreta en una praxis entre personas donde los actos que se realizan son técnicos (de acuerdo con la *lex artis* “contra el proceso de enfermedad”), y también, necesariamente, éticos (por ser una relación entre personas).

Históricamente, antes del nacimiento de la medicina ya estaban codificados los deberes morales entre “sufriente” y “sanador” (Código de Hammurabi, Libro Sagrado de Egipto, etc.¹⁴), siendo considerados “buenos” los actos del sanador “cuando respetaban a la persona del sufriente”. Fue a partir del descubrimiento de la medicina que los actos médicos deberán ser “buenos”, además, porque responden a la *lex artis*. Estos deberes de atención están determinados por un conocimiento técnico que consiste en saber qué es lo que se hace, y por qué se hace lo que se hace, contra la enfermedad. Desde la época hipocrática y especialmente a partir de Galeno, la regla de la relación médico-paciente ha sido “hacer todo por el paciente, contra la enfermedad”.

* Cf Apéndice A.

** El abogado penalista G. Fernández dice que los juristas hacen “en realidad una teoría de la argumentación” (cf ref 4).

*** Esto se avizora cuando, por ejemplo, J. Gamarra se refiere al incumplimiento de la obligación de informar sin que haya acontecido un daño. “Para llenar el vacío –de que no hay responsabilidad civil sin daño, aunque se haya violado el derecho de autodeterminación del paciente por no haberle informado– se ha pensado en el daño moral... por violación del derecho a la libertad” (cf 7, l: 205). Este planteo es preocupante para la psiquiatría si se lo considera en relación con la evolución actual de la idea de “responsabilidad sin falta”, donde el concepto de falta es sustituido por el de riesgo, y donde pensando en la víctima de un daño se busca que alguien indemnice. En medicina este encuadre “tiende a corromper el capital de confianza sobre el cual reposan todos los sistemas fiduciarios subyacentes a las relaciones contractuales” (cf ref 8, p. 58).

**** P. Ricoeur: Le concept de responsabilité. Essai d'analyse sémantique (cf ref 8, pp. 41-70).

***** “Entiendo a la ciencia médica como ‘un arte de curar’ basado en una ‘ciencia de la naturaleza’ (ars médico, o *teckné médica*)”. (cf ref 13, p. 135).

Dos tipos de deberes de igual relevancia, pero donde la obligación principal en la relación médico-paciente es el deber técnico (de diagnóstico y de tratamiento), mientras que los deberes morales son “accesorios”¹⁵, en el sentido de que esa relación entre personas sólo está determinada, o debiera estarlo, por la realidad de la enfermedad que esencialmente exige una respuesta técnica*.

Hasta fines del siglo XIX, sin embargo, esa distinción entre deberes técnicos y deberes éticos tenía en los hechos poca relevancia porque siendo la medicina de baja eficacia terapéutica la preocupación eran los deberes éticos: la medicina como un sacerdocio con sus reglas deontológicas.

A lo largo del siglo XX la configuración de saber, de actividades y de instituciones que es la medicina va siendo determinada progresivamente por un conjunto de vectores: por la ciencia pura y aplicada, por el nivel y organización de la economía, por la organización del poder en el Estado y en la sociedad y por la ética, es decir, por las actitudes sociales y personales que se adoptan frente al problema de la licitud y obligatoriedad de lo que se puede hacer.

Todo lo cual por el desarrollo vertiginoso de los aspectos técnicos y la consiguiente eficacia terapéutica, por el respeto creciente de la autonomía personal, y por la consideración de los aspectos financieros, ha determinado que la medicina se encuentre actualmente en medio de un campo de fuerzas contradictorias. Por un lado, fuerzas que tienden a separar a la técnica de la ética en un modelo donde la medicina es pensada casi exclusivamente como la aplicación de una técnica y la profesión médica como un “negocio” más, donde el paciente se ha convertido en un consumidor o cliente y el médico en un proveedor de servicios¹⁶. Por otro, fuerzas contrarias a las anteriores, que tienden a valorar fuertemente los aspectos éticos de algunos problemas técnicos**: la eficacia y los riesgos de los tratamientos actuales, los riesgos por las técnicas exploratorias, genéticas, la invasión de la privacidad en los tratamientos psicoterapéuticos, la influencia de los costos sobre la economía (privada, de los sistemas de seguros, de la sociedad toda), etcétera.

Si bien la medicina vive ese conflicto de fuerzas que le genera diferentes proble-

mas, en la praxis concreta, sin embargo, la medicina médico-quirúrgica ve facilitado su trabajo porque procede con un concepto de enfermedad como realidad corporal que forma parte del acervo cultural común desde hace siglos y por lo mismo predomina en la relación médico-paciente.

La psiquiatría, en cambio, con sus doscientos años de historia padece ese conflicto de fuerzas. El concepto de que el trastorno psiquiátrico es un desorden corporal y mental, se ha ido constituyendo lenta y difícilmente a lo largo de la breve historia de la psiquiatría. Y el problema de la psiquiatría es que el concepto técnico que modela la práctica asistencial actual, aún no ha sido incorporado por la cultura en general. El concepto de enfermedad mental sigue siendo un concepto que aún hoy, a pesar de la capacidad diagnóstica y terapéutica que la psiquiatría evidencia haber logrado, es frágil especialmente por la falta de acuerdo entre los técnicos. Falta de acuerdo que al proyectarse en los diversos medios culturales permite continuar sosteniendo nociones prepsiquiátricas.

Esa situación exige de los psiquiatras que piensen en la responsabilidad médica que desarrollen una hipótesis coherente de base empírica respecto a la realidad de la mente y de su desorganización, como también respecto a la realidad de la normalidad del “sujeto de la acción”. La tecnicidad de la psiquiatría que se ha desarrollado frente al pedido del paciente mental, es tratar en el sujeto el desorden que sufre en su posibilidad de ser sujeto de la acción, o sea, un desorden en el organismo o aparato psíquico. Desorden cuya realidad es siempre ser una desorganización del orden mental subyacente a la vida consciente que emerge del sistema nervioso, un hecho que hoy se va reconociendo en su substrato neurofisiológico. Por un lado, la vida mental es la resultante que emerge del desarrollo y de la organización específica del sistema nervioso, y que, por consiguiente, puede desorganizarse y por otro, la vida mental es la condición del accionar del sujeto en la realidad y como tal tiende a ser confundida con el sujeto mismo.

Por eso, en psiquiatría, por el carácter tanto de la vida mental normal (que genera a la psicología como ciencia humana) y de su desorganización patológica (que genera a la

* Una forma de relación de paciente y “sanador” en que esto se invierte, haciendo de los deberes morales lo esencial de la relación, es la que se comprueba habitualmente en los casos de curanderismo. En estos casos, porque el paciente es bien tratado no se presentan demandas, aunque en ese buen trato sólo se tomen en cuenta los deberes accesorios, ya que el esencial deber técnico no es encarado. Cuando se considera esta situación resalta la necesidad de que en las actividades sobre responsabilidad médica, se afirme, por un lado, que la medicina es una profesión cuya actividad tiene que estar regida por códigos de ética, pero, por otro, insistir en señalar la esencialidad de los deberes técnicos. En psiquiatría este aspecto pasa a ser vital para la supervivencia de la especialidad. En este campo de la medicina, como la patología mental consiste en una alteración de la vida de relación personal por una desorganización del cuerpo, ha sucedido que algunos deberes técnicos se presenten como anti éticos. Este proceder es relevante en psiquiatría. El no distinguir en los actos médicos del psiquiatra los deberes técnicos de los deberes éticos aparece en diferentes planteos de los antipsiquiatras y de los defensores de los derechos civiles, quienes, luchando por los derechos personales de los pacientes psiquiátricos, pero buscando especialmente “cambiar el sistema”, han contribuido con frecuencia a interferir con el tratamiento adecuado de los trastornos mentales, que por la *lex artis* los psiquiatras “debían” aplicar.

** En ocasiones se convierten en problemas éticos, hechos en los que se debería percibir la diferencia que existe entre deber ético y técnico en medicina. Diferencia que con frecuencia no se precisa cuidadosamente en la realización de algunas actividades sobre responsabilidad médica.

psiquiatría como ciencia natural “nueva”), considerar críticamente el apotegma hipocrático se convierte en una necesidad.

La obra psicoanalítica en lo que se refiere a la patología mental ha consistido precisamente en demostrar que en el proceso patológico que el sujeto consciente padece, él es también agente-inconsciente de su malestar. Por tal razón en responsabilidad médica en psiquiatría se hace impostergable reflexionar sobre la base de los criterios específicos de esta especialidad médica, ya que en los casos de enfermedad mental “ir contra la enfermedad mental” es también “ir contra el paciente”. Lo que obliga a distinguir de modo preciso entre deberes éticos y deberes técnicos.

Como una manera de ayudar a comprender lo señalado previamente conviene analizar cuál es el concepto de enfermedad que subtiende la figura legal de responsabilidad médica.

La figura jurídica de “responsabilidad profesional médica” está basada en el concepto de enfermedad que se origina en las enfermedades de tipo “médico-quirúrgico”, que se aplica a todas estas enfermedades y que, como se señaló, forma parte del acervo común. Las enfermedades que este concepto expresa se caracterizan: 1) por ser vividas por el paciente como un padecimiento que perturba su bienestar físico; 2) porque lo llevan a consultar al médico; 3) quien después de diagnosticarle su mal le informa sobre las posibilidades terapéuticas, respecto a lo cual el paciente que es capaz de hacerlo, acuerda o no; 4) sabiendo que el contenido de la relación médico-paciente queda protegido por el secreto profesional. En este modelo de enfermedad y de asistencia el médico y el paciente unen sus esfuerzos para ir “contra” la enfermedad, que el paciente padece y sobre la cual el médico tiene un saber teórico y práctico, estando este último obligado a prestar los cuidados objetivos contra la enfermedad (reglas técnicas del saber médico), y haciéndolo siempre por el bien del paciente (normas éticas).

El campo de la patología mental abarca una gama de trastornos donde algunos pueden ser conceptuados de modo análogo al modelo médico general de “padecimiento que el paciente quiere cambiar”, pero otros exigen ser pensados de diferente modo. En este segundo grupo de enfermedades psíquicas, el paciente

aparece más como “agente” de lo que le pasa que como “paciente”, y el médico que conoce su alteración está dividido, porque sabe que su paciente muchas veces no va a estar de acuerdo con los cuidados, que entiende que está objetivamente obligado a prestarle.

En realidad esos dos grandes grupos de pacientes psiquiátricos se unifican en criterios generales que se aplican a todos. Las enfermedades mentales se caracterizan: 1) porque el paciente se presenta identificado con lo que piensa o hace; 2) por no ser vividas como un padecimiento, lo que determina con frecuencia que el paciente no consulte espontáneamente; 3) que, cuando lo hace, habitualmente presenta “resistencias”, no asintiendo o no cooperando con el tratamiento propuesto, hasta el grado de que se plantea la necesidad de tratamiento involuntario; y 4) por todas estas características se plantean diferencias en el área de la confidencialidad.

Estos elementos del objeto del saber y de la praxis psiquiátrica generan diferencias esenciales a la hora de tener que valorar la actuación de un psiquiatra desde el punto de vista de la responsabilidad médica. La diferencia entre el concepto de enfermedad médico-quirúrgica y de enfermedad mental, muestra con claridad que los problemas de responsabilidad médica en psiquiatría (regulación de la relación médico-paciente; deber de confidencialidad o secreto médico; deber de informar o consentimiento válido; tratamiento involuntario; deber de proteger al paciente y a otros; etc.) necesitan ser considerados a la luz de un modelo que responda a las características de la enfermedad mental. Por otro lado, que la evolución hacia una psiquiatría eficaz desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico ha hecho necesario el desarrollo de una hipótesis global que, respondiendo a todos los hechos clínicos, permita encarar las situaciones de responsabilidad médica.

II. Necesidad de teorizar sobre el “modelo común” con el que se trabaja actualmente en psiquiatría

A. La psiquiatría desarrolló su historia a través de tres paradigmas¹⁷ respecto al concepto de enfermedad mental y en cada uno siempre

se entrecruzaron modelos etiopatogénicos mecanicistas y psicodinamistas.

En el paradigma inicial, el de la “alienación mental” de neto cuño organicista pero influido por el carácter unitario de la vida mental, se sostuvo el concepto de “psicosis única”. Con el reconocimiento de la estabilidad de las fisonomías psicopatológicas y de su vinculación a procesos patológicos del sistema nervioso se generó el paradigma de las “enfermedades mentales”. En este segundo paradigma se reconoció la heterogeneidad del campo psiquiátrico, pero negativamente se hizo de las enfermedades mentales “enfermedades como las otras”, pensadas según un modelo mecanicista extremo. De ese percibir la realidad de las enfermedades mentales en el plano anatómico del sistema nervioso, se pasó al tercer paradigma, el de las “estructuras psicopatológicas”, por obra del análisis estructural y del pensamiento psicoanalítico. A partir de ese momento y a lo largo del siglo XX la psiquiatría desarrolló una psicopatología general donde las enfermedades mentales fueron progresivamente conceptualizadas como desorganizaciones del organismo mental determinadas por procesos orgánicos.

Se llegó a esta conceptualización a través de dos etapas. En la primera se trabajó basándose en conceptos psicopatológicos generales de tipo psicoanalítico, lo que llevó, por el hecho de operar sobre la base de una hipótesis etiopatogénica y terapéutica convertida sin base empírica en dogma, a un desinterés por el diagnóstico y a un alejamiento de la patología mental aguda y crónica “mayor”. Durante la segunda etapa, iniciada en los años 70, después de dos décadas de logros terapéuticos reales mediante métodos físicos (ECT y psicofármacos) y cambios en las estrategias psicológicas (psicoterapias breves, enfoque cognitivo-comportamental, etc.), la psiquiatría comenzó a reencontrar su camino.

La eficacia terapéutica lograda a partir de los años 50 determinó que la psiquiatría se convirtiese en una profesión orientada a la praxis y dejase de ser un ámbito de discusiones teóricas y de polarizaciones ideológicas¹⁸. Ese volver a la práctica cotidiana en un campo como el psiquiátrico que es tan heterogéneo, exigió de todos los psiquiatras recuperar la práctica diagnóstica^{19, 20} y establecer planes

terapéuticos diferenciales^{21, 22} según la patología mental que se debía asistir. En la época pre-terapéutica, dado que los técnicos trabajaban en áreas psiquiátricas diferentes, los distintos modelos podían ser considerados “alternativas terapéuticas” válidas y los grupos de psiquiatras que las aplicaban constituían “minorías respetables”^{*}. Con esa afirmación se avalaba a cada modelo, ya que por la ineficacia terapéutica no se producían daños objetivables y, por lo mismo, no se generaban situaciones de responsabilidad profesional. En último término, cada psiquiatra podía pensar y actuar con relación a los pacientes psiquiátricos sin mayores riesgos.

Cuando a partir de los años 60 ese estado de cosas comenzó a modificarse, trabajar según modelos parciales empezó a ser un problema en la práctica diaria. Esa situación llevó progresivamente a proceder en los hechos sobre la base de un modelo común, en el sentido de “deber asistir”, es decir, de diagnosticar y de tratar de modo diferencial a cada tipo de patología mental. Entre los factores que aparecen habiendo favorecido esta evolución destacan los avances en la terapéutica psicofarmacológica (y los desarrollos consiguientes en neurociencias), los cambios económicos en relación con la prestación de servicios de salud mental y también las demandas por responsabilidad médica^{**}.

Actualmente, puede decirse que la psiquiatría trabaja en las distintas áreas de patología mental según dos criterios de hecho: por un lado, que la enfermedad mental es una realidad “mental” y “orgánica” en el sentido de ser una desorganización del “cuerpo psíquico” y, por otro, que cada tipo de patología mental se debe diagnosticar y tratar de acuerdo con el momento evolutivo según la eficacia empírica demostrada por los diferentes métodos físicos y psíquicos. Pero esta unidad práctica en la que los psiquiatras se han visto llevados (y exigidos) a trabajar, no se ve respaldada por el reconocimiento explícito, por parte de todos los psiquiatras, de una hipótesis de trabajo que corrija las deficiencias teóricas de los modelos parciales y que fundamente el que realmente están dando a cada paciente la atención técnica y ética debida. Tipo de atención que es desde el punto de vista del profesional la forma de trabajar con seguridad personal.

* cf Apéndice A.

** Las demandas que por casos psiquiátricos en Uruguay han sido por daños debidos a tratamientos, por falta de consentimiento informado, y por no prevención de suicidio.

* Tratamientos divididos (“split”) y combinados que generalmente complican aun más los problemas posibles de responsabilidad médica.

** (cf ref 15, p. 45). Al hablar de grados variables de disminución de libertad o de niveles de incapacidad se destaca en la estructura mental lo que ha perdido de poder; cuando se los denomina “capacidades diferentes” o “capacidades parciales” se los visualiza desde la óptica del poder que mantienen.

Los psiquiatras prácticos cuyo objetivo es ser terapeutas, trabajan con métodos “especiales” en las áreas de patología mental en que esos métodos pueden aplicarse (fobias, depresión, trastornos de personalidad, trastornos alimentarios, etc.). Cuando el psiquiatra, obligado por la necesidad económica, tiene que trabajar ampliando su radio de acción, es decir, en áreas en las que no le sirve lo que ha aprendido, entonces ingresa a una situación conflictiva. Primero, porque se ve obligado a fundamentar su trabajo en una teorización general que, sin embargo, su modelo especial no le proporciona, y segundo, porque a menos que sea un “fundamentalista” debe aplicar tratamientos diferentes a los que conoce. Y colocado en esta situación, o reduce el campo psiquiátrico en que trabaja, o divide su trabajo con otro técnico*, o aprende lo que debe hacer. Aprendizaje tardío que muchas veces no le permite operar según la *lex artis* que le es exigible, especialmente con relación a la utilización de las terapéuticas biológicas, lo que constituye una de las circunstancias más favorables para ser demandado.

B. Con relación a la *lex artis* el psiquiatra debe ser consciente de que, además del deber del diagnóstico y del tratamiento diferencial, está obligado a cumplir con otra evaluación que consiste en hacer “otro diagnóstico”²³, que desde el punto de vista de la responsabilidad médica es aun más importante.

Este es un aspecto esencial de la atención psiquiátrica que con frecuencia el técnico no encara adecuadamente. Cuando un paciente y su familia consultan por patología mental es porque vivencian de alguna manera lo más relevante de la enfermedad mental, una disminución en grado variable de la autonomía personal. No consultan, en cambio, por lo que para el técnico puede constituir su interés profesional: investigar, trabajar en tal área, aplicar tal método, etc. Los pacientes o sus familiares consultan porque “algo” interfiere con su autonomía personal, y ese “algo” es “el otro diagnóstico” que el psiquiatra debe hacer, y que frecuentemente no hace cuando procede desde un modelo que no toma en cuenta esa valoración. No hacer ese “otro diagnóstico” que hay que saber leer en la sumatoria sintomática

que el paciente presenta constituye el riesgo central para una posible demanda. No haber evaluado, por ejemplo, el riesgo suicida o el de violencia a un tercero, no haber hospitalizado a un paciente con un episodio agudo severo, etc., que son situaciones condicionadas por el grado de “pérdida de control sobre sí”, configuran para un juez una falta grave en los deberes técnicos del psiquiatra.

Por lo tanto, es necesario que los psiquiatras, pensando en su responsabilidad profesional, se manejen, especialmente en las primeras consultas, prestando atención a esa evaluación impostergradable. Evaluación en la relación psiquiatra-paciente que el técnico debe hacer a pesar de las pobres condiciones en las que habitualmente trabaja como dependiente, por ejemplo, por disponer de poco tiempo, por estar mal remunerado, por verse restringido en sus decisiones, etc. El psiquiatra aun en estas circunstancias (*lex artis ad hoc*) deberá responder por el modo como procedió en relación con ese “otro diagnóstico”.

C. Considerando ese “otro diagnóstico” que el psiquiatra debe hacer y en base al cual tomará sus decisiones y por las que va ser evaluado en su responsabilidad, se presentan a continuación los dos principios básicos que enmarcan esas decisiones: 1. La valoración del grado de disminución de libertad del paciente psiquiátrico. 2. Los espacios o tipos de atención en los que se decide asistir al paciente.

1. Evaluación del grado de disminución de la libertad del paciente o hiposuficiencia jurídica**

La capacidad específica de los psiquiatras que interesa a los jueces en circunstancias legales se refiere a la capacidad de diagnosticar, no tanto los tipos de procesos patológicos sino los tipos de estructuración psicopatológica a la que la vida mental se ve reducida por el proceso orgánico. Para un juez, por ejemplo, tiene más importancia saber cuál es el estado mental que presenta el paciente, si corresponde a un síndrome de demencia, o a un síndrome depresivo, o a un trastorno crepuscular de la conciencia, que saber si ese estado mental

está determinado por una enfermedad de Alzheimer, o por un trastorno bipolar, o por una epilepsia.

Esta distinción entre “estructuras psicopatológicas” y “procesos orgánicos” generadores, que es de algún modo reconocida en los sistemas de codificación actuales*, exige disponer de un esquema práctico. En este sentido es de gran valor el esquema de ordenación de los diferentes síndromes psicopatológicos que H. Ey presenta en su Manual de psiquiatría** 24. Distinguiendo entre patología del campo de conciencia actual y patología de personalidad se hace posible proceder de modo práctico al momento de tener que establecer los grados de pérdida de libertad que cada desorganización de la vida mental implica²⁵.

Por el grado de disminución que presentan los pacientes psiquiátricos conviene agruparlos, desde el punto de vista de su suficiencia jurídica, en tres categorías de capacidad.

En primer lugar, en la categoría de “pacientes capaces” está la mayoría de los pacientes psiquiátricos. Dentro de estos pacientes que consultan por sí mismos y que consienten con el tratamiento se ubican algunos trastornos de personalidad, las formas leves de las tradicionales neurosis, así como un conjunto de “otros motivos de consulta”, que no son patología mental. En segundo lugar, se ubica otro grupo de pacientes también “capaces aunque con limitaciones”. En estos casos, en que la consulta inicial y el cumplimiento del tratamiento depende en parte de la familia, los pacientes corresponden a formas menores de trastorno del humor, a formas leves o de inicio de trastornos severos: neurosis, psicosis crónicas, demencia y retardo mental. Finalmente, están los pacientes “incapacitados”, que corresponden a la mayoría de las consultas urgentes por episodios psicóticos agudos, y también a la mayoría de los pacientes del grupo 2, cuando se encuentran en período de estado o terminal.

2. Los “espacios de atención”

La realidad de la praxis psiquiátrica es el hecho simple y cotidiano de que alguien viene a la consulta porque “algo le pasa” y “quiere tratarse”. Dada la complejidad conceptual y

práctica de la psiquiatría es conveniente encarar la responsabilidad médica considerando el modo como son asistidos los tres grupos de pacientes referidos. La psiquiatría es una rama especial de la medicina no sólo por el objeto especial que es la enfermedad mental, sino también por la necesidad de crear, para responder a las necesidades que plantea el caso concreto, un sistema especial de atención.

Las enfermedades mentales se caracterizan²⁶:

- por ser frecuentemente persistentes (psicosis, neurosis, trastornos de carácter) y, por tanto, difíciles de curar;
- por alterar esencialmente el deseo de curarse;
- por impedir o dificultar el pedido de ayuda (porque el paciente es inconsciente de su enfermedad);
- por dificultar la cooperación necesaria (porque el paciente presenta resistencias);
- por exigir un complejo “manual de operaciones”.

Cuando el psiquiatra es consultado, después de establecer un diagnóstico, debe determinar cuál es el objetivo terapéutico al que apuntará su esfuerzo profesional. Los diferentes objetivos terapéuticos que un psiquiatra debe cumplir han generado un sistema especial de atención que es el resultado de integrar cinco factores en el plan terapéutico***: • el lugar donde realizarlo (la elección del lugar depende sobre todo del objetivo terapéutico y de la posibilidad de lograrlo, más que de la severidad del cuadro); • quién o quiénes lo van a realizar; • con qué frecuencia y duración; • con qué estrategia y técnica psicológica; y • la necesidad o no de tratamiento somático.

La combinación de estos factores ha generado cuatro “espacios de atención psiquiátrica” para poder cumplir con la asistencia según las necesidades del momento evolutivo. Es importante destacar, por un lado, que estos diferentes tipos de atención se corresponden a las diversas perspectivas²⁷ de abordaje de las enfermedades mentales y donde se asisten solamente algunos de los trastornos mentales que hay que “cuidar” y, por otro, que ninguno de estos tipos de atención psiquiátrica constituye el tipo “ideal”, pues lo que “idealmente” corresponde es hacer lo mejor según la condición mental del paciente.

a. Atención en “consultorio” (y en “medio familiar”). En el consultorio, el objetivo buscado es lograr que el paciente funcione

* Esta distinción es presentada por el DSM IV, por ejemplo, en relación con los trastornos del humor. El manual al que interesan ambos aspectos del diagnóstico describe las características psicopatológicas de cada uno de los síndromes del humor patológico pero sin dar a estos síndromes un número de código, y codificando en cambio los procesos que están produciendo ese estado mental (trastorno depresivo recurrente, trastorno bipolar, trastorno del humor secundario a enfermedad médica, etc.).

** Un modelo como el “organo-dinámico” de Henri Ey (y al cual tiende actualmente la psiquiatría: “modelo “neurodinámico” de Hobson, cf *Hobson JA, Leonard JA. Out of its mind. Psychiatry in crisis. A call for reform. Perseus, Cambridge, Massachusetts, 2001*) se presenta ofreciendo una base común para que psiquiatras, médico legistas y magistrados reflexionen sobre la responsabilidad profesional en psiquiatría.

*** Cf ref 21, 22.

mejor que antes, utilizándose los tratamientos psicológicos y también los medicamentosos. Los pacientes tratados de este modo corresponden nosológicamente a los diversos tipos de trastornos de personalidad, a la amplia gama de las “tradicionales neurosis” con o sin síntomas y a diversas personas que consultan a un psiquiatra, aunque su motivo de consulta no sea propiamente una afección mental (los llamados códigos V del DSM-IV). En estos casos y en ese espacio asistencial la relación que se establece entre psiquiatra y paciente es semejante, aunque no igual, a la que establecen dos adultos cuando acuerdan en otros tipos de contrato.

Diversos pacientes que son asistidos en el consultorio por presentar un trastorno psicótico persistente que se descompensa, o manifestaciones periódicas de un trastorno bipolar, requieren con frecuencia ser seguidos introduciendo a la familia en el plan terapéutico. En estos casos de “seguimiento en medio familiar” el objetivo es evitar que el paciente aumente su deterioro funcional (movilizando sus recursos psicológicos, estimulándolo en su actividad), y que se monitorice su estado para evitar o para controlar rápidamente el desarrollo de una descompensación (vigilando el cumplimiento del tratamiento, etc.). De la misma manera son asistidos, dadas sus características psicopatológicas, algunos trastornos de personalidad, así como adictos a alcohol o sustancias, retardos mentales y procesos demenciantes en su inicio, etc. En estos casos la relación psiquiatra y paciente es semejante a la que mantiene un padre con un hijo adolescente, ya que la decisión de tratamiento requiere muchas veces ser complementada por una actitud más activa por parte del psiquiatra y de sus familiares.

b. Atención de “urgencia”*. El objetivo de todo servicio de urgencia es la realización de una rápida evaluación que permita disponer adecuadamente del paciente. Esa evaluación debe ser la suficiente para que no se omita la asistencia necesaria, lo que en el caso de urgencias psiquiátricas implica diagnosticar las situaciones de riesgo, y entre estas, especialmente: descartar el carácter secundario a sustancias o enfermedades médicas, de los episodios agudos, prever y prevenir en lo

posible el suicidio del paciente, y evaluar la probabilidad de riesgo de daños a terceros. Las características de toda urgencia determinan generalmente excepciones a casi todos los deberes personales (consentimiento informado, confidencialidad, etc.) y la relación que se establece entre psiquiatra-paciente es la del cuidado que un adulto debe tener frente a alguien transitoriamente incapacitado.

c. Atención durante una “hospitalización breve”. En estos casos el objetivo es resolver el trastorno lo más rápidamente posible, buscando que el paciente recupere su nivel de funcionamiento previo. Generalmente, este tipo de “tratamiento agudo” se realiza en medio hospitalario (en hospitales psiquiátricos de “agudos” o en salas psiquiátricas de hospitales generales), en un contexto de tipo médico y requiriendo tratamiento somático. En estos pacientes la relación del psiquiatra es la de un adulto que debe cuidar de alguien incapacitado transitoriamente. Esta forma de asistencia se aplica a pacientes que presentan: episodios agudos (manía, depresión, crisis delirantes, crisis de angustia); episodios de descompensación de psicosis crónicas o de otros trastornos (por ejemplo, oligofrenias, demencias); curas por alcoholismo, drogas, etcétera.

d. Atención con “hospitalización prolongada” (“internamiento” o institucionalización). Para cierto número de pacientes psiquiátricos (aproximadamente 15 cada 100.000 habitantes) el objetivo de la atención es proporcionarles alojamiento protegido, nutrición adecuada, solución a emergencias médicas, etc. Estos objetivos que se cumplen generalmente en los hospitales de tipo custodial, no son estrictamente acciones terapéuticas y son una responsabilidad social colectiva y solidaria. Sin embargo, son parte de la actividad psiquiátrica ya que constituyen un límite al saber y a la terapéutica psiquiátrica lo que exige continuar su estudio. Lo habitual en estos casos es que la relación médico-paciente corresponde a la que se tiene con incapacitados severos. Estos pacientes comprenden a los pacientes deteriorados por diferentes enfermedades, oligofrenias severas o sin apoyo familiar; psicóticos crónicos de larga

* Tomando en cuenta la “excepción de la urgencia” en responsabilidad médica hay que sostener que en psiquiatría un episodio agudo “urgente” se prolonga en el tiempo más que otras urgencias médicas.

evolución; trastornos de carácter sin apoyo social, etcétera.

D. Es necesario hacer explícito el modelo con el cual implícitamente trabajan los psiquiatras en las distintas áreas de la asistencia psiquiátrica.

¿En qué consiste un modelo en psiquiatría?

En psiquiatría, como lo señala H. Ey²⁸, *, al igual que en todas los campos científicos es imposible lograr una doctrina general que explique la totalidad del objeto de su ciencia. Pero sí es necesario operar con una hipótesis de trabajo que sea útil para las aplicaciones prácticas y también para la investigación. Que sea una codificación y un programa del saber psiquiátrico adquirido, un sistema conceptual claro y coherente con el que el psiquiatra pueda responder a los problemas de su práctica cotidiana y por los cuales algún día podría tener que responder legalmente.

Lo que determina las posiciones y el accionar del psiquiatra a propósito de los problemas de diagnóstico, de pronóstico, de discusiones etiológicas y patogénicas y de las indicaciones realizadas, es siempre una concepción teórica. Esas “ideas” más o menos sistemáticas sobre la naturaleza de la enfermedad mental, el sentido de sus síntomas, su evolución, etc., son lo que sustenta la existencia de grupos de psiquiatras con modelos distintos.

La evolución de la psiquiatría, más allá de la resolución de los aspectos diagnósticos y terapéuticos ha consistido, como lo preveía L. Biswanger**, en un abandonar las concepciones “heterológicas” o “autológicas” y constituir un conocimiento mancomunado. Una teoría sistemática y metódica que fuese el fruto de percibir en las doctrinas “personales” el denominador común que permita representarse con la mayor claridad posible el conjunto del saber y de la praxis psiquiátricos. Esa evolución comenzó a suceder de modo arrollador a partir del momento en que la psiquiatría, al volverse terapéutica, debió retomar el camino médico del diagnóstico y del tratamiento diferencial.

Para que una hipótesis de trabajo tenga valor en psiquiatría debe cumplir con algunas reglas: a) debe verdaderamente codificar

los hechos, lo que significa basarse en una amplia experiencia clínica de los problemas de diagnóstico y de pronóstico que plantean los pacientes psiquiátricos; b) debe ser una concepción coherente, inteligible y transmisible, sobre la estructura y la causalidad de los trastornos mentales, lo que es marcadamente difícil por depender del principio de causalidad, y por tender a la reducción del problema de las relaciones cuerpo/espíritu; c) por ser una ciencia terapéutica con incidencia social la hipótesis debe tener un alto grado de eficacia práctica, para lo cual los psiquiatras deben tomar conciencia de que los problemas prácticos entran en la definición de su objeto de trabajo.

A esta última regla o aspecto práctico del paciente concreto, es a la que un modelo debe responder cuando el psiquiatra es demandado. En ese momento, muchas de las hipótesis que han surgido a lo largo de la historia, por dentro y por fuera de la psiquiatría, muestran su debilidad estructural y su inutilidad. Algunas por ser hipótesis parciales (por ejemplo, las que sostienen la causalidad psicológica) y otras por negar la realidad de la enfermedad mental (por ejemplo, las hipótesis sociogénicas).

¿Qué quiere decir que actualmente la asistencia se cumple dentro de “un modelo común”?

La evolución neurocientífica de la psiquiatría ha llevado a que en el momento actual los psiquiatras trabajen profesionalmente unificados en un “modelo común”. A pesar de diferenciarse según teorizaciones y modelos, los diversos técnicos que trabajan en el área lo hacen participando en los hechos de un conjunto de principios prácticos:

1. Que existen personas que presentan síndromes psíquicos (o conductuales) que pueden ser diagnosticados y que no son simplemente sumatorias de síntomas sino “modos de vida mental regresivos”).

2. Que esos síndromes se caracterizan por determinar un grado variable de disminución de libertad y por “trastornar” al paciente, es decir, que tienen significación clínica por estar asociados a malestar o a un cierto grado de incapacidad en diferentes áreas de funcionamiento, con consecuencias en la coexistencia social.

* El trabajo de H. Ey al que se hace referencia es usado ampliamente en esta parte de la presentación sin entrecorillados.

** (Cf 23, p. 180).

3. Que el grado de disminución de libertad se manifiesta de modo diferente según la estructura psicopatológica que presenta el paciente.

4. Que ese déficit psicopatológico se evidencia como expresión de una desorganización (“orgánica”) del cuerpo individual a nivel mental.

5. Que la distinción de dos ejes psicopatológicos tiende a agrupar los diversos desórdenes mentales en alteraciones agudas o transitorias del campo de conciencia y trastornos crónicos o persistentes de la organización de la personalidad.

6. Que el tratamiento psiquiátrico debe hacer uso diferencial de los métodos psíquicos (diversas psicoterapias) y de los físicos (fármacos psicoactivos, ECT, etc.).

7. Que esos tratamientos deben ser aplicados sin dogmatismos teóricos, y de acuerdo con la necesidad del caso concreto.

8. Que en las perspectivas de la asistencia psiquiátrica actual se exige el control de los costos y la revisión de la eficacia real de los tratamientos.

Basada en estos principios prácticos en que los psiquiatras acuerdan tácitamente, a pesar de sus diferencias teóricas sobre otros aspectos de psicopatología general, la asistencia psiquiátrica actual es más empírica, más coherente y práctica que la que se proporcionaba en los años 60. Pero es necesario que ese acuerdo tácito de los psiquiatras sea explicitado, de modo tal que quienes cumplen con la asistencia psiquiátrica sepan que su conducta tiene el apoyo técnico de los demás psiquiatras y de sus asociaciones científicas.

También es necesario que esta “hipótesis común” sea el contexto que utilicen los peritos en las demandas por responsabilidad profesional en psiquiatría. En estos casos, dada la complejidad de la psiquiatría tanto por sus conceptos psicopatológicos, como por las diversas perspectivas de atención psiquiátrica, para que un juez pueda juzgar correctamente los actos del psiquiatra demandado, habitualmente necesita de la información que le brinda un perito. En consecuencia, si las conclusiones de esos peritajes son tan relevantes es evidente que el perito actuante

debe desarrollar su trabajo basándose en los principios referidos, ya que estos constituyen el fundamento primario de la *lex artis* de esta especialidad médica. Un perito médico legal que actúe en demandas de responsabilidad en psiquiatría concluirá de modo objetivo y responsable sólo si realiza el análisis técnico y ético de los actos del psiquiatra desde la óptica del modelo común.

III. Responsabilidad médica en la asistencia del MSP, de la IAMC, etcétera

Las consideraciones de los puntos anteriores fueron hechas pensando en la relación psiquiatra-paciente tradicional. Si bien ese tipo de relación aún se mantiene en psiquiatría, solo corresponde actualmente a un porcentaje bajo del modo como psiquiatra y paciente se relacionan profesionalmente. La mayor parte de la asistencia se realiza a través de estructuras donde el psiquiatra trabaja como técnico dependiente*: MSP, IAMC, seguros, etc. En los sistemas de tipo pre pago, entre el técnico y el paciente interviene un tercero que modifica la tradicional relación médico-paciente. Entre otros aspectos, estas diferencias consisten en que el psiquiatra trabaja en equipo, ve revisado su trabajo cuya organización no está totalmente bajo su control, y no tiene completa libertad en sus indicaciones, y en que el paciente es asistido por varios técnicos dentro de un sistema donde la confidencialidad se ve fragilizada.

Después de los avances científicos de la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX y después de que la atención de la salud, para poder realizarse de modo eficiente, debió seguir las reglas de todo “negocio”²⁹, es impensable que los principios tradicionales de la ética médica: “primero el paciente y segundo, no dañar”, puedan ser aplicados de la misma manera³⁰. Debido al incremento creciente de los costos que determinaron los avances tecnológicos, incluso los sistemas de estructura mutual propiamente dicha se han visto obligados a considerar esos costos según los principios del “negocio eficiente”, lo que llevó a que la atención empezase a ser “gerenciada o administrada”. El desafío ético en esos siste-

* En las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), las que según J. Gamarra (cf ref 7, II: 12-24) son el “caso paradigmático, absorbente en materia de responsabilidad médica” se realizan dos contratos: el de la IAMC con el paciente, y el de la IAMC con el médico (arrendamiento de servicios).

mas es, cómo practicar una medicina técnica basada en poblaciones que no provoque daños al paciente individual.

Lo interesante de esta nueva situación asistencial es que, además de la responsabilidad por el paciente (confidencialidad dificultada, problemas con el consentimiento informado), se deben tomar en cuenta otras obligaciones, con la sociedad (control y reducción de los costos), con otros profesionales (quién realiza la psicoterapia, quién controla al equipo) y también consigo mismo (aceptar que su trabajo sea revisado, ganar poco, etc.)³¹. Conjunto de deberes éticos que la deontología médica siempre consideró, pero que nunca debió encarar de la manera impostergable en que debe hacerlo en el momento actual.

Estas reflexiones sólo constituyen un bosquejo de los reales problemas que se generan para la responsabilidad médica en la estructura asistencial donde un “tercero” forma parte de la relación médico-paciente. En este campo, igual que en relación con la Educación Médica Continua³², son los técnicos que allí trabajan quienes, formados técnica y éticamente (también en la nueva ética de la atención administrada o gerenciada), deberían reflexionar sobre las reglas que posibiliten cumplir con los deberes asistenciales. Quienes no han trabajado en esas estructuras, difícilmente pueden reflexionar con objetividad sobre las regulaciones de una actividad que interrelaciona tan fuertemente, técnica, ética y economía.

Conclusiones

En el momento actual, como ha sido reiterado a lo largo de este artículo, aunque teóricamente se sostienen diferentes ideas respecto a la enfermedad mental, el modelo con el que se cumple la asistencia de los pacientes ha pasado a ser el mismo para los prácticos responsables. Ese modelo es el que permite al técnico a nivel diagnóstico concluir fundadamente sobre el grado de disminución de libertad que padece el paciente y decidir la asistencia sobre la base del diagnóstico y la eficacia real de los diferentes tratamientos. Es necesario que ese modelo sea participado por todos los técnicos y sostenido teórica y prácticamente por las sociedades de psiquiatras, a pesar de las

diferencias de métodos que las “distinguen”. De ese modo, el técnico que es demandado contará con la unidad de los psiquiatras, no para ser “defendido” cuando no cumplió con los deberes debidos, sino para poder ser entendido por el juez, quien deberá ser informado por un perito que participe de los principios comunes de la práctica psiquiátrica.

Apéndice A

Las “minorías respetables” ¿son alternativas terapéuticas válidas?

Un modelo en psiquiatría debe ser eficaz en la práctica, lo cual significa que los problemas prácticos entran en la definición del objeto de trabajo de los psiquiatras.

Esta regla con la que debe cumplir el modelo común, exige distinguir entre el derecho a opinar cuando se discute “un caso” a nivel académico desde el modelo en que el psiquiatra se formó (en un Ateneo, por ejemplo), y la decisión que se toma respecto al paciente concreto*. El psiquiatra que encara la asistencia debe hacerlo según la *lex artis* debida, lo que no le es fácil enfrentado a los variados y a veces contradictorios planteos que se realizan a nivel teórico.

Las diferencias respecto a la responsabilidad médica entre los modelos de psiquiatría tienen que ver con decisiones prácticas, como son: la indicación de psicofármacos o de electroconvulsoterapia, la hospitalización y el tratamiento involuntario, el planteo de alternativas terapéuticas validadas, el mantenimiento de la confidencialidad, la protección en las situaciones de riesgo por auto o heteroagresividad³³, etc. Es en estos casos que el psiquiatra que tomó una decisión de acuerdo con su modelo, pero que a la postre provocó un daño a su paciente, entiende que si fuese demandado podría establecer su defensa basado en que “forma parte de una minoría respetable”.

Entre los años 60 y 80 los juzgados en EE.UU. recogían la regla de la “minoría respetable”³⁴, cuando la decisión tomada por el psiquiatra, aunque no fuese aceptada por la

* De lo contrario, se puede estar procediendo como lo hacía Thomas Szasz quien, mientras escribía “El mito de la enfermedad mental” trataba a sus pacientes en el servicio psiquiátrico de la Universidad de Siracusa, de acuerdo con los métodos convencionales (psicofármacos, electroconvulsoterapia) (Kisker KP. *Antypsichiatry. Epilogue critique. Evolut Psychiatrique 1977; 52:1063-1082*), es decir, según lo que debía hacer.

** Cf ref 34, p. 146.

mayoría de los prácticos, era sostenida por un grupo minoritario pero respetable de técnicos. Las indicaciones terapéuticas sostenidas por esos grupos eran consideradas “alternativas terapéuticas válidas”. En nuestro medio, haciéndose eco de esa posición, Bayardo y otros^{*} señalan que: “no todo lo que (los psiquiatras) hagamos responsablemente debe ajustarse al acuerdo de la absoluta mayoría de nuestra profesión, pero los criterios que nos orientan al menos deben contar con el tácito acuerdo de una respetable minoría de la misma”. Frente a esta afirmación corresponde preguntarse si la regla de la “minoría respetable” sigue teniendo la vigencia que tuvo décadas atrás.

En los EE.UU., a partir de un caso en que se juzgó como responsable la no indicación de antidepresivos en un paciente con depresión mayor, a pesar de que la indicación de psicoterapia era adecuada según una minoría significativa de psiquiatras, la regla de la “minoría respetable” comenzó a verse cuestionada. Como lo señalan Appelbaum y Gutheil, “Cuanto más evidencia se tenga de la eficacia de las medicaciones o de otros tratamientos somáticos, y cuanto menos aparente sea el beneficio de encares alternativos, mayor es el riesgo que corre el clínico que no considera la posibilidad de tratamientos somáticos”. La evolución de la psiquiatría continúa determinando que los miembros de cada escuela o modelo tengan que salir de su nicho conceptual, cuando tienen que responder a las obligaciones de cuidado. Hoy una alternativa terapéutica válida depende de la situación concreta que se debe asistir y para la cual cabe plantear otro tratamiento realmente eficaz. Estas afirmaciones significan que la regla de la “minoría respetable” no tiene vigencia actual cuando no se está discutiendo sólo en teoría, sino que se está decidiendo qué es lo que corresponde indicar y disponer con relación a un paciente concreto.

* Cf 12 a, p. 34.

Referencias bibliográficas

1. SMU: Jornadas sobre Responsabilidad Médica (1988), I Jornadas de Prevención de la Malpraxis Médica (1992), II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996), III Jornadas de Responsabilidad Médica (1998), Responsabilidad médica para el Tercer Milenio (2000), V Jornadas de Responsabilidad Médica (2002).
2. **Puppo-Touriz H.** La responsabilidad del médico y la legislación uruguaya. *Rev Psiquiatr Urug* 1977; 42 (248):64-71.
3. **Soiza-Larrosa A.** Patología iatrogénica ¿cuándo y a quién responsabilizar? *Rev Psiquiatr Urug* 1987; 52:19-31.
4. **Fernández G.** El delito de omisión de asistencia aplicado a la actividad médica. III Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). SMU, 1998, pp. 57-60.
5. **Szafir D, Venturini B.** Responsabilidad civil de los médicos y de los centros asistenciales. 2ª ed. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria, 1992.
6. **Ordoqui G.** Responsabilidad Civil del profesional liberal. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria, 1993.
7. **Gamarra J.** Responsabilidad Civil médica. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria, Tomo I, 1999; Tomo II, 2001.
8. **Ricoeur P.** *Le juste*. Paris: Esprit, 1995.
9. CEIP. Responsabilidad médica en psiquiatría, Jornadas 29-30 noviembre, 1991, Hostería del Lago (en publicación).
10. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. EMC: Responsabilidad profesional del psiquiatra. 7 mayo de 1994. Biblioteca de Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
11. Asociación de Psiquiatras del Interior. Responsabilidad profesional del psiquiatra. Encuentro XVIII, Durazno, 6-7 mayo 1995.
12. Entre otros: a) Bayardo E. y otros. Responsabilidad profesional del psiquiatra. *Rev Psiquiatr Urug* 1994, 328:31-57; b) Bepali Y. Consentimiento: un enfoque bioético y sociocultural, SMU, II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996);

- c) Bayardo E. Tratamiento del enfermo psiquiátrico internado compulsivamente. III Jornadas de Responsabilidad Médica (1998); d) Casarotti H. A propósito del consentimiento informado en psiquiatría. Congreso Virtual, Madrid, 1999.
13. **Lain Entralgo P.** Historia de la medicina. Madrid: Salvat, 1981.
 14. **Lemaire JF, Imbert JL.** La responsabilité médicale. Que sais-je? N° 2200. Paris: Presses Universitaires de France, 1985.
 15. **Kraut AJ.** Responsabilidad profesional de los psiquiatras. Buenos Aires: La Rocca, 1991.
 16. **Dyer AR.** Ethics and psychiatry. Toward professional definition. American Psychiatric Press, Washington DC, 1988.
 17. **Lanteri-Laura G.** Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris: Du Temps, 1998.
 18. **van Praag HM.** "Make-believes" in psychiatry or the perils of progress. New York: Brunner/Mazel, 1993.
 19. OMS. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10). Madrid: Forma, 1992.
 20. American Psychiatric Association, DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). Washington DC, 1994.
 21. **Frances A, Clarkin J, Perry S.** Differential therapeutics in Psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1984.
 22. **Perry S, Frances A, Clarkin JS.** A DMS-III casebook of differential therapeutics (A clinical guide to treatment selection). New York: Brunner/Mazel, 1985.
 23. **Blankenburg W.** La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. Rev Chil Neuropsiq 1983; 21:177-188.
 24. **Ey H, Bernard P, Brisset Ch.** Manuel de Psychiatrie. (5ème. éd. revue et corrigée). Paris: Masson, 1978.
 25. **Witter H, Luthe R.** La conception organo-dynamique dans la psychiatrie légale en Allemagne occidentale. Evolut Psychiatr 1977; 42 (N° spécial): 701-708.
 26. **Ey H.** La thérapeutique psychiatrique (Généralités), Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie (5), 37800 A10 (1e éd. 2-1955), 1976.
 27. **McHugh PR, Slavney PR.** The perspectives of psychiatry (2nd ed). Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore, 1998.
 28. **Ey H.** Esquisse d'une conception organo-dynamique de la structure, de la nosographie et de l'étiopathogénie des maladies mentales. Psychiatrie der Gegenwart, Berlin, Springer-Verlag, 1963: 720-762 (texto francés); Outline of an organo-dynamic Conception of the Structure, Nosography, and Pathogenesis of mental Diseases. In: Natanson M. Psychiatry and Philosophy. Berlin, Springer-Verlag, 1969: 111-161 (texto inglés).
 29. **Moffic SS.** Psychiatric ethics: new challenges and solutions. Psychiatric Annals 2004; 34:80-85.
 30. **Fawcett J.** Clinical ethics and the culture of expediency. Psychiatric Annals 2004; 34:80-81.
 31. **Moffic SS.** Managed behavioral health-care poses multiple ethical challenges for clinicians. Psychiatric Annals 2004; 34: 98-104.
 32. **Casarotti H.** Educación Médica Continua en Psiquiatría. Rev Psiquiatr Urug 2001; 65:189-203.
 33. **Beck JC.** Confidentiality versus the duty to protect. American Psychiatric Press, Washington DC, 1990.
 34. **Appelbaum PS, Gutheil Th.G.** Clinical Handbook of Psychiatry and the Law. (2nd ed). Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.