

FACULTAD
DE CIENCIAS
JURÍDICAS



ZIENTZIA
JURIDIKOEN
FAKULTATEA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS
MÁSTER UNIVERSITARIO EN ACCESO A LA ABOGACÍA

.....

**RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ADMINISTRACIÓN EN CASOS DE
SUICIDIO EN ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS Y PENITENCIARIOS**

AUTORA

Inés Martín Celorio

DIRECTOR / ZUZENDARIA

José Francisco Alenza García

Pamplona / Iruña

17 de enero 2020

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Máster tiene como finalidad analizar el fenómeno del suicidio desde una perspectiva jurídica dando respuesta a las cuestiones derivadas del ámbito administrativo de la responsabilidad patrimonial. Una regulación específica que pretende salvaguardar los derechos de los ciudadanos ante posibles consecuencias lesivas para los mismos derivadas del mal actuar administrativo. Así mismo, se realiza una aproximación a los principales factores de riesgo que conducen a esta circunstancia, a su vez analiza los sistemas preventivos y protocolos de actuación institucionales a nivel internacional, y más concretamente en el ámbito estatal, herramientas que persiguen aminorar las elevadas tasas de suicidio. Este trabajo recoge todos estos elementos en el escenario de los servicios públicos que integran los centros sanitarios y los centros penitenciarios prestando especial interés a los requisitos necesarios para la imputación de responsabilidad a la Administración, así como los supuestos de exoneración.

PALABRAS CLAVE

Responsabilidad patrimonial Administración pública, suicidio, daños morales, centro hospitalario, cárcel.

ABSTRACT

The present Master Dissertation analyzes the phenomenon of suicide from a legal perspective answering those questions emerging from the administrative scope of State liability. A specific regulation that aims to safeguard citizen rights from possible detrimental consequences on themselves as a result of a wrongful administrative action- Furthermore, this study provides an insight into the main risk factors which drive to this circumstance, analyzing, at the same time, the preventive systems and institutional action protocols that seek to lower the high rates of suicides internationally, and more specifically in the scope of public services which involve both health institutions and penitentiary centers with special interest in the requirements needed for the imputation of the Administration in terms of liability, as well as the cases where the exclusion of liability applies.

KEY WORDS

Responsibility for the public administration, suicide, moral damages, health center, jail.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ASPECTOS GENERALES DEL SUICIDIO	5
1.	Perspectiva histórica y sociológica	5
	<i>Evolución histórica de la comprensión filosófica del suicidio</i>	5
	<i>Revisión sociológica del suicidio a partir del siglo XX</i>	6
2.	Suicidio como problema de salud pública	10
3.	Modalidades de suicidio	14
4.	Factores base del suicidio	17
	<i>4.1 Soledad, dolor, desesperanza, cansancio de la vida</i>	17
	<i>4.2 Depresión</i>	18
	<i>4.3 Psicosis</i>	19
	<i>4.4 Otros problemas de Salud Mental</i>	21
III.	EL SUICIDIO COMO CAUSA DE RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	21
1.	Teoría general de la responsabilidad patrimonial	21
2.	Los requisitos de la indemnización del daño causado por la Administración Pública	24
3.	Valoración del daño	31
IV.	NEXO CAUSAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN Y EL HECHO DAÑOSO	33
1.	Relevancia del nexo causal	33
2.	Requisitos de la relación causal	35
3.	Carácter voluntario de la acción	38
V.	CENTROS SANITARIOS	41
1.	Previsibilidad del suicidio desde la perspectiva sanitaria	41
2.	Estrategias, planes y protocolos de prevención del suicidio	44
3.	La responsabilidad de los profesionales	46
4.	Responsabilidad de la Administración Pública en el ámbito sanitario	48
VI.	ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA	57
1.	Deber de protección de la vida por la Administración Penitenciaria	59
2.	Sistema preventivo	60
3.	Unidades penitenciarias específicas	63
4.	Previsibilidad del suicidio en el ámbito penitenciario	66
5.	Responsabilidad de la Administración Pública en supuestos de suicidio en prisión	68
VII.	CONCLUSIONES	75
VIII.	BIBLIOGRAFÍA Y JURISPRUDENCIA	80

I. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Máster sobre “*Responsabilidad patrimonial de la Administración en casos de suicidio en establecimientos sanitarios y penitenciarios*”, tiene como finalidad el análisis de las posibles responsabilidades jurídicas que pueden derivarse de las situaciones en las que se da un fallecimiento por suicidio de personas atendidas en centros tutelados por la Administración Pública.

De un modo más concreto el trabajo se desarrolla en dos bloques fundamentales que abarcan las responsabilidades jurídicas en centros penitenciarios y en centros sanitarios hospitalarios y ambulatorios.

Los centros sanitarios están integrados por todos aquellos servicios destinados a la asistencia médica vinculados al sistema de sanidad pública y que cuentan, por tanto, con titularidad pública. Los centros sanitarios a los que se hará referencia son aquellos establecimientos de carácter público que cuentan con una oferta asistencial para cubrir las necesidades médicas de todos los ciudadanos. Es la Administración General del Estado la cual ejerce sus competencias para garantizar a sus habitantes el derecho a la protección de la salud, aunque la asistencia sanitaria está transferida a todas las Comunidades Autónomas.

Por otro lado, respecto a la Administración Penitenciaria, esta tiene como finalidad una correcta ejecución de las penas privativas de libertad por parte de los internos, así como velar por la localización permanente de éstos en los centros penitenciarios y atender a los trabajos llevados a cabo en beneficio de la comunidad. La Administración Penitenciaria es dependiente de la Administración General del Estado extendiendo de este modo sus competencias a todo el territorio del Estado, excepto en Cataluña donde la Administración de dichos centros se encuentra transferida a dicha Comunidad Autónoma. En el País Vasco, la asistencia sanitaria de los centros penitenciarios está transferida a dicha Comunidad Autónoma.

Después de realizar una breve introducción de los mismos, resulta lógico pensar que los centros sanitarios tienen como principal finalidad el velar por la salud de los que ingresen,

y no se puede dejar de lado que los centros de carácter penitenciario, del mismo modo, tienen la obligación de velar por la integridad física de aquellas personas que se encuentren bajo la tutela del mismo.

Ambos escenarios, sobre los cuales se llevará a cabo una investigación a lo largo del presente trabajo, suponen en innumerables ocasiones estados emocionales de profunda angustia para los que se han visto abocados por diversas circunstancias vitales a encontrarse en alguna de ambas circunstancias. De estos estados de ánimo se pueden derivar sentimientos de desesperanza, que en ocasiones provocan pensamientos suicidas, que, en un elevado porcentaje de situaciones, se pueden llevar a la práctica, es decir, en intentos de suicidio, que no siempre terminan con la muerte del sujeto. Intentos que se llevan a cabo derivados de situaciones persistentes de sufrimiento al percibir sus circunstancias como incompatibles con su vida y que sólo encuentran alivio con una salida tan drástica como quitarse la vida. Son estas ocasiones y la posible exigencia de responsabilidad por parte de la Administración correspondiente, lo que centrará el estudio del presente trabajo.

Han de entenderse dos posibles contextos, y cada uno de ellos, en líneas generales, se encuentran vinculados a aquellos centros a los que hemos hecho referencia. Por una parte, los ingresos en centros hospitalarios, especialmente en unidades psiquiátricas, ingresos que se derivan de situaciones vitales de intenso estrés o patologías previas. Así las personas con tendencias suicidas pueden presentar cuadros clínicos complejos de carácter previo. En cambio, aquellas personas que deciden quitarse la vida durante su internamiento en un centro penitenciario pueden verse empujadas a la toma de dicha determinación por la complejidad de la vida en prisión y por el sufrimiento y la adversidad que esta nueva circunstancia les pudiera haber generado. Aun sabiendo que la enfermedad mental y el suicidio tienen alta correlación con la gran mayoría de estos supuestos, existen importantes variables sobre qué motivaciones, percepciones subjetivas o circunstancias objetivas pueden generar estos actos suicidas en los casos que nos atañen para la elaboración de este proyecto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 800.000 personas mueren al año en el mundo a causa del suicidio. En el caso de España, y según el Instituto Nacional de Estadística, se llevan a cabo diez suicidios al día. Esta cifra resulta altamente superior a los fallecidos por accidentes de tráfico, homicidios o violencia de género. Una situación que

resulta tan silenciada como preocupante y para la cual cada vez se destinan unos mayores recursos presupuestarios relativos a estudios, programas y protocolos de prevención y de actuación ante el suicidio. Cabe también destacar que las muertes mediante suicidio representan la segunda causa de fallecimiento entre jóvenes de entre 15 y 29 años.

Centrando la cuestión en un ámbito jurídico, todo aquello que cuenta con una alta protocolización preventiva por parte de las Administraciones y del propio Estado genera también consecuencias y exigencias de responsabilidades patrimoniales. Analizaremos por tanto las herramientas con las que cuenta el Estado para hacer frente a este fenómeno, así como los posicionamientos y respuestas que han adoptado los tribunales para aquellos familiares o beneficiarios de los fallecidos que han optado por iniciar un procedimiento judicial para reclamar las debidas responsabilidades a la Administración.

La selección de esta materia de estudio reside en la importancia de dar voz a un fenómeno tan común como silenciado, debido al estigma que lo rodea, así como al temido y denominado “efecto llamada” un grave problema a nivel internacional sobre el cual, a lo largo del presente trabajo se tratará de llevar a cabo un análisis sobre el contexto, las motivaciones en virtud de la situación vital, los intentos previos, etc., así como todos aquellos medios de intervención que existen para paliar esta compleja situación, la efectividad de los mismos y sobre todo las consecuencias que pueden derivarse de que fallen dichos sistemas de prevención y quién responde ante tal desencadenante.

Para la realización del presente trabajo se ha hecho un estudio y revisión de literatura relativa al ámbito del suicidio desde escritores del siglo XX hasta la actualidad, atendiendo a publicaciones al respecto para obtener conclusiones relevantes sobre la realidad estudiada. Del mismo modo para configurar el ámbito jurídico y con el fin de darle un enfoque práctico a las aproximaciones teóricas, se ha llevado a cabo un análisis de los textos legislativos relativos al marco normativo en vigor a este aspecto, así como un análisis jurisprudencial. Se ha atendido en especial a la jurisprudencia del Tribunal Supremo observando las particularidades de cada supuesto y, por tanto, las interpretaciones y aplicaciones de la ley que se han llevado a cabo sobre la cuestión que centra el trabajo, mostrando un especial interés a los criterios que se han adoptado para la resolución de los conflictos que se hayan generado en torno a esta materia.

El presente trabajo comienza con una aproximación a una perspectiva histórica relativa a las creencias y aportaciones que diversos autores han realizado respecto al fenómeno del suicidio a lo largo de los años. Continúa planteando las consideraciones por las cuales dicho fenómeno se constituye un problema de salud pública, así como las diversas modalidades del mismo. Tras este apartado, se acerca al suicidio como un presupuesto de responsabilidad de la Administración Pública mediante el estudio de cuestiones teóricas sobre la responsabilidad patrimonial, así como los principales elementos del daño que haya generado la misma. En este punto se plantea el vínculo entre el funcionamiento por parte de la Administración Pública con el hecho dañoso, atendiendo a la relación causal, haciendo especial hincapié en el carácter voluntario de la acción, cuestión especialmente significativa para la posible responsabilidad respecto del acto suicida. El trabajo, finalmente, centra las mayores aportaciones en dos últimos bloques, que suponen un estudio más concreto junto con un análisis jurisprudencial más exhaustivo de los suicidios llevados a cabo en centros sanitarios y en centros penitenciarios. El trabajo se cierra con un apartado de conclusiones donde se exponen las consideraciones a las que se ha llegado como consecuencia del estudio de la materia, en el que se sintetizan los resultados obtenidos tras la investigación.

II. ASPECTOS GENERALES DEL SUICIDIO.

1. Perspectiva histórica y sociológica.

1.1. Evolución histórica de la comprensión filosófica del suicidio.

Según PICAZO ZAPPINO podría destacarse que existen dos corrientes de pensamiento fundamentales a lo largo de la Historia de Occidente con respecto al suicidio, una a favor de la legitimidad del suicidio y otra en contra de dicha legitimidad. El autor recuerda al filósofo SÉNECA, que, otorgaba un sentido positivo a la muerte, ya que para él “*el suicidio es ascesis del alma que de esta manera podría librarse del cuerpo*”¹, como una liberación o huida de sí mismo. El autor menciona también a TOMÁS MORO, humanista cristiano que en su obra Utopía, se mostraba partidario de la eutanasia si la persona padecía un sufrimiento intolerable y tomaba la decisión libremente y, por último, CESARE BECCARÍA que fue el primer jurista que propuso una reforma humanizada de la injusta legislación penal del suicidio, negándole su calidad de delito².

Platón (discípulo de Sócrates) se posicionó en contra de la legitimidad del suicidio, ya que entendía que el suicidio no era legítimo, porque pertenecemos a los dioses, que son “*los únicos que tienen potestad sobre nuestra existencia*”. Aristóteles a su vez discípulo de Platón, se posicionó en contra de la legitimidad del suicidio, porque creía que iba en contra la recta razón y por lo que lo consideró un acto de cobardía. Santo Tomás de Aquino, en el siglo XIII, entendió que el suicidio constituye el peor de los pecados, ya que no permite su expiación en la vida mediante la penitencia. ALBERT CAMUS filósofo existencialista, ya en el siglo XX, pero haciendo alusión a la mitología clásica, abre su ensayo el Mito de Sísifo con la siguiente cita “*No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no vale la pena, de que se viva, es responder a la pregunta fundamental de la filosofía*”. Entendió que el suicidio sólo suprime al hombre que lo lleva a cabo³. CAMUS no consideraba apropiado el suicidio pues suprime al hombre, pero el absurdo permanece.

¹ PICAZO ZAPPINO, J. “Un análisis histórico de las ideas sobre el suicidio en occidente del siglo XXI”. GINER, J., MEDINA, A., GINER, L. (Dir.), *Encuentros en Psiquiatría de la antropología a la investigación clínica de la conducta suicida*. Casa Editorial. Madrid, 2019. pág. 166.

² PICAZO ZAPPINO, J. *Un análisis histórico...*óp. cit., pág. 167.

³ PICAZO ZAPPINO, J. *Un análisis histórico...*óp. cit., págs.167-169.

A finales del siglo XVIII se produjo un cambio de paradigma en relación al suicidio, pasando de ser considerado un problema ético-legal a ser considerado como el síntoma de una enajenación mental, y como tal, había de investigarse y tratarse y, por tanto, no debería ser castigado. Este cambio partió del alienista francés PINEL que señaló como agente principal causante del suicidio, a la melancolía⁴.

1.2. Revisión sociológica del suicidio a partir del siglo XX.

Durkheim a comienzos del siglo XX, en su obra “El suicidio”⁵, una investigación clave en la historia de la teoría y metodología sociológica, aportó una novedosa perspectiva del hecho suicida. Señaló cómo se podía vincular un comportamiento individual como el suicidio, con causas sociales. Se interesó por las causas de las diferencias entre las tasas de suicidio de diferentes grupos, regiones, categorías de personas, etc. Argumentaba que la naturaleza y los hechos sociales explicaban las diferencias entre las tasas de suicidio, la guerra o los problemas económicos, creando estados depresivos colectivos que a su vez elevaban las tasas de suicidio⁶.

Para DURKHEIM los problemas del hombre moderno eran una cuestión de desajuste. Los cambios del mundo moderno son tan rápidos e intensos que crean grandes trastornos sociales, a los que vinculó con la anomia, en el sentido de carecer de propósitos y objetivos en la vida. Utilizó el término anomia para referirse a la tesis de que, en las sociedades modernas, las normas y los valores tradicionales se ven socavados sin ser reemplazados por otros. Los controles morales tradicionales que proporcionaba la religión, por ejemplo, han ido desapareciendo con el desarrollo social moderno y ello deja a muchos individuos con el sentimiento de que su vida cotidiana carece de sentido. DURKHEIM creía que en estas circunstancias las personas se encuentran desorientadas y angustiadas, la anomia es por tanto uno de los factores sociales que influyen en la disposición al suicidio. Por ejemplo, allí donde hay fuertes corrientes de anomía, se pueden apreciar tasas altas de suicidio.

⁴ PICAZO ZAPPINO, J. *Un análisis histórico...* óp. cit., pág.168.

⁵ DURKHEIM, E. *El suicidio*, Akal, Madrid, 1989.

⁶ RITZER, G. *Teoría sociológica moderna*. McGraw Hill, Madrid, 2001, pág. 23.

RITZER, siguiendo a DURKHEIM, señaló como *“corrientes sociales como la anomía, el egoísmo y el altruismo, carecen de existencia material, pero si pueden tener una influencia material y producir variaciones en las tasas de suicidio”*⁷. Cuando la sociedad está perturbada por crisis dolorosas, o situaciones perturbadas derivadas, por ejemplo, por cambios traumáticos, en definitiva, en épocas de revolución social, la sociedad se ve incapacitada para ejercer el control social, pudiendo darse un aumento de las tasas de suicidio de forma intermitente, derivadas por un estado de conmoción general. En cualquier caso, descontento e inseguridad provocados por la anomia no sólo son peligros para la integridad de la sociedad, sino también para aquellos individuos que viven dentro de esa sociedad y por motivos individuales, tienen tendencia a la desesperación.

WEBER, otra figura fundamental de la teoría sociológica, también pronosticó la extinción paulatina de las religiones como resultado del proceso de secularización y de racionalización característica de la modernidad. Esta sustitución de lo mágico y religioso por lo científico y racional provocaría el famoso desencantamiento de mundo. Para WEBER el problema que mejor definía el mundo moderno era la expansión de la racionalidad formal. Para él las personas eran cada vez más prisioneras de esa jaula de hierro de la racionalidad, perdiendo identidad, autonomía y libertad individual, a la vez que sentido de comunidad⁸. Advirtió del proceso de racionalización y de los problemas asociados en especial el desencanto. DURKHEIM Y WEBER se esforzaron por analizar el surgimiento de la modernidad, y eran conscientes de las ventajas de la modernidad, pero lo que impulsó su trabajo fue la crítica de los problemas que planteaba el mundo moderno.

Si bien DURKHEIM aporta su visión sociológica del suicidio, desde corrientes más psicológicas, se empiezan a analizar los componentes intrapsíquicos. Para el fundador, del psicoanálisis FREUD, en “Duelo y melancolía” el suicidio representa la expresión de pulsiones dirigidas hacia los objetos de amor perdidos, contra objetos malos introyectados. Explica el suicidio por un funcionamiento sádico del “súper yo” que se ataca a sí mismo, a un yo débil y masoquista. Señala también en el suicidio una orientación en cierto modo hetero agresiva, cuando el suicida *“(…) puede dirigir contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia*

⁷ RITZER, G. *Teoría sociológica...óp. cit.*, pág. 617.

⁸ PANIKER, S. *Cuaderno Amarillo*. Plaza&Janés, Barcelona, 2000, pág. 223.

un objeto; hostilidad que representa la reacción primitiva del yo contra los objetos del mundo exterior”⁹.

Desde la psicología, en la corriente cognitivista, señala BECK que el suicidio está relacionado con la desesperanza y propone explorar qué opciones tiene la persona en lugar del suicidio, especialmente, en las deprimidas¹⁰. Desde este modelo, SHNEIDMAN, considerado el padre de la suicidiología, propuso la modificación de una visión de los suicidas, restringida, negativa y sin salida de su realidad, lo que se ha denominado la visión de túnel, favoreciendo la modificación de las cogniciones negativas y el fortalecimiento de otras más objetivas¹¹.

Para la teoría evolucionista el suicidio representa un rompecabezas. Se pregunta PABLO MALO que *“si la selección natural implica la supervivencia de los más adaptados, cómo se explica que un organismo pueda eliminarse deliberadamente a sí mismo de esta competición”*. Expone resumida la teoría de SOPER *“el suicidio emergió en la especie humana como un efecto secundario de dos características: la capacidad de sentir dolor que nos ofrece el motivo para el suicidio y la inteligencia humana, que nos provee de los medios para llevar a cabo el suicidio”¹².*

A partir de la segunda mitad del siglo XX se desarrolla también la investigación neurobiológica del suicidio y se entiende que podría tratarse de una enfermedad mental con base biológica, ya que existe una correlación neurobiológica entre los estresores y el intento de suicidio. ALAMO recoge la existencia de una vulnerabilidad en el suicidio, en presencia de factores estresantes psicosociales, y parece que en el suicidio influyen ciertos factores neurobiológicos, aunque recalca la *“inexistencia de biomarcadores clínicos fiables que se*

⁹ FREUD, S. *Duelo y melancolía. Obras completas*. Biblioteca Nueva, 1992, pág. 2097.

¹⁰ Robles Sánchez, J.I. “Prevención e intervención psicológica en la conducta suicida” en ANSEÁN, A. (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015. págs. 384-385.

¹¹ Mesones Peral, J. E. “El suicidio a lo largo de su historia y las culturas” en ANSEÁN, A (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015. págs.35-40.

¹² Malo, P. “Evolución y antropología del suicidio” en GINER, J., MEDINA, A., GINER, L. (Dir.), *Encuentros en Psiquiatría de la antropología a la investigación clínica de la conducta suicida*. Canal Editorial, Madrid, 2019, pág. 19.

puedan relacionar con el suicidio ”¹³. Este factor resulta importante respecto de una posible previsibilidad del suicidio.

Enlazando el miedo a la modernidad que planteaban WEBER Y DURKHEIM, frente a lo que esperaban que estaba por venir, el individualismo y sus consecuencias, y desde un pensamiento contemporáneo, se puede hacer referencia a uno de los pensadores destacados de la posmodernidad, LIPOVETSKY. Este autor señala como los deberes hacia uno mismo y hacia los demás obligaban al hombre a respetar su propia vida, y el suicidio sólo podía ser asimilado como un acto indigno. El proceso moderno laico de los valores no ha roto totalmente con la tradición religiosa de reprobación del suicidio. Se han modificado las razones de la transgresión de los deberes hacia Dios, se ha convertido en falta social y falta moral hacia uno mismo¹⁴. En la actualidad, en la que al suicidio se le ha liberado de la idea de falta, ya no tiene connotación moral, transformándolo en drama psicológico, en una tragedia íntima, no en una falta o en una obligación moral, para LIPOVETSKY es el triunfo de la lógica de los derechos subjetivos *“el individuo pertenece, en primer lugar, a sí mismo, ningún principio está por encima del derecho a la disposición de la propia vida”¹⁵.*

Bajo el moralismo se estigmatiza el suicidio como una ofensa a un deber individual y social, en la era posmoralista se reconoce en él una señal extrema de desesperación, un estado depresivo, el efecto de carencias relacionales y afectivas. La perspectiva psicológica ha reemplazado el deber de conservar la vida por el derecho a no sufrir, sin que por ello se haya desculpabilizado totalmente el acto suicida. El suicidio no obstante no se impone como un derecho en sentido estricto *“no es legítimo ni ilegítimo: los que no ayudan a las personas que buscan poner fin a su vida son reconocidas como culpables de no asistencia a personas en peligro”¹⁶.* En la cultura individualista, el suicidio ya no es una inmoralidad, los individuos gozan de libertad, pero más que nunca la fragilidad emocional de las personas legitima medidas de protección y de reglamentación.

¹³ Álamo, C. “Neurobiología de las conductas suicidas” en GINER, J., MEDINA, A. y GINER, L. (Dir.), *Encuentros en Psiquiatría. De la antropología a la investigación clínica de la conducta suicida*. Casa Editorial. Madrid, 2019, pág.83.

¹⁴ LIPOVETSKY, G. *El crepúsculo del deber*. Anagrama, Barcelona, 1998, págs.84-85.

¹⁵ LIPOVETSKY, G. *El crepúsculo...* óp. cit., pág. 86.

¹⁶ LIPOVETSKY, G. *El crepúsculo...* óp. cit., págs. 86-87.

Se puede concluir destacando la idea señalada por LIPOVETSKY de cómo se trastoca la dirección de las responsabilidades *“la falta ya no está unida a la persona que se mata, en esencial es asumida por los más cercanos, por los que no pudieron o no supieron impedir el acto de autodestrucción”*¹⁷. En una cultura individualista, las responsabilidades hacia uno mismo han cedido paso a las exigencias de escucha y de apoyo emocional de las personas de nuestro entorno.

Aunque hoy en día el suicidio se ha medicalizado, es decir, se concibe como una enfermedad mental o como un síntoma de la misma, a partir del existencialismo se empezó a considerar que ya no era necesario estar gravemente enfermo para que el suicidio fuera en cierto modo legítimo, se alcanzó por tanto una mayor comprensión del mismo, y esta corriente empieza a imperar en la actualidad. Esta cuestión resulta de gran interés y abre un posible debate puesto que si se entiende el suicidio como una manifestación de responsabilidad individual, qué cabida tiene exigir responsabilidad al Estado.

2. El suicidio como un problema de salud pública.

El comportamiento suicida resulta por tanto un fenómeno de carácter universal y su prevalencia puede estar condicionada por cuestiones temporales o geográficas. Alrededor de unas 800.000 personas se quitan la vida cada año en el mundo, lo cual se resume en una cada 40 segundos, cifra que resulta multiplicada cuando se trata de intentos, *“por cada suicida hay unos 10 o 20 que lo intentan”*¹⁸. Los datos resultan sumamente alarmantes, más a tenor de que dicha frecuencia ha aumentado en un 50% a lo largo de los últimos 60 años y se prevé que en el año 2020 se llegue a superar el millón y medio de muertes por suicidio.

El suicidio resulta un grave problema de salud pública, que ha de tratarse por tanto como prioridad y que puede verse analizado desde diversos puntos de vista éticos, filosóficos, religiosos, etc. o desde el ámbito de la medicina y la psiquiatría. El hecho de que existan tantos puntos de vista diferentes ha tenido como resultado que a lo largo de la historia se hayan encontrado respuestas no siempre homogéneas al respecto. El suicidio no responde a un hecho que únicamente se dé en determinados lugares, es una cuestión universal. Tampoco

¹⁷ LIPOVETSKY, G. *El crepúsculo...* óp. cit., pág. 86.

¹⁸ CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑIN, J.C. *La enfermedad mental ante la ley*. Editorial Libro del Año, Madrid, 1994, pág. 167.

se trata de una cuestión transitoria puesto que es una característica permanente de toda la ciudadanía global. Conviene advertir a este aspecto una clara diferenciación de las tasas de suicidio a nivel mundial, encontrándose grandes diferencias en función del territorio. A pesar de existir deficiencias en la obtención de datos al respecto o una errónea clasificación de los casos, resulta evidente la existencia de grandes diferencias entre los distintos continentes. La calidad de vida no siempre está reñida con las tasas de suicidio puesto que, por ejemplo, los europeos llevan a cabo muchos más actos suicidas que los ciudadanos latinoamericanos a pesar de que los medios de vida de estos últimos sean más modestos. MOYA, coordinador del observatorio de Salud Mental de Cataluña intenta dar respuesta a la elevada tasa de suicidio en Europa respecto de otros continentes y aclara que *“La cohesión social ha ido disminuyendo en Europa a lo largo de las últimas décadas. Hemos entrado a un modelo social muy individualista, donde cada sujeto busca prosperar por su cuenta y donde, si acude a otros, es para prosperar más, pero no solidariamente (...) la vivencia de la soledad ha ido incrementándose considerablemente”*¹⁹. Atendiendo a cifras de la OMS el país con mayor tasa de suicidio es Lituania, siendo países de Europa del Este los que encabezan la lista ocupando los siete primeros puestos.

En el mundo y según la OMS *“Respecto al método, alrededor de un 20% de los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas en zonas rurales como agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. En los países de ingresos altos, el método elegido el 50% de los casos es el ahorcamiento, seguido de las armas de fuego con un 18%”*²⁰. La diferencia de género también resulta evidente, siendo los hombres aquellos que presentan una tasa de suicidio más elevada, así como la utilización de métodos más activos o violentos. Sin embargo, son las mujeres las que más intentos llevan a cabo, *“los intentos predominan más entre mujeres, pero son más hombres los que lo consiguen”*²¹.

Los casos de suicidio en varones responden generalmente a enfermedades somáticas, depresión, problemas financieros o problemas laborales. En cambio, al tratarse de mujeres

¹⁹ Disponible en Internet: <https://www.infobae.com/2014/02/15/1543904-por-que-los-europeos-se-suicidan-mas-que-los-latinoamericanos/> Consultado el: 13 de diciembre de 2019.

²⁰ Organización Mundial de la Salud. Suicidios: datos y cifras, 2018. Disponible en Internet: <https://bit.ly/2Hdc1vE>. Consultado en 28 de noviembre de 2019.

²¹ CABRERA FORNEIRO J. y FUERTES ROCAÑIN, J.C. *La enfermedad...* óp. cit., pág.167.

los tipos estresores más comunes son los conflictos interpersonales, los trastornos mentales o la pérdida de seres queridos.

La OMS preocupada por las dimensiones del problema promulgó en su 66 Asamblea, en mayo de 2013 su Plan de Acción Integral en salud mental para los años 2013-2020 (que fue recogido también por la oficina Regional de la OMS para Europa). La resolución WHA 66.8, recoge un plan integral socio-sanitario de la salud mental, en el que se contempla la prevención del suicidio como de sus objetivos prioritarios, proponiéndose para 2020 una reducción de la tasa de suicidios del 10%. Propone para sus Estados Miembros la *“Prevención del suicidio: elaborar y poner en práctica estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, como los gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad en función del contexto local”* así mejorar los *“Sistemas de información: integrar la salud mental en el sistema habitual de información sanitaria y determinar, recopilar, comunicar sistemáticamente y utilizar datos básicos sobre salud mental desglosados por sexo y edad (incluidos los datos sobre suicidios y tentativas de suicidio) con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud mental y las estrategias de promoción y prevención en la materia y de facilitar información al Observatorio mundial de salud mental (como parte del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS)”*²².

En Europa en 2016 según la OMS la tasa media de suicidios fue de 15,4 suicidios cada 100. 000 habitantes, mostrándose una tendencia a la baja, siendo los países del sur Grecia, Chipre, Italia y España los que muestran tasas de suicidio más bajas, mientras países más del norte, tal y como se ha indicado con anterioridad, como Letonia, Lituania, Eslovenia y Hungría presentaban las más altas. Ante esta situación, el Pacto Europeo para la Salud Mental y Bienestar contempló entre sus cinco áreas prioritarias la prevención del suicidio y de la depresión. El pacto originó la resolución del Parlamento Europeo sobre la Salud Mental

²² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Proyecto de acción integral sobre salud mental. 2013-2020. Consejo Ejecutivo 132ª reunión EB 132/8 de 11 de enero de 2013. Disponible en Internet: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/. Consultado el: 4 de diciembre de 2019.

que recoge la importancia de la formación de los profesionales, en la detección del riesgo de suicidio, así como su afrontamiento²³.

En nuestro entorno *“España mantiene unas tasas de suicidio constantes, aunque a niveles relativamente bajos en comparación con el resto de países de la OCDE”*²⁴. Así, según el Observatorio del Suicidio de España, *“En 2017 han fallecido por suicidio 3.679 personas en España, 10 personas al día; una cada dos horas y media. 3 de cada 4 han sido de varones (2.718) y un 25% de mujeres (961). Estas cifras, que se basan en los últimos datos publicados por el INE en diciembre de 2018. Aunque el mayor número de suicidios en ambos sexos se produce entre los 40 y los 59 años, el riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en varones, que llega a multiplicarse por 7 respecto a las edades más tempranas. Por comunidades autónomas, Asturias y Galicia poseen las mayores tasas de suicidio por 100.000 habitantes, mientras que la menor la registra la Comunidad de Madrid, situándose la media estatal en 7,9”*. En estas cifras medias se encuentran también Navarra y el País Vasco²⁵.

El problema de salud pública deriva de que el suicidio es la principal causa de muerte no natural en España, también entre los jóvenes, y en ese sentido evitable, y que genera más del doble de muertes que los accidentes de tráfico y 70 veces más que la violencia de género. Sin embargo, la sensibilidad social por esta problemática aún no tiene la repercusión que han alcanzado otro tipo de violencias. Cabe preguntarse por tanto si a pesar de resultar todos estos datos un claro indicativo de que ha de existir una clara preocupación mediática y social y por tanto haber de ocupar las agendas políticas y sanitarias, la dimensión de la problemática ha sido verdaderamente plasmada en la normativa o en las políticas sanitarias. Haciendo referencia a las denominadas *“muertes invisibles”* ANSEÁN apunta que *“En España existen políticas de seguridad ciudadana, políticas de seguridad vial y políticas contra la violencia de género. Pero no existen políticas contra el suicidio (...) la magnitud del problema de la conducta suicida es tal que requiere una estrategia propia. Una estrategia que le otorgue*

²³ Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre salud mental (2008/2209(INI)). Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//ES> Consultado el: 8 de diciembre de 2019.

²⁴ OECD. Indicators 2017. Paris, 2018. Disponible en Internet: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en Consultado el: 8 de diciembre de 2019.

²⁵ Observatorio del Suicidio en España 2017. Disponible en Internet: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2017/> Consultado el: 8 de diciembre de 2019.

proporcionalidad epidemiológica, sanitaria y social que no posee, no ya solo como un problema de salud pública sino como un drama humano que requiere la atención (y acción) de todos los agentes implicados en su disminución”²⁶.

El suicidio supone un problema de salud pública de primer nivel y requiere por tanto de mayores estrategias institucionales en cuanto a política sanitaria que brinden los mecanismos necesarios para paliar de manera eficaz esta problemática. A pesar de que algunas comunidades se encuentren más avanzadas en este sentido, resulta fundamental dotar de recursos a dichas estrategias para conseguir obtener un sistema sanitario que cubra en la medida de lo posible este complejo problema y pueda disminuir las alarmantes cifras.

3. Modalidades de suicidio.

Dadas las diferentes visiones antropológicas, filosóficas, psicológicas o sociales, cuando hablamos de suicidio y de conductas suicidas tampoco nos encontramos con una realidad unívoca, ya que hay muchas formas y motivos para intentar acabar con la vida de uno mismo. Esta gran variabilidad va a dar lugar a que las respuestas legales ante un panorama tan diverso puedan no ser homogéneas.

Son muchas las motivaciones, formas de llevarlas a cabo, relación con la patología, que se pueden presentar en la conducta suicida. Con respecto al tipo de tentativa suicida, además del suicidio consumado se han distinguido el intento de suicidio “*acto voluntario y, generalmente, individual con resultado no letal*“, el suicidio frustrado “*acto suicida que por circunstancias ajenas a la voluntad del paciente, no conduce a su muerte*” y parasuicidio en el que la persona, que ha podido manifestar expresamente su intención de morir “*se asegura, en la medida de lo posible de que dicha circunstancia no se consume*”²⁷.

Para CABRERA y FUERTES, en todas ellas debe haber una clara intencionalidad de quitarse la vida para que sea considerada una conducta como suicida. Esa intencionalidad se

²⁶ Anseán Ramos, A. “Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una estrategia de prevención del suicidio en el sistema nacional de salud” en ANSEÁN, A. (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid 2015. pág. 27.

²⁷ Erroteta Palacio, J.M. y Larrazabal, R. “Pulsión de vida” en EGUILUZ, I. y SEGURA, R. (Dir.) *Introducción a la psicopatología. Una visión actualizada*. Ed Panamericana, Madrid, 2013, págs. 280-281.

cuestiona con mucha frecuencia, y ni el relato del presunto suicida, ni la gravedad del medio utilizado, son indicadores auténticamente fiables²⁸.

DURKHEIM distinguió clásicamente entre el suicidio egoísta, cuando el yo individual prevalece sobre el yo social, se debe a una falta de integración grupal y un excesivo énfasis en el ego individual, el egoísmo es su causa generadora, y el nexo que une el individuo a la sociedad, se ha debilitado. El individuo se encuentra desprotegido y cede ante los sucesos vitales negativos. El suicidio egoísta se produce cuando la cohesión de los grupos a los que pertenecen los hombres declina hasta el punto de no ofrecer apoyo emocional, y sin este apoyo no perciben la razón de estar en la vida. Paralelamente se refiere al suicidio anómico, derivado de la dislocación de sistemas normativos, el derrumbe de los valores que guiaron al individuo durante toda su vida, o el conflicto entre las metas deseadas y la capacidad de alcanzarlas. DURKHEIM considera más enfermizos los tipos egoísta y anómico del suicidio, pero señala también el suicidio altruista, que se da cuando la integración social es demasiado intensa, y se manifiesta cuando la participación en la relación social es tan grande que el individuo se quita la vida porque piensa que algún acto suyo ha mancillado dicha relación. La esencia de este suicidio no es el escape, sino el autocastigo²⁹.

Desde una perspectiva psicodinámica HEDIN señala que el suicidio puede ser como una actitud de represalia o revancha, como un asesinato reflejo o paso a la acción en un sujeto violento, suicido en que la muerte se convierte en una reunión con un ser querido, como un renacer, como un castigo, una inmolación o incluso el suicidio del paciente que se creía estar ya muerto³⁰. Otros se encuentran enmascarados, en accidentes de tráfico, por ejemplo, cuando se pretende que el suicidio no sea reconocible o se pretende dejar sin recompensa por parte de los seguros.

También se ha puesto de manifiesto la tipología de suicidio en cuanto a la manera de llevarlo a cabo, desde formas más “blandas” que en principio no causan traumas evidentes y que tienden a causar adormecimiento y poco dolor. Una de las principales formas de suicidio con métodos blandos es la ingestión de cantidades masivas de fármacos, como los

²⁸CABRERA FORNEIRO, J. Y FUERTES ROCAÑIN, J.C. *La enfermedad...* óp. cit., pág. 164.

²⁹ Iturrate, J.L. “Emile Durkheim (1958-1917)”, en BERIAIN, J., ITURRATE, J.L.(Dir.), *Para comprender la teoría sociológica*. evd, Estella, 1998, págs.70-71.

³⁰ EY, H. *Tratado en psiquiatría. Nota sobre el suicidio*. Toray, Barcelona, 1978. pág. 935.

psicofármacos. La persona en estos casos, suele tener un papel más pasivo en su propia muerte, “*esperando los efectos de su acción*” que, en otras más duras, con mayor violencia (armas y precipitaciones, por ejemplo) y con mayor probabilidad de daño severo³¹.

El suicidio puede ser también ampliado cuando un “*individuo decide quitarse la vida, pero, además de ello, considera necesaria o incluso compasiva la muerte de otros generalmente vinculados a él (...) El individuo da muerte primero a los demás, los cuales son generalmente familiares cercanos como hijos, pareja o familia, y posteriormente se quita la vida. Este tipo de situaciones suelen darse en entornos familiares en las que la persona que quiere suicidarse considera que quienes deja atrás van a sufrir en gran medida o no podrán sobrevivir sin ella*”³².

Más recientemente se está constatando la existencia de los suicidios colectivos o individuales, que guarda “*estrecha relación con Internet*”. El denominado cibersuicidio, de especial trascendencia entre las personas más jóvenes³³.

Al hacer un análisis de las diversas modalidades del suicidio resulta también de interés llevar a cabo una clasificación respecto de aquellos lugares donde mayoritariamente se llevan a cabo dichas acciones y, sobre todo, si existe alguna consecuencia o medida preventiva específica cuando estos lugares son reiteradamente utilizados para llevar a cabo el acto suicida. Los acantilados, puentes u otros lugares elevados resultan claros puntos de atracción, y esto sugiere que debería ser en estos sitios donde se adoptaran medidas o se llevaran a cabo intervenciones para reducir el número de suicidios cometidos en dichos puntos clave. Resulta mucho más eficaz que la prevención se lleve a cabo antes de que el sujeto decida cometer estas acciones porque, una vez tomada la decisión, es más complejo llevar a cabo una intervención efectiva. Son diversas las medidas que se llevan a cabo para tratar de controlar aquellos puntos que resulten más atractivos para quienes manejen la idea de quitarse la vida,

³¹ CASTILLERO MIMENZA, O. Los 26 tipos de suicidio. La clasificación de las distintas formas de terminar con la propia vida según la psicología forense. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/tipos-de-suicidio> Consultado: el 13 de diciembre de 2019.

³² CASTILLERO MIMENZA, O. Los 26 tipos de suicidio. La clasificación de las distintas formas de terminar con la propia vida según la psicología forense. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/tipos-de-suicidio>. Consultado el: 13 de diciembre de 2019.

³³ Mesones Peral, J.E. “Suicidio e Internet. El cibersuicidio” en ANSEÁN, A. (Dir.) *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015, pág. 813.

así resultan eficaces las limitaciones de acceso a estos lugares, las barreras, una mayor vigilancia policial en puntos estratégicos o la menos eficaz, pero también importante, colocación de números de teléfono de interés que puedan servir de ayuda. Este último instrumento resulta *“un buen instrumento para la prevención y ayuda en crisis suicida. Este hecho se basa, entre otros factores, en su fácil accesibilidad, la inmediatez de la ayuda y el ser un servicio permanente con orientadores, personas formadas al efecto que posibilitan que esa ayuda sea eficaz”*³⁴.

¿Cabría por tanto responder con estrategias concretas en puntos específicos donde existan claros indicativos de que los suicidas recurran de forma reiterada a un determinado lugar para llevar a cabo su deseo de quitarse la vida? Resulta lógico entender que se necesitan estrategias sociales e institucionales para paliar la situación, pero del mismo modo se deben adoptar medidas en atención a los lugares con mayor peligrosidad, que por sus características faciliten la consumación del suicidio. La restricción de acceso a estos puntos puede ayudar a reducir las elevadas tasas, así como y tal y como se indica previamente fortalecer una vigilancia constante de los mismos. Cuando el suicidio se lleva a cabo en domicilios (generalmente desde las ventanas de los mismos) resulta complejo o imposible manejar esa circunstancia. En cambio, cuando los suicidios se llevan a cabo tanto en centros públicos, como en la calle, existen diversas medidas para tratar de prevenir los mismos. Una restricción de medios y de acceso a lugares clave resulta una garantía ante las posibilidades de éxito de quien cometa un suicidio.

4. Factores base del suicidio.

4.1 Dolor, soledad, desesperación, cansancio de la vida.

Las personas, según su condición social o su historia personal, no reaccionan de la misma manera ante los hechos traumáticos, no tienen el mismo umbral de sensibilidad. Ante hechos de esas características se puede responder con dolor. *“El dolor es íntimo, pero también está impregnado de materia social, cultural relacional y es fruto de una educación.*

³⁴ Rocamora Bonilla, A. “Intervención telefónica en crisis suicidas” en ANSEÁN, A. (Dir.) *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015, pág. 246.

*No escapa al vínculo social*³⁵. El dolor quita el interés por el mundo y alimenta el sentimiento de ser una carga, que, incrementado por el dolor, el deseo de morir puede ser irresistible y se traduce en el suicidio *“La muerte es el alivio último, la gran medicina que acaba con todos los males”*³⁶. Para BARCIA la desesperación surge cuando alguien entiende que en la vida hay algo por lo que merece la pena luchar, hay algo valioso, pero que no puede ser alcanzado a pesar del esfuerzo realizado para obtener lo que se desea vivamente³⁷.

Haciendo una aproximación a la soledad se entiende la misma como una experiencia a título propio, distinto de la depresión, la ansiedad o la pérdida, y puede que esencialmente sea más dañina que cualquiera de los otros estados, pero el dolor aísla, mina el vínculo social y la soledad, la dificultad para establecer vínculos sólidos y profundos, y está muy estigmatizada. Una carencia de relación cercana y su gama emocional va desde la incomodidad a un dolor insoportable y crónico. El apoyo emocional, en este caso, puede desactivar el deseo de morir y restablecer el valor de la existencia³⁸.

La situación anímica del cansancio de la vida es una forma de suicidio motivado desde planteamientos intelectuales, corresponde a una conducta libremente aceptada, una posición ética ante la vida que le obliga a buscar la muerte. Otras veces es la percepción de lo absurdo de vivir, abandonar todo, anular el futuro, la perspectiva de una vida bajo el sentimiento de que será como el sufrimiento presente³⁹. Apatía, falta de ilusión, renuncia a alcanzar algo en la vida, vida que carece de sentido constituye el *“vacío existencial”*⁴⁰.

4.2 Depresión.

A pesar de que no todos los suicidios están motivados por algún tipo de enfermedad mental, en los diferentes Tratados de Psiquiatría utilizados en el presente trabajo, se concluye que al menos el 90% de las personas que llevan a cabo algún tipo de suicidio padecen de base, algún tipo de trastorno mental y el suicidio constituye la primera causa de muerte prematura entre las personas diagnosticadas de dicho tipo de enfermedad. En la depresión, la

³⁵ LE BRETON, D. *Antropología del dolor*. Seix Barral, Barcelona, 1999, pág.10.

³⁶ LE BRETON, D. *Antropología...* óp. cit., pág. 200.

³⁷ BARCIA, D. “El suicidio...” óp. cit., pág. 138.

³⁸ LAING, O. *La ciudad solitaria*. Capitán Swing, Madrid, 2017. pág. 218.

³⁹ BARCIA D. “El suicidio...” óp. cit., pág. 147.

⁴⁰ BARCIA D. “El suicidio...” óp. cit., págs.148 y 149.

vivencia del tiempo se detiene, lo que es experimentado de modo angustioso. El mundo ha perdido el sentido y se percibe como extraño y amenazante, es entonces cuando el deseo de suicidio que el depresivo experimenta *“significa, aunque parezca paradójico, el último esfuerzo para vivir superando su incapacidad por medio de asumir su propia muerte”*⁴¹.

Se hace referencia, en este apartado a la idea del filósofo francés COMTE-SPONVILLE que, haciendo referencia a la melancolía, por una parte, puede identificarse como una tristeza leve, difusa y permanente, sin objeto particular o, en términos psiquiátricos, como una alteración patológica del humor caracterizada por tristeza extrema, ansiedad, autodesprecio e ideas suicidas. *“Inconsolable en ambos casos, (...) es demasiado ligera o demasiado pesada, demasiado vaga o demasiado grave, demasiado `normal` o no lo bastante. La primera puede ser casi agradable `la melancolía -decía Víctor Hugo- es la felicidad de sentirse triste`, la segunda no lo es nunca: atañe a la medicina, y puede matar si no se la cura. (...). Los temperamentos melancólicos no se encuentran al resguardo de una psicosis o de una depresión”*⁴². Para este autor el suicidio *“es el homicidio de uno mismo”* advierte de no darle al suicidio más importancia de la que conviene *“no es ni una consagración ni un sacramento. Ni una moral ni una metafísica”*⁴³. Suicidarse es elegir no la muerte, pues hay que morir de todos modos, si no el momento de la propia muerte. *“es un acto de oportunidad, y no el absoluto que, a veces, se quiere ver en él. Se trata, ni más ni menos de ganar tiempo contra lo inevitable, de anticiparse a la nada, y, si se quiere, de ganarle al destino por la mano. Es el atajo definitivo. (...) es también un derecho, para cada cual, tanto más absoluto cuanto que le trae sin cuidado al derecho. (...). Es la libertad mínima y máxima”*⁴⁴.

4.3. Psicosis.

Se puede tomar como ejemplo el paradigmático caso de los pacientes esquizofrénicos, donde las alteraciones del pensamiento y del comportamiento pueden irrumpir de forma brusca, pudiendo presentarse desestabilizaciones graves con ideas delirantes y gran

⁴¹ BARCIA D. “El suicidio...” óp. cit., pág.142.

⁴² COMTE-SPONVILLE, A. “Diccionario Filosófico”. Paidós, Barcelona, 2003, pág. 339.

⁴³ COMTE-SPONVILLE, A. “Diccionario...” óp. cit., pág. 504.

⁴⁴ COMTE-SPONVILLE, A. “Diccionario...” óp. cit., pág. 504.

sufrimiento psicológico, lo que supone además de un riesgo importante, una dificultad para seguir un tratamiento ambulatorio y que requieren en ocasiones un ingreso en una Unidad de Psiquiatría, que puede llegar a ser prologada. Tras la remisión de su cuadro son dados de alta y devueltos a su entorno habitual, pero con las dificultades inherentes a este trastorno, añadido a los problemas de entorno, como la alta conflictividad familiar.

Como señala CEVERINO⁴⁵, se estima que entre el 20% y el 55% de los pacientes con esquizofrenia intentará suicidarse a lo largo de su vida (tasas similares o superiores a la depresión mayor). Los estudios describen al paciente esquizofrénico con alto riesgo autolítico, e influyen en ese riesgo variables como el sexo, la edad, la sintomatología paranoide, la sintomatología depresiva, la fase de la enfermedad y la evolución entre otros. Parece también, según el mismo autor⁴⁶. Haciendo referencia a varios estudios, que las personas con esquizofrenia tienen una menor tendencia a comunicar la intención de suicidarse a los sanitarios. La STS 3558/2018 de 22 de octubre de 2018 relativa a la responsabilidad por el fallecimiento de un suicida que padecía esta enfermedad se aproxima a la misma y aclara *“Los síntomas de la esquizofrenia afectan adversamente el pensamiento, los sentimientos, el comportamiento y el funcionamiento social y laboral. La enfermedad es habitualmente crónica, con una evolución que abarca una fase prodrómica, una fase activa y una fase residual. Es posiblemente el trastorno psiquiátrico más grave e invalidante de todo el espectro que cubre la psiquiatría. La mortalidad de los pacientes con esquizofrenia es mayor que la del resto de la población, entre dos y cuatro veces mayor. El suicidio es más frecuente en personas con este diagnóstico, entre un 4 y un 10% mueren por suicidio, sobre todo en varones de inicio precoz. El suicidio es la causa más frecuente de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia y explica el motivo de que esta patología reduzca la esperanza de vida en 10 años. El riesgo de suicidio aumenta si existen síntomas depresivos, abuso de sustancias o acontecimientos adversos en la evolución vital del paciente.”*

⁴⁵ Ceverino Domínguez, A. “Una litigación por imprudencia o negligencia en un caso de suicidio de un paciente esquizofrénico”, en OTERO PÉREZ, F.J, MEDRANO, J. y CALCEDO, A. (Dir.) *Aspectos Legales en Psiquiatría*. Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Madrid, 2007, págs. 293-297.

⁴⁶Ceverino Domínguez, A. “Una litigación...” óp. cit., pág. 294.

4.4 Otras enfermedades mentales.

Cabe señalar que la mayoría de los enfermos mentales no se suicidan, lo cual resulta indicativo de que suelen estar presentes otros factores además de las enfermedades mencionadas, existiendo otros trastornos mentales directamente relacionados con la conducta suicida. El riesgo de suicidio asociado al alcoholismo y otras drogodependencias es elevado, y durante una intoxicación, por alcohol u otras sustancias psicótropas, se eleva el riesgo de paso al acto, tanto en pacientes alcohólicos y toxicómanos, como en los que no lo son. El suicidio en el caso del alcoholismo y otras drogodependencias, suele estar directamente relacionado con el género, siendo los jóvenes varones las personas que presentan la mayor prevalencia de esta problemática, que suele estar asociada a problemas familiares y relacionales⁴⁷.

Las personas con trastornos de la personalidad, cuadros asociados frecuentemente a las drogodependencias, también presentan tasas más elevadas de suicidio y especialmente, de intentos de suicidio y de otro tipo de autolesiones. Los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia), que se dan en su mayoría en mujeres, presentan un riesgo incrementado de suicidio. Hay otros trastornos de índole neurótico, pero de gravedad sintomatológica, como severas fobias e incluso el trastorno obsesivo compulsivo, que pueden favorecer que, quien los padezcan, terminen quitándose la vida.

III. EL SUICIDIO COMO CAUSA DE LA RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

1. Teoría general de la responsabilidad patrimonial.

Con el fin de determinar el suicidio como una acción de la cual pueden derivar responsabilidades a nivel patrimonial, cabe indicar que el deber jurídico de indemnizar surge por la concurrencia de tres requisitos, que se concretarán en los siguientes apartados del proyecto. En primer lugar, que la lesión resulte resarcible, esto es, las características que el

⁴⁷ Navio Acosta, M. y Villoria Borrego L. “Factores de riesgo en la conducta suicida” en ANSEÁN, A (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015. págs.133-151.

daño sufrido debe revestir, para dar lugar a la obligación de indemnizarlo. Por otro lado, la imputación del daño que se configura mediante los requisitos que debe reunir el tipo de acción y el sujeto autor de la actividad dañosa. Y por último la relación de causalidad, habiendo de entender ésta como la conexión que debe existir entre autor del hecho lesivo y la actividad dañosa.

En este sentido la necesidad de la existencia de una responsabilidad patrimonial por parte de la Administración reside, tal y como nos señala GARCÍA DE ENTERRÍA, en que *“la actividad de la Administración, que en nuestros días está presente en todas y cada una de las manifestaciones de la vida colectiva, lleva consigo una inevitable secuela incidental de daños residuales y una constante creación de riesgos”*⁴⁸. En este punto encuentra su fundamentación la teoría general de dicha responsabilidad, en la posibilidad de cubrir los daños que se puedan generar como consecuencia del actuar administrativo. Se trata por tanto de resarcir acciones u omisiones derivados de los poderes públicos que puedan originar daño a terceros. Mediante dicha herramienta la Administración persigue eludir que los resultados lesivos provocados por la Administración sean soportados por aquel sujeto que no esté obligado a padecerlo⁴⁹. Resulta de interés lo planteado por el autor ESTEVE PARDO que *“en aplicación del régimen de responsabilidad objetiva de la Administración los tribunales han concedido indemnizaciones que no se explican en razones de justicia material, sino en razonables de solidaridad ante situaciones desgraciadas o perjuicios que conmueven la natural sensibilidad social de los tribunales”*⁵⁰.

El marco normativo actual y la regulación básica de dicha responsabilidad se encuentra en la actual Ley del Sector Público de 2015, ley que deroga respecto de esta materia a la anterior Ley 30/1992 de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, aunque contengan las mismas consideraciones respecto de los preceptos más relevantes. En este sentido, el sistema sobre el cual llevamos a cabo estas consideraciones resulta también reflejado en lo dispuesto en el artículo 149.1. 18ª de la Constitución Española como un sistema específico, *“el Estado tiene competencia exclusiva*

⁴⁸ GARCÍA DE ENTERRÍA, E. y FERNÁNDEZ, T. *Curso de Derecho Administrativo II*. Aranzadi, Cizur Menor, 2017, pág. 383.

⁴⁹ GAMERO CASADO, E. y FERNÁNDEZ RAMOS S. *Manual básico de Derecho Administrativo*. Tecnos, Madrid, 2019, pág. 718.

⁵⁰ ESTEVE PARDO, J. *Lecciones de Derecho administrativo*. Marcial Pons, Madrid, 2015, pág. 295.

sobre las siguientes materias (...) y el sistema de responsabilidad de todas las Administraciones Públicas” y unitario, aplicándose el mismo al conjunto de Administraciones Públicas con independencia del ámbito territorial bajo el que operen⁵¹.

Del mismo modo, la Constitución española en su artículo 9.3 proclama un principio general de responsabilidad de los poderes públicos, “ *La Constitución garantiza el principio de legalidad, la jerarquía normativa, la publicidad de las normas, la irretroactividad de las disposiciones sancionadoras no favorables o restrictivas de derechos individuales, la seguridad jurídica, la responsabilidad y la interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos*” y a su vez atendiendo al artículo 106.2 CE dicho precepto establece que “*Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*”.

No ha de interpretarse dicho sistema únicamente como un sistema garantista de cobertura de las lesiones, sino como una “*responsabilidad directa*”⁵² amparada en el artículo 32 de la Ley del Sector Público. Dicha responsabilidad persigue una protección respecto de quien sufra las consecuencias de la acción administrativa, protegerle ante “*el daño no buscado, no querido, ni merecido por la persona lesionada, que, sin embargo, resulte de la acción administrativa*”⁵³. Así mismo, no sólo cubre los perjuicios generados por la Administración, sino aquellos que sean consecuencia del hacer de la totalidad de los poderes públicos, habiendo de entenderse esto como el conjunto de poderes del Estado.

Desde la perspectiva jurídica son amplias las conclusiones que pueden sacarse respecto al suicidio, que han venido variando a lo largo del tiempo y que han pasado de la incriminación al sujeto por su propia conducta haciéndole único responsable de la misma, a una incriminación únicamente de aquellas personas que inducen o auxilian a los suicidas, así como aquellas que no logran evitar este hecho a pesar de que forme parte de sus funciones como profesionales.

⁵¹ GAMERO CASADO, E. Y FÉRNANDEZ RAMOS S. *Manual básico...*óp. cit., pág. 719.

⁵² GARCÍA DE ENTERRÍA, E. y FERNANDEZ, T. *Curso de Derecho...*óp. cit., pág. 403.

⁵³ GARCÍA DE ENTERRÍA, E. y FERNANDEZ, T. *Curso de Derecho...*óp. cit., pág. 404.

El objeto de estudio del presente trabajo se centra en el suicidio como un acto lesivo que se lleva a cabo en una institución de carácter público y cuando se dé una relación causal entre el funcionamiento de dicho organismo y el consecuente resultado dañoso. Podrá en tal caso deducirse la existencia de responsabilidad por parte de las entidades como responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas, y en un segundo plano la responsabilidad de los profesionales empleados en dichas instituciones. Habrá de analizarse en principio que, estando ingresado en un centro hospitalario o penitenciario, las probabilidades de que se dé un suicidio son muy elevadas, por lo tanto y dada la relevancia de dicho riesgo han de ser abundantes los protocolos y estrategias que traten de lograr que se eviten los suicidios en dichas Instituciones Públicas.

Las cuestiones a estudiar a este aspecto residen en si el suicidio resulta verdaderamente una “lesión” a los efectos precedentes y si se reúnen los criterios que analizaremos a continuación y que han de exigirse para que un daño sea indemnizable. El perjudicado por la conducta administrativa tendrá derecho a la indemnización de aquellos daños que hayan soportado el mismo sin razón, independientemente de si estos se han realizado a raíz de una actuación culposa o no. Esto también se da cuando exista un funcionamiento normal que se ajuste a la legalidad, sin que haya de existir culpa o negligencia de la actuación administrativa ⁵⁴.

2. Los requisitos de la indemnización del daño causado por la Administración Pública.

Agrupamos en tres elementos los requisitos necesarios para que existe indemnización por responsabilidad de la Administración. Estos tres elementos engloban por un lado la existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado que el particular no tenga el deber jurídico de soportar. Por otro lado, que el daño resulte consecuencia de un funcionamiento normal o anormal por parte de los servicios públicos siempre fuera del marco de una actuación por fuerza mayor, y por último una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión.

⁵⁴ ESTEVE PARDO, J. *Lecciones de Derecho...* óp. cit., pág. 297.

Se reafirma lo ahora planteado haciendo alusión a la STSJ de Navarra 1330/2003 de 20 de noviembre de 2013, *“la doctrina y jurisprudencia han establecido como requisitos necesarios para que proceda el derecho a indemnización a consecuencia de responsabilidad de la Administración por el funcionamiento de sus servicios los siguientes: a) Realidad objetiva del daño que ha de ser evaluado económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas. b) El daño debe ser antijurídico o lo que es lo mismo, la persona que lo sufre no debe estar obligada jurídicamente a soportarlo. c) Que la lesión sea imputable a la Administración a consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. d) Relación de causalidad entre el daño y el funcionamiento del servicio público, sea esta normal o anormal, en relación directa inmediata y exclusiva de causa o efecto, sin intervención de circunstancias extrañas que pudieran alterar el nexo causal. e) Ausencia de fuerza mayor”*.

Se analiza en primer lugar la antijuricidad del daño, el elemento del daño se deduce de la previa existencia de *“un derecho o interés patrimonializado que resulta dañado. Un derecho o interés protegido por el ordenamiento jurídico e integrado en el patrimonio del sujeto afectado por la actuación administrativa”*⁵⁵, un daño que, tal y como se indica a lo largo del presente trabajo, el lesionado no tenga que soportar puesto que no exista causa que justifique por parte de la Administración el deber de soportarlo. Para ampliar esta cuestión la STS 2029/2006 de 4 de abril de 2006 aclara respecto de la antijuricidad que *“ la jurisprudencia viene exigiendo para que resulte viable la reclamación de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos que no tenga obligación de soportar y que sea real, concreta y susceptible de evaluación económica; que la lesión sea imputable a la Administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos y que, por tanto, exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor”*. Del mismo modo la STSJ de Andalucía 85/2012 de 27 de enero de 2012 amplía que *“el examen de la antijuricidad no debe hacerse desde la perspectiva del juicio de legalidad del acto que fue anulado, cuya antijuricidad resulta patente por haber sido así declarada por el Tribunal correspondiente, sino desde la*

⁵⁵ APARICIO DE LÁZARO, J.R. “La Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas. Enfoque Jurisprudencial” en *Revista Jurídica de la Comunidad de Madrid*. núm. 30, pág. 4.

perspectiva de sus consecuencias lesivas en relación con el sujeto que reclama la responsabilidad patrimonial, en cuyo caso ha de estarse para apreciar dicha antijuricidad a la inexistencia de un deber jurídico de soportar dichas consecuencias lesivas”.

Lo más relevante relativo a la antijuricidad por tanto responde a la víctima y a la no obligación de soportar ese daño, se atiende por tanto a la lesión, una antijuricidad referida al perjudicado. Es por esto que la Ley 35/2015 en el apartado primero de su artículo 34 señala que *“sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”*. Para ayudar a la comprensión de este elemento se comparte el criterio de GARCÍA DE ENTERRIA, *“la antijuricidad susceptible de convertir el perjuicio económico en lesión indemnizable se predica, del efecto de la acción administrativa a partir de un principio objetivo de garantía del patrimonio de los ciudadanos (...)”*⁵⁶.

Una vez detallada esta cuestión y para que se entienda el suicidio como un hecho dañoso es necesario que se den otros requisitos ya mencionados y que se ven requeridos en el artículo 32 de Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público relativo a los principios de responsabilidad. Por lo tanto, para que se dé la existencia de una responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, *“el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”*. Estos condicionantes responderían al elemento objetivo de la responsabilidad. Llegamos a este punto, atendiendo a las palabras de SANTAMARIA PASTOR, cabe añadir tal y como se ha señalado en el apartado anterior, que la responsabilidad objetiva es aquella que *“se genera con independencia de que la actividad dañosa se hubiera realizado mediante dolo o culpa, o de que dicha actividad sea legal o ilegal”*⁵⁷, es decir, el hecho de que la responsabilidad resulte objetiva supone que no ha de existir culpa en el funcionamiento administrativo para que se origine el deber de indemnizar y esto *“facilita enormemente el reconocimiento de indemnizaciones a favor de las víctimas”*⁵⁸. Se atenderá, por tanto a víctima que haya sufrido el perjuicio y si resulta justo que tenga que soportarlo. En virtud de

⁵⁶ GARCÍA DE ENTERRÍA, E. y FERNANDEZ, T. *Curso de Derecho...* óp. cit., pág. 407.

⁵⁷ SANTAMARIA PASTOR, J.A. *Principios de Derecho Administrativo General II*. Iustel, Madrid, 2016. pág. 546.

⁵⁸ MIR PUIGPENAT, O. *La responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria*. Civitas, Madrid, 2002, pág. 32.

la ya mencionada STSJ de Navarra 1330/2013 de 20 de noviembre de 2013, referente a la reclamación de indemnización al Servicio Navarro de Salud por parte de los familiares de un fallecido por suicido " (...) *es de carácter objetivo y directo. Al afirmar que es objetiva se pretende significar que no se requiere culpa o ilegalidad en el auto del daño, a diferencia de la tradicional responsabilidad subjetiva propia del derecho civil ya que se trata de una responsabilidad que surge al margen de cuál sea el grado de voluntariedad y previsión del agente, incluso cuando la acción originaria es ejercida legalmente, y de ahí la referencia al funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos*".

Con el fin de realizar un análisis más concreto de los requisitos del daño se estudian a continuación, uno a uno, para una mejor comprensión de cada uno de ellos. En primer lugar, se aborda el requisito relativo al daño efectivo. La efectividad supone la obligación de probar su existencia, dicha prueba "*suele ser rigurosa: total, plena y evidente o simplemente convincente, según señala la jurisprudencia. Ello no quiere decir que se exija una total exactitud en su cálculo y evaluación, puesto que una vez demostrada la realidad del daño, la valoración de la indemnización se hace por aproximación a partir de diversos criterios*"⁵⁹. Para que se dé la efectividad del mismo, éste ha de producirse efectivamente, dejando a un lado las simples probabilidades de que el daño se produzca. Compartiendo el criterio que nos plantea SANTAMARIA PASTOR ha de existir "*una afección dañosa a los bienes o derechos de la persona dañada*"⁶⁰. Estos bienes no deben ser únicamente aquellos que cuenten con un carácter patrimonial, puesto que también se engloban aquellos que cuentan con un carácter personal como pueden ser los daños morales que, tal y como se amplía en posteriores apartados, resulta muy complejo de cuantificar económicamente, pero que la jurisprudencia ha valorado a lo largo del recorrido de las reclamaciones por suicidio. Del mismo modo también dejarán de ser indemnizables aquellos daños que tengan carácter futuro, las previsiones de daño futuro quedan por tanto fuera del marco indemnizatorio, ya que "*se excluyen los llamados daños eventuales o simplemente posibles, pero no actuales ni seguros en cuanto a su producción*"⁶¹. Centrando esta cuestión al hecho que aborda el presente proyecto, conviene aclarar que "*en el campo del suicidio, es patente que bajo la*

⁵⁹ APARICIO DE LÁZARO, J.R. "La Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas. Enfoque Jurisprudencial" en *Revista Jurídica de la Comunidad de Madrid*. núm. 30, pág. 4.

⁶⁰ SANTAMARIA PASTOR, J.A. *Principios de...* óp. cit., pág.549.

⁶¹ GARCÍA DE ENTERRÍA, E y FERNÁNDEZ, T. *Curso de Derecho...* óp. cit., pág. 411.

nota de efectividad se englobarían: la muerte, las lesiones, la privación de ingresos familiares y el daño moral producido a las personas afectivamente unidas al suicida”⁶².

Del requisito del daño evaluable económicamente se desprenden dos cuestiones; por un lado, el daño emergente y el lucro cesante y por otro lado la cuestión de los daños morales. Ha de comprenderse el daño emergente como aquel que efectivamente se haya producido y el lucro cesante, como aquellos ingresos económicos que vayan a dejar de percibirse a consecuencia del mismo.

Respecto de los daños morales, inicialmente, la responsabilidad patrimonial únicamente se hacía responsable de los daños de carácter patrimonial, aquellos en los que la apreciación económica resultara evidente. Se entendía, por tanto, que la compensación dineraria impedía la reparación de daños carentes de reflejo patrimonial. Esta cuestión fue viéndose modificada por la evolución jurisprudencial de los tribunales, que empezó a atender aquellas cuestiones que no resultaran exclusivamente económicas, apreciando de este modo los considerables perjuicios que podrían suponer a nivel personal, diversas lesiones y entendiendo, por tanto, que estos daños de carácter moral también habrían de ser resarcidos e indemnizados de algún modo. Llegados a este punto cabe hacer mención a la sentencia Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 12 de marzo de 1975 coloquialmente conocida como el caso *“los novios de Granada”*. En la misma se estimó resarcir los daños morales producidos a los padres y la pareja de un hombre fallecido cuando un enfermo del hospital psiquiátrico se arrojó desde el centro hospitalario sobre una pareja provocando la muerte del novio. Esto supuso un giro jurisprudencial y a este sentido *“el Tribunal Supremo consideró imputable a la Administración el daño ocasionado por un enfermo mental, ingresado en un hospital al arrojarse por una ventana y caer sobre una pareja por considerar que el interno no constituía un agente extraño al funcionamiento del centro sino un usuario interno que como tal se integraba en su organización y disciplina”⁶³*. Dicha sentencia introdujo por primera vez la referencia a los daños morales en la jurisprudencia de lo contencioso-administrativo, entendiendo la misma como un primer

⁶² BARRIOS FLORES, L. “La responsabilidad administrativa por suicidio en la institución penitenciaria” en *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 249, págs. 89 y ss.

⁶³ MAYOR GOMEZ, R. Los daños morales en la responsabilidad patrimonial sanitaria: análisis jurídico y práctico de las cuestiones más problemáticas. Disponible en Internet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5362936> Consultado el: 4 de enero de 2020.

pronunciamiento judicial que reflejó un resarcimiento respecto de los daños morales. Por lo tanto y atendiendo a la línea jurisprudencial sostenida por los tribunales hasta ese momento, la dificultad de cuantificar los daños morales supuso inicialmente que estos no se consideraran indemnizables. En la actualidad *“la jurisprudencia incluye, con normalidad, dentro de los perjuicios indemnizables, el daño moral propiamente dicho, o sufrimiento derivado de la lesión corporal padecida o de otro acontecimiento que produzca una aflicción en la persona”*⁶⁴. En definitiva, el reconocimiento de la compensación económica se ha estimado por parte de los tribunales a pesar de que esta sea compleja de cuantificar y de precisar.

Estas indemnizaciones de carácter económico responden a *“una compensación paliativa del daño”*⁶⁵, debido a que el sufrimiento (el dolor, la angustia, la desesperanza...) que pueda derivarse de estas lesiones, difícilmente se puede solventar. Por lo tanto, en ambos aspectos, ha de poder demostrarse la realidad del daño y a su vez, la cuantía del mismo. Resulta necesario por tanto que exista una trascendencia patrimonial apreciable, puesto que, de no ser así, resultaría imposible su indemnización. Es decir, que los daños que hayan sido causados en sí mismo o en las personas allegadas tengan una consecuencia patrimonial objetivable. Las diversas consideraciones respecto de esta cuestión han aceptado también con el paso de los años que los daños morales no responden únicamente a los meros daños corporales.

A diferencia de cuando se trata de evaluar daños en bienes patrimoniales, donde la evaluación de los mismos resulta sencilla, es aquí donde van a existir mayores complejidades a la hora de llevar a cabo una valoración económica de los posibles daños morales. Resulta evidente entender la dificultad de la valoración de los mismos cuando estos se desprenden del suicidio, aunque existen algunos parámetros jurisprudenciales que ayudan a cuantificar estas complejas cuestiones. En definitiva, el requisito del daño evaluable económicamente

⁶⁴ FERNANDEZ MONTALVO, R. “Responsabilidad de las Administraciones Públicas: criterios jurisprudenciales”. Barcelona, 2002, págs. 247-352. Disponible en Internet: https://repositorio.gobiernolocal.es/xmlui/bitstream/handle/10873/1175/responsabilidad_patrimonial_13_fernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y Consultado el: 4 de enero de 2020.

⁶⁵ ESTEVE PARDO, J. *Lecciones de Derecho...* óp. cit., pág.300.

impide llevar a cabo la reparación en aquellos daños que resulten carentes de reflejo patrimonial⁶⁶.

Finalmente, y respecto del daño individualizado, para que exista una lesión que resulte indemnizable, el daño debe recaer sobre un sujeto en concreto o en su defecto, sobre un grupo determinado de ellos. No formarán parte, por tanto, de la responsabilidad patrimonial por parte de la Administración, aquellas cuestiones que no atañen de manera efectiva y evaluable a una persona en concreto, o en su defecto, a un grupo concreto de personas. No podrán ser objeto de indemnización aquellas cargas que con carácter general recaigan sobre la colectividad. Resultaría muy complejo llevar a cabo una indemnización respecto de un amplio grupo de personas que se hayan visto afectadas por una misma actuación administrativa, se excluye de este modo *“la indemnización de los daños causados a colectivos de personas cuya dificultad de determinación o elevado número la haga económicamente inviable, daños que, por lo mismo, deben ser considerados como cargas comunes que exige la vida social”*⁶⁷. En definitiva, resultan inadmisibles aquellos daños cuya singularización resulte imposible debido a que suponen lesiones sufridas de forma generalizada o colectiva, a pesar de que sí se contempla la posibilidad de resarcir a aquellos colectivos que no sean llamativamente amplios, formados por aquellos que se hayan visto perjudicados por un mismo actuar administrativo. En el caso de los suicidios, normalmente serán los familiares o personas ligadas por vínculos de dependencia económica o afectiva quienes vayan a padecer los perjuicios directos del hecho suicida.

El segundo de los requisitos al que se hace referencia al inicio de este apartado responde a una cuestión de imputación, a una relación de causa y efecto, que se centra en el nexo causal, sin que exista ningún elemento que pueda alterar dicha relación causal. Para ampliar esta consideración y la delimitación del nexo causal se cita la STS 7123/1998 de 28 de noviembre de 1998, *“la doctrina administrativa (...) se inclina por la tesis de la causalidad adecuada que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso si el resultado se corresponde*

⁶⁶ GAMERO CASADO, E Y FÉRNANDEZ RAMOS S. *Manual básico...* óp. cit., pág. 720.

⁶⁷ SANTAMARIA PASTOR, J.A. *Principios de...* óp. cit., pág.550.

con la actuación que lo originó, es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar.” La lesión sufrida debe por tanto haberse desprendido de una actuación normal o anormal por parte de los servicios públicos, excluyendo en todo caso aquellas consecuencias derivadas de actuaciones producidas por fuerza mayor. Para finalizar, se analiza el último de los requisitos que responde a la necesidad de vínculo entre la persona o ente sujeto a la Administración Pública y el sujeto que haya sufrido la lesión, esto es, una relación de causalidad entre la actuación de sus competencias dentro del Derecho Administrativo y la lesión originada. Esta última cuestión relativa al nexo causal se ve ampliada y analizada con más precisión en un apartado recogido más adelante.

3. Valoración del daño.

Debido a que la mayoría de los daños derivados del suicidio suponen un daño moral, este apartado se centra en abordar la valoración relativa de este tipo de daños, para lo cual resulta pertinente hacer una primera distinción entre los daños patrimoniales y los daños extrapatrimoniales. Los primeros podrán ser cuantificados sin complejidad puesto que resultan valorables monetariamente y en cambio, los daños extrapatrimoniales *“se refieren a una lesión personal, psíquica, moral y en general, a bienes inmateriales cuya valoración pecuniaria resulta una tarea más compleja”*⁶⁸. Tal y como se hará referencia en el apartado posterior la valoración del daño para el caso que centra este trabajo resulta muy compleja. No se trata únicamente de resarcir una mera cuestión patrimonial mediante una compensación, también de carácter económico, sino que existe la gran complejidad que supone tratar de acertar respecto a que cuantía resulta suficiente para poder paliar el sufrimiento relativo a los daños morales derivados de una muerte por suicidio. Hay que apreciar en este punto, aquellos elementos que delimitan el daño moral, así como los criterios que se tienen en consideración para llevar a cabo la valoración de los mismos cuando se lleva a cabo una lesión dentro del ámbito estrictamente personal del individuo que padece el daño. En definitiva, atendiendo las consideraciones de VIELMA MENDOZA, por daños morales

⁶⁸ SOLARES MORALES, A. “Valoración económica de los daños morales” en *Revista Jurídica Auctoritas Prodentium*, núm,10, pág. 250.

se entienden aquellos que “*recaen sobre los sentimientos, la dignidad, la estima social o psíquica*”⁶⁹.

Dentro de los daños morales se puede llevar a cabo una clasificación, distinguiendo entre los daños morales que resultan subjetivos y aquellos daños morales que resultan objetivos. Los primeros constituyen aquellos daños que únicamente causan un daño anímico en el estado emocional de la persona que los padece, esto es, el sufrimiento individual del perjudicado. Por otro lado, los daños morales de carácter objetivo son aquellos que, sin dejar de ser lesiones de carácter extrapatrimonial, acarrear consecuencias económicamente cuantificables, y que generalmente, generan un daño en la consideración social del perjudicado.

También y desde otra perspectiva, tal y como señala VIELMA MENDOZA, existen dos doctrinas relativas a la indemnización del daño moral debido a la complejidad, que atañe a su reparación. La primera de ellas, entiende que el hecho de resarcir un daño que no resulta patrimonial se convierte en un enriquecimiento que no tiene causa alguna, esto es, un enriquecimiento injusto. Este pensamiento encuentra su sustento en un prisma meramente patrimonialista que comprende únicamente la protección de los derechos de carácter económico. Del mismo modo, quienes sostienen esta tesis “*fundan la irrepartibilidad de los daños no patrimoniales, en la idea de que intrínsecamente es imposible y es contra la razón y al sentimiento, reducir en dinero el interés relativo a bienes como el honor, la integridad física y todos los de esta índole*”⁷⁰. Se entiende bajo esta consideración, que una presunta reparación del daño moral de ningún modo puede conseguir la finalidad que toda indemnización pretende, puesto que ninguna compensación económica puede hacer desaparecer un daño moral.

De otro lado, se encuentran aquellos que defienden la figura del resarcimiento de los daños morales, tesis que generalmente adoptan los tribunales como ya se ha indicado en reiteradas ocasiones con anterioridad. Este pensamiento entiende que únicamente se pueden

⁶⁹ VIELMA MENDOZA, Y. *Una aproximación al estudio del daño moral extracontractual*. Disponible en Internet: <http://civil.udg.edu/cordoba/com/Vielma.htm> Consultado el: 7 diciembre de 2019.

⁷⁰ VIELMA MENDOZA, Y. *Una aproximación al estudio del daño moral extracontractual*. Disponible en Internet: <http://civil.udg.edu/cordoba/com/Vielma.htm> Consultado el: 7 de diciembre de 2019.

resarcir completamente los daños patrimoniales, pero sostiene que los daños morales pueden resultar de algún modo compensables económicamente y que por tanto, dichas indemnizaciones de carácter dinerario, sí tienen razón de ser proporcionando al perjudicado la posibilidad de llevar a cabo sensaciones agradables derivadas de las facilidades económicas que se le hayan prestado mediante indemnización para tratar de superar de algún modo lo acontecido y sus consecuencias perjudiciales a nivel anímico.

De todos modos, ninguna de las dos creencias se aleja de la consideración de la dificultosa tarea que supone cuantificar, qué cantidad resulta correspondiente para cada dolor soportado o para cada situación en concreto. Los tribunales atienden a diversos baremos indemnizatorios encargados de valorar, en la medida de lo posible, los daños no patrimoniales recaídos sobre las personas.

IV. NEXO CAUSAL DEL ENTRE FUNCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO Y EL HECHO DAÑOSO.

1. Relevancia del nexo causal.

La lesión ha de resultar tal y como señala el artículo 32 de la Ley de Sector Público “*consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos*”, de este precepto se desprende la clara consideración de que la lesión ha de resultar una consecuencia del funcionamiento de la Administración Pública. Debe existir, en este aspecto, un vínculo causal que una el hacer administrativo con la lesión que se haya generado como consecuencia del mismo. Esto supone, tal y como se desarrolla a continuación, el sustento del régimen de responsabilidad patrimonial que nos ocupa. Es decir, indudablemente, para que exista responsabilidad patrimonial, el daño causado ha de ser siempre consecuencia de un anormal funcionamiento de los servicios públicos, con la consideración de GARCÍA DE ENTERRÍA “*la existencia de una relación de causa a efecto entre el hecho que se imputa a la Administración y el daño producido es, lógicamente, una condición indispensable para que pueda atribuirse a aquélla el deber de resarcir dicho daño*”⁷¹. La atención recae sobre quien haya generado el daño y en una vinculación de causa-efecto. Así la Sala del Tribunal Supremo en su sentencia 61200/2003 de 7 de octubre de 2003 sobre la posible

⁷¹ GARCIA DE ENTERRIA, E y FERNANDEZ, T. *Curso de Derecho...* óp. cit., pág. 426.

responsabilidad por las lesiones generadas a una paciente que se precipitó por la ventana del Hospital Militar Vázquez de Bernabéu mientras se encontraba ingresada en el mismo, aclara esta cuestión señalando que *“La cuestión esencial que plantea la sentencia es la de si existe o no relación de causalidad entre el daño sufrido por la recurrente y el servicio sanitario, (...). Para ello, resulta preciso determinar si ha existido algún elemento de anormalidad en el servicio sanitario de entidad suficiente para establecer un nexo de causalidad entre la omisión administrativa y la lesión, y establecer en tal caso el carácter antijurídico de aquél”* determinando que resulta *“imprescindible la relación de causalidad que es preciso que exista entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido, que puede aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes (...)”*.

En esta apreciación pueden concurrir diversas complicaciones que dificulten la tarea de delimitar esta relación causal, tal y como se aprecia en la sentencia anterior y como recoge ZAPLANA *“habiendo declarado la jurisprudencia que la relación de causalidad entre la actuación administrativa y el resultado dañoso como aparecer “bajo formulas mediatas, indirectas o concurrentes que moderan proporcionalmente la responsabilidad de la Administración”*⁷². Puede darse la concurrencia de causas y agentes causales en la producción de la lesión, que la concurrencia sea entre diversas Administraciones, puesto que se haya realizado una actuación de forma conjunta y que de la misma se haya derivado un daño o que exista la concurrencia de la propia víctima en la producción del daño, cuestión que trataremos más adelante de manera más concreta⁷³.

Cuando dentro del concurso de causas exista la responsabilidad de varias Administraciones a la vez, mediante su coparticipación en el hacer administrativo, generalmente se optará por la solidaridad. El artículo 33 de la Ley 40/2015 del Régimen del Sector Público, así lo establece *“cuando de la gestión dimanante de fórmulas conjuntas de actuación entre varias Administraciones públicas se derive responsabilidad en los términos previstos en la presente Ley, las Administraciones intervinientes responderán frente al particular, en todo caso, de forma solidaria”*. La Ley facilita esta opción como prioritaria pero no absoluta, señalando del mismo modo diversas excepciones para esta cuestión. La

⁷² GUERRERO ZAPLANA, J. “La responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria”, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2003, pág. 69.

⁷³ ESTEVE PARDO, J. *Lecciones de Derecho*...óp. cit., pág. 299.

lectura de ESTEVE PARDO amplia esta cuestión “*cuando no hay instrumentos de colaboración, los casos de concurrencia de la Administraciones en la producción del daño se resuelven fijado para cada una de ellas la cuota que le corresponda, atendándose para ello a criterios de competencia, interés público e intensidad de la intervención. Si esta fijación no es posible o resulta problemática, la responsabilidad será entonces solidaria*”⁷⁴.

Anteriormente se exigía que existiera una causa-efecto directa, una relación de causalidad entre el daño y la responsabilidad de la Administración, y en la actualidad, este criterio resulta menos estricto, teniéndose en cuenta otros factores como el ya mencionado funcionamiento anormal. Existen diversas variantes que han de ser tenidas en cuenta a la hora de delimitar si existe responsabilidad por parte de la Administración, o no, y la relación causal acaba, finalmente, en manos del juez, como herramienta para ampliar o restringir la responsabilidad por parte de la Administración. La relación de causalidad resulta sumamente importante en aquellos sistemas de responsabilidad que, como el de la Administración están configurados de forma objetiva, para MIR PUIGPELAT, dicha relación “*es el presupuesto que debe servir para limitar los excesos que el generoso sistema de responsabilidad patrimonial puede ocasionar*”⁷⁵.

2. Requisitos de la relación causal.

La relación de causalidad puede verse interrumpida mediante tres posibles elementos como son, la culpa de un tercero, que puede deducirse en el reparto de responsabilidades entre todos los causantes, o la fuerza mayor, que puede eximir de responsabilidad a la Administración y, por último, la culpa de la víctima (lo cual puede producir reducción o exclusión de la responsabilidad de la Administración). Tal y como se ha indicado, la existencia de una de estas dos primeras circunstancias, no siempre supone la exoneración de responsabilidad administrativa, si bien puede suponer una reducción de la cuantía encomendada a la reparación que corresponda satisfacer a la Administración. En el presente apartado se realiza una aproximación a las dos últimas circunstancias, ampliando el elemento de la culpa de la víctima de forma más precisa en la siguiente sección, debido a su especial trascendencia en el ámbito del suicidio.

⁷⁴ ESTEVE PARDO, J. *Lecciones de Derecho...* óp. cit., pág. 302.

⁷⁵ MIR PUIGPENAT, O. *La responsabilidad Patrimonial...* óp. cit., pág. 57.

En primer lugar, se entiende que existe culpa de un tercero cuando *“un sujeto distinto del perjudicado ha podido influir en la generación del daño”*⁷⁶. La actuación de un tercero, ajeno a la Administración y al perjudicado, para la creación de la lesión en la víctima podría reducir de forma proporcional la reparación del daño a cargo de la Administración. Dicha reducción podrá del mismo modo coincidir con la parte de la indemnización que le corresponda a dicho tercero⁷⁷. Por otro lado, puede darse la circunstancia de que la intervención de tercero en la creación de la lesión sea de tal relevancia que la Administración quede completamente exonerada de responsabilidad. De todos modos, los tribunales advierten y exponen bajo su criterio que una conducta de terceros no siempre reduce la indemnización, tal y como se desprende de la STS 1489/2000 de 26 de febrero de 2000 en la cual se establece que *“ la Administración queda exonerada, a pesar de que su responsabilidad patrimonial sea objetiva, cuando es la conducta del perjudicado o de un tercero la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público, y lo mismo hemos venido repitiendo que la imprescindible relación de causalidad entre la actuación de la Administración”* pero del mismo modo y en relación al supuesto que resuelve la sentencia el tribunal establece que *“la posible conducta de terceros ni ha sido la única determinante del daño ni ha supuesto una concausa relevante para moderar la reparación a cargo del Ayuntamiento demandado”*. Del mismo modo, y atendiendo a la reiterada jurisprudencia dicha sentencia aclara que *“la jurisprudencia ha declarado que la conducta del perjudicado o de un tercero puede ser determinante de la ruptura del nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño causado”*.

Respecto de la existencia de fuerza mayor, no existirá responsabilidad por parte de la Administración si los daños se han generado por causa de fuerza mayor. Según ESTEVE PARDO por fuerza mayor se entiende *“causa externa, imprevisible e incontrolable, ordinariamente se trata de catástrofes naturales, accidentes de origen totalmente externo a quien se exige la responsabilidad, acciones bélicas, terroristas, graves trastornos del orden*

⁷⁶ GAMERO CASADO, E Y FÉRNANDEZ RAMOS S. *Manual básico...* óp. cit., pág. 722.

⁷⁷ FUENTES ABRIL, J. “La responsabilidad patrimonial de la Administración (análisis jurisprudencial)”.

Disponible en Internet: <http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4458-la-responsabilidad-patrimonial-de-la-administracion-analisis-jurisprudencial/> Consultado el: 6 de enero de 2020.

público”⁷⁸. El sistema de responsabilidad patrimonial de la Administración se encarga de la reparación de aquellos daños o lesiones que se hayan originado por caso fortuito, pero no de aquellos que se deriven de alguna circunstancia considerada como fuerza mayor, es decir producido por algún hecho exterior e irremediable. Siguiendo la consideración de FUENTES “*la fuerza mayor es un suceso inevitable, aun de haberse previsto*”⁷⁹, la fuerza mayor resulta de violencia insuperable.

Existe cierta discrepancia a este respecto, una división de la doctrina relativa a que ha de considerarse como fuerza mayor en el ámbito de actuación de las Administraciones Públicas, y tal y como indica GARCÍA DE ENTERRIA, “*el problema se reduce en este punto a determinar que debe entenderse como caso fortuito y a deslindar su concepto de fuerza mayor exonerante*”⁸⁰. Se realiza, por tanto, a este aspecto, una distinción en cuanto a ambas figuras con atención a la jurisprudencia que se manifiesta sobre esta cuestión. La STS núm. 8524/2001 de 1 de noviembre de 2011 aclara esta distinción “*(...) en esto se muestran hoy coincidentes la doctrina científica y la jurisprudencia, que fuerza mayor y caso fortuito son unidades jurídicas diferentes: a) En el caso fortuito hay indeterminación e interioridad; indeterminación porque la causa productora del daño es desconocida interioridad, además, del evento en relación con la organización en cuyo seno se produjo el daño, y ello porque está directamente conectado al funcionamiento mismo de la organización. b) En la fuerza mayor, en cambio, hay determinación irresistible y exterioridad; indeterminación absolutamente irresistible, en primer lugar, es decir aun en el supuesto de que hubiera podido ser prevista; exterioridad, en segundo lugar, lo que es tanto como decir que la causa productora de la lesión ha de ser ajena al servicio y al riesgo que le es propio.*”

En definitiva, la diferenciación entre ambos elementos reside en el carácter irresistible que desprende la fuerza mayor, elemento que no se aprecia en el supuesto de caso fortuito.

⁷⁸ ESTEVE PARDO, J. *Lecciones de...* óp. cit., pág. 305.

⁷⁹ FUENTES ABRIL, J. “La responsabilidad patrimonial de la Administración (análisis jurisprudencial)”.

Disponible en Internet: <http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4458-la-responsabilidad-patrimonial-de-la-administracion-analisis-jurisprudencial/> Consultado el: 6 de enero de 2020.

⁸⁰ GARCIA DE ENTERRIA, E y FERNANDEZ, T. *Curso de Derecho...* óp. cit., pág. 425.

3. Carácter voluntario de la acción.

La intervención o conducta de la propia víctima, es decir, el carácter voluntario de la acción puede suponer una causa de exoneración de la acción. Aun así, cabe añadir, que la culpa de la víctima no necesariamente tiene por qué determinar la exoneración a la Administración de su responsabilidad, aunque si puede, indudablemente, suponer una amplia reducción respecto de la cuantía indemnizatoria. Esto se da debido a que en determinadas ocasiones el hecho de que haya existido la intervención de un tercero o de la propia víctima no rompe el nexo causal relativo a la responsabilidad de la Administración⁸¹. La importancia de la voluntariedad (como causa única o exclusiva) aparece en la mayoría de los procedimientos de reclamación de responsabilidad por suicidio debido a que es fácil alegar que el único causante del daño es el propio fallecido, por tanto, la voluntad de suicidarse es un elemento que puede descartar una hipotética responsabilidad administrativa. Resulta importante añadir que en los casos de enfermos mentales con la voluntad severamente afectada *“se hace difícil mantener la relevancia de la voluntariedad de la acción del suicida, sin como mínimo entrar a valorar la afectación o enfermedad concreta del paciente y su posible influencia o no en la existencia de voluntad plenamente consciente de sus actos”*⁸².

La jurisprudencia mayoritariamente entiende respecto de la culpa exclusiva de la víctima que esta puede suponer una causa exoneradora de la responsabilidad, una ruptura del nexo causal que puede determinar, por tanto, la exclusión de responsabilidad por parte de la Administración. Esta cuestión ha de resultar acreditada por la propia Administración que lo alega. La STSJ de Asturias 2739/2018 de 13 de Septiembre de 2018 aclara esta cuestión *“la jurisprudencia ha exigido tradicionalmente que el nexo causal sea directo, inmediato y exclusivo, lo cual supone desestimar sistemáticamente todas las pretensiones de indemnización cuando interfiere en aquél, de alguna manera, la culpa de la víctima (...) procederá la moderación del importe exigido si, finalmente se reconoce la compensación de responsabilidades, llevando a cabo un reparto equitativo de la suma indemnizatoria.”*

⁸¹ BARRIOS FLORES, L. “La responsabilidad administrativa...” óp. cit., págs. 89 y ss.

⁸² LLOVERAS I FERRER, MARC-R. “De nuevo sobre el análisis del suicidio desde el derecho de daños” en *Revista para el análisis del Derecho* n°353, 2006, pág. 6.

La culpa de la víctima cobra mayor relevancia en ámbito del suicidio y resulta muy determinante a la hora de hacer una valoración de la relación causal. Es por esto que respecto de las circunstancias especiales de concurrencia de causas hay que atender a tres supuestos; en el primero de ellos, el que se analiza en este apartado, sucede cuando la lesión resulta una consecuencia directa de la actuación de la víctima, una actuación de tal entidad que consiga exonerar a la Administración o, de otro modo, cuando la actuación de la víctima revista de tan poco fundamento respecto del resultado que la Administración habrá de hacerse cargo de la reparación total del daño. Finalmente, si ambas conductas de manera conjunta tienen como consecuencia el resultado dañoso, esto supondrá la denominada compensación de culpas, con la correspondiente rebaja en la cuantía indemnizatoria.

Esta última circunstancia puede darse cuando en la producción de la lesión concurren la actuación del servicio público (este escenario puede darse bien cuando por parte de la Administración no se dieron las medidas de seguridad necesarias y exigibles respecto de riesgos previsibles) y al mismo tiempo cuando por parte de la víctima exista una actuación culpable que tenga como consecuencia directa la obtención del daño. Si se da esta última particularidad, la jurisprudencia entiende la existencia de una concurrencia causal entre la víctima y la Administración y es por esto que *“tiende a imponer a la Administración el pago de una indemnización que no cubre la totalidad del daño producido”*⁸³.

Se añade en este punto una pequeña mención de la consideración de la STS 2771/1994 de 25 de enero de 1997 relativa a la muerte de un interno en un centro penitenciario y a la concurrencia de culpas entre este y la Administración, que determina que *“procede apreciar en este caso una concurrencia de culpas de tal modo que la falta de la víctima no tiene entidad suficiente para romper el nexo causal entre el servicio público penitenciario y el resultado dañoso, pero sí para moderar el importe de la indemnización conforme el criterio general del art. 1103 del Código Civil”* del mismo modo admite *“la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, la cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización”*.

Siguiendo una misma línea jurisprudencial la STS 5230/2006 de 12 de septiembre de 2006 desarrolla esta misma cuestión atendiendo a que *“En este sentido existe una reiterada*

⁸³ ESTEVE PARDO, J. *Lecciones de...* óp. cit., pág. 303

y consolidada doctrina de esta Sala, según la cual dicho fallecimiento por suicidio no es obstáculo a la existencia de responsabilidad patrimonial, pues el expresado nexo causal puede no romperse en los casos de intervención de una causa ajena como es la decisión de la propia víctima de poner fin a su vida. Dicho de otra forma, en los casos en que interviene culpa de la víctima, esta culpa puede tener el carácter de exclusiva, en cuyo caso sí se rompe el nexo causal entre el hecho y la lesión, por lo que la imputación de los perjuicios se hace a la propia víctima, con la consiguiente negación de la responsabilidad de la Administración Pública. Pero también puede suceder que la culpa sea concurrente, es decir, que sin romper el nexo causal su actuación haya contribuido, junto con la de la Administración, a la producción de la lesión. Y efectivamente este último es el caso que determina la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.”

En este caso la Sala falló desestimando la pretensión de indemnización en concepto de responsabilidad patrimonial del Estado por el fallecimiento mediante suicidio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de La Paz de un hombre ingresado en el centro. La culpa exclusiva de la víctima y su intencionalidad resultaron clave entendiendo que *“el fallecido saltó de la cama de forma brusca e imprevista, encaramándose rápidamente a la ventana de la UVI, y lanzándose por ella, sin que ni la enfermera que se encontraba en el lugar ni tampoco los dos agentes que le custodiaban tuvieran tiempo material de hacer nada para evitar el suceso, policías a los que tampoco es imputable falta de diligencia alguna, ya que dada la precipitación de los acontecimientos y en relación con las características de la Unidad (de Cuidados Intensivos) en que se encontraba el enfermo, y no obstante sus antecedentes, no era posible mayor proximidad al mismo. Concluimos, de todo lo anterior, que la conducta del fallecido es, en este caso, determinante exclusivo del resultado producido, no siendo predicable responsabilidad alguna de la Administración y sin que exista, en este caso, la presencia de diferentes concausas”*.

V. CENTROS SANITARIOS.

Se introduce este apartado relativo a los centros sanitarios llevando a cabo una aproximación a la figura de los mismos, y precisando que se hará referencia a lo largo de los próximos apartados a los centros de asistencia sanitaria pública. En la actualidad la actividad de la Administración dirigida a la protección de la salud es un servicio público, y es por esto que en este ámbito el funcionamiento de los servicios públicos engloba *“todos los daños que sean causados por cualquiera de los medios que sirven para atender esa actividad administrativa”*⁸⁴. Los centros sanitarios son aquellos establecimientos en los cuales se lleva a cabo la asistencia y correspondiente cuidado de la salud de los enfermos que se encuentren en los mismos. El Real Decreto de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios en el apartado primero de su segundo artículo determina que se entiende por centro sanitario *“el conjunto organizado de medios técnicos y e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios que constituyen su oferta asistencial”*.

Los centros sanitarios engloban tanto los hospitales y las clínicas, como los consultorios médicos y centros de salud. La titularidad pública de dichos centros responde a que la responsabilidad de dichos centros recae sobre los poderes públicos. El Sistema Nacional de Salud de España y por tanto los centros sanitarios que integran el mismo son dependientes del sistema público. A continuación, por tanto, se estudia el fenómeno del suicidio llevado a cabo en dichos centros públicos, atendiendo a los principales factores que empujan a cometer los suicidios, así como a los sistemas preventivos existentes y a las posibles responsabilidades que se derivan de estas actuaciones.

1. La previsibilidad desde la perspectiva sanitaria.

El suicidio se lleva a cabo tanto en las personas que padecen enfermedad mental como en aquellas que no la padecen, por tanto, la conducta suicida no siempre se puede relacionar

⁸⁴ RODRIGUEZ LÓPEZ, P. *Responsabilidad patrimonial de la Administración en materia sanitaria*. Atelier, Barcelona, 2007, pág. 159.

con una perturbación psíquica, sino que puede resultar una conducta voluntaria libremente elegida. Para BARCIA⁸⁵, tanto si están afectados por una perturbación psíquica como si no, pueden compartir las mismas motivaciones como la desesperación, la desesperanza y el cansancio de la vida.

Según la Guía para la detección y prevención de la conducta suicida, de la Comunidad de Madrid, *“Las personas afectadas por una depresión mayor presentan una probabilidad de riesgo suicida 20 veces superior frente a la población general y por un trastorno bipolar presentan una probabilidad 15 veces superior. Para las afectadas por esquizofrenia la probabilidad de riesgo suicida es 9 veces superior y en los trastornos de personalidad límite presentan una probabilidad de riesgo suicida entre 4 y 8 veces superior frente a la población general. Muchos de estos pacientes lo intentan de nuevo al menos una vez en la vida, y es el suicidio la primera causa de muerte no natural en este colectivo”*⁸⁶.

Una de las mayores dificultades con que se encuentran los clínicos es la evaluación, el diagnóstico del riesgo suicida, que supone una actividad compleja. Quizás por ello debe ser una de las competencias principales de la especialidad, que se han de adquirir durante el periodo de formación de psiquiatras y psicólogos clínicos, durante la residencia o MIR. El objetivo de la detección de posible riesgo de suicidio de las personas en tratamiento es conocer tal peligro para poder actuar de la manera más eficiente posible.

Aunque existen escalas de valoración del riesgo (como la escala de desesperanza de Beck, o la Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman) estos instrumentos no son infalibles, son orientativos, por lo que siempre se recomienda hacer una buena exploración psicológica. También recordamos que, a día de hoy, no existen “biomarcadores” fiables. Se sabe que el 80% de los suicidas han comentado en algún momento y previamente

⁸⁵ BARCIA, D. “El suicidio como fenómeno humano” en *Archivos de Psiquiatría 2000*, núm. 63. págs.135-151.

⁸⁶ Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Comunidad de Madrid. Disponible en Internet: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf> Consultado: 13 de diciembre de 2019.

a la acción, esta ideación y que un 50% contestan afirmativamente si se les pregunta directamente por esta posibilidad⁸⁷.

Es imprescindible siempre tener en cuenta los principales factores de alto riesgo suicida, y si éstos se presentan en la persona explorada, como son: tener más de 45 años de edad, así como el sexo masculino, el factor del alcoholismo, (la tasa de suicidio es 50 veces mayor en los alcohólicos), una conducta violenta o una conducta suicida previa y haber sido ingresado en un servicio psiquiátrico con anterioridad. La existencia de antecedentes suicidas es *“el principal elemento para determinar la corrección del tratamiento y las medidas de seguridad adoptadas tanto desde el punto de vista de vigilancia y custodia del paciente, incluyendo medidas de seguridad sobre la misma persona (vigilancia permanente, sedación, uso de fijación mecánica, etc.) como de la habitación que le es designada (...)”*⁸⁸.

El clínico no sólo ha de estar atento a los muchos los factores de riesgo descritos tanto individuales (problemas de salud mental como depresión, psicosis...), factores de personalidad (desesperanza, impulsividad,) intento previos, enfermedad física, edad (adolescencia y edad avanzada) y sexo (varones), como socio factores familiares y contextuales (como historia familiar de suicidio, falta de apoyo socio -familiar, nivel socio-económico, o la facilidad de acceso a medios letales). A ellos se pueden añadir factores precipitantes (que puedan generar un estrés agudo en la persona) y las señales de alerta (físicas, de comportamiento o verbales), con lo que la previsibilidad del suicidio puede, de alguna manera ser apuntada. No hay que olvidar que ciertas capacidades individuales como el autocontrol, el apoyo socio familiar y la facilidad de acceso a servicios asistenciales por su parte, cuentan como factores protectores que van a limitar la conducta suicida⁸⁹.

⁸⁷ Beck T.A. Kovacs M. y Weissman, A. “Escala de ideación suicida de Beck” y Beck, A.T. y Weissman, A. “Escala de desesperanza de Beck” en GARCÍA-PORTILLA, M. P. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Comunicación y Ediciones sanitarias, Madrid, 2015, págs. 151-162.

⁸⁸ LLOVERAS I FERRER, MARC-R. “De nuevo sobre el análisis del suicidio desde el derecho de daños” en *Revista para el análisis del Derecho*” nº353, 2006, pág. 9.

⁸⁹ Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Factores de riesgo de la conducta suicida. Tabla 1. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2019. pág.13.

*“Mediante un cuidado razonable en la valoración del riesgo suicida es posible anticiparse al problema de predecir la puesta en práctica del suicidio”*⁹⁰. Por ello es aconsejable preguntar por dicho riesgo, independientemente de que hayan verbalizado dichas ideas y no hay que olvidar que las previsiones a corto plazo suelen ser más certeras que las de a largo plazo. *“No valorar la tendencia suicida de un paciente o no llevar a cabo un plan preventivo apropiado, una vez que el posible suicidio se hace previsible, pone al médico en situación de ser demandado si el paciente sufre daños por intento de suicidio... Aunque los psiquiatras no pueden asegurarse una evaluación favorable en sus pacientes suicidas, si pueden cerciorarse de que la valoración del riesgo de suicidio se realiza de forma competente”*, lo cual les puede proteger ante posibles demandas ya que *“la ley tiende a asumir que el suicidio es evitable si es previsible”*⁹¹. Pero no todas las personas con ideación suicida son atendidas por los servicios especializados en Psiquiatría. De hecho, tan solo un 30 % de los pacientes suicidas, han tenido tratamiento psiquiátrico anterior, pero sí parece contrastado que previamente al acto suicida han pasado por sus médicos de cabecera, *“lo cual hace especialmente necesario incluir a otros Servicios sanitarios o comunitarios en la Prevención del Suicidio”*⁹².

2. Estrategias, planes y programas de prevención del suicidio.

Si el suicidio es un problema de importante dimensiones sociales y sanitarias, aunque en cierta manera invisible, y ciertamente evitable, lo lógico es pensar en la responsabilidad de las Administraciones en su prevención. Se cuenta con evidencia científica de la existencia de acciones eficaces para contrarrestar los factores de riesgo asociados al suicidio, como ya se ha señalado con anterioridad, y de esta manera, reducir su incidencia. Estas acciones responden a actuaciones de prevención (a nivel universal, y específicos), intervención

⁹⁰ Simon Robert, I. “Ley y psiquiatría. Suicidio Previsible” en HALES, H., YUDODSKY, C. y TALBOTT J. *Tratado de Psiquiatría*. Masson, Barcelona, 2000, pág. 1497.

⁹¹ Simón Robert, I. “Ley y psiquiatría. Suicidio Previsible...” óp. cit., pág. 1497.

⁹² Departamento de Salud Gobierno Vasco. Factores de riesgo de la conducta suicida. Tabla 1. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2019. pág.13.

(detección de casos y tratamiento) y seguimiento (a supervinientes y allegados). Estos mecanismos se suelen plasmar en planes o estrategias de prevención del suicidio⁹³.

La Oficina Regional de la OMS para Europa recomendó el desarrollo de planes para lograr la reducción de las tasas de suicidio y en España está prevista una propuesta, contemplada en la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, que a fecha de hoy (enero de 2020) está en fase de debate. Algunas Comunidades Autónomas como Cataluña, Galicia, Valencia, Madrid, Navarra y País Vasco ya han elaborado, y comenzado a implementar, sus propios planes. En concreto la del País Vasco, la última estrategia presentada, contempla 8 áreas de actuación: coordinación de la estrategia, vigilancia epidemiológica, información y concienciación, limitación de acceso a medios letales y actuación en los servicios de emergencias, en educación, en los servicios sociales, en el ámbito laboral y familiar y en el sector sanitario (con medidas generales, en la atención primaria, en la salud mental y los hospitales y en farmacias). No olvida las acciones de postvención y la atención a los colectivos en situación de vulnerabilidad. Describe así un total de más de 57 acciones, que han de ser desarrolladas por la Administración en sus diferentes áreas implicadas⁹⁴.

Resulta de interés añadir aquellas medidas de seguridad que resulta preciso adoptar en aquellos centros sanitarios donde estén internados aquellos enfermos con riesgo de suicidio para que no tengan facilidades para intentar su autolisis. Habrán de protegerse por tanto los huecos de las escaleras con redes, así como evitar los salientes que puedan servir para suspenderse o elementos como perchas o lámparas adheridas al techo. Resulta bastante común en estos casos que los enfermos guarden su dosis de medicación diaria para posteriormente ingerirla y llevar a cabo un suicidio por intoxicación. Así como realizar intentos suicidas con cordones, tijeras u otros objetos que resulta preciso evitar que lleven

⁹³ Departamento de Salud Gobierno Vasco. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Tabla 3. Medias para la prevención, intervención y seguimiento de la conducta suicida. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2019. pág.18.

⁹⁴ Departamento de Salud Gobierno Vasco. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, 2019, págs. 49-63.

consigo. Todos estos protocolos de seguridad y su adecuada implantación resultarán decisivos a la hora de estudiar una posible responsabilidad⁹⁵.

3. La responsabilidad de los profesionales.

Mayoritariamente cuando los pacientes cometen actos suicidas dichos pacientes cuentan con algún tipo de trastorno mental, esta situación “ genera un alto impacto en el profesional de la salud que tiene bajo su cuidado al paciente, esto no es sólo por las repercusiones que a nivel emocional puede representar para el médico, sino también por las consecuencias legales que podría tener el suicidio del paciente en caso de haber existido una infracción en el deber de cuidado durante el proceso del tratamiento ”⁹⁶. Como señala CEVERINO⁹⁷, el comportamiento suicida en los pacientes esquizofrénicos, es la causa más frecuente de demandas judiciales por mala práctica y de los mayores porcentajes de acuerdos y veredictos abonados por las aseguradoras de responsabilidad profesional. Según este autor en la mayoría de los casos se aplica la figura de “imprudencia temeraria” por falta de previsión del comportamiento suicida. Un profesional sanitario puede incurrir en imprudencia (reglada como delito en el Código Penal artículo 142 y como falta en el artículo 621) en distintas circunstancias. Uno de los motivos más comunes es la prescripción de fármacos que pueden ser utilizados por el paciente y la alegación por parte de sus allegados de no haber sido informados, de no haber sido advertidos, de la necesidad de supervisión vigilada, de no haber calibrado adecuadamente el riesgo de suicidio, o no haber adoptado medidas para evitarlo.

La práctica clínica psiquiátrica muestra situaciones que pueden generar malos resultados. La negligencia se sistematiza en función de los distintos procesos de la actividad clínica (diagnostico, pronóstico, tratamiento, prescripción de cuidados, etc.). Para OTERO

⁹⁵ GÓMEZ LARA, M. *La responsabilidad profesional del psiquiatra. Derecho Sanitario*. Atelier, Barcelona, 2009, pág. 92.

⁹⁶ VALLEJO JIMENEZ, G. “La responsabilidad por imprudencia del médico psiquiatra ante el suicidio del paciente con trastorno mental” en *Revista Nuevo Penal* núm. 79, 2012, pág. 58.

⁹⁷ Ceverino Domínguez, A. “Una litigación por imprudencia o negligencia en un caso de suicidio de un paciente esquizofrénico”, en OTERO PÉREZ, F.J MEDRANO, J. y CALCEDO, A. (Dir.) *Aspectos Legales en Psiquiatría*. Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Madrid, 2007, págs. 293-297.

PÉREZ⁹⁸ entre los principales asuntos que constituyen causa de presentación de demandas, en el caso concreto del suicidio durante los ingresos en Unidades de Psiquiatría, en los que se encuentra la responsabilidad institucional por fallos en la vigilancia y el control del paciente. La imputación de responsabilidad a la Administración puede verse fundamentada en la falta de mecanismos de vigilancia y custodia suficientes, la falta de estas medidas puede “justificar la responsabilidad de la Administración por este fallo en la organización de los servicios y en la individualización de la adopción de las medidas o medios materiales y personales”⁹⁹.

La negligencia en la práctica psiquiátrica es difícil de calibrar dado el grado de subjetividad de los cuadros clínicos, de los síntomas y de la propia relación terapéutica esto dificulta la prevención del suicidio en el caso que nos ocupa o de las posibles reclamaciones.

Las categorías denunciadas con más frecuencia referidas a aspectos médico-legales que recoge CEVERINO¹⁰⁰, son no haber proporcionado evaluación y tratamiento, carencia de plan de tratamiento global, no haber realizado valoración completa del riesgo, no haber hospitalizado al paciente, diagnósticos incorrectos, no haber registrado valoraciones de riesgo, etc. Una denuncia de negligencia puede prosperar cuando contiene elementos como la existencia de un deber de atención del psiquiatra hacia el paciente y el daño sufrido por el paciente derivado de la desviación de los criterios habituales de atención. La previsibilidad como término legal más científico hace referencia a una previsión razonable de que, probablemente, se producirá daño o lesión a partir de ciertos actos u omisiones¹⁰¹, esta imprevisibilidad del comportamiento suicida es muy habitual en los pacientes esquizofrénicos.

OTERO PÉREZ¹⁰² señala que, con frecuencia, detrás de la reclamación se puede detectar una correlación negativa entre los sentimientos del paciente los familiares o ambos

⁹⁸ Otero Pérez, J. “Responsabilidad profesional” en OTERO PÉREZ, F.J., MEDRANO, J. y CALCEDO, A. (Dir.) *Aspectos Legales en Psiquiatría*. Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Madrid, 2007, págs. 127-135.

⁹⁹ LLOVERAS I FERRER, MARC-R. “Suicidio y derecho de daños. ¿Responsabilidad de la administración a partir del segundo intento?” Disponible en internet: http://www.indret.com/pdf/009_es.pdf Consultado el 28 de diciembre de 2019.

¹⁰⁰ Ceverino Domínguez, A. “Una litigación...” óp. cit. 293-297.

¹⁰¹ CABRERA FORNEIRO J. y FUERTES ROCAÑIN, J.C. *La enfermedad...* óp. cit., pág. 352.

¹⁰² Otero Pérez, J. *Responsabilidad...* óp. cit. págs. 127-135.

y un desenlace fatal que alienta la necesidad de reparación y responsabilidades del supuesto culpable. La psiquiatría es compleja y la percepción de riesgo de pacientes y clínicos complica la valoración de situaciones comprometidas o negligentes.

En el medio español, la jurisprudencia del Tribunal Supremo establece que la obligación de los médicos no es de resultados, sino de medios, los cuales se deben ajustar a las normas *lex artis*¹⁰³. Las demandas pueden ser desestimadas si como se ha dicho ha habido advertencia de riesgo, vigilancia y cumplimiento de tratamiento, entendiendo además que el comportamiento autolítico del paciente es imprevisible. Obviamente además de lo descrito la corresponsabilidad de familiar, la atención en unidades especializadas y el tratamiento adecuado pueden prevenir la conducta suicida y en el caso que nos ocupa el riesgo de demanda.

4. Responsabilidad de la administración pública en el ámbito sanitario.

La responsabilidad patrimonial de la Administración cada vez resulta de mayor importancia siendo llamativamente creciente en los últimos, años quizás debido a una *“mayor conciencia ciudadana de sus derechos (...), lo cual ha llevado a un incremento del número de reclamaciones, dicho incremento se aprecia no solo en el aumento de las mismas sino también en el incremento de las cantidades que se solicitan en concepto de indemnización”*¹⁰⁴. La posible demanda por suicidio es una de los principales motivos de preocupación de los médicos especialistas en Psiquiatría, ya que constituyen la principal causa por la que son demandados judicialmente. Así queda reflejado en el inicio del capítulo dedicado al suicidio de unos de los tratados de psiquiatría más utilizados en nuestro sistema sanitario: *“Existen dos clases de psiquiatras clínicos: los que han tenido a pacientes suicidas y aquellos que los tendrán. Todo suicida supone una tragedia, tanto para el clínico como para los que sobreviven la tentativa. El suicidio supone un riesgo laboral de la práctica*

¹⁰³ Hinojal, R., López García, B. Y Díaz Suarez, J. “Aspectos médico-legales del suicidio”, en BOBES, J., GARCIA-PORTILLA, M.P., BASCARÁN, M.T. y BOUSOÑO, M. (Dir.), *Comportamientos suicidas prevención y tratamiento*. Ars Médica, 2004.

¹⁰⁴ GUERRERO ZAPLANA, J. “La responsabilidad patrimonial...” óp. cit., pág. 57.

psiquiátrica que va acompañado de una exposición creciente de demandas por negligencia”¹⁰⁵.

Llegados a este punto y para darle un enfoque práctico al ámbito de la posible responsabilidad por parte de la Administración Pública en caso de que el suicidio se cometa en un centro sanitario, se analiza parte de la jurisprudencia para entender las diversas consideraciones adoptadas por los tribunales, así se estudian aquellos casos en los que se estima o no la pretensión indemnizatoria en virtud de que se hayan cumplido los necesarios requisitos para la obligación de reparar el daño. La trascendencia jurídica que genera la jurisprudencia en este caso del Tribunal Supremo es muy amplia y veremos en este apartado ejemplos de la que se ha ido generando a lo largo de las últimas décadas. Se realiza una clasificación de las diversas sentencias a analizar en función del fallo estimatorio o desestimatorio.

En primer lugar, se presta especial atención a aquellas sentencias que hayan determinado la existencia de obligación de indemnizar por parte de la Administración Pública y las causas que han motivado esta resolución. A este aspecto, por ejemplo, se hace mención a la STS 1655/2007 de 21 de junio de 2007, en esta ocasión el hijo de la recurrente fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital de Santa María del Rosell de Cartagena debido a unos cortes que se había realizado en las muñecas, el médico una vez revisadas las heridas, aconsejó a los padres del fallecido que únicamente llevaran a su hijo a una revisión psiquiátrica, a la salida del hospital y aprovechando un descuido de los padres se colocó en la vía del tren al pasó de un convoy y murió en el acto. La sala apreció el deber de indemnización por parte de la Administración sanitaria ante dicho suicidio, apreciando que se cumplían los requisitos necesarios para la existencia de dicho deber administrativo. Nuevamente se detallan los requisitos a los que se hace referencia, siendo estos por un lado un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona, y que dicha persona no tenga el deber jurídico de soportarlo. En segundo lugar, que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos (sin que tengan cabida los casos de fuerza mayor). Finalmente, la existencia de relación de causalidad

¹⁰⁵ Simón, R. “Suicidio” en HALES, R., YUDODFSKY, S. y TALBOTT, J. (Dir.) *Tratado de psiquiatría clínica*. Elsevier Masson, Barcelona, 2009, pág.1527.

entre el funcionamiento del servicio público y el daño o lesión. Resulta evidente en este sentido y debido al fallecimiento en el acto la existencia de un daño efectivo, y respecto de la consideración de normal o anormal de la actuación de los servicios públicos y de la existencia de causalidad entre esta actuación y la lesión se citan las consideraciones aportadas por la Sala *“para determinar si procede apreciar tal responsabilidad patrimonial, es necesario en primer lugar analizar si el suicidio resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes del paciente, por cuanto si atendidos estos podía resultar previsible lo ocurrido, hubiera devenido necesario adoptar las necesarias medidas de atención y cuidado, precisándose igualmente que a efectos de poder apreciarse si ha habido o no una ruptura del nexo causal, ha de determinarse si debido a la alteración mental era previsible que el paciente se comportase creando riesgos, que en condiciones de normalidad cualquier persona eludiría, pues si esa persona no se encuentra en tales condiciones de normalidad y ello es conocido por el servicio sanitario, este tiene el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento, y ello sin perjuicio de que la actuación de este último deba ser tenida en cuenta para atemperar la indemnización procedente.”*

Ante estos hechos planteados, la Sala entendió que los facultativos que atendieron al fallecido no facilitaron una respuesta adecuada respecto a alguien que había acudido al centro precisamente por un intento de suicidio. No habiéndose recetado ninguna medicación ni habiéndole derivado a una unidad específica debido a su delicada situación. De esa actuación, por tanto, se deriva una relación de causalidad directa a la que se hace mención la Sala a continuación *“resulta evidente que por los servicios médicos de urgencia, que se limitaron a curar las heridas de la muñeca, se omitió el deber de dar una determinada respuesta médica a quien se encontraba privado de capacidad normal de discernimiento, circunscribiéndose a dar unos consejos a sus padres, lo que sin ninguna duda pone de relieve la omisión por parte de aquellos servicios, de los medios adecuados para seguir o controlar la alteración mental del paciente y de esa omisión se derivó en una relación de causalidad directa y eficaz que el Sr. Pedro Antonio , que persistía condicionado por la alteración mental que padecía y sobre la que los médicos no pautaron medida de control alguno, se arrojase unas pocas horas más tarde a la vía del tren con ánimo de quitarse la vida, lo que efectivamente sucedió al ser atropellado por un convoy.”*

Nuevamente se aprecia el ya detallado elemento de la conducta de la víctima, consideración que resulta clave para una posible disminución en la cuantía indemnizatoria *“De lo hasta aquí expuesto debe concluirse que concurren los requisitos definidores de la responsabilidad patrimonial de la Administración y por tanto ha de apreciarse la vulneración por la sentencia de instancia de la jurisprudencia de esta Sala que la actora cita, en relación a la concurrencia de los requisitos definidores de la responsabilidad patrimonial, y por tanto surge para aquella la obligación de indemnizar, ello sin perjuicio de que como hemos dicho, entre otras en las sentencias de esta Sala que antes hemos citado, la conducta del fallecido haya de ser tenida en cuenta para atemperar la indemnización procedente.”*

El fallo establece la existencia de responsabilidad patrimonial y el derecho de la madre del fallecido a ser indemnizada por parte de la Administración entendiéndose existían las circunstancias pertinentes y los correspondientes requisitos para el nacimiento del deber indemnizatorio.

Se expone a continuación la estimatoria STS 6120/2003 de 7 de octubre de 2003 relativa a una paciente que se arroja desde una ventana de la unidad de psiquiatría del Hospital Vázquez de Bernabéu de Valencia, analizando del mismo modo que en la sentencia anterior la apreciación realizada por la Sala respecto de los requisitos que determinan la existencia de responsabilidad y citando los apartados más explicativos para una mejor comprensión de estos elementos. En primer lugar, se lleva a cabo una exposición de los hechos, la cual esclarece que nuevamente la paciente *“ ingresó en el servicio de urgencias del Hospital Militar Vázquez Bernabeu de Valencia, presentando un cuadro clínico cuyo diagnóstico fue el siguiente: «sobredosis de Midazolam (aproximada de unos 60 mg.), ingesta realizada a las 17 horas aproximadamente del día anterior; sobre las 5,00 horas del día 4 la paciente, que se mostraba reticente a permanecer en el servicio, desobedeciendo las indicaciones de reposo prescritas, quitándose los electrodos de monitorización levantándose de la cama y deambulando por la unidad, fue dada de alta y remitida al servicio de psiquiatría del mismo hospital; sobre las 13.00 de ese día, encontrándose la paciente en compañía de su padre y de otro enfermo en la habitación que le había sido asignada, salió de ésta inesperadamente, arrojándose al exterior desde una ventana que se encontraba en el pasillo de acceso a las diversas habitaciones de la planta”*. Una vez planteados los hechos es fundamental atender

a la relación de causalidad *“resulta preciso determinar si ha existido algún elemento de anormalidad en el servicio sanitario de entidad suficiente para establecer un nexo de causalidad entre la omisión administrativa y la lesión, y establecer en tal caso el carácter antijurídico de aquél”*. Atendiendo a lo acontecido, la Sala aprecia un anormal funcionamiento de los servicios públicos y entiende el daño como una consecuencia del mismo *“El servicio hospitalario funcionó de modo indebido porque ni puso los medios necesarios para la correcta atención de la atendidas las circunstancias que concurrían en ella, y que conocía el personal sanitario responsable de la asistencia, y porque el servicio en el que finalmente ingresó la recurrente como consecuencia de su padecimiento, no contaba con las medidas de seguridad precisas para garantizar que un hecho como el que ocurrió, y que es probable que suceda en pacientes que se hospitalizan en ese servicio, no pudiera ejecutarse del modo en que lo llevó a cabo la recurrente. Queda fuera de toda discusión que la recurrente ingresó de urgencia en el hospital al haber ingerido voluntariamente y con ánimo de quitarse la vida sustancias capaces de producir ese efecto. Ese hecho determinó la intervención de los facultativos que mediante las operaciones precisas para ello salvaron su vida. Queda también acreditado que el personal que la atendió conocía suficientemente los antecedentes de la demandante por la información que facilitaron sus familiares y de la que dedujeron sin género de duda que se trataba de una enferma con antecedentes de adición a distintas sustancias”*, continua la Sala estableciendo *“en esas circunstancias no es comprensible que la asistencia médica prestada a la enferma fuera, una vez que se practicaron las maniobras precisas para salvar su vida, absolutamente nula.”* Respecto de la relación de causalidad el criterio del Tribunal Supremo indica que *“No rompe la relación de causalidad, y de ahí que no exista concurrencia de culpas, la conducta de la víctima en este caso, porque su enfermedad le privaba de la conciencia necesaria para superar el impulso suicida que le embargaba, y que era fruto de sus deseos de huir de una realidad que se le aparecía como hostil para ella”*. Nuevamente, por tanto, se aprecia un deficitario funcionamiento de los servicios sanitarios dando lugar a la correspondiente indemnización.

Finalmente se analiza la STS 1656/2007 de 21 marzo de 2007 relativa a las lesiones generadas por un intento de suicidio de un paciente ingresado en el Hospital del

Valle del Nalón, Asturias. En esta ocasión el intento de suicidio no tuvo como desenlace el fallecimiento, pero sí numerosos daños por lo que resulta interesante realizar una aproximación a la misma. Los hechos se desarrollan de la siguiente manera, *“Juan Carlos, (...) ingresó en el Hospital "Valle del Nalón". El paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide, había tenido ingresos previos en dicho hospital por trastorno esquizofrénico, estando en tratamiento con psiquiatra privado. El ingreso estaba motivado por reagudización del cuadro psicótico con alucinaciones auditivas e ideas delirantes (...) A la Unidad de Psiquiatría del hospital, llega dando la impresión de estar fuertemente bloqueado, posteriormente parece orientarse y se acuerda de la Unidad. No se opone a su ingreso, permaneciendo casi siempre mutista. Al administrarle la medicación muestra notable rechazo y agitación y signos de agresividad, una vez inyectado vuelve a su actitud anterior y luego se duerme (...) Desde primera hora de la tarde permaneció acompañado por sus padres y posteriormente también de unos tíos. En apariencia tranquilo y colaborador, en la merienda dice que prefiere permanecer en su habitación y a la hora de tomar las constantes no pone ninguna objeción. Sobre las 18,45 horas pasea con su familia por el pasillo con normalidad y cuando éstos le dicen que se marchan, el paciente que se había descompensado contesta que se va con ellos y sin entrar en discusión ni hacer más comentarios, coge carrera y se tira, rompiendo el cristal, por la ventana de una habitación contigua a la suya, que se hallaba cerrada”*. Como consecuencia de dicha caída el paciente sufre de numerosas lesiones, entre ellas múltiples fracturas. En relación a los elementos definidores de la responsabilidad patrimonial, *“es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido”*, en este punto continua la Sala estableciendo que *“resulta necesario analizar si el intento de autolisis era o no previsible a la vista de los antecedentes del paciente, pues si lo era es evidente que la Administración sanitaria y mucho más cuando se está ingresado en una planta psiquiátrica, tiene el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento de quien encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento. La Sala de instancia tiene por probado que el actor con antecedentes psiquiátricos e ingresos previos en el mismo hospital por trastorno esquizofrénico, es ingresado por reagudización del cuadro psicótico con alucinaciones auditivas e ideas delirantes, quedando precisamente internado en la unidad de psiquiatría donde al menos en dos ocasiones tal y como reconoce el propio*

tribunal "a quo", tiene dos episodios de agitación que le llevan a rechazar la medicación, lo que exige que se le haya de sujetar para poder proporcionársela. También reconoce el tribunal "a quo" que en la sección de psiquiatría no había medidas de protección especial que evitase que los pacientes se arrojasen por las ventanas salvo unos topes para dificultar su apertura, lo que acepta la propia Inspección Médica que reconoce por ello la responsabilidad patrimonial de la Administración.” La Sala concluye por tanto “Así las cosas debe concluirse que no se tomaron por el Centro hospitalario, que carecía de medidas de especial protección en las ventanas, aquellas otras medidas de previsión y cuidado necesarios para prevenir el intento de suicidio que finalmente tuvo lugar, sin que pueda considerarse que la conducta del actor constituyera una ruptura del nexo causal, porque sin perjuicio de tener en cuenta esa conducta a la hora de moderar la indemnización procedente, lo cierto es que debido a su alteración mental, que era precisamente la causa de su hospitalización, era previsible que se comportase creando riesgo que cualquier persona en situación de normalidad eludiría, mientras que el conocimiento de todas esas circunstancias imponía a la Administración sanitaria el deber de vigilar cuidadosamente su comportamiento, lo que no ocurrió”.

Por otro lado, se atiende a continuación a aquellas sentencias desestimatorias en las cuales los tribunales han entendido que no cabía responsabilidad administrativa analizando nuevamente los factores que fundamentan esta determinación. La STS 8139/2005 de 21 de diciembre de 2005 resulta favorable a la Administración Pública, a tenor de las siguientes consideraciones. El transcurso de los hechos se relata de la siguiente manera *“Erica, fue ingresada el día 31 de octubre de 1998 en el Hospital General Virgen de la Luz de Cuenca a través del Servicio de Urgencias. La paciente venía diagnosticada de trastorno esquizofrénico y había sido tratada con anterioridad en dicha unidad. Fue ingresada en la Unidad de Salud mental con un diagnóstico de trastornos del sueño, hostilidad, agresividad con probable ánimo hipertímico y con ideación delirante de grandiosidad. Durante la tarde estuvo tranquila en su habitación y alrededor de las nueve de la noche llora en su habitación por lo que solicita medicación para dormir, se le adelantó la medicación y se habló con ella mientras fuma un cigarrillo hasta que se tranquiliza. Pocos minutos después de las 21 horas, la paciente se arrojó al vacío por la ventana de su habitación debiendo para ello forzar la*

ventana y romper las medidas de seguridad con las que contaba la habitación". Para comprobar la existencia de un vínculo entre el actuar administrativo y el desenlace final la Sala establece, "por parte de la Administración se tomaron determinadas medidas de seguridad que, sin duda, podrían haberse aumentado (mediante la sujeción mecánica de la paciente a la cama) pero que no se consideraron adecuadas ni oportunas en relación a la patología de la paciente que no estaba diagnosticada de peligro de autolisis. Hay que tomar en consideración que en el expediente administrativo aparecen las Normas de Actuación de la Unidad de Salud Mental del Centro en el que se produjo el suicidio de la hija y madre de los recurrentes y no consta que hubiera obligación de tomar otras medidas pues estas solo eran adecuadas en casos de pacientes con riesgo de suicidio o en pacientes con riesgo de heteroagresividad, sin que en el caso presente concurrieran ninguna de dichas circunstancias". Es por esto que no existe un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios que haya acarreado como consecuencia la muerte. Concluye la Sala desestimando la pretensión y alegando como motivo de exoneración de la responsabilidad administrativa la culpa exclusiva de la víctima "es un hecho incontestable en litis que en la producción del letal evento dañoso intervino exclusivamente la voluntad suicida de la enferma".

Para concluir se hace alusión a dos sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Navarra y de Asturias, ambas fallaron a favor de la demandada y se detallan los elementos que se analizaron para adoptar dicha desestimación. En primer lugar, en la STSJ de Navarra 672/1997 de 3 de octubre de 1997 y respecto de los hechos se relata cómo el fallecido en numerosas ocasiones previas a la comisión del suicidio había sido atendido en diversos centros sanitarios entre otras lesiones por las presentadas como "*sendos cortes en muñecas antebrazos y brazos, y tras ingerir dos hipnóticos*". Días más tarde "*es tratado de diversos cortes en la zona mencionada, producidas por cuchilla de afeitado, significándose en el parte que "reconociendo él mismo que había sido un intento de suicidio"*". Se reseña que "*el paciente se encontraba consciente, orientado, y que no presentaba alteraciones del lenguaje ni del pensamiento, sin apreciarse síndromes afectivos de angustia ni ánimo depresivo grave*". Finalmente en una última consulta sanitaria el día antes de su fallecimiento se estima por parte del personal médico "*lo adecuado sería un plan de desintoxicación de heroína en régimen ambulatorio para recuperar el equilibrio psíquico y*

en su caso, de existir depresión subyacente, una vez superada la desintoxicación, se pudiera iniciar tratamiento antidepressivo posterior, y no apreciándose ni sintomatología depresiva ni verbalización de ideas de suicidio, sino cierto insomnio y nerviosismo, se le prescriben ansiolíticos, y abandona el centro”. Tal y como relata la sentencia al día siguiente “solicita una escopeta a su padre y posteriormente, hacia las 3,00 horas de la madrugada, se dispara un tiro, muriendo”. Se inició un procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública al entenderse había existido un defectuoso tratamiento por parte de los servicios sanitarios. Dicha pretensión no prosperó por el criterio de la Sala que se expone a continuación, “La decisión médica a adoptar ante un intento de suicidio de quien ni ha sido internado previamente, ni parece presentar una grave deficiencia psicológica, debe estar necesariamente basada en la prudencia médica, y ha de contrapesar el riesgo efectivo que existe para la vida del paciente, con el escándalo y grave daño al nombre, la estima y la fama que el estigma de su conducta pudiese producir. La publicidad del Intento de Suicidio -ha de observarse- no sólo puede acentuar las dificultades de integración familiar y social del joven, sino que también pueden acentuar su aislamiento y desconfianza ante los facultativos que le tratan, dificultando gravemente su tratamiento y curación. En el caso presente ante un alegado intento de suicidio, en el que las lesiones no parecían configurar un cuadro de intento serio, y en el que el estado psicológico del joven parecía estable, el comportamiento de los facultativos que le trataron parece haber sido extremadamente correcto y profesional” y es por esto que “no se detecta imprudencia alguna, ni infracción de normas reglamentarias, en virtud de la doctrina sentada”.

Finalmente, la STSJ de Asturias 3228/1998 de 18 de diciembre de 1998 relata nuevamente una reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial que resulta desestimada como se apreciará de los fragmentos que se exponen a continuación, el fallecido “ingresó a través del Servicio de Urgencias en el Hospital de San Agustín de Avilés, derivado del Hospital de Sarrio, adonde había sido llevado por efectivos de la Guardia Civil que lo habían encontrado pan la calle desnudo y con gran agitación psicomotriz. Permaneciendo ingresado en el Servicio de Salud mental de dicho Hospital hasta que fue dado de alta tras un permiso de cinco días que pasó en compañía de su familia. El diagnóstico fue de esquizofrenia paranoide, descompensación aguda”, una vez el paciente fue dado de alta

cometió el acto suicida. La Sala no encuentra en esta ocasión una vinculación causal entre la actuación administrativa y el daño generado, siendo así establece que, *“la historia clínica confirma plenamente la convicción de la Magistrada de Instancia acerca de la favorable evolución del paciente, con sucesivas salidas para pasear y estancia en su domicilio durante cinco días sin incidencia alguna, y de la ausencia de relación causal entre el alta hospitalaria o la medicación prescrita y el suicidio.”*

A la vista de la línea jurisprudencial adoptada por los tribunales queda patente que mientras el acto suicida se cometa por un paciente ingresado en un hospital los tribunales tienen tendencia a fallar a favor de quien reclame la indemnización, máxime cuando exista constancia de antecedentes suicidas.

VI. ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA

El presente trabajo realiza en este punto un estudio del sistema penitenciario, sistema que resulta de sumo interés en cuanto a la responsabilidad de la Administración Pública por suicidio puesto que dentro de dicho sistema existe una elevada tasa de fallecimiento por este motivo y, la responsabilidad del mismo, puede recaer sobre las Instituciones Penitenciarias encargadas de tutelar y proteger la vida de aquellos que se encuentren internos en sus centros. El riesgo de suicidio en centros penitenciarios supone uno de los primordiales elementos a tener en cuenta en el diseño de políticas penitenciarias, esto es debido a que las tasas de suicidios suelen ser superiores a las que se dan entre la población general.

Resulta un tanto evidente la consideración de que las conductas suicidas sean patrones comunes dentro de estos centros, las circunstancias que se viven en los mismos presentan dificultades además de un intenso padecimiento que, en ocasiones, los presos no están capacitados para resistir. Algunos de los factores que se aprecian con mayor reiteración

responden a la propia privación de libertad, así como a las duras condiciones de la vida en prisión o al evidente aislamiento al que se ven sometidos los internos, lo que les conduce en numerosas ocasiones a graves situaciones de desesperanza. Atendiendo a la lectura de ALMENTA HERNÁNDEZ “*En general, las prisiones son depositarias de grupos tradicionalmente considerados vulnerables en lo que se refiere a las elevadas tasas de suicidio: jóvenes, personas con enfermedad mental, marginados sociales y consumo de tóxicos*”¹⁰⁶ esto responde a que la vida en prisión supone vivir en un entorno deshumanizado que “*puede exceder la capacidad de afrontamiento de individuos con mayor vulnerabilidad*”¹⁰⁷.

Atendiendo a un informe llevado a cabo por la OMS “*El suicidio es con frecuencia la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios. Las cárceles, prisiones y penitenciarías son responsables por la protección de la salud y seguridad de sus poblaciones de reclusos, y el no hacerlo, puede ser objeto de impugnación legal*”¹⁰⁸. Así mismo, existen otros factores que también resultan claves para que se dé el desencadenante del suicidio, como puede ser el impacto que supone para el sujeto el hecho de su detención y su posterior encarcelamiento o, para supuestos más mediáticos, la angustia que supone para él mismo ver publicada en los medios de comunicación, para conocimiento de toda la sociedad de su actividad delictiva y por tanto el daño a su imagen pública. La separación de sus familiares, el hecho de padecer una enfermedad mental, el abuso de sustancias estupefacientes (a las que con facilidad tienen acceso dentro de los centros penitenciarios), el arrepentimiento o un previo historial familiar de conductas suicidas, son también algunos de los elementos decisivos que entran en juego para tomar la decisión de quitarse la vida.

Los suicidios llevados a cabo dentro de los centros penitenciarios, resultan en la mayoría de los casos, silenciados, sin que salgan a la luz las graves cifras que abordan este hecho. Existe, por tanto, poca información al respecto, “*sólo en las últimas décadas, y liderados por los países anglosajones, han ido proliferando este tipo de estudios, en parte*

¹⁰⁶ Almenta Hernández, E. “Prevención e intervención en la conducta suicida en población penitenciaria” en ANSEÁN, A (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid 2015. pág. 677.

¹⁰⁷ Almenta Hernández, E. “Prevención e intervención en...” óp. cit., pág. 678.

¹⁰⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*, Ginebra, 2007, pág. 6.

incrementados por el incremento de las demandas judiciales contra los sistemas penitenciarios”¹⁰⁹.

Aquellos detenidos que se encuentran a espera de juicio, así como los presos ya sentenciados cuentan con una tasa de intentos suicidas de, aproximadamente, seis veces más alta que aquellos ciudadanos que se encuentran fuera de prisión¹¹⁰. De aquí la importancia que reviste en los escenarios penitenciaros, un óptimo funcionamiento de los protocolos y sistemas preventivos, que se detallan con más precisión en el próximo apartado, resulta necesario, por tanto, un compromiso por parte de los gobiernos, así como planes coordinados de actuación. En definitiva, la elevada tasa de suicidios dentro de los escenarios penitenciaros responde a una interacción en la vulnerabilidad del perfil que frecuentemente ingresa en prisión y su interacción con el medio penitenciario.

1. Deber de protección de la vida por la Administración Penitenciaria.

Cuando un individuo ingresa en prisión es responsabilidad directa de la Administración proteger la vida y salud de dicha persona. En caso de que se lleve a cabo un suicidio cabe analizar y atender, en términos de responsabilidad, si se han llevado a cabo o no, por parte de ésta, todos los medios posibles para evitar dicha acción. *“Para que exista responsabilidad administrativa ha de intervenir una Administración Pública. Y llama la atención al respecto la relevancia que dentro de los factores explicativos de la alta tasa de suicidios en prisión en todo el mundo tiene la intervención administrativa, las carencias administrativas*”¹¹¹. Atendiendo tanto al artículo 4.2 del Reglamento Penitenciario como al artículo 3.4 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria corresponde a ésta *“velar por la vida, la integridad y la salud de los internos”*.

Es por esto que desde hace años se vienen desarrollando programas individualizados para la detección de conductas suicidas dentro de los establecimientos penitenciaros. Por lo tanto, son ambos textos legislativos los encargados de establecer como responsabilidad del sistema penitenciario, el cuidado de la salud e integridad física de las personas que se

¹⁰⁹ Almenta Hernández, E. “Prevención e intervención en...” óp. cit., pág. 679.

¹¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*, Ginebra, 2007, pág. 8.

¹¹¹ BARRIOS FLORES, L. “La responsabilidad administrativa...” óp. cit., págs. 89 y ss.

encuentran reclusas en los centros del Estado. Atendiendo a dicha normativa, los centros penitenciarios están obligados a llevar a cabo unas medidas de seguridad y prevención específicas para dichas instituciones. Los internos suponen un grupo de alto riesgo y el cuidado y garantía de su vida en el transcurso de su estancia en prisión corre a cargo de las Instituciones Penitenciarias.

2. Sistema preventivo.

*“El desafío para la prevención del suicidio es identificar a las personas que son más vulnerables, en qué circunstancias, y luego intervenir en forma efectiva. Con esta finalidad, los investigadores han identificado una serie de amplios factores que interactúan para colocar a un individuo en mayor riesgo de suicidio, incluyendo factores socioculturales, condiciones psiquiátricas, biología, genética y estrés social”¹¹². A pesar de la existencia de variables en función del territorio (del mismo modo que ocurre con los suicidios fuera de prisión) los reclusos comparten una serie de características comunes con independencia de su nacionalidad o de la localización de la prisión que se pueden usar para ayudar en los programas de prevención del suicidio. Estos mecanismos se encuentran recogidos en el Programa Marco de Prevención de Suicidios, de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del año 2014¹¹³, con un área de aplicación relativo a la sanidad, el tratamiento y a la vigilancia. Dicho programa se establece con la finalidad de poder ayudar en la detección de conductas suicidas entre los internos y del mismo modo adoptar las medidas pertinentes ante una situación de elevado riesgo para los internos. La mencionada Instrucción 5/2014 que deroga la precedente *“profundiza más de lo que lo hacía la anterior, en establecer principios básicos de organización de los centros penitenciarios, de los que se deberá dar máxima difusión a todo su personal para conseguir los objetivos perseguidos”¹¹⁴.**

¹¹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*, Ginebra, 2007, pág. 7.

¹¹³ Programa marco de prevención de suicidios 1-5/2014. Ministerio de Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria. Disponible en Internet: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/Instruccixn_I-5-2014.pdf. Consultado el: 16 de diciembre de 2019.

¹¹⁴ GUTIERREZ GALLARDO, ROCIO. “Tratamiento Penitenciario del Programa Marco de Prevención de Suicidios”. pág. 3. Disponible en Internet: <https://www.ficp.es/wp-content/uploads/2016/05/Guti%C3%A9rez-Gallardo.pdf> Consultado el: 16 de diciembre de 2019.

De un modo más concreto el objetivo de dicho programa se fundamenta en; aplicar de forma sistemática herramientas de prevención destinadas a los denominados grupos de riesgo, detectar aquellos internos que puedan encontrarse en una situación de vulnerabilidad que pueda derivar en conductas autolíticas, evitar un desenlace negativo en los miembros incluidos en los protocolos de intervención y determinar respecto de los distintos profesionales que forman parte de los ámbitos de vigilancia, tratamiento y sanidad los procesos y pautas de intervención a llevar a cabo, fomentando del mismo modo la formación del personal de los centros penitenciarios.

Para que exista un sistema óptimo de prevención, que alcance con éxito la finalidad del mismo y, por tanto, evite las conductas suicidas, este sistema preventivo habrá de realizarse por la totalidad de los profesionales de los centros penitenciarios, habrán de trabajar en sintonía para alcanzar los objetivos de los programas y habrán de atender, como conocedores de primera mano de las conductas de los presos, a cualquier cambio visible en la alteración de los mismos. No se podrá pasar por alto ningún signo que suponga una clara alteración de la conducta (extrema tristeza o búsqueda continua de soledad)¹¹⁵ que pueda suponer un pensamiento suicida.

Cabe mencionar de forma previa a realizar un análisis de los elementos principales de la prevención un factor de suma importancia como es la capacitación de los profesionales que trabajan en el medio penitenciario, así *“el componente esencial en cualquier programa de prevención del suicidio es contar con personal penitenciario bien capacitado ya que constituyen la columna vertebral de cualquier cárcel, prisión o centro de menores. El personal de salud mental, atención de la salud u otro personal profesional previenen en realidad muy pocos suicidios, ya que generalmente los intentos de suicidio ocurren en las unidades habitacionales de los reclusos y a menudo a últimas horas de la tarde o durante fines de semana cuando generalmente están fuera del alcance del personal del programa. Por lo tanto, el personal penitenciario que ha sido capacitado en la prevención del suicidio*

¹¹⁵ GUTIERREZ GALLARDO, ROCIO. “Tratamiento Penitenciario del Programa Marco de Prevención de Suicidios”. pág 6. Disponible en Internet: <https://www.ficp.es/wp-content/uploads/2016/05/Guti%C3%A9rez-Gallardo.pdf> Consultado el: 16 de diciembre de 2019.

y está más atento a los reclusos bajo su cuidado, debe impedir que ocurran estos incidentes”¹¹⁶.

La prevención se encuentra vinculada a tres elementos principales, una asistencia destinada a la orientación, rehabilitación y curación de los reclusos. En definitiva, a medidas que garanticen, en la medida de lo posible, el bienestar de los internos, así como su seguridad. A la hora de llevar a cabo el ingreso, los reclusos se ven sometidos a un examen médico, y a las pertinentes entrevistas que han de ser llevadas a cabo por profesionales, por equipos integrados por psicólogos, trabajadores sociales y educadores. Es en esta fase donde pudieran detectarse las primeras sintomatologías de ideas suicidas. Esa evaluación inicial reviste una especial atención debido a que *“los suicidios en las cárceles pueden ocurrir durante las primeras horas del arresto y detención, la evaluación para conocer el riesgo de suicidio debe tener lugar casi inmediatamente después que el ingreso a la institución sea efectivo. Para ser más efectivos, todos los nuevos reclusos deben ser evaluados al inicio y nuevamente si cambian las circunstancias o condiciones”*.¹¹⁷ De manera posterior a la admisión, se habrán de adoptar elementos de evaluación de manera frecuente, no resulta suficiente hacer una única previa evaluación al inicio del periodo en prisión, esta fase resulta complementaria a la ya mencionada asistencia destinada a la orientación de los internos. En este punto entra el juego el monitorio, un elemento que resulta fundamental para llevar un seguimiento efectivo de aquellos presos que se encuentren en una especial situación de riesgo. Así, *“el nivel de monitoreo debe concordar con el nivel de riesgo (...) Los reclusos que son considerados suicidas activos requieren supervisión constante. Los reclusos que han levantado sospechas de suicidio en el personal, pero que no admiten ser activamente suicidas, pueden no requerir supervisión constante, pero necesitan ser observados con más frecuencia. Sin embargo, teniendo en cuenta que un intento de suicidio por ahorcamiento puede tomar solo tres minutos para causar daño cerebral permanente y de 5 a 7 minutos*

¹¹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*, Ginebra, 2007, pág. 14.

¹¹⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*, Ginebra, 2007, pág. 14.

para ser letal, aun las rondas a intervalos de cada 10-15 minutos podrían no ser suficientes para un recluso agudamente suicida”¹¹⁸.

Todas las medidas señaladas se realizan de forma precisa cuando se trata de unidades médicas psiquiátricas dentro de los establecimientos penitenciarios. En el caso de que se dieran situaciones de crisis complejas y difíciles de solventar en dichas unidades, los reclusos habrán de ser trasladados a otros centros públicos donde reciban un tratamiento más exhaustivo.

En definitiva, resulta muy complejo predecir con exactitud cuando un interno llevará a cabo un acto suicida, pero tanto los funcionarios de prisión como el personal penitenciario, de atención médica y salud mental cuentan con grandes capacidades para tratar de identificar, evaluar y prevenir la conducta suicida. Si los programas integrales de prevención se implementan y se cumplen, se podría dar una sistemática reducción de este número de muertes.

3. Unidades penitenciarias específicas.

Dentro de los centros penitenciarios existen diversas unidades específicas encargadas de velar por una correcta aplicación de los sistemas preventivos, unidades que sirven como cauce para llevar seguimientos concretos con la finalidad de evitar o prevenir posibles situaciones de riesgo suicida. Entre ellos encontramos la Junta de Tratamiento, con los correspondientes equipos de técnicos. Es esta Junta de Tratamiento la que adopta las medidas necesarias para obtener la finalidad rehabilitadora que se pretende. Por lo tanto, entre sus funciones, atendiendo al artículo 273 del Reglamento Penitenciario, se encuentra la de *“establecer los programas de tratamiento o los modelos individualizados de ejecución penitenciarios para cada interno del Centro, definiendo las actividades a realizar en función de las peculiaridades de su personalidad y del tiempo aproximado de duración de su condena o condenas”*.

¹¹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*, Ginebra, 2007, pág. 19.

La Junta de Tratamiento, presidida por el director del centro penitenciario, contará con un subdirector de tratamiento y está formada tanto por profesionales médicos, como por técnicos de instituciones penitenciarias que hayan intervenido en las propuestas sobre las que delibere la junta, así como trabajadores sociales y educadores sociales. Se hace mención, en relación al equipo profesional que compone la Junta de Tratamiento que este ha de contar con el correspondiente personal sanitario puesto que este resultará fundamental a la hora de llevar a cabo el control médico pertinente, tal y como señala la STS 7056/1998 de 26 de noviembre de 1998, *"todos estos elementos circunstanciales propiciaban la adopción, por parte de los Servicios Públicos Penitenciarios, de las medidas necesarias, al haberse detectado unas probadas anomalías psíquicas que tenían que haber supuesto un imprescindible control médico exigible e incumplido por parte de la Administración, máxime cuando en el Centro Penitenciario en el que ingresa, ninguno de los miembros del Equipo de Observación y Tratamiento posee titulación médica o sanitaria específica en el ámbito psiquiátrico..."*. Esta junta, a tenor de lo dispuesto en el apartado segundo del ya mencionado artículo 273 del Reglamento Penitenciario supervisa *"la ejecución de las actividades programadas por el Equipo Técnico, distribuyéndolas, según su naturaleza, entre los miembros del Equipo, que las ejecutarán de acuerdo con las técnicas propias de su especialidad y bajo el control inmediato del jefe del equipo"*. Dentro del marco de intervención de un sistema preventivo, es este equipo técnico el encargado de llevar a cabo un diagnóstico de los internos y, del mismo modo, realizar un seguimiento completo de su estado psicológico, pudiendo de este modo determinar qué programa terapéutico han de seguir dentro de su estancia en el centro penitenciario.

En estos equipos ya descritos los psicólogos tienen encomendada la tarea de realizar el estudio de personalidad de los internos y también, de formular un protocolo de personalidad. Así se establece en el artículo 15.2 de la Ley Orgánica 1/1979 General Penitenciaria *"A cada interno se le abrirá un expediente personal relativo a su situación procesal y penitenciaria del que tendrá derecho a ser informado, y para cada penado se formará un protocolo de personalidad"*. A su vez los educadores son los encargados de la atención de un grupo de internos, a quienes deberán ayudar con sus particulares problemas y complejidades, emitiendo los correspondientes informes al respecto. Por último, los trabajadores sociales realizan, del mismo modo, diversas entrevistas para evaluar el estado

de los internos, así como la recogida de información para llevar a cabo un estudio sobre su personalidad. Dichos profesionales han de trabajar de forma coordinada en todo momento, aunando toda la información recabada y pudiendo así sacar conclusiones claras sobre situaciones de riesgo suicida.

La revisión médica del interno a su ingreso en prisión resulta fundamental tal y como aclara la STS 5434/2002 de 18 de julio de 2002, relativa a una supuesta de ausencia de examen médico al ingreso en el centro penitenciario, en la que se considera determinante desde la responsabilidad de la Administración porque *"el examen médico del fallecido a su ingreso en prisión hubiera determinado la adopción de cuidados especiales que hubieran podido evitar su suicidio, de tal suerte que la culpa in vigilando dimanante de la omisión del reconocimiento médico del interno a su llegada al Centro Penitenciario aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios, siquiera lo sea de modo concurrente con la conducta propia del interno y su voluntad suicida."*

Una figura a la que hacer referencia este punto es la de los denominados internos de apoyo. Este sector de los reclusos está constituido por aquellos que de modo voluntario y una vez realizado los pertinentes cursos de formación (llevados a cabo en los propios centros), haber superado un proceso de selección por parte de la Junta de Tratamiento y, finalmente, tras la realización de una entrevista con el psicólogo y el médico del centro, han sido seleccionados para formar un grupo de internos de apoyo encargados de llevar a cabo una especial tarea de cuidados a las personas con riesgo de suicidio. Para poder formar parte de estos grupos, dichos internos han de encontrarse en una situación estable en el propio centro, con una fecha previsible de libertad de mínimo un año desde el momento de su selección. Su buen hacer, dentro de la función que han de desempeñar, y su participación activa dentro de este programa, se verá recompensado como estime la Comisión Disciplinaria y la Junta de Tratamiento, lo cual hace que ésta sea una tarea incentivada por la obtención de beneficios en prisión. Dentro de sus funciones encontramos, su observación de carácter preventivo en los módulos, el acompañamiento de los presos a lo largo de todo el día, presencia en espacios

especialmente sensibles, así como el compartir celda con aquellos que se encuentren en una situación de mayor riesgo¹¹⁹.

Es importante también contar con unas óptimas medidas de seguridad que cubran la vigilancia de los internos debido a que la obligación de custodia podría verse infringida, no realizar una vigilancia del interno puede resultar suficiente para *“considerar existente la responsabilidad debido a la falta de diligencia en el control del interno desde el punto de vista del personal dedicado a ello”*¹²⁰. Unas adecuadas medidas de seguridad, así como llevar a cabo una vigilancia de los internos puede ayudar a evitar suicidios en casos donde se hayan dado errores de evaluación del estado del interno y esto suponga ocasiones imprevisibles de riesgo suicida.

4. Previsibilidad del suicidio en el ámbito penitenciario.

*“Aunque abundan las previsiones y prevenciones lamentablemente, el suicidio no es un fenómeno extraño a la prisión. Precisamente por ello la administración penitenciaria española ha llevado a cabo un notable esfuerzo para la planificación y organización de la prevención del riesgo suicida en nuestros establecimientos penitenciarios”*¹²¹, llegados a este punto es bien sabido los esfuerzos institucionales llevados a cabo desde hace años para tratar de lidiar con este devastador fenómeno.

La previsibilidad en el campo de las instituciones penitenciarias, así como en cualquier otro entorno de riesgo, resulta ser factor de interés fundamental para conocer los posibles sujetos con una mayor vulnerabilidad. Para una mayor precisión en cuanto a detectar a estos sujetos en riesgo, es fundamental una correcta valoración del interno suicida, ya que existen diversos datos de alarma, ya mencionados, que es preciso observar cómo los trastornos depresivos, o los trastornos límite de la personalidad. Del mismo modo, en el medio penitenciario también se deben considerar como factores de riesgo, los autores de

¹¹⁹ GUTIERREZ GALLARDO, R. “Tratamiento Penitenciario del Programa Marco de Prevención de Suicidios”. pág 4. Disponible en Internet: <https://www.ficp.es/wp-content/uploads/2016/05/Guti%C3%A9rez-Gallardo.pdf> Consultado el: 17 de diciembre de 2019.

¹²⁰ LLOVERAS I FERRER, MARC-R. “De nuevo sobre el análisis del suicidio desde el derecho de daños” en *Revista para el análisis del Derecho*” nº353, 2006, pág. 7.

¹²¹ BARRIOS FLORES, L. El suicidio en las instituciones penitenciarias I. Responsabilidad institucional en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. núm.3, 2001. Disponible en Internet: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/218/484> Consultado el 27 de diciembre de 2019.

delitos contra las personas, los autores de delitos contra la libertad sexual y, por último, aquellos internos que están en sus primeros días de ingreso en prisión ¹²². Cabe añadir, respecto a esta última cuestión, que la prevención del suicidio “*comienza en el punto de la detención, cuando en muchas ocasiones es el punto más volátil y emocional para la persona en cuestión*”¹²³.

Conviene llevar a cabo una exploración de síntomas y de signos, atendiendo en primer lugar a dos consideraciones importantes como son la posibilidad de depresión o la presencia de desesperación o culpa. Esto se puede apreciar cuando el interno muestre verbalización de la tristeza o desinterés, así como deseos de morir. El comportamiento que acompaña este deseo suele abatimiento, la habilidad emocional, falta de energía, insomnio, etc. La desesperación respecto a su vida actual, es una fuerte sensación de no poder resistir más la vida en prisión, sentimiento que va acompañado de culpa, un odio hacia uno mismo que se canaliza en la necesidad de autocastigarse al no poder reparar el daño que ha provocado el hecho delictivo que haya cometido. Aquellos presos que tienen interiorizada una idea suicida suelen sentir escepticismo bajo la idea de que por muchos esfuerzos que lleve a cabo todo seguirá igual, y que los factores negativos de su estancia en prisión no van a cambiar.

El riesgo suicida de los internos se clasifica en alto riesgo y bajo riesgo. Los primeros se componen de ideaciones suicidas recurrentes, presencia de ideas de muerte, comunicación indirecta de ideas suicidas y planificaciones de medio y lugar. Los que suponen un riesgo menor son aquellos que presentan señales como una ideación suicida esporádica, comunicación directa de ideas de muerte, impulsividad y demanda de ayuda. Esto responde a que más del 75% de los presos que se suicidan no comunican su intención suicida a los médicos de prisión¹²⁴.

Los antecedentes personales también son un claro indicativo de intencionalidad de suicidio, los ya señalados, enfermedades mentales (psicosis o depresión), antecedentes de

¹²² Torres, C., Hidalgo, L. y Jáimez, M. “Agresividad en el medio penitenciario: violencia y suicidio”, en RUBIO FLORES, L. y ORTEGA BASANTA, L. (Dir.), *Manual de psiquiatría penitenciaria*, EGRAF, Madrid, 2002, pág. 248.

¹²³ GUTIERREZ GALLARDO, ROCIO. “Tratamiento Penitenciario del Programa Marco de Prevención de Suicidios”. pág 2. Disponible en Internet: <https://www.ficp.es/wp-content/uploads/2016/05/Guti%C3%A9rrez-Gallardo.pdf> Consultado el: 20 de diciembre de 2019.

¹²⁴ Torres, C., Hidalgo, L. y Jáimez, M. “Agresividad en el medio penitenciario...” óp. cit., pág. 249.

epilepsia, consumo de alcohol u otras drogas y antecedentes de intentos previos de suicidio o historial familiar de suicidios. La situación personal del interno también resulta relevante, sus pérdidas recientes (de un ser querido, familia, divorcio, etc.), la ausencia de apoyos en el exterior o los conflictos familiares¹²⁵. Los antecedentes de suicidio revisten de una especial atención debido a que, como señala la STS 2500/2000 de 28 de marzo de 2000, relativa a un supuesto de omisión de la diligencia exigible a la Administración penitenciaria, motivada en haberse omitido en los antecedentes del interno sus antecedentes suicidas que, y que establece que de haberse hecho constar los mismos, *"hubiera determinado la adopción de cuidados especiales que hubieran podido evitar su suicidio, de tal suerte que la culpa in vigilando dimanante del carácter defectuoso de la vigilancia llevada a cabo por ser insuficiente la información llegada al centro penitenciario aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios, siquiera lo sea de modo concurrente con la conducta propia del interno y su voluntad suicida"*.

Cuando se aborda la situación de riesgo suicidio o de suicidio frustrado, el ámbito penitenciario cuenta con medidas a emplear según las características de cada situación. Se toman medidas en caso de afectación moderada como seguimiento por el equipo técnico, seguimiento por el servicio médico, valoraciones de los vínculos socio-familiares y el acompañamiento. En el caso de afectación elevada, se añadirían estas medidas, la asignación de un interno de apoyo para que el recluso no esté solo y una vigilancia especial por parte de los funcionarios¹²⁶.

También se aplican otras medidas como la atención de visitas familiares, ingreso en enfermería, retirada de objetos favorecedores (cuchillas, medicamentos, encendedores, cinturones, etc.) además de incentivar la participación en actividades como forma de socialización y apoyo y derivación o ingreso en unidades de psiquiatría.

5. Responsabilidad de la Administración Pública en supuestos de suicidio en prisión.

Resulta muy cuestionada la responsabilidad que se deriva de estos sucesos por parte de la Administración, puesto que cuando el suicidio *"acontece en un establecimiento*

¹²⁵ Torres, C., Hidalgo, L. y Jáimez, M. "Agresividad en el medio penitenciario..." óp. cit., pág. 250.

¹²⁶ Torres, C., Hidalgo, L. y Jáimez, M. "Agresividad en el medio penitenciario..." óp. cit., pág. 252.

*penitenciario, plantea mayores cuestiones y confronta a la institución con los fallos del sistema y la necesidad de responder del deber de custodia y de la seguridad de los internos que tiene a su cargo*¹²⁷, la correcta implantación de los sistemas preventivos así como una pertinente atención a la previsibilidad de los mismos resultan fundamentales a la hora de atribuir responsabilidades. Por lo tanto, la aplicación de los programas de prevención resulta fundamental en los procedimientos legales de responsabilidad, debido a que *“el riesgo suicida puede ser, a menudo, identificado y prevenido mediante una supervisión profesional apropiada e intervenciones a nivel de salud mental”*¹²⁸. Para que los mecanismos establecidos por el Estado resulten útiles resulta fundamental la coordinación entre las diferentes unidades profesionales que conviven dentro de los centros penitenciarios, como son los profesionales de vigilancia, tratamiento y sanidad.

Es amplia la jurisprudencia que se pronuncia sobre esta cuestión, y en este punto, se realiza un análisis desde un enfoque más práctico para la mejor comprensión de todos los elementos planteados en el marco teórico del presente trabajo. En el caso de fallecimiento de internos mediante suicidio la jurisprudencia nuevamente *“es constante en exigir la presencia de algún elemento de anormalidad en el servicio penitenciario suficiente para establecer un nexo de causalidad entre la actuación administrativa y el fallecimiento y determinar con ello el carácter antijurídico del daño (...)”*¹²⁹.

En primer lugar, se hace un análisis de supuestos en los que la Sala estimó la pretensión indemnizatoria entendiendo que esta resultaba imputable a la Administración Pública. La STS 6777/2000 de 22 de octubre de 2004 es relativa a un intento de suicidio de un interno en el Centro Penitenciario de Fontcalent, en esta ocasión por tanto se estima la reclamación de responsabilidad derivada de las lesiones generadas a un interno mediante un intento de suicidio llevado a cabo en prisión. De los hechos descritos se deduce que *“D. Juan Ignacio, interno a la sazón en el Hospital Psiquiátrico penitenciario de Fontcalent, y que estaba diagnosticado de trastorno paranoide de personalidad y trastorno delirante con humor depresivo secundario, realizó un intento de autolisis al encaramarse a una de las*

¹²⁷ Almenta Hernández, E. “Prevención e intervención en...” óp. cit., pág. 689.

¹²⁸ Almenta Hernández, E. “Prevención e intervención en...” óp. cit., pág. 689.

¹²⁹ GUILLEN NAVARRO, N. “Análisis actual de la responsabilidad patrimonial en el ámbito penitenciario” en *Revista Aragonesa de la Administración Pública*, núms. 39-40, 2012, pág. 427.

canastas de baloncesto ubicada en el patio del Pabellón 1 y precipitarse al suelo. Que fue trasladado al Hospital General de Alicante, donde ingresó en coma, siendo diagnosticado de hematoma epidural parieto-occipital y otro frontal que precisaron drenaje quirúrgico. Así como una fractura D7-D8 con lesión medular por debajo de dicho nivel, lo que ocasionó paraplejia completa por debajo de D7.” Dicha sentencia si bien aprecia que la propia conducta del suicida resulto fundamental para llevar a cabo la actuación, entiende que existe un anormal funcionamiento del centro, no adoptando para el interno unos cuidados específicos que bien pudieron haber evitado el daño, “la producción del resultado dañoso, contribuyó de forma decisiva la conducta del interno y su decidido propósito suicida.” La Sala encuentra un elemento de anormalidad en el hacer administrativo, “en el supuesto de fallecimiento de internos en establecimientos penitenciarios, circunstancia predicable también si se hubieran producido resultados lesivos para la integridad física, especialmente si ha tenido lugar la intervención de una tercera persona como agente activo, la jurisprudencia es constante en exigir la presencia de algún elemento de anormalidad en el servicio penitenciario suficiente para establecer un nexo de causalidad entre la omisión administrativa y el fallecimiento”.

En esta ocasión, la Sala plantea “*en el caso de autos la cuestión se centra en dilucidar si existió nexo causal entre el intento de suicidio del Sr. Juan Ignacio con las consecuencias lesivas para su integridad física que para él se derivaron y la actuación de la Administración penitenciaria en el centro de Fontcalent, concretada en la valoración de la atención, cuidados y vigilancia que prestaron al esposo de la hoy actora, atendidas y conocidas por dicha Administración penitenciaria, los padecimientos de tipo psiquiátrico que el mismo sufría, con periodos de mayor agudización en su desestabilización mental*” la sentencia concluye determinando que “*de la actividad de la Administración, que evidencia que no se adoptaron unos cuidados especiales que hubieran podido evitar el intento de suicidio, concurriendo un elemento de anormalidad en el servicio público prestado, hecho que determina por sí mismo, la estimación del recurso de casación interpuesto y la estimación parcial de la demanda deducida en la instancia, por existir responsabilidad patrimonial imputable a la Administración penitenciaria del Estado*”.

Siguiendo el mismo criterio jurisprudencial la STS 3947/2006 de 30 de mayo de 2006 y a las consideraciones recogidas en la misma en cuanto a la estimación del recurso que resuelve, dicho recurso fue planteado por el padre del interno fallecido en un centro penitenciario de Topas, Málaga, en la sentencia que se impugna se consideró que *“en atención a los hechos que declara probados, considera que “no se aprecia por parte de la Administración penitenciaria una falta de previsión en la adopción de medidas que hubieran podido evitar ese fatal desenlace, porque de la conducta inmediatamente anterior del interno en absoluto se podía prever esa actuación, habiéndose adoptado las prevenciones normales en un caso y circunstancias como el relatado, no debiéndose olvidar que se encontraba en enfermería, sujeto a plan de prevención de suicidio y controlado por un interno de apoyo...”* en cambio el Tribunal Supremo anuló dicha resolución judicial estableciendo la estimación parcial del recurso formulado por los recurrentes apreciando la existencia de *“un nexo causal, una relación de causalidad, si bien compartida por el comportamiento de la víctima, entre la actuación administrativa y el resultado producido, merecedor de un anormal funcionamiento del servicio público penitenciario, ya que consideramos que la adopción de cuidados especiales hubieran podido evitar el suicidio, de tal suerte que la culpa in vigilando dimanante, ya sea de la omisión del reconocimiento médico del interno a su llegada al centro penitenciario o una defectuosa o insuficiente atención permanente al enfermo por el centro psiquiátrico penitenciario, aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios, siquiera lo sea de modo concurrente con la conducta propia del interno y su voluntad suicida.”* A continuación manifiesta la sentencia *“La discrepancia entre una y otras sentencias es manifiesta, ya que la resolución recurrida fundamentalmente anuda la exoneración de la responsabilidad patrimonial de la Administración no sólo al acto voluntario del suicida al autolesionarse el cuello con una cuchilla de afeitar de una maquinilla desechable, sino también a que el referido interno estuvo sometido al plan de prevención de suicidios, destinado en una celda especial de observación (con cristales) de la enfermería con interno de apoyo y otro en el módulo, olvidando que entre los deberes de la Administración penitenciaria estaba el evitar que el fallecido dispusiese de medios a su alcance para causarse la muerte o autolesionarse, razón por la que se incumplió el deber de vigilancia a que se refieren las sentencias de contraste.”* Finalmente la Sala entiende la existencia de una concurrencia de causas que estima parcialmente la pretensión

indemnizatoria *“apreciar que en el caso enjuiciado no sólo existió una disfuncionalidad del servicio público psiquiátrico penitenciario en la producción del resultado lesivo, al permitírsele que se marchara solo a su celda porque le dolía la cabeza -hecho declarado como probado por la Sala de instancia, en el apartado séptimo del tercer fundamento jurídico de su sentencia-, sino porque en la producción del evento dañoso también intervino la voluntad del interno suicida, que se interfirió más o menos intensamente en el actuar administrativo, cuya imprudencia o negligencia exclusivamente se imputó por los demandantes a la Administración”*.

Para concluir se atiende en este apartado a varias sentencias con un resultado desfavorable para los reclamantes. En primer lugar, se hace alusión a la STS 36/2016 de 19 de enero del 2016 que desestimó el recurso de casación interpuesto por una madre en base a los perjuicios ocasionados como consecuencia del suicidio de su hijo el gimnasio del centro penitenciario. En la misma se estableció respecto de la imputación que esta *“(…) no es de intensidad suficiente para configurarse como título de imputación de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, cuando el fallecimiento del interno dimana de la propia y exclusiva voluntad de poner fin a su vida, y la prohibición de haber estado en el lugar que se ejecutó la acción autolítica hubiera significado privar al interno del ejercicio de un derecho que le asistía por estar preso, el acceder a practicar ejercicio físico en el gimnasio del Centro Penitenciario. Todas estas razones llevan a este Tribunal a concluir en la ausencia de datos fácticos suficientemente precisos e intensos, que permita calificar el daño sufrido -que ciertamente existe como daño moral y personal de honda trascendencia para la recurrente-, como daño antijurídico, para encuadrarlo en el ámbito de la imputabilidad a la Administración, generador de un supuesto de responsabilidad patrimonial de la misma.”* Esclarece así la inexistencia de los requisitos necesarios para el deber indemnizatorio.

Siguiendo con un análisis jurisprudencial de consecuencias desestimatorios se observa en esta ocasión a la STS 65/2016 de 18 de enero de 2016, la cual resuelve recurso interpuesto por reclamación indemnizatoria en concepto de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de un interno mediante suicidio después de los intentos de reanimación del mismo. Del relato de los hechos se desprende que *“El día 27 de enero de 2010, en el Hospital*

Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, al realizar en el pabellón 1 la ronda de las 7,00 horas, el funcionario encargado de realizarla se encontró al interno Maximiliano, colgado con su propio cinturón de los barrotes de la ventana, avisando al Jefe de Servicios y al Servicio Médico. Al personarme en la celda, le encuentro suspendido de la ventana por un cinturón. No presentaba signos vitales. Se procede al descolgamiento y exploración, intentando maniobras de reanimación, no dando resultado”. Respecto de sus antecedentes la sentencia enumera “de los antecedentes de la historia clínica del interno destacan como fundamentales, que se trata de un paciente con una evolución permanente con descompensaciones periódicas por una Esquizofrenia Paranoide, con trastorno de la personalidad, debido fundamentalmente al consumo de alcohol y drogas de abuso”.

Desde la Administración penitenciaria, tal y como consta en instancia previa a la referida sentencia, se estableció que *“No se apreció ningún síntoma de suicidio (...) El paciente estaba bien integrado en el pabellón I. al principio no tanto y conociendo por la madre que no estaba bien en ese pabellón, ofrecí personalmente al paciente la posibilidad de cambio a otro módulo en este periodo, pero el paciente rechazó esta oferta”* finalmente la Sala entendió que *“no ha existido un elemento de anormalidad en el servicio público prestado, ni de falta de asistencia, ni de vigilancia y control del hijo de los actores. En primer término, no es acorde a la realidad la existencia de un peligro de autolesionarse con una cierta entidad, no se ha producido a su ingreso ni durante su estancia en el hospital, ni consta que hubiese sucedido en el Centro Psiquiátrico de Sevilla donde estuvo antes. De otro lado, y respecto del programa de prevención de suicidios, no podemos olvidar que no estamos ante una prisión convencional, sino ante un establecimiento psiquiátrico penitenciario donde, por su propia naturaleza son centros de retención y custodia, pero igualmente son centros de prestación sanitaria en los que se deben combinar ambas cuestiones, y en el presente caso, lejos de los que se quiere hacer parecer el hijo de los actores fue en todo momento atendido precisamente por constar todos sus antecedentes. La sentencia realiza un apunte también sobre los informes médicos de seguimiento “En el informe médico de seguimiento, de diciembre de 2009, próximo al desgraciado suicidio, se hacen dos apuntes que alejan de cualquier situación de peligro, así: Ha evolucionado positivamente, con conciencia de haber padecido problemas psíquicos. En cuanto al consumo de tóxicos reconoce haber probado todas las drogas, pero no estar enganchado a ninguna, aunque el*

mismo paciente comenta que el alcohol y los porros consumía de forma habitual. Cognición, percepción inteligencia. De nivel intelectual medio-bajo. Anteriormente con alteraciones sensorio-perceptivas. Actualmente compensado psíquicamente". El Tribunal Supremo desestima así la pretensión de los recurrentes y concluyendo que *"En definitiva, es la actuación del propio interno que tomó la decisión de quitarse la vida mediante ahorcamiento, la que implica la falta de responsabilidad de la Administración"*. Se entiende nuevamente que la voluntariedad e intencionalidad de la acción resulta suficiente para exonerar a la Administración Pública de toda responsabilidad.

A la vista de todas ellas, queda patente que son amplias las consideraciones a tener en cuenta a la hora de elaborar una sentencia que esclarezca las verdaderas responsabilidades de una realidad sumamente compleja tanto para los tribunales, como por supuesto, para los allegados de los fallecidos, supervivientes de tan devastadora circunstancia. El nexo causal entre la actividad de los centros y la lesión, la imprescindible relación causal entre el daño y actuación de la Administración resulta una cuestión fundamental a la que atender, así como a una posible concurrencia de causas que si bien no ha de significar una exoneración total si podrá moderar la responsabilidad en el caso de que sean diversos factores aquellos que hayan contribuido a la elaboración del daño. Cabe nuevamente aludir al carácter voluntario de la acción, en el ámbito que centra el trabajo, la voluntad suicida del interno también resulta capaz de delimitar las posibles responsabilidades.

VII. CONCLUSIONES

Primera. - El suicidio ha sido objeto de diversas concepciones filosóficas a lo largo de la Historia y esto conlleva posibles repercusiones jurídicas.

El suicidio ha acompañado a la humanidad a lo largo de la toda Historia variando las corrientes de pensamiento que se han pronunciado sobre su legitimidad. Hace más de dos siglos se produjo un cambio de paradigma pasando de ser considerado un problema ético-legal, a ser considerado como el síntoma de un problema mental, y, por tanto, no merecedor de castigo. Durkheim aportó una nueva perspectiva al vincularlo a un desajuste de los problemas del hombre moderno con la sociedad. Corrientes psicológicas, como el psicoanálisis, empezaron a analizar sus componentes intrapsíquicos y en la actualidad se postula la posible existencia de una vulnerabilidad neurobiológica. El extenso debate sobre su legitimidad, a pesar de los amplios avances en ciencias sociales y sanitarias como la psiquiatría, genera mucha controversia, siendo un fenómeno habitualmente cuestionado del que existen múltiples criterios y consideraciones. Esta concepción no ha trascendido de lo filosófico y, por tanto, no se está aplicando el ámbito jurídico, puesto que si el suicidio resulta un acto de libertad individual cabría plantearse si el Estado debería intervenir. Apreciando la trascendencia que reviste la voluntariedad de la acción en el ámbito del suicidio, resulta sumamente compleja una justa delimitación de las responsabilidades patrimoniales al respecto. El suicidio supone un acto individual y generalmente premeditado, en el cual entran en juego las circunstancias vitales del sujeto junto con su voluntad de quitarse la vida. Resulta por tanto cuestionable el papel que reviste el Estado, la poca o nula influencia que genera la Administración a la hora de tomar la determinación de realizar un acto suicida, y la amplia responsabilidad que recae sobre la misma una vez llevada a cabo la acción con un desenlace negativo para la víctima y sus allegados.

Segunda. - El suicidio es un grave problema de salud pública.

El suicidio es un fenómeno de carácter universal, aunque presente grandes diferencias territoriales y culturales. Más de 800.000 personas se quitan la vida cada año en el mundo siendo la principal causa de muerte no natural en España, también entre los jóvenes, generando más del doble de muertes que los accidentes de tráfico y 70 veces más que la

violencia de género. Sin embargo, la sensibilidad social sobre este tema aún no tiene la repercusión necesaria, quizás por el estigma asociado a esta problemática. Dada la gravedad del problema al tratarse de muertes no naturales y, en ese sentido, evitables, la OMS promulgó en su Plan de Acción en Salud Mental (2013-2020) que incluyó la prevención del suicidio como de sus objetivos prioritarios. A partir de entonces, tanto en Europa como en algunas Comunidades Autónomas del Estado, se encuentra ya avanzada la puesta en marcha de planes prevención del suicidio. Hasta fechas recientes no se ha tenido suficiente conciencia de que, a pesar de ser un problema de suma importancia y en cierta medida evitable, ha de formar parte de los programas institucionales a nivel estatal. Dichos programas se encuentran a día de hoy en una fase incipiente y con numerosos elementos que deben mejorarse.

Tercera. - La erradicación del suicidio ha de ser desafío institucional.

A pesar de que la literatura existente aporta información que permite identificar a aquellas personas con más riesgo y ofrecer atención específica, es difícil abarcar con absoluta certeza la comprensión y prevención de la conducta suicida dado que cada acto suicida es único en sus circunstancias y motivaciones. Las teorías sobre el suicidio son múltiples, también lo son cuestiones como la vulnerabilidad personal, los acontecimiento traumáticos o estresantes, el entorno, la genética, etc., todo ello plantea desafíos legales. No son ajenos a estas cuestiones tanto los centros sanitarios como penitenciarios que tienen el deber de custodia de las personas a su cargo. Por ello deben estar preparados con estándares de actuación y programas que, al margen de la impredecibilidad del acto, capaciten a dichos establecimientos para la prevención de los suicidios considerados probables, y que puedan valorar las características de cada caso, mejorando la práctica y la evaluación del riesgo. Para garantizar una buena práctica es necesaria la capacitación técnica de los profesionales que desarrollan su actividad laboral en dichas instituciones con el fin de minorizar dichas conductas.

Cuarta. - La responsabilidad patrimonial es una garantía ciudadana frente a la actuación administrativa.

La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública se constituye como un mecanismo de salvaguarda para los particulares, dirigido a que la Administración responda

de los daños que puedan derivarse de su funcionamiento normal o anormal. En consecuencia, ha de resultar un sistema de garantías patrimoniales para los ciudadanos y ante estas circunstancias los Tribunales amparan mayoritariamente este mecanismo como así se desprende de las sentencias del Tribunal Supremo que amparan y protegen a los ciudadanos frente a las Instituciones Públicas. Uno de los retos primordiales para lograr una Administración Pública altamente garantista se basa en elementos protectores de los derechos fundamentales de los ciudadanos. Resulta importante, por tanto, el conocimiento por parte de la sociedad de los mecanismos de defensa ante los daños y lesiones generados por la Administración, aquellos que el ciudadano no tenga el deber jurídico de soportar. Los ciudadanos no han de resultar únicamente sujetos beneficiarios de las prestaciones de los servicios públicos, sino sujetos con plena capacidad para reclamar aquellas consecuencias tanto económicas como morales que se desprendan del ejercicio de la función administrativa. La implantación y mejora de normativas preventivas que minimicen las reclamaciones patrimoniales a la Administración resulta una tarea compleja a la par que imprescindible para alcanzar un sistema estatal óptimo.

Quinta. - La delimitación y cuantificación de los daños morales resulta muy compleja debido a su indeterminación.

La complicación que supone la delimitación del daño moral trae consigo un debate tanto jurídico como ético respecto de la verdadera significación del mismo, así como de los baremos para establecer cuantías indemnizatorias que se ajusten lo máximo posible al daño generado. Las corrientes doctrinales opuestas a las indemnizaciones en el ámbito de los daños morales plantean diversas consideraciones ante esta cuestión de amplia controversia, al no encontrar vinculación entre un resarcimiento económico y el impacto emocional, entendiendo que no hay reparación dineraria capaz de compensar el sufrimiento que se genera. La ambigüedad e indeterminación en el ámbito jurídico de los perjuicios morales, así como su dificultad probatoria, sólo incrementa el debate, a pesar de la que jurisprudencia en España mantiene en las últimas décadas una clara línea de amparo de este concepto, que pretende lograr sentencias compensatorias lo más objetivas y equitativas posible.

Sexta. – La relación de causalidad es el requisito esencial para la imputación a la Administración en casos de suicidio.

El nexo causal entre la actividad de los servicios públicos y el daño antijurídico se constituye sin lugar a dudas como elemento primordial de atención de los juzgadores a la hora de perseguir un fallo acorde a una justicia equitativa entre los sujetos que constituyen el Estado y las instituciones del mismo. Es por esto un requisito que ha de materializarse para pueda establecerse un deber de reparación. Resulta fundamental encontrar un funcionamiento no diligente, y por tanto erróneo, en la actuación de los agentes administrativos en su deber específico de protección y prevención de aquellos sujetos que se encuentren bajo la tutela del Estado. La jurisprudencia indica que, si ha existido un funcionamiento normal, el nexo de causalidad se verá roto por entender el suicidio como un acto voluntario, por tanto, debe verse un claro reflejo del actuar administrativo deficitario en la lesión generada. Habrá de probarse que el suicidio tiene relación directa con la actividad profesional desarrollada en los establecimientos públicos y, por tanto, un elemento anormal en el funcionamiento de los mismos consistente en no haber actuado con la diligencia exigible.

Séptima. – La previsibilidad de un riesgo autolítico resulta un elemento decisivo para la determinación de responsabilidad.

De los elementos más característicos de la jurisprudencia analizada se desprende que, generalmente, no existe responsabilidad cuando el suicidio no contaba con suficientes elementos de previsibilidad, esto se traduce en una inexistencia del elemento esencial de antijuricidad del daño. Para alcanzar una resolución justa cabe atender fundamentalmente a si existió o no previsibilidad del acto suicida en base a los antecedentes del sujeto o a unos claros indicativos de riesgo autolítico. La imputación a la Administración resulta en estas ocasiones desestimada, entendida como óptima la actuación de los funcionarios públicos y entendiendo el buen hacer de los mismos dentro de sus actividades profesionales. La nota de imprevisibilidad de los suicidios que no son resultado de un riesgo evidente resulta un factor que los tribunales aprecian favorable de cara a la exención de responsabilidad, no existiendo el deber de indemnizar a los reclamantes cuando la lesión sea consecuencia directa de una acción imposible de impedir por no existir una clara constatación del riesgo suicida.

Octava. - La voluntariedad de la acción suicida puede exonerar de responsabilidad a la Administración.

La voluntariedad de la acción, esto es, el hecho de llevar a cabo la acción suicida desde una decisión intrínseca motivada por el deseo del sujeto, quiebra la relación de causalidad entre la muerte del sujeto y el acto administrativo. Resulta sencillo centrar la argumentación de la defensa en esta causa debido a que la característica de la acción voluntaria y generalmente consciente es un elemento del cual es difícil desprenderse en el caso del suicidio. Es por esto por lo que los tribunales pretenden hacer un exhaustivo análisis de esta cuestión intentando determinar lo máximo posible los factores causantes del hecho suicida. En esta determinación se basará la culpa exclusiva de la víctima (motivo de exoneración completa) o bien la concurrencia de culpas. Si el suicida se encuentra bajo la tutela de establecimientos que cuentan con la obligación de proteger la vida de sus internos debido a su especial situación de vulnerabilidad es posible que la actuación de terceros haya podido condicionar de alguna manera la comisión del daño y por tanto esta circunstancia se vea reflejada en los criterios de imputación. Cabe añadir que al tratarse de enfermos mentales el factor de la voluntariedad queda limitada en virtud del nivel de afectación de sus capacidades de comprensión y conciencia del enfermo de cara a tomar una decisión autónoma.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

ÁLAMO, C. “Neurobiología de las conductas suicidas” en GINER, J., MEDINA, A. y GINER, L. (Dir.), *Encuentros en Psiquiatría de la antropología a la investigación clínica de la conducta suicida*. Casa Editorial. Madrid, 2019, págs. 81-138.

ALMENTA HERNÁNDEZ, E. “Prevención e intervención en la conducta suicida en población penitenciaria” en ANSEÁN, A. (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015, págs. 677-711.

AMERICAN PSYQUIATRIC ACCOCIATION. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana, 2003.

ANSEÁN RAMOS, A. “Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una estrategia de prevención del suicidio en el sistema nacional de salud” en ANSEÁN, A (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015, págs. 27-35.

APARICIO DE LÁZARO, J.R. “La Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas. Enfoque Jurisprudencial” en *Revista Jurídica de la Comunidad de Madrid*. núm. 30, pág. 4.

BARCIA, D. “El suicidio como fenómeno humano” en *Archivos de Psiquiatría 2000*, núm. 63. págs. 135-151.

BARRIOS FLORES, L. “El suicidio en las instituciones penitenciarias I. Responsabilidad institucional” en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. núm.3, 2001. Disponible en Internet: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/218/484>

BARRIOS FLORES, L. “La responsabilidad administrativa por suicidio en la institución penitenciaria” en *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 249, 2002, págs. 89-134.

BECK T.A. KOVACS M. Y WEISSMAN, A. “Escala de ideación suicida de Beck” y BECK, A.T. Y WEISSMAN, A. “Escala de desesperanza de Beck” en GARCÍA-

PORTILLA, M. P. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Comunicación y Ediciones sanitarias, Madrid, 2015, págs. 151-162.

CABRERA FORNEIRO, J. y FUERTES ROCAÑÍN, J.C. *La enfermedad mental ante la ley*. Editorial Libro del Año, Madrid, 1994.

CAMPS, V. *La voluntad de vivir. Las preguntas de la Bioética*. Ariel, Barcelona, 2005.

CEVERINO DOMÍNGUEZ, A. “Una litigación por imprudencia o negligencia en un caso de suicidio de un paciente esquizofrénico”, en OTERO PÉREZ, F.J MEDRANO, J. y CALCEDO, A. (Dir.) *Aspectos Legales en Psiquiatría*. Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Madrid, 2007, págs. 293-297.

COMTE-SPONVILLE, A. *Diccionario Filosófico*. Paidós, Barcelona, 2003.

Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Factores de riesgo de la conducta suicida. Tabla 1. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2019. pág.13.

Departamento de Salud Gobierno Vasco. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Tabla 3. Medias para la prevención, intervención y seguimiento de la conducta suicida. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2019. pág.18.

DURKHEIM, E. *El suicidio*, Akal, Madrid, 1989.

ERROTETA PALACIO, J.M. Y LARRAZABAL, R. “Pulsión de vida” en EGUILUZ, I. y SEGURA, R. (Dir.) *Introducción a la psicopatología. Una visión actualizada*. Ed Panamericana, Madrid, 2013, págs. 280-281.

ESTEVE PARDO, J. *Lecciones de Derecho administrativo*. Marcial Pons, Madrid, 2015

EY, H. *Tratado en psiquiatría. Nota sobre el suicidio*. Toray, Barcelona, 1978.

FREUD, S. *Duelo y melancolía. Obras completas*. Biblioteca Nueva, 1992.

FUENTES ABRIL, J. “La responsabilidad patrimonial de la Administración (análisis jurisprudencial)”. Disponible en Internet:
<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4458-la-responsabilidad-patrimonial-de-la-administracion-analisis-jurisprudencial/>

GAMERO CASADO, E. y FÉRNANDEZ RAMOS S. *Manual básico de Derecho Administrativo*. Tecnos, Madrid, 2019.

GARCÍA DE ENTERRIA, E. y FERNANDEZ, T. *Curso de Derecho Administrativo II*. Aranzadi, Cizur Menor, 2017.

GUERRERO ZAPLANA, J. *La responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2003.

GÓMEZ LARA, M. *La responsabilidad profesional del psiquiatra. Derecho Sanitario*. Atelier, Barcelona, 2009.

GUILLEN NAVARRO, N. “Análisis actual de la responsabilidad patrimonial en el ámbito penitenciario” en *Revista Aragonesa de la Administración Pública*, núms. 39-40, 2012, págs. 425-442.

HINOJAL, R., LÓPEZ GARCÍA, B. Y DÍAZ SUAREZ, J. “Aspectos médico-legales del suicidio”, en BOBES, J., GARCIA-PORTILLA, M.P., BASCARÁN, M.T. y BOUSOÑO, M. (Dir.), *Comportamientos suicidas prevención y tratamiento*. Ars Médica, 2004.

ITURRARTE, J.L. “Emile Durkheim (1858-1917)”, en BERIAIN, J., ITURRARTE, J.L.(Dir.), *Para comprender la teoría sociológica*. eud, Estella, 1998, págs.70-71.

LAINO, O. *La ciudad solitaria*. Capitán Swing, Madrid, 2017.

LE BRETON, D. *Antropología del dolor*. Seix Barral, Barcelona, 1999.

LIPOVETSKY, G. *El crepúsculo del deber*. Anagrama, Barcelona, 1998.

LLOVERAS I FERRER, MARC-R. “De nuevo sobre el análisis del suicidio desde el derecho de daños” en *Revista para el análisis del Derecho*” nº353, 2006, págs. 2-12.

MALO, P. “Evolución y antropología del suicidio” en GINER, J., MEDINA, A., GINER, L. (Dir.), *Encuentros en Psiquiatría de la antropología a la investigación clínica de la conducta suicida*. Canal Editorial, Madrid, 2019, págs. 13-28.

MAYOR GOMEZ, R. Los daños morales en la responsabilidad patrimonial sanitaria: análisis jurídico y práctico de las cuestiones más problemáticas. Disponible en Internet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5362936>

MESONES PERAL, J. E. “El suicidio a lo largo de su historia y las culturas” en ANSEÁN, A. (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015. págs. 35-40.

MESONES PERAL, J.E. “Suicidio e Internet. El cibersuicidio” en ANSEÁN, A. (Dir.) *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015, págs. 813-825.

MIR PUIGPENAT, O. *La responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria*. Civitas, Madrid, 2002.

NAVIO ACOSTA, M. Y VILLORIA BORREGO L. “Factores de riesgo en la conducta suicida” en ANSEÁN, A (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015. págs.133-151.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*, Ginebra, 2007, pág. 6.

OTERO PÉREZ, J. “Responsabilidad profesional” en OTERO PÉREZ, F.J., MEDRANO, J. y CALCEDO, A. (Dir.) *Aspectos Legales en Psiquiatría*. Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Madrid, 2007, págs. 127-135.

PANIKER, S. *Cuaderno Amarillo*. Plaza&Janés, Barcelona, 2000.

PICAZO ZAPPINO, J. “Un análisis histórico de las ideas sobre el suicidio en occidente del siglo XXI”. GINER, J., MEDINA, A., GINER, L. (Dir.), *Encuentros en Psiquiatría de la antropología a la investigación clínica de la conducta suicida*. Casa Editorial. Madrid, 2019, págs 167-169.

FERNANDEZ MONTALVO, R. “Responsabilidad de las Administraciones Públicas: criterios jurisprudenciales”. Barcelona, 2002, págs. 247-352. Disponible en Internet: https://repositorio.gobiernolocal.es/xmlui/bitstream/handle/10873/1175/responsabilidad_patrimonial_13_fernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

RITZER, G. *Teoría sociológica moderna*. McGraw Hill, Madrid, 2001.

ROBLES SÁNCHEZ, J.I. “Prevención e intervención psicológica en la conducta suicida” en ANSEÁN, A. (Dir.) *Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid 2015. págs. 384-385

ROCAMORA BONILLA, A. “Intervención telefónica en crisis suicidas” en ANSEÁN, A. (Dir.) *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Posvención de la Conducta Suicida*. Fundación Salud Mental España, Madrid, 2015, págs. 235-249.

RODRIGUEZ LÓPEZ, P. *Responsabilidad patrimonial de la Administración en materia sanitaria*. Atelier, Barcelona, 2007.

SANTAMARIA PASTOR, J.A. *Principios de Derecho Administrativo General II*. Iustel, Madrid, 2016.

SIMÓN ROBERT, I. “Ley y psiquiatría. Suicidio Previsible” en HALES, H., YUDODSKY, C. y TALBOTT J. *Tratado de Psiquiatría*. Masson, Barcelona, 2000, págs. 1489-1526.

SOLARES MORALES, A. “Valoración económica de los daños morales” en *Revista Jurídica Auctoritas Prodentium*, núm.10, pág. 219-242.

TORRES, C., HIDALGO, L. Y JÁIMEZ, M. “Agresividad en el medio penitenciario: violencia y suicidio”, en RUBIO FLORES, L. y ORTEGA BASANTA, L. (Dir.), *Manual de psiquiatría penitenciaria*, EGRAF, Madrid, 2002, pág. 248.

VALLEJO JIMENEZ, G. “La responsabilidad por imprudencia del médico psiquiatra ante el suicidio del paciente con trastorno mental” en *Revista Nuevo Foro Penal* núm. 79, 2012, págs. 56-70.

JURISPRUDENCIA CONSULTADA

STSJ Navarra 672/1997 de 3 de octubre de 1997.

STSJ Asturias 3228/1998 18 de diciembre de 1998.

STSJ Andalucía 85/2012 de 27 de enero de 2012.

STSJ Navarra 1330/2003 de 20 de noviembre de 2013.

STSJ Asturias 2739/2018 de 13 de septiembre de 2018.

STS 2771/1994 de 25 de enero de 1997.

STS 7056/1998 de 26 de noviembre de 1998.

STS 7123/1998 de 28 de noviembre de 1998.

STS 1489/2000 de 26 de febrero de 2000.

STS 2500/2000 de 28 de marzo de 2000.

STS 5434/2002 de 18 de julio de 2002.

STS 6777/2000 de 22 de octubre de 2004.

STS 8139/2005 de 21 de diciembre de 2005.

STS 2029/2006 de 4 de abril de 2006.

STS 5230/2006 de 12 de septiembre de 2006.

STS 3947/2006 de 30 de mayo de 2006.

STS 6120/2003 de 7 de octubre de 2003.

STS 1656/2007 de 21 de marzo de 2007.

STS 8524/2001 de 1 de noviembre de 2011.

STS 36/2016 de 18 de enero del 2016.

STS 65/2016 de 19 de enero de 2016.

STS 3558/2018 de 22 de octubre de 2018.