

# Sobre la atención de pacientes con ideación autolítica en Urgencias: Aspectos legales

On the care of patients with suicidal thoughts in emergency rooms:  
Legal aspects

JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ LAINZ

*Juzgado de Instrucción Número 4 de Córdoba, España*

*Correspondencia: josel.rodriguez@poderjudicial.es*

Recibido: 22/10/2015; aceptado: 03/05/2016

**Resumen:** Uno de los más complejos problemas a los que se enfrentan médicos generalistas o especialistas en el ámbito de la psiquiatría de urgencias es el del abordaje de pacientes que presentan ideación suicida. Desde el punto de vista jurídico la actuación médica queda restringida por el respeto de la capacidad de autodeterminación del paciente y su dignidad como persona, que hace que bajo determinadas circunstancias la jurisprudencia llegue a reconocer un cierto, aunque restringido, margen de permisividad a la libre decisión de una persona de poner fin voluntariamente a su vida. La adecuada atención de estos pacientes pasa por una correcta anamnesis, una valoración del riesgo de materialización de la ideación suicida, una estrategia terapéutica basada en el abordaje de los factores estresantes, la aceptación del tratamiento por el paciente a través del llamado contrato terapéutico, el diseño de una estrategia de apoyos externos que garanticen la adherencia al tratamiento y un seguimiento efectivo de la evolución del paciente. Precisamente, la posible responsabilidad médica por mala praxis incidirá en los ámbitos del diagnóstico o el diseño terapéutico, aunque dentro de los límites que marcan la capacidad de autodeterminación del paciente y el respeto a su dignidad como persona.

**Palabras clave:** Ideación suicida, capacidad de autodeterminación, mala praxis, responsabilidad médica.

**Abstract:** One of the most complex problems for general doctors and specialists in psychiatry is the assessment of patients with suicidal thoughts. From the juridical point of view, medical procedures are restricted by the respect to the patient's capacity of self-determination and his/her dignity as a person. Under determined circumstances jurisprudence recognises a certain, but restricted, margin of permissiveness to the person's free decision to end voluntarily his/her life. The adequate care of these patients implies a correct anamnesis, an evaluation of the risk of materialising suicidal thoughts, the outline of a therapeutic strategy based on the careful assessment of stressful factors, the acceptance of the treatment by the patient through the so-called therapeutic contract, the design of a strategy based on external supports that can grant a good adherence to treatment and an effective follow-up of the patient's evolution. Precisely, the possible medical responsibility for malpractice concern the areas of diagnosis and therapeutic design, although always under the limits that mark the patient's capacity of self-determination and the respect for his/her dignity as person.

**Key words:** suicidal ideas, capacity of self-determination, malpractice, medical responsibility.

## INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

MUCHOS SON LOS INTERROGANTES A LOS QUE HA DE ENFRENTARSE un profesional de la medicina, tanto del ámbito de las urgencias hospitalarias como de la atención psiquiátrica, cuando ha de atender a un paciente que ha exteriorizado el deseo de poner fin a su vida o muestra ítems, indicadores, incontestables de tal deseo: ¿hasta dónde alcanza la libre voluntad de una persona para poner término voluntariamente a su vida?; ¿debe ser considerada cualquier persona que exteriorice una ideación suicida un enfermo que pueda y deba ser sometido, aún contra su voluntad, a un tratamiento que al menos mitigue o frene la resolución de ese deseo?; ¿existe un deber deontológico y/o legal de impedir a toda costa que una ideación autolítica llegue a materializarse?; ¿hasta dónde alcanza la responsabilidad del médico generalista o especialista en el servicio de urgencias por la resolución de la ideación suicida de un paciente al que ha atendido?

<sup>1</sup> El presente trabajo desarrolla la ponencia "Aspectos legales de la práctica clínica en urgencias: la evaluación del paciente suicida y el ingreso involuntario", presentada en la I Reunión de la Sociedad Española de Urgencias Psiquiátricas (SEDUP): La atención psiquiátrica en urgencias; aspectos formativos, clínicos y legales (Córdoba, Salón de Actos del Hospital Universitario Reina Sofía, 14 de noviembre de 2015).

El tratamiento jurídico de estas cuestiones dista mucho de encontrar soluciones fáciles. Entran en confrontación los mismos fundamentos éticos del (discutido y eventual) derecho que pudiera tener una persona a poner fin a voluntad a su vida; los límites del profesional médico para abordar la atención a las ideas autolíticas mediante consentimiento sustitutivo; y la responsabilidad del personal sanitario en la no evitación de la materialización de tales riesgos cuando su obligación de actuar sí pudiera considerarse exigible desde el punto de vista de su deontología y correcta praxis médica.

#### CONSIDERACIONES JURÍDICAS EN TORNO A LA DECISIÓN DE UNA PERSONA DE INTERRUMPIR VOLUNTARIAMENTE SU VIDA

Queramos reconocerlo o no, el carácter libre y voluntario de la decisión de poner fin a la propia vida no tiene por qué negarse como principio incontestable. Las patologías mentales previas o concomitantes inciden directamente como factores que elevan preocupantemente los porcentajes de riesgo en el desarrollo de conductas suicidas, pero interactúan con factores sociales, éticos y culturales que hacen que, en un nada desdeñable porcentaje de supuestos, dicha decisión pueda considerarse desde el punto de vista jurídico como una decisión voluntaria tomada desde una posición de libertad autodeterminativa. Aunque la doctrina psiquiátrica mayoritaria ve en el suicidio una anomalía del instinto básico de supervivencia y postula como bases patológicas alteraciones de la afectividad o de la construcción del pensamiento, no podemos afirmar apodóticamente que ideación autolítica y decisión de llevarla a efecto deban ser tenidas, por definición y sin excepciones, como situaciones en las que la persona que se enfrenta a tan dramático trance haya perdido o debilitado sustancialmente sus capacidades de comprensión y decisión, que son los factores que definen en definitiva su capacidad jurídica.

Jurídicamente hablando, la cuestión de si existe o no un eventual derecho a la interrupción voluntaria de la vida, al suicidio, ha sido objeto de una constante polémica. No nos interesa exponer las distintas posturas que dominan las corrientes jurídicas. Ahondaremos mejor en la posición que sostiene nuestro Tribunal Constitucional en dos sentencias, las SSTC, Pleno, 120/1990, de 27 de junio, y 173/1990, de 19 de julio, que muestran cómo la relación entre el derecho a la vida del artículo 15.1 de la Constitución (CE) y el ámbito de derechos y valores constitucionales que forman parte del llamado derecho de autodeterminación, y en concreto la dignidad de la persona (artículo 10), permiten cierto margen de actuación del legislador en la comprensión de determinadas circunstancias en las que la expresada decisión de poner fin a la propia vida podría e incluso debería ser respetada. Ambas sentencias, dictadas en casos protagonizados por internos de centros penitenciarios que decidie-

ron hacer una huelga de hambre y se encontraban en una fase en la que peligraban sus vidas, llegaron a las siguientes conclusiones:

- a) El derecho a la vida reconocido en el artículo 15 de la CE no puede ser entendido como un derecho a la libertad que incluya el derecho a la propia muerte.
- b) La decisión de poner fin a la propia vida, como bien que se integra dentro de su círculo de libertad, no está absolutamente proscrita por nuestro Derecho, pero tampoco supone la existencia de un derecho subjetivo fundamental oponible a los poderes públicos.
- c) Realmente, la decisión de arrostrar la propia muerte no es un derecho, sino una simple manifestación de libertad genérica.
- d) Ello no priva a los poderes públicos del deber de garantizar, mediante medidas positivas, ese bien superior; incluso en determinadas circunstancias, aún contra la voluntad de quien ha decidido poner fin a su vida.
- e) Precisamente, dentro de esos deberes de protección positiva de la vida, y en la medida en que en el supuesto concreto no prevaleciera el respeto a dicha libertad, agere licere, se encuentra la que se define como *asistencia médica coactiva*<sup>2</sup>.

Ese espacio de permisividad, al menos en nuestro actual ámbito socio-cultural, no alcanza sin embargo más allá de una postura de comprensión o condescendencia frente a circunstancias concretas en las que el sufrimiento mismo que comporta a alguna persona el seguir viviendo abre las puertas a tolerar, en el sentido de no impedir, determinadas conductas pasivas o activas que faciliten el tránsito hacia la muerte. Hablamos de la eutanasia en su modalidad pasiva, en consonancia con ejemplos del Derecho comparado europeo continental. Pero, como matiza Díez Picazo, “allí donde no hay enfermedad incurable, no hay eutanasia” (1). Precisamente es en el ámbito del derecho a una muerte digna en procesos de enfermedad irreversible donde esa posibilidad de desplegar el derecho de autodeterminación y no consentir la prolongación de determinados tratamientos ha obtenido un mayor predicamento en nuestra legislación. A nivel de la Comunidad Autónoma de Andalucía, el artículo 3.1 de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada, dispone taxativamente el derecho que tiene el otorgante de establecer de forma anticipada “las opciones e instrucciones expresas y previas, que, ante circunstancias clínicas que le impidan manifestar su voluntad, deberá respetar el personal sanitario responsable de su asistencia sanitaria”. Posibilidad que abarcará también la expresión, por medio de consentimiento informado, de una oposición a la aplicación de un tratamiento que prolongue la vida en una situación tal, recogida en el artículo 8

<sup>2</sup> Al supuesto de enfermos en huelga de hambre se refiere el artículo 12.4 del Código de Deontología Médica de julio de 2011.

de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, y que en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía encuentra un decidido respaldo en los artículos 7.1 y 8 de su Ley 2/2010, 8 abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.

Los límites de esta (relativa) capacidad/libertad de disponibilidad de la vida propia se encuentran en nuestro Código Penal (CP), que, si bien no castiga el hecho mismo de suicidarse, sí sanciona conductas de participación de un tercero, bien a través de la inducción (artículo 143.1 del CP), bien a través de la cooperación con actos necesarios. Destaca especialmente este último supuesto, el cual, partiendo de la base de que la decisión de poner fin a la vida haya sido tomada de forma libre por quien se encuentre con capacidad para tomar tal decisión vital, podría permitir, según propone parte de la doctrina y jurisprudencia –en este sentido, las SSTS, Sala 2ª, de 13 de junio, de 8 de noviembre de 1961 y 15 de diciembre de 1977, aunque referidas al concepto de auxilio al suicidio ajeno del artículo 409 del CP de 1973–, la comisión por omisión en aquellos supuestos en los que en la persona del cooperador se hubiera generado o existiera una posición de garante exigente de un concreto deber de impedir. En los demás supuestos, la conducta de quien no evita que otro se suicide podría incardinarse en el tipo penal de la omisión del deber de socorro, tanto por un no actuar propio como por no demandar el auxilio de otras personas cuando el autor no pudiera prestar el auxilio por sí mismo (artículo 195 del CP).

Por el contrario, la postura del Tribunal Europeo de Derechos Humanos se muestra más abierta en ese nivel de comprensión, que encontraría su base en la conjunción entre el derecho a la vida privada y el respeto de la dignidad de la persona cuando libremente decide someterse a tan dramático trance. La existencia de un deber de acometer medidas positivas tendentes a impedir la materialización de un suicidio, cuando el mismo tiene una seria base psicopatológica, fue asumida con generosidad en la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (STEDH) de 5 de junio de 2005 (caso Trubnikov vs. Rusia; asunto 49790/99), y, más en concreto, dentro de un ámbito penitenciario. Es cierto que la STEDH de 29 de abril de 2002 (caso Pretty vs. Reino Unido; asunto 2346/02) negó la existencia de un derecho de autodeterminación que confiriera a la persona la facultad de escoger morir en vez de vivir<sup>3</sup>, como (pretendido) predicado del derecho a la vida reconocido en el

<sup>3</sup> El demandante sufrió como consecuencia de un aparatoso accidente de tráfico una enfermedad neuronal motora de carácter degenerativo (MND), solicitando de las autoridades sanitarias que se le dejara morir. La sentencia, en sus párrafos 39 y 40, concluye lapidariamente que el derecho a la vida recogido en el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos no entraña lo opuesto, el derecho a morir, ni mucho menos el derecho a ser asistido en ese proceso de la causación voluntaria de la propia muerte.

artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH)<sup>4</sup>. Sin embargo, la STEDH de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza; asunto 67810/10) reconoció que ese ámbito de libertad tenía un mejor encaje en el derecho a la vida privada del artículo 8.1 del CEDH, que garantizaría al ciudadano, al menos en plenitud de sus facultades, un derecho a poder decidir poner fin a su propia vida y de forma digna<sup>5</sup>. Por último, el derecho a decidir no prolongar la vida mediante tratamientos médicos, como una manifestación más del consentimiento informado, ha encontrado un reciente apoyo en la STEDH de 5 de junio de 2015 (caso Lambert y otros vs. Francia; asunto 4643/14).

En mi opinión, no hemos de llegar a la fácil conclusión de apreciar en la STEDH del caso Gross vs. Suiza una regla general por la cual no solo tengamos un auténtico derecho a poner fin a nuestra vida a capricho, sino que también tengamos derecho a que los poderes públicos nos auxilien convenientemente facilitándonos los medios para llevar a efecto tal decisión. La sentencia, en conjunción con el precedente de la STEDH de 20 de enero de 2011 (caso Haas vs. Suiza; asunto 31322/07)<sup>6</sup>, parte de dos parámetros fundamentales: la existencia de un amplio margen de apreciación que permite a los Estados miembros establecer normas más o menos restrictivas a la hora de regular o criminalizar conductas de apoyo al suicida, y el ineludible requisito de la capacidad de la persona que decida dar tan dramático paso para poder tomar libremente una decisión vital de tanta trascendencia. Tan es así que la última de las sentencias citadas no solo llega a cuestionar la capacidad de una persona diagnosticada de trastorno bipolar afectivo para tomar esa decisión, sino que, incluso en un contexto de posible autodeterminación, considera que debe partirse igualmente de la posibilidad de poder ofrecer a la persona que toma tal decisión una opción terapéutica efectiva que pueda paliar esa necesidad vital de poner fin a su vida. De estas dos últimas afirmaciones podemos concluir, por tanto, que el suicidio, la decisión de poner fin voluntariamente a la vida, que no es en sí un derecho, sino una manifestación de libertad que tiene su sustento en el derecho a la dignidad humana, a una vida digna, ha de partir en cualquier caso de una situación de libertad y capacidad de decisión del sujeto; y que la constatación de déficits en dicha capacidad real de decisión (o la posibilidad de ofrecer al sujeto vías alternativas) puede convertirse en legítima traba a esa libre decisión oponible por los poderes públicos en función de la solución que ofrezca a tal contingencia el correspondiente ordenamiento jurídico interno.

<sup>4</sup> Convenio Europeo para la Salvaguardia de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950.

<sup>5</sup> La paciente, aquejada de un importante deterioro mental y físico, solicitó a las autoridades suizas una dosis letal de pentotal sódico para poner fin a su vida.

<sup>6</sup> El Sr. Hass tenía diagnosticado un trastorno bipolar afectivo, había sido sometido a varios internamientos involuntarios y contaba con antecedentes de dos intentos de suicidio.

La actitud de un profesional de la medicina ante la constatación de ideación autolítica de un paciente parte por ello de una escala decreciente en la que el mayor grado de autonomía en su decisión coincidiría con los supuestos de consentimiento por sustitución establecidos en el artículo 9.2.b) de la Ley 41/2002, es decir, “cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización”. En tales circunstancias, el médico podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente; cuando menos, las tendentes a incidir directamente sobre aquellos factores estresantes que concurren en esa ideación y que podrían dar pie a su resolución. En los supuestos en los que el paciente, sin estar en una situación de urgencia vital, no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación (artículo 9.3.a)), su capacidad de actuación frente a una situación de ideación autolítica habrá de moverse entre dos condicionantes:

1. La prestación del consentimiento a la intervención, como regla general, a través de su representante, aunque con participación del discapacitado en la medida de sus posibilidades, con sometimiento siempre a los principios de adecuación a las circunstancias y proporcionalidad a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal (artículo 9.5). La actuación del representante y médico deben ser entendidas, por ello, como un complemento de la libre decisión del paciente cuando esa incapacidad de toma de decisiones no sea plena.
2. Como consecuencia de esos principios de adecuación y proporcionalidad, en cuanto respecta a enfermos con patología psiquiátrica grave, y cuando la intervención tenga por finalidad someter al paciente a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, regirá la regla de que solamente podrá actuarse sin tal consentimiento cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud, y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso (artículo 7 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (CEDHB, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997).
3. No debe olvidarse que, en cualquier caso, la nueva redacción del artículo 9.6 de la Ley 41/2002 permite al facultativo responsable, en aquellas circunstancias en que la decisión tomada por el representante sea contraria al mayor beneficio para la vida o salud del paciente, poner en conocimiento de tal extremo a la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente; e incluso por razones

de urgencia, cuando no fuera posible recabar la autorización judicial previa, adoptar las medidas necesarias para la salvaguarda de la vida o la salud del paciente en base a causas de justificación de cumplimiento de un deber o de un estado de necesidad.

Partiendo de la base de que la evitación de una actuación suicida inminente o en proceso de materialización comporta en esencia un riesgo vital que podría servir de indiscutible fundamento para vencer la oposición misma del enfermo mental con patología grave o de su representante, el nivel mínimo de capacidad de actuación vendría dado por aquellos supuestos en los que el paciente no presenta patología alguna conocida o presumible, o en los que su patología le permite tomar decisiones por sí mismo. El margen de actuación para un profesional de la medicina no podría entonces pasar de tratar de anular los estímulos de orden social, cultural, psicológico o biológico que pudieran estar detrás de tal decisión, pero siempre desde una perspectiva de respeto a esa manifestación de libertad exteriorizada. El médico, como cualquier otra persona, se enfrenta al deber de evitar la materialización de un suicidio, como situación de desamparo y peligro manifiesto prohibida en sí por la ley penal. Y, sin duda, por tener a su disposición medios y herramientas de una mayor efectividad para hacer frente a tal contingencia, deberá considerarse preocupado por una obligación más vigorosa de actuar. Pero más allá de impedir la acción suicida en el mismo momento en que va a resolverse, debe respetar la libertad del paciente y encarrilar su propuesta de tratamiento hacia proponerle una solución terapéutica adecuada y proporcionada a las circunstancias.

#### RESPONSABILIDAD MÉDICA POR NO DETECCIÓN O EVITACIÓN DE RESOLUCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA

##### *Lex artis y protocolo como criterios de valoración de la corrección de una intervención médica*

La consideración jurídica de la actividad médica asistencial como prestación de servicios comporta que el médico se vea protegido por un halo o círculo de inmunidad frente a cualquier reclamación, denuncia o querrela del paciente o sus familiares como consecuencia de un resultado adverso, siempre que en el desempeño de su profesión se haya ajustado a los cánones propios del conocimiento científico en la rama concreta de la medicina de que se trate y a la prudencia o ponderación en la utilización en los medios diagnósticos y de tratamiento a su alcance. Más allá de ese espacio de impunidad que representa el buen hacer en el ejercicio de la medicina, el médico podrá responder del riesgo generado por el apartamiento de tales cánones de actuación.



De entre dichos cánones de actuación, serán claves dos conceptos que, aparentemente opuestos entre sí, no son sino representación de dos realidades claramente complementarias: la *lex artis* y el protocolo. La *lex artis* puede concebirse como aquellos criterios o pautas de actuación del profesional de la medicina que deben entenderse correctos o adecuados, conforme al estado del conocimiento científico, para atender a una situación o contingencia concreta. Por su parte, el artículo 5.1.a) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece como elemento definidor de la calidad de prestación de la asistencia a la que atendería el concepto de *lex artis* “una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables”.

Si la *lex artis* puede permitir en determinadas circunstancias una pluralidad de opciones diagnósticas y terapéuticas frente a una misma demanda de salud, el protocolo tiende a lo contrario: a la unificación de criterios de actuación entre profesionales de la medicina frente a una determinada categoría de contingencias que hayan de ser atendidas en un futuro. Parte de la fijación, por consenso o definición por determinadas autoridades o instituciones en cada disciplina o sector del ejercicio de la medicina, de las pautas o criterios de actuación concretos que deben presidir cada acto médico frente a cada contingencia concreta para la que está diseñado. En realidad, nos enfrentamos a dos realidades claramente diferenciadas: El protocolo científico, como expresión de las reglas y conocimientos científicos consensuados que resumen las buenas prácticas del ejercicio de la medicina en una determinada especialidad (por ejemplo, el Protocolo de Alergología e Inmunología Clínica publicado en 2013 por la Sociedad Española de Pediatría), y el protocolo como norma de finalidad esencialmente organizativa que tiende a dar una respuesta coordinada a la atención de pacientes en un ámbito hospitalario o de asistencia primaria, unidisciplinar o multidisciplinar. En estos supuestos de actuación coordinada, el sometimiento a un determinado protocolo —que debe estar basado también, según exige el artículo 4.7 de la mencionada Ley 44/2003, en la evidencia científica y en los medios disponibles— puede llegar a convertirse en una auténtica necesidad en aras a garantizar la calidad y homogeneidad del servicio que se presta al paciente (artículo 4.7.d) de la Ley 44/2003).

Por tal motivo, el carácter orientativo que caracteriza al protocolo científico (artículo 4.7.b)) pierde vigor cuando nos enfrentamos a un protocolo asistencial basado en ese principio de coordinación y necesaria unificación de criterios de los distintos profesionales que atienden a un paciente. Nada impide en tal contexto que una actuación conforme a protocolo pueda considerarse en sí misma como adecuada a la *lex artis* si se somete racional y ponderadamente a tales parámetros, o viceversa. Pero

puede suceder que una actuación contraria a protocolo asistencial, aun basada en la *lex artis*, pueda superar ese margen de actuación libre inmune a una situación de responsabilidad. La ruptura de la continuidad asistencial o de la estrategia fundada en el protocolo por la decisión unilateral de uno de los profesionales que atienden a un paciente, puede suponer en sí misma una situación de riesgo que puede dar lugar a responsabilidad. El médico cuenta con el llamado derecho a la objeción de ciencia (artículo 33.2 del Código Deontológico) como medio para hacer valer tal disconformidad con la solución planteada por un determinado protocolo asistencial en un caso concreto, dada su condición de garante de la calidad y eficiencia de la asistencia médica que se presta al paciente, tanto a nivel personal como institucional (apartados 2 y 5 del artículo 7 del Código Deontológico).

Al menos en la Comunidad Autónoma de Andalucía no consta la existencia de protocolos asistenciales específicos que incluyan dentro de su ámbito de actuación la detección y el tratamiento de ideaciones suicidas. Pero ello, sin embargo, no supone que tan importante faceta de la medicina se encuentre desnuda de protocolización a nivel científico o de instrumentos de trabajo que tratan de dar forma a herramientas de diagnóstico precoz y tratamiento de conductas. A nivel mundial contamos con una práctica y versátil herramienta editada por la OMS en 2000 y titulada *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas* (2). Este manual constituye el referente ineludible de los protocolos científicos nacidos con posterioridad, los cuales adoptan no solo su metodología de trabajo, factores de riesgo, anamnesis y técnicas de detección y manejo de pacientes, sino también una práctica y manejable guía que facilita la detección y valoración del riesgo de suicidio con las respuestas médicas adecuadas a cada uno de los seis estadios que se dibujan. En las *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida* editadas por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) (3) se aborda la cuestión con una mayor extensión, realizando un profundo análisis de la epidemiología y de los factores de riesgo desde una perspectiva de grupos poblacionales<sup>7</sup>.

La detección precoz, el abordaje inicial desde la primera constatación de posible situación de ideación suicida, la actuación a nivel de atención primaria y la adaptación a las posibilidades de actuación en función de las necesidades de atención concretas que demanda el paciente en función de la diagnosis del nivel de riesgo de resolución, marcarán las pautas de actuación de los profesionales de la medicina. No obstante analizaremos estas herramientas desde la perspectiva de una ponderación jurídica de la praxis médica ante tal contingencia.

<sup>7</sup> Utilizaremos como ejemplos nacionales tanto a nivel de praxis hospitalaria como de estudios universitarios el “Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas” (4), el “Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio” (5) o el “Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida” (6).

## *La especial situación de la psiquiatría de urgencias*

Uno de los principales ámbitos en los que puede detectarse una situación de ideación suicida es sin duda la medicina de urgencias. Médicos de urgencias o equipos móviles del 061 toman contacto de forma cotidiana con personas en las que en su mente fluye el suicidio como una opción vital o como consecuencia de determinadas alteraciones de origen biológico o psíquico, pero que pueden o no exteriorizarlo, o mostrar un mayor o menor grado de resolutiveidad en tal ideación.

Frente al ejemplo del ejercicio ordinario de la medicina, podemos encontrar hasta tres peculiaridades que pueden llegar a marcar diferencias en el modo de actuar propio de la medicina de urgencias. La medicina de urgencias supone una demanda de atención inmediata en la que el riesgo inminente para la salud del paciente puede exigir actuar con celeridad y decisión; en segundo lugar, no es precisamente una circunstancia anómala que el médico se vea sometido a una situación de limitación temporal y de medios ante la acumulación de demandas de atención y la necesidad de priorizar efectivos humanos y materiales (triaje); y, por último, la misma necesidad de atención inmediata puede afectar seriamente a la capacidad de entendimiento y decisión para la prestación de un consentimiento informado por parte del paciente, angustiado o en condiciones de raciocinio mermadas por las dolencias que acarrea. Estas limitaciones de tiempo y medios, así como la discapacidad que muestran numerosos pacientes que acuden a urgencias para expresarse o comprender su verdadero estado de salud y tomar decisiones convenientemente informadas, condicionan la metodología de trabajo de los médicos de urgencias. Pero este condicionamiento debe ser visto más como una necesidad de adaptación a las circunstancias concretas de cada intervención médica que como una patente de corso para la toma de decisiones no respaldadas por pruebas diagnósticas que sí están al alcance del médico en el momento de la intervención, o que pueden demorarse sin un riesgo aparente para el paciente.

El esquema de actuación en la detección de situaciones de ideación autolítica ha de comenzar con la constatación de la presencia de factores de riesgo a nivel de atención primaria. De la detección se pasa a la evaluación y al diagnóstico, en el que habrán de tenerse especialmente en cuenta la apreciación de trastornos psiquiátricos o psicológicos, la presencia de sintomatología específica relacionada con cambios de ánimo (depresión/bipolaridad), los trastornos de personalidad, el consumo de sustancias, los antecedentes familiares y los niveles de ansiedad del paciente, los antecedentes de intentos suicidas y la valoración del vigor o persistencia de la ideación suicida desarrollada (6). Y de la evaluación se pasará al diseño y propuesta/ejecución de la respuesta terapéutica, con o sin intervención del especialista en psiquiatría, la derivación en su caso a un seguimiento/control específico a nivel de atención primaria o especializada, o la búsqueda de apoyos familiares o sociales.

La labor del psiquiatra es siempre por derivación, una vez que se ha detectado y evaluado la situación. No en vano, en la tabla de riesgo de suicidio facilitada por la OMS la derivación al psiquiatra es relegada al nivel quinto de los seis que la conforman, y que supone la detección de una ideación suicida exteriorizada unida a un trastorno psiquiátrico o estrés vital grave. Obviamente, y desde luego en supuestos de intoxicación o ideación suicida resuelta, primero procederá estabilizar al paciente (4). Solo una vez estabilizado el paciente cabrá la posible valoración por el psiquiatra, quien contará para ello con la documentación clínica –especialmente, una analítica de drogas de abuso– y las primeras apreciaciones del médico de urgencias para realizar su labor de diagnosis y planificación del tratamiento. El psiquiatra de guardia habrá de asumir también un importante cometido en aquellas situaciones en las que el paciente, ingresado por una ideación resuelta o autolesión que pudiera estar relacionada con ideación suicida, manifiesta su intención de solicitar un alta voluntaria una vez estabilizado o en fase de mejoría; pues será al psiquiatra a quien competirá valorar la capacidad del paciente para tomar una decisión sobre su alta voluntaria en cuanto a su estado somático, o de mantener ingresado al paciente, aun en contra de su voluntad, por razón precisamente de su estado psíquico derivado del intento de suicidio.

#### *Los internamientos involuntarios*

Es doctrina constante del Tribunal Europeo de Derechos Humanos<sup>8</sup> considerar que el internamiento involuntario de pacientes psiquiátricos por razones terapéuticas supone una legítima privación de la libertad del paciente. No obstante, cuando se hace en un establecimiento inadecuado para la atención que demanda torna en privación de libertad ilícita contraria a lo dispuesto en el artículo 5.1 del CEDH. El paciente psiquiátrico sometido a internamiento tiene derecho a ser tratado en unas instalaciones y con los medios precisos que demandan la atención de su salud y el respeto de su dignidad humana. Así pues, se atenta a esta libertad si no garantizamos los medios adecuados para que el paciente ingresado involuntariamente reciba la atención que demanda su problema de salud o si sometemos a un paciente psiquiátrico a un internamiento involuntario cuando se le podían ofrecer otras alternativas terapéuticas menos drásticas o gravosas para su libertad personal. El internamiento involuntario siempre debe ser entendido como defectivo de otras opciones terapéuti-

<sup>8</sup> Podemos citar como ejemplos las SSTEDH, todas de 9 de enero de 2014, de los casos *Plaisier vs. Bélgica*, asunto 2875/11; *Saadouni vs. Bélgica*, asunto 50658/09; *Moreels vs. Bélgica*; asunto 43717/09; *Caryn vs. Bélgica*, asunto 43687/09; *Gelaude vs. Bélgica*, asunto 43733/09, y *Van Meroye vs. Bélgica*, asunto 330/09), o más recientemente la STEDH de 18 de septiembre de 2014 (caso *Ivinović vs. Croacia*; asunto 13006/13).

cas más respetuosas de la libertad del paciente psiquiátrico; la última opción de entre las posibles. Y ello aunque desgraciadamente nos enfrentemos a un sistema de asistencia ambulatoria manifiestamente deficiente en el que, lejos de poder garantizar la adherencia del pariente al tratamiento mediante imposición coactiva, se suele hacer recaer el peso de tal responsabilidad en su entorno familiar.

La trascendental STC 141/2012, de 2 de julio, seguidora de la STC 132/2010, de 2 de diciembre, coincide en la consideración del internamiento involuntario como una privación de libertad, sometida como tal a las garantías constitucionales establecidas en el artículo 17 de la Constitución, entre ellas el sometimiento al inexorable plazo de legalización de 72 horas. Tal consideración afecta tanto a aquellos supuestos en los que la privación tiene lugar cuando el paciente tiene absolutamente anulada su capacidad de entendimiento y comprensión (sin la voluntad del paciente), como cuando esa capacidad sí existe pese a que carece de la capacidad de otorgar un consentimiento informado (contra su voluntad), y ello aun contando con el consentimiento del representante. Así lo entienden el artículo 7 del Convenio de Oviedo y el propio artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) que regula los internamientos involuntarios. Pero, igualmente, el solo consentimiento del representante del paciente será insuficiente para dar lugar a un internamiento involuntario.

La STC 141/2012 exige que tal medida restrictiva de derechos individuales supere dos juicios concretos de valor basados en la necesidad y proporcionalidad de la medida, según los cuales la atención médica mediante tal régimen y lo que representa de imposición coactiva de tratamiento deberá ser proporcional a las necesidades de salud concretas del paciente y solamente deberá aplicarse en aquéllos supuestos en los que no pudiera acudir a otras estrategias terapéuticas menos gravosas de los derechos del paciente.

La atención que demanda un paciente con ideación autolítica no debería concebirse como una excepción a estas reglas generales, a excepción lógicamente de no perder de vista la realidad de que el riesgo de salud al que se enfrenta el paciente psiquiátrico con tal cuadro atañe directamente a su propia vida. No por ello hemos de hacer prevalecer a toda costa la lucha contra el riesgo de resolución de tales ideas de suicidio para abanderar una tendencia hacia la automatización de la respuesta médica ante tal sintomatología. Recuérdese lo dispuesto en el artículo 7 del Convenio de Oviedo respecto del uso coactivo de los tratamientos psiquiátricos. Los protocolos al uso manejan igualmente una visión esencialmente restrictiva de la opción por el internamiento involuntario, más allá de la frontera de esa primera atención de choque tendente a minimizar los factores más preocupantes que están detrás de tal ideación. La tabla de riesgo de la OMS coloca en el sexto y último de los peldaños la hospitalización del paciente hasta la remisión de los síntomas correspondientes a la

apreciación de ideas suicidas, adicionadas de trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes, agitación y antecedentes de intentos de suicidio. Otras escalas, como la popular *SAD PERSONS* (7), que parte obviamente de un riesgo objetivado o exteriorizado de suicidio, reserva el carácter incontestable del internamiento para aquellos supuestos en los que el paciente cumple siete o más de los 10 ítems de la escala, o cuando, cumpliendo solo entre 5 y 6 se encuentra carente de un soporte social que le sirva de apoyo, freno o control<sup>9</sup>.

En la que podíamos definir como fase extrajudicial del internamiento adquiere un carácter trascendental la existencia de un informe médico que dé cuenta del trastorno psíquico justificante del internamiento inmediato. Este informe es considerado por el Tribunal Constitucional como la base en la que ha de asentarse, como presupuesto objetivo, la urgencia y la necesidad del internamiento según criterios médicos. La solicitud debe estar informada, de suerte que pueda valorarse la necesidad y proporcionalidad de la medida (razones concretas del internamiento, y justificación de la no conveniencia o posibilidad de acudir a medidas terapéuticas menos restrictivas de la libertad del paciente).

Debe tenerse muy claro desde un principio que, al contrario de lo que sucede respecto de los internamientos involuntarios ordinarios, el internamiento involuntario urgente es una decisión que en este momento solo compete exclusivamente al profesional de la medicina responsable, no a la autoridad judicial. Es el médico quien toma la decisión, que posteriormente será ratificada, en su caso, por la autoridad judicial (artículo 763.1, párrafo segundo de la LEC). En cualquier otro supuesto deberá instarse a la autoridad judicial competente por la parte legitimada<sup>10</sup>. Es al profesional de la medicina, y solo a él al único que corresponde la valoración de si el supuesto requiere de un internamiento con carácter urgente, aunque la solicitud de autorización debe ser cursada por quien define la LEC como el responsable del centro. En cualquier caso, el personal facultativo que disponga el traslado del paciente para valoración y, en su caso, ingreso involuntario de urgencias, podrá recabar el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Es fundamental tener en cuenta que el paciente, así como su representante, tienen pleno derecho a tener conocimiento de las razones médicas en virtud de las cuales se toma la decisión facultativa del internamiento involuntario. Tal derecho

<sup>9</sup> De la Torre Martí (6) reduce en el árbol de decisiones que propone la necesidad de internamiento al supuesto de probabilidad de suicidio inminente, tanto si el paciente cuenta como si no con apoyo familiar. Chiclana y Giner (5) proponen que la valoración de la necesidad del ingreso se reserve a aquellos supuestos en los que exista un plan suicida, ausencia de apoyo sociofamiliar o conductas impulsivas y autoagresivas.

<sup>10</sup> El artículo 757 de la LEC limita esta legitimación para instar un internamiento involuntario no urgente al cónyuge del internando o persona unida por análoga relación de afectividad a éste, descendientes, ascendientes o hermanos, etc., y en su caso, al Ministerio Fiscal.

es una consecuencia necesaria de la consideración del internamiento involuntario como una privación de libertad –nadie puede ser privado de su libertad sin conocer las razones que la determinan–, así como del derecho que todo paciente tiene a ser informado de todas las decisiones que se tomen en torno a su salud. Evidentemente, esta información, de ser factible, debe someterse a las exigencias de adaptación a las circunstancias de discapacidad del paciente (artículo 9.5 de la Ley 41/2002).

El artículo 763 de la LEC establece un plazo máximo de 24 horas para la comunicación de la decisión sobre el internamiento involuntario a la autoridad judicial competente, es decir, el Juzgado de Primera Instancia del lugar donde radique el centro donde se haya producido el internamiento. El plazo comienza desde el momento del ingreso o en el momento en que la permanencia torna de voluntaria a involuntaria. No se computa, por tanto, el plazo de tiempo transcurrido desde la decisión médica de trasladar al paciente para su debida valoración pese a que se haya tomado la decisión de su traslado forzoso en ambulancia. Como privación de libertad que es, tanto el paciente como la persona legitimada<sup>11</sup>, pueden presentar solicitud de *habeas corpus* contra tal decisión (artículo 1 de la Ley Orgánica 6/1984, de 24 de mayo, de *Habeas Corpus*). La presentación de tal solicitud dará lugar a la inmediata comunicación al juez de guardia del lugar del internamiento, y a la presentación del internado a presencia judicial; quien decidirá sobre la licitud, previo trámite de audiencia. El procedimiento de *habeas corpus* es independiente del de la autorización; ambos se tramitarán de forma autónoma.

La fase judicializada del internamiento comienza desde el momento mismo en que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. Sin embargo, esta norma ha sido objeto de interpretación por la reciente STC 182/2015, de 7 de septiembre, para la que tal plazo principiará, no desde el momento en que el expediente llegue al Juzgado de Primera Instancia al que se atribuya su conocimiento, sino desde que tenga entrada en la sede judicial. Esta circunstancia tendrá una especial relevancia en aquellos supuestos en los que, habiendo varios órganos judiciales de la misma clase en un mismo partido judicial, la atribución del conocimiento del expediente se haga depender de un acto previo de reparto, y especialmente cuando la solicitud tenga entrada por un Juzgado de Instrucción de guardia en días u horas inhábiles. Desde ese momento el internado está bajo disposición de la autoridad judicial, aunque el facultativo responsable conservará, paralelamente a la facultad decisoria del juez, la autonomía de decisión para, bajo criterio médico, poder acordar el alta médica del

<sup>11</sup> Están legitimados para presentar solicitud de *habeas corpus* el privado de libertad, su cónyuge o persona unida a él por análoga relación de afectividad, descendientes, ascendientes, hermanos, y en su caso representantes legales del menor o la persona incapacitada objeto de internamiento involuntario, así como el Ministerio Fiscal, el Defensor del Pueblo, o la autoridad judicial de oficio (artículo 3 de la Ley Orgánica 6/1984).



paciente si esta resultara procedente. Sin embargo, tal decisión no supondrá el archivo del expediente judicial, limitándose la decisión judicial a valorar la procedencia del internamiento. El transcurso del plazo de 72 horas sin que se produzca una decisión judicial supone una vulneración del artículo 17.1 de la Constitución. Expirado dicho plazo, el facultativo responsable debería hacerlo saber inmediatamente a la autoridad judicial. Y, a falta de una respuesta inmediata, no le quedaría otra opción que la de ordenar el alta del paciente. Al igual que en el supuesto de alta médica previa a la decisión judicial, tal puesta en libertad no supondrá la caducidad del expediente. El juez puede autorizar el internamiento, pero en tal caso éste deberá producirse en situación de previa alta médica.

*La relación de causalidad y el juicio de imputación objetiva como elementos delimitadores de la responsabilidad por el suicidio de un paciente*

En términos estadísticos, los suicidios son las principales causas por las que, en las escasas ocasiones en que sucede, se llega a reclamar la responsabilidad de médicos de urgencias o psiquiatras como consecuencia de la atención de pacientes con trastornos psiquiátricos. El planteamiento siempre es el mismo: “Si hubieran internado al hijo de mis clientes, no se habría suicidado...”; “si hubieran detectado que tenía intención de suicidarse, podrían haberlo medicado y salvarle la vida...”; “si no le hubieran dado el alta tras estabilizarlo en urgencias hubieran evitado que se tirara al río...”. Quienes argumentan así olvidan, no en pocas ocasiones de forma interesada, que la libertad y la dignidad de la persona impiden mantener de por vida encerrado en un centro psiquiátrico a un ser humano ante el riesgo de que pueda suicidarse, y que las estadísticas demuestran que, precisamente en ese ámbito de respeto de la libertad personal, los índices de recurrencia llegan a ser en ocasiones alarmantes, sin que llegue a poderse plantear una respuesta que, respetando la dignidad que todo individuo se merece, atienda satisfactoriamente a tales riesgos. Asimismo, en no pocas ocasiones el paciente oculta deliberadamente su propósito, relegando al profesional médico a la difícil tesitura de, ante la constatación de acumulación de factores de riesgo, tener que sortear la reticencia del paciente a reconocer su verdadero estado psíquico. Las estadísticas ofrecidas por España Osuna y Fernández Pérez (8-10), de hecho, dan buena prueba de la dimensión del problema, sobre todo en pacientes con antecedentes de autolesión o intentos autolíticos fallidos: “El factor diferido más importante para cometer suicidio es la existencia de intentos previos. De los que intentan autolesionarse, un 15-30% repetirán la conducta antes de un año, y entre el 1-2% se suicidarán entre los 5-10 años siguientes. Casi el 50% de los que se suicidan habían tenido contacto con el médico de cabecera en el mes anterior (un 25% incluso había hecho una consulta una semana antes)” (4).



Los estadios de responsabilidad que pueden ponerse en cuestión en el tratamiento médico de conductas o ideaciones suicidas se circunscriben esencialmente a dos ámbitos perfectamente delimitables: el error de diagnóstico y el error de prescripción, o incluso una concatenación de errores que incidan en ambos ámbitos.

El error de diagnóstico tiene lugar cuando, bien por desconocimiento o falta de conocimiento científico actualizado del facultativo, bien por mala interpretación de síntomas o pruebas diagnósticas realizadas, o bien por no realización o incorrecta práctica de las pruebas diagnósticas que fueran precisas, el profesional de la medicina llega a una conclusión incorrecta en la valoración del problema de salud que presenta el paciente. No basta con la existencia de un error: es preciso que éste pueda considerarse inexcusable para un profesional de la medicina en la rama de que se trate. El médico o psiquiatra de urgencias que atiende en primera instancia o por derivación a un paciente puede enfrentarse a la realidad de un intento fallido de suicidio, a una situación de autolesión que refleje esa intención o propensión, o a una manifestación expresa y más o menos espontánea del paciente de tener intención o deseo de suicidarse. En tales supuestos, y una vez estabilizado, su principal cometido a nivel diagnóstico es detectar el nivel de riesgo de suicidio que presenta en el momento de ser atendido. Un buen manejo del paciente a través de la anamnesis y el examen de la historia clínica es crucial a este respecto. La mayoría de las situaciones de crisis que generan la ideación suicida parten de un factor vital estresante, que bien coadyuvado con una patología psiquiátrica previa, o por sí mismo, genera en el paciente esa situación de angustia vital que le hace ver en la provocación de la muerte la única salida. Y ese factor estresante puede aflorar o hacerse visible mediante el manejo del diálogo o la entrevista con el paciente. Muchas veces será una cuestión de empatía y de elección de la estrategia de abordaje adecuada. Sobre todo, se requiere tiempo y dedicación, la clave del éxito para llegar a la esencia misma del problema. En este primer momento, es evidente que no importa tanto acertar en la clasificación de la patología concreta de base que pudiera estar detrás de tal decisión como determinar el riesgo real que presenta el paciente de poder llevar a efecto su intención suicida a corto o medio plazo.

Cuando esta ideación suicida no se ha hecho visible, hay que estimar el nivel de riesgo, que vendrá determinado por el número y entidad de los factores de riesgo que pueden detectarse entre los factores predisponentes (edad, sexo, entorno social, etc.) o de los antecedentes médicos del paciente a través del examen de la historia clínica. Precisamente, el punto débil de cualquier profesional de la medicina radicará en la ponderación de los factores de riesgo, que en buena parte tendrán una naturaleza objetiva. Un varón de 60 años que padece una depresión severa y al que se le acaba de diagnosticar un posible cáncer de próstata, que está divorciado y vive completamente solo en una casa de campo cumple ya por sí 7 de los diez ítems

que podrían hacer considerar procedente un ingreso involuntario. De hecho, en las recomendaciones del SAS (3) se llega a advertir sobre la conveniencia de preguntar abiertamente a todos los pacientes con factores de riesgo si han llegado a pensar en suicidarse. Algunos de ellos son desgraciadamente auténticas antesalas de ideaciones autolíticas susceptibles de resolución, como sucede con distintos grados de depresión que llegan a alcanzar un porcentaje de entre el 65-90% en el número total de suicidios e intentos de suicidio (2).

En el supuesto del error de prescripción, el profesional de la medicina diseña una solución terapéutica que no resuelve el problema de salud que padece su paciente, o permite que se agrave o incluso da lugar a nuevos problemas de salud derivados de la medicación o de las indicaciones terapéuticas recomendadas. Un exceso o insuficiencia de medicación, un período de internamiento insuficiente, o un alta con derivación sin tener garantizado un soporte social o familiar adecuado que mantenga al paciente fuera del riesgo de ideación suicida pueden representar supuestos incontestables de posible responsabilidad profesional.

Es en base a una correcta valoración desde la que pueden adoptarse medidas terapéuticas adecuadas para hacer frente a tan preocupante problema de salud. Con un buen diagnóstico el profesional sanitario se verá respaldado con los protocolos de actuación que de forma más o menos precisa indican las pautas a seguir en función del grado que alcance el riesgo de resolución. En las citadas recomendaciones del SAS se llegan a sugerir incluso plazos de internamiento involuntario; ante un riesgo serio de suicidio, se propone un período de al menos cuatro días que podría ser de corta duración en casos de ideación suicida crónica (entre uno y cuatro días). Pero más que el tiempo de estancia hospitalaria, interesa más el diseño terapéutico tras el alta hospitalaria. Se habla de que el paciente reciba algún tipo de atención por servicio de salud en las primeras 24 horas, y de que el seguimiento a nivel comunitario se realice en la primera semana, el período de mayor riesgo de recaída. Este plan terapéutico habría de basarse en cuatro pilares esenciales (3): Tratamiento farmacológico para atender la patología de base o sintomatología en que se funde o que favorezca la ideación suicida; obtención de un compromiso explícito por parte del paciente de asumir y seguir el tratamiento (contrato terapéutico); búsqueda de apoyo familiar o de allegados que asuman la responsabilidad de vigilar al paciente en cuanto respecta a la adherencia al tratamiento y evitación de agravación o situaciones de riesgo; y apoyo o derivación a seguimiento por otras estructuras de apoyo, tales como unidades de salud mental, atención primaria, centros de drogodependencias, etc. En este tipo de patologías, evidentemente, la actitud del personal facultativo o de apoyo psicosocial debe ser siempre activa y vigilante ante el riesgo de abandono de la estrategia terapéutica. La no asistencia a terapias o consultas programadas debería activar las alertas encaminadas a comprobar el verdadero estado del paciente a través

de contacto directo con el mismo, consultas con parientes o petición de apoyo o indagaciones por parte de trabajadores sociales u otro personal asistencial.

Entrando ya en el ámbito de la valoración jurídica de las posibles responsabilidades derivadas de una ideación autolítica resuelta tras la atención facultativa, debe quedar muy claro que la sola relación de causalidad entre un alta médica y un suicidio no comporta responsabilidad civil o penal. Se sanciona el comportamiento del profesional que lleva a no impedir o evitar tal resultado adverso dentro de los límites propios de la ciencia médica, del respeto de la libertad del paciente y del círculo de responsabilidades propias. El médico de urgencias o psiquiatra de guardia no responde por el fatal desenlace del paciente al que ha atendido sino como consecuencia de su actuar contrario a la *lex artis* del que se deriva tal resultado occisivo. En este contexto, tres son los elementos de la imprudencia por mala praxis médica que adquieren una especial relevancia: el elemento psicológico, el normativo y el juicio de imputación objetiva.

El elemento psicológico parte de la previsibilidad y evitabilidad de la materialización de una ideación suicida. En la medida en que los factores de riesgo que permiten la detección y debida ponderación de la existencia de una ideación suicida hubieran o debieran haber aflorado, y que el profesional médico que atendiera al paciente no hubiera actuado convenientemente, se estaría dando cumplimiento a este requisito. Por ello cobra tanta relevancia la correcta anamnesis en pacientes en los que son patentes los factores de riesgo asociados a ideación suicida. Pero idéntica trascendencia alcanza tanto el factor evitabilidad como la previsibilidad. De nada sirve ser especialmente exigentes a nivel diagnóstico cuando el desenlace puede ser el mismo. No debemos olvidar que el suicidio no es la consecuencia necesaria e inevitable de una ideación suicida. La plena garantía de evitación del suicidio de una persona pasaría siempre por la contención mecánica y la inocuización de cualquier riesgo de materialización de tal deseo; lo cual es radicalmente contrario a la dignidad que como ser humano tiene cualquier persona, incluso un suicida en potencia. El fracaso en la terapia que se mueve en ese ámbito de respeto a la dignidad de la persona y a su capacidad de consentir libre e informadamente debe ser equiparado a una situación de inevitabilidad excluyente de una responsabilidad por mala praxis.

El elemento normativo se manifiesta como la infracción de un deber objetivo de cuidado en el cumplimiento de reglas sociales establecidas para la protección de bienes social o individualmente valorados. Tratándose de una imprudencia profesional médica, además, tal conducta imprudente habrá de consistir en la omisión grave de aquellas reglas científicas o técnicas que son exclusivas de la profesión. Incumple el elemento normativo el médico que atendiendo a un paciente con factores de riesgo y que presenta lesiones compatibles con ser auto-infligidas no valora el riesgo de suicidio.

En cualquier caso, resulta crucial comprender que la relación de causalidad, el simple establecimiento de lazos causales entre una ideación suicida y su consumación, encuentra como límite el que tal resultado sea objetivamente imputable a la acción u omisión del deber de cuidado que se atribuye al profesional de la medicina. La exigencia de la existencia de un vínculo de imputación objetiva entre tal comportamiento y un resultado adverso concreto parte de la superación de un juicio concreto de valor: Para que un determinado resultado sea imputable a una acción u omisión concreta no bastará con que exista una incontestable relación de causalidad, sino que el resultado debe ser una representación/consecuencia no tolerada por la norma jurídica del riesgo que representaba en sí mismo tal acción u omisión. El resultado debe ser precisamente una materialización de tal riesgo: como el médico no indagó en la existencia de factores de riesgo de suicidio en un paciente diagnosticado de trastorno depresivo decidió darle el alta médica, e inmediatamente éste se ahorcó en su domicilio. Dentro del riesgo que representaba dar el alta en estas circunstancias sin tratar de constatar la existencia de ideación suicida se encontraría precisamente que el paciente llevara a efecto tal decisión. Sin embargo, existen al menos dos reglas que producirían una posible ruptura de este círculo de responsabilidad que daría pie a la superación del juicio de imputación objetiva:

1. La llamada *prohibición de regreso*: Supone la intervención concausal relevante de un tercero o del propio paciente, de suerte que se produce una ruptura del título de imputación objetiva en que se fundamenta la responsabilidad del profesional médico. No puede atribuirse responsabilidad al psiquiatra de guardia que decide un alta condicionada a un compromiso familiar de acompañamiento del paciente porque los parientes que lo acompañan no son sinceros a la hora de comprometerse en su atención y vigilancia, dejando a aquél en condiciones favorables no solo para abandonar el tratamiento, sino incluso para dar cumplimiento a su deseo de poner fin a su vida.
2. El principio de la *autopuesta en peligro*: Se producirá igualmente una ruptura del nexo de imputación objetiva cuando es el propio paciente quien se pone en riesgo, sobrepasando los controles y cautelas impuestos en la estrategia terapéutica. Si pese a ser convenientemente advertido de la prohibición expresa de consumir alcohol mientras está con medicación, el paciente decide irse de copas con los amigos y como consecuencia de la situación de ansiedad y remordimiento que le atribula decide tirarse desde el Puente de San Rafael al río Guadalquivir, es evidente que tal desenlace escaparía del ámbito de responsabilidad del psiquiatra que le atendiera.

En definitiva, la correcta praxis del profesional médico que atiende una situación de riesgo de suicidio pasa por una adecuada estrategia de detección y valoración de los ítems que, ocultos o aparentes, concurrieran en el paciente, la debida

valoración del riesgo real de materialización y el diseño de una estrategia terapéutica que, respetuosa de la libertad y la dignidad del paciente y de su capacidad de otorgar un consentimiento informado, tienda a mitigar o inocular los factores patológicos y/o vitales estresantes que alimentan esa ideación suicida. La labor coordinada de médicos generalistas y especialistas en psiquiatría es crucial, actuando aquéllos como primera barrera de detección de tales factores de riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Díez Picazo LM. Sistema de derechos fundamentales. Madrid: Thomsom-Civitas, 2003.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. Ginebra: OMS, 2000. Disponible en: [www.who.int/entity/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](http://www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)
- (3) Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Granada: Dirección de Organizaciones Sanitarias, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_smental\\_promprev\\_3\\_1](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_smental_promprev_3_1)
- (4) España Osuna A, Fernández Pérez C. Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas. Revista Médica de Jaén 2010; 2: 29-34.
- (5) Chiclana Actis C, Giner L. Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio. Medicine 2011; 10: 5777-81.
- (6) De la Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2013.
- (7) Paterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson G. Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. Psychosomatics. 1983; 24(4): 343-349.
- (8) Van Casteren V, Van der Veken J, Tafforeau J, Van Oyen H. Suicide and attempted suicide reported by general practitioners in Belgium, 1990-1991. Acta Psych Scand 1993; 87(6): 451-455.
- (9) Bobes J, González JC, Sáiz PA, editores. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, 1997.
- (10) Hawton K. A national target for reducing suicide. Important for mental health strategy as well as for suicide prevention. Keith Hawton University of Oxford BMJ Clinical Research 1998; 317(7152): 156-157.