

Psiquiatría Legal **4** para el psiquiatra clínico

CURSO ONLINE

MÓDULO 1

“Formación sobre el
suicidio para psiquiatras
desde la perspectiva legal”

AUTORES:

► **Sra. Isabel Marín Moral**

Abogada. Consultora en farmacia, sanidad, productos cosméticos y medical devices. Profesora Doctora en la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid - PhD.

► **Dr. Guillermo Lahera Forteza**

Psiquiatra y profesor de Psiquiatría y Psicología Médica en la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid. Doctor en Medicina.



ALTER MÉDICA

Psiquiatría Legal

para el psiquiatra clínico

4



ALTER MÉDICA

MÓDULO 1

1. Regulación del suicidio

- 1.1. Qué es el suicidio
- 1.2. ¿Está prohibido?
- 1.3. ¿Puede el Estado mirar hacia otro lado?
- 1.4. La inducción al suicidio y facilitación del suicidio
- 1.5. ¿Cuándo hay responsabilidad penal?
- 1.6. La inducción pública al suicidio
- 1.7. El deber de socorro
- 1.8. Supuestos específicos
- 1.9. El suicidio vs lesión
- 1.10. Resumen

2. Eutanasia

- 2.1. Suicidio vs. Eutanasia
- 2.2. La eutanasia: un caso específico de muerte asistida o facilitada
 - 2.2.1. Requisitos para que exista eutanasia legal
 - 2.1.2. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios (art. 16 LRE)
 - 2.2.3. Esquema del procedimiento de eutanasia

3. El papel del psiquiatra ante pacientes autolíticos: Responsabilidad

- 3.1. Error de diagnóstico
- 3.2. El error de prescripción
- 3.3. El caso particular de la responsabilidad del médico residente

4. Medidas y herramientas de prevención del suicidio desde la administración

- 4.1. Programas de prevención en España
- 4.2. Teléfonos gratuitos

5. Bibliografía

1. REGULACIÓN DEL SUICIDIO

1.1. Qué es el suicidio

El suicidio es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencionada.

Dos son los aspectos que definen el suicidio:

Intencionalidad

Hay un acto intencionado del suicida, que quiere morir.

Finalidad

El fin es la muerte y solo hay suicidio si hay muerte.

Las razones que llevan a una persona a suicidarse, entre otras, son:

1. Enfermedad crónica
2. Depresión
3. Trastorno bipolar
4. Esquizofrenia
5. Trastorno del límite de la personalidad
6. Uso de drogas y alcohol
7. Desesperación por razones económicas o personales
8. La soledad
9. Violencia familiar, incluyendo abuso físico o sexual
10. Ludopatía
11. El acoso psicológico

Suicidio activo

La persona que quiere quitarse la vida adopta cuantas medidas cree suficientes para conseguir el fin

Es la persona que ingiere pastillas hasta morir, que se tira por un puente o que se ahorca, entre otras cosas

Suicidio asistido

Otra persona ayuda a morir a la persona que quiere quitarse la vida, bien porque tenga conocimientos para ello o pueda acceder a medios suficientes para llevar a cabo el fin pretendido

En este caso es de especial relevancia la normativa aplicable

Finalmente existe el **intento de suicidio**, en el que existe la voluntad de morir, pero no se consigue el fin buscado.

1.2. ¿Está prohibido?

El **suicidio activo** no está prohibido puesto que cualquier persona que se mata y consigue el fin buscado deja de ser persona y por tanto es inimputable. Un muerto no puede ser objeto de un procedimiento judicial.

En el caso del **suicidio asistido** el fallecido no podrá ser imputable, pero sí lo podrá ser aquél que ha facilitado la muerte, tal y como se tratará en el suicidio asistido.

1.3. ¿Puede el Estado mirar hacia otro lado?

No, el Estado no puede obviar el problema de los suicidios a pesar de ser un tema que tiene que ver con la libertad de la persona.

Se trata de un problema de salud pública. Hay que analizar las razones de llevar al suicidio y tomar medidas para evitarlos. Ninguna sociedad quiere que sus integrantes mueran.

¿Qué dice la normativa vigente en España?

- La Constitución reconoce el derecho a la vida (art. 15 CE).
- De acuerdo con el art. 53CE el derecho a la vida reconocido vincula a los poderes públicos y deben respetar su contenido esencial.
- La tutela de derecho a la vida puede instarse ante el Tribunal Constitucional (art. 161CE).

1.4. La inducción al suicidio y facilitación del suicidio.

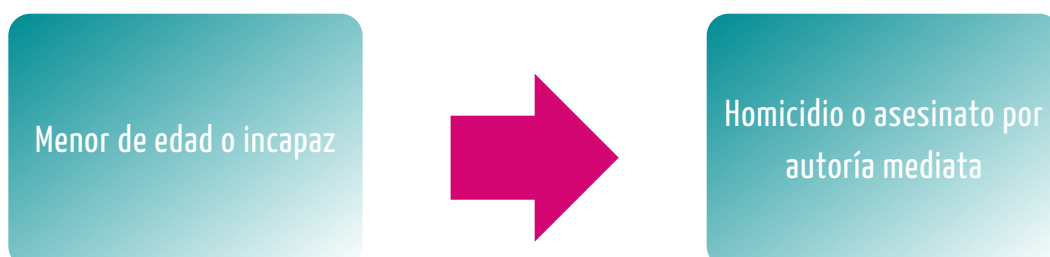
Es importante y presupuesto necesario del suicidio que la decisión de suicidarse deba ser tomada libre y conscientemente por la persona que quiere morir.

Por ello las conductas que inducen al suicidio pueden ser objeto de diligencias penales.

La edad y la capacidad de la persona importan. Hay que diferenciar entre diferentes supuestos:

1. Si es menor de edad o es incapacitado

En casos de menores de edad o de incapaces se estaría ante un homicidio o asesinato por autoría mediata, ya que el inducido es un mero instrumento del inductor, que es quien tiene el control del hecho.



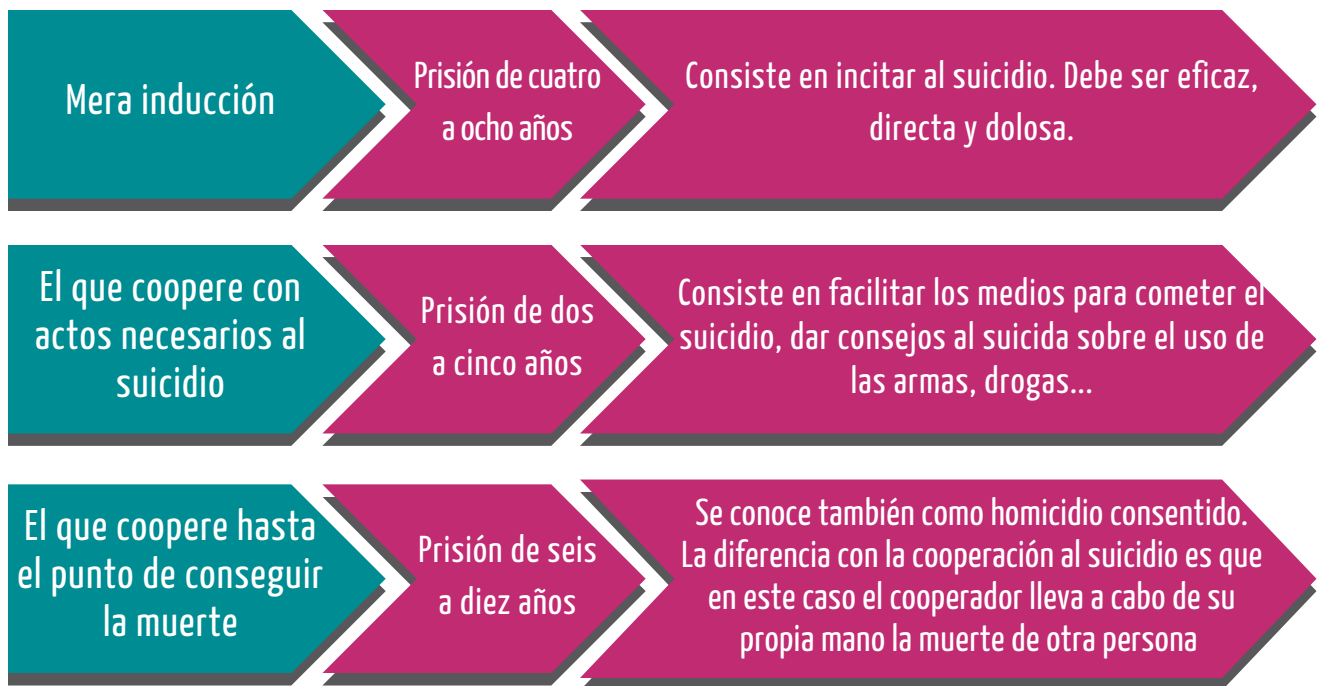
2. Si es mayor de edad

La inducción al suicidio a una persona está castigada en el **Código Penal en el art. 143**. La característica de la inducción es que sólo podrá entenderse producida cuando se dirija a una persona que no ha decidido suicidarse por ella misma.

En este precepto se diferencian penas según la participación del sujeto que induce al suicidio.

1. La mera inducción al suicidio de otros será castigada con la pena de prisión de cuatro a ocho años. En este caso se encuentra alentar a otro a que se suicide. Se trata de incitar o determinar directamente a otro a cometer un hecho que no es constitutivo de delito: quitarse la propia vida. Debe ser eficaz (consiga el fin de que el tercero se suicide), directa (la acción de inducción vaya dirigido a ese tercero) y dolosa (existe el ánimo de que ese tercero se quite la vida).
2. Si existe cooperación al suicidio la pena de prisión es de dos a cinco años. Puede cometerse el delito lo mismo procurando los medios para cometer el suicidio, que proporcionando consejos al suicida sobre el uso de las armas, drogas, la técnica del suicidio como el ahorcamiento, entre otros. El cooperador colabora a la consecución de la voluntad del suicida, que es quien ejecuta el hecho.
3. Ahora bien, en el caso de que la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte la pena es de seis a diez años. Se conoce también como homicidio consentido y la diferencia con la cooperación al suicidio es que en este caso el cooperador lleva a cabo de su propia mano la muerte de otra persona que había adoptado la decisión de quitarse la vida, mientras que en el caso anterior es el propio suicida el que ejecuta materialmente su propia muerte. Como estamos en presencia de un acto de cooperación al suicidio, es necesario que el suicida sea plenamente consciente, y su voluntad plenamente libre, de lo contrario sería un homicidio.

El art. 143 contempla también una **especialidad** en caso de personas que tienen **enfermedades graves o mucho sufrimiento**. En este sentido, castiga con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas cuando la persona suicida pide expresamente la ayuda porque sufre un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables. A esto se le llama "eutanasia activa directa".



1.5. ¿Cuándo hay responsabilidad penal?

El acto de inducción y/o cooperación:

- Ha de ser eficaz, es decir, que determine la voluntad del suicida. No hay delito si el suicida ya había decidido quitarse la vida.
- Ha de ser directa, esto es, dirigida a un sujeto concreto.
- Ha de ser dolosa.
- Debe haber una conducta activa, excluyéndose en consecuencia, la inducción por omisión.

Finalmente, los tribunales han interpretado que **existe inducción al suicidio** en los casos de **suicidio compartido**. El suicidio compartido se da en los casos en que dos o más personas se ponen de acuerdo en quitarse la vida a la vez o en el mismo acto. Sin embargo, en el caso de que una de las personas no fallezca y, por tanto, sobreviva sí se puede generar responsabilidad penal, en atención a su participación en los hechos. Al **sobreviviente** no se le puede imputar responsabilidad penal por la decisión adoptada y no culminada de poner fin a su propia vida, **pero sí en cuanto a la intervención** que hubiera podido tener en la muerte del otro u otros.

EXCEPCIÓN IMPORTANTE: No está sujeto a ningún tipo de responsabilidad penal aquel que ayude o colabore al suicidio en aplicación de la Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia.

1.6. La inducción pública al suicidio

En el caso de que la inducción al suicidio no sea a una persona en concreto ha de evaluarse cómo se hace y a quién va dirigida la información.

En 2021 se introdujo nuevo artículo en el Código Penal para poder exigir responsabilidades a aquellos que utilicen **redes sociales e internet** para alentar al suicidio. Se trata del **art.143 bis CP**.

¿En qué consiste?

Aquellas personas que **distribuyen o divulguen públicamente** a través de **Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información o de la comunicación**, contenidos específicamente destinados a promover, fomentar o incitar al suicidio de personas menores de edad o personas con discapacidad necesitadas de especial protección, serán castigadas con la pena de prisión de uno a cuatro años.

Quedan exceptuadas las personas mayores de edad, que no tengan discapacidad.

Fomento o incitación al suicidio



Distribución o divulgación a través de Internet, teléfono u otras tecnologías



A menores o personas con discapacidad



Prisión de uno a cuatro años

La labor tuitiva del Estado obliga a que la administración sea activa y por ello, los contenidos en las redes sociales e Internet que promuevan, fomenten o inciten al suicidio, **serán retirados a instancia de las autoridades judiciales**, así como se instará la interrupción de los servicios que ofrezcan predominantemente dichos contenidos o el bloqueo de unos y otros cuando radiquen en el extranjero.

1.7. El deber de socorro

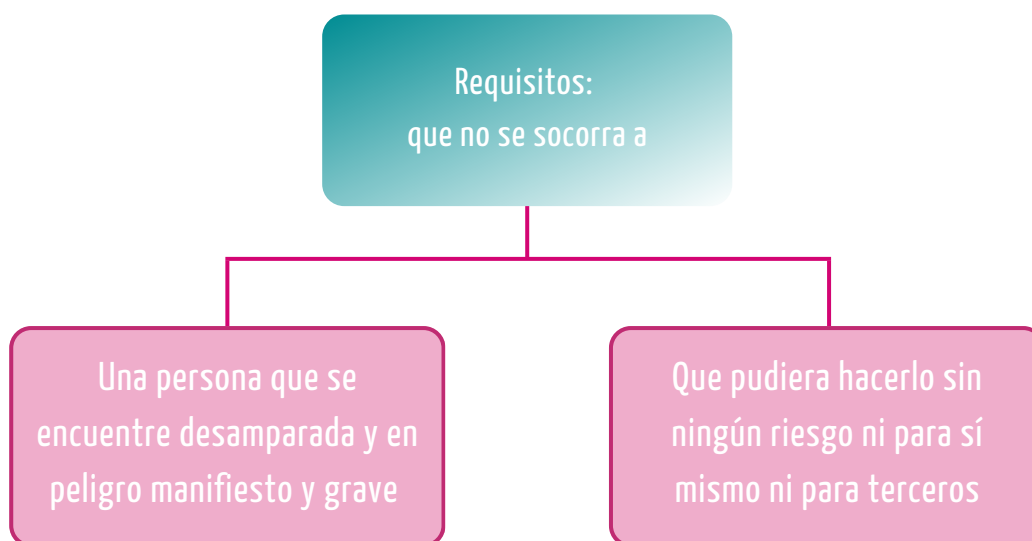
El delito de omisión del deber de socorro en España está regulado en los artículos 195 y 196 del Código Penal. El primero se refiere a la omisión del deber de socorro que se aplica a cualquier persona que pueda ser responsable penalmente y, el segundo, es específico para profesionales sanitarios y se le califica como “delito de omisión del deber de asistencia sanitaria”.

El primero dice así:



Artículo 195 Código Penal.

1. El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses.
2. En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno.



Este último matiz es trascendental, porque se exime de responsabilidad penal a la persona que, obligada a asumir un **peligro excesivo** en la operación de rescate o ayuda, termina no realizándola.

Sin embargo, **en el caso de los médicos existe un tipo penal específico** que es el art. 196 CP, que es el **delito omisión del deber de asistencia sanitaria**.

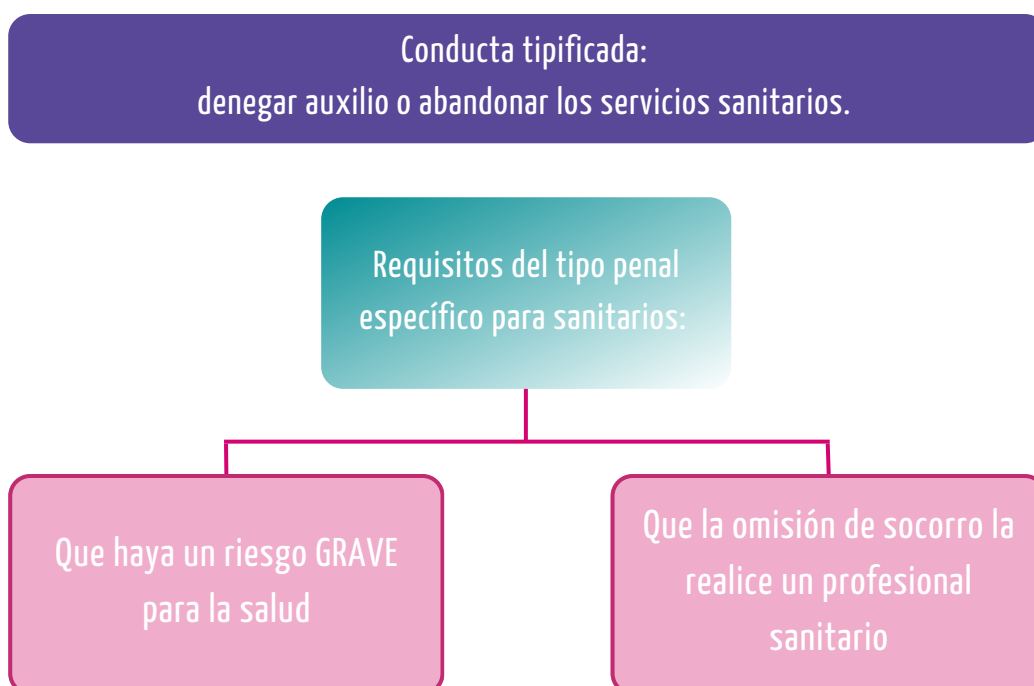


Artículo 196.

El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

La conducta típica del art. 196 CP se desdobra en dos: **denegar auxilio o abandonar los servicios sanitarios**.

El delito se consuma cuando se realiza y concurren otros dos requisitos, ambos de naturaleza normativa, el primero es que la conducta comporte un riesgo **grave** para la salud y el segundo que el sujeto activo sea un **profesional sanitario**, obligado por normas extrapenales (STS 29/11/2001).



En el caso de una persona que se ha intentado suicidar sin haberlo conseguido, **el médico que lo asiste debe atenderle si hay un riesgo grave para su salud**. Si le deja morir se incurre en el delito tipificado del art. 196 CP. Habida cuenta que con un intento de suicidio lo que se busca es la muerte, debe considerarse que no atender al suicida o impedir el suicidio cuando se puede, comporta un riesgo que puede calificarse grave para la salud de la persona.

En la reciente sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 27/01/2022 se resuelve sobre si había responsabilidad penal del psiquiatra del centro penitenciario sobre un suicidio de un interno en la cárcel e indica que lo relevante es la prueba:



“Procede, por tanto, la práctica de diligencias de instrucción que ofrezcan información sobre el estado psíquico del interno, de manera que debe recabarse el **expediente que obre en los Servicios Médicos del Centro Penitenciario, incluyendo necesariamente toda la asistencia psiquiátrica que se le hubiere ofrecido**.

Igualmente, procede **recabar diligencias de carácter pericial para conocer que comporta, en general, la activación del protocolo de evitación de suicidios en un centro penitenciario**, y que hubiera comportado, en este caso, tal activación, sobre todo teniendo en cuenta la situación de aislamiento del interno y el periodo de tiempo de tal situación. Tras la práctica de tales diligencias y de las que se valoren como necesarias o de las que se derivan, el Juzgado de Instrucción deberá volver avalorar la suficiencia indiciaria respecto de las infracciones referidas, teniendo en cuenta, además, que, si la conclusión es afirmativa respecto del delito de omisión del deber de socorro, deberá incoar el procedimiento para enjuiciamiento por Jurado.”

1.8. Supuestos específicos

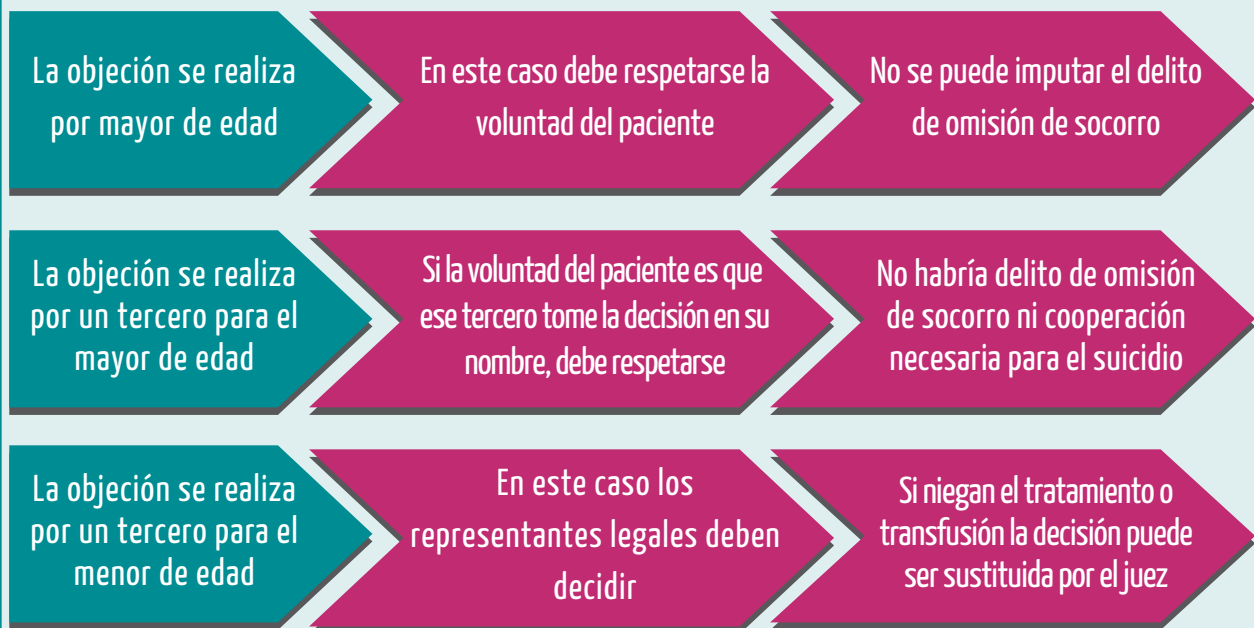
Se debe cuestionar si es de aplicación el art. 196 CP a supuestos específicos sobre los que ya existe jurisprudencia.

1 - La objeción a determinados tratamientos médicos

En ocasiones los pacientes, por razones religiosas o ideológicas, no quieren que se les dé un determinado tratamiento médico, que puede ser un fármaco, pero también una mera transfusión de sangre.

En estos casos, ¿se está ante un suicidio?

Diferentes supuestos:



2 - La huelga de hambre

¿Puede decidir un reo en la cárcel morir de hambre? ¿Es un suicidio?

En estos casos el Tribunal Constitucional consideró legal la **alimentación forzosa** aprobada por la autoridad judicial, que **solo se puede aplicar si corre riesgos la vida del huelguista**.

La razón para intervenir en la no finalización de la vida es que la obligación de los poderes públicos de salvaguardar la vida del recluso debía prevalecer sobre la libre decisión de éstos de continuar la huelga de hambre.

1.9. El suicidio vs. lesión

El suicida busca acabar con su vida, es la forma de poner un fin a su existencia. No siempre que el paciente se lesiona quiere suicidarse.

Además, en ocasiones, el suicidio no termina en muerte sino en meras lesiones. Se trata de las llamadas lesiones autolíticas.

Estas lesiones pueden ser no suicidas, ya que causan dolor o son lesiones superficiales que no tienen por objetivo causar la muerte, si bien son una indicación de que existe un problema.

La autolesión puede ser:

- Una manera de reducir la tensión o los sentimientos negativos
- Una forma de resolver las dificultades interpersonales
- Un autocastigo por las faltas percibidas
- Una solicitud de ayuda

Por el contrario, puede haber lesiones autolíticas (por ejemplo, envenenamiento, intoxicación, etc.)

En estos casos puede tratarse de un intento de suicidio, si hay una intención de la persona en causarse la muerte.

Normativa aplicable:



Artículo 147.

El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado, como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de tres meses a tres años o multa de seis a doce meses, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

A nivel legal quien se autoinflige daño no es sujeto imputable al amparo del art. 147 CP, que prevé el delito de lesiones cuando es un tercero quien las causa.

Por tanto, solo en el caso de que la lesión se haya producido **por el cooperador necesario** para el intento de suicidio se estaría ante el delito de lesiones.

Quien provoque dichas lesiones podrá ser castigado con la pena de prisión de dos a cinco años, pero no se podrá castigar a quien sufrió las lesiones o a quien selas autoinfligió.

1.10. Resumen

- Una persona puede suicidarse, pero no es responsable penal por quitarse la vida.
- Una persona puede ayudar a suicidarse a otra. En ese caso es un suicidio asistido que tiene responsabilidad penal para quien ayuda, salvo que se haga al amparo de la ley de eutanasia. Esa ayuda o cooperación puede considerarse homicidio consentido si es quien realiza la muerte.
- Aquellos que incitan al suicidio públicamente, sin ir dirigidos expresamente a una persona, también son responsables penales.
- En el caso de inducir a un menor o persona con discapacidad al suicidio se estaría ante un homicidio o asesinato por autoría mediata. Es el caso de la reciente sentencia de la Audiencia Provincial de Castellón de la Plana de 29/07/2022 (Rec. 3/2021 y resolución 11/2022) se condena a la persona que indujo a un menor (17 años) a tirarse por la ventana con una pena de 10 años de prisión, con inhabilitación absoluta durante el tiempo de condena.
- No están sujetos a ninguna pena quienes faciliten la muerte en aplicación de la ley de eutanasia.
- El profesional sanitario debe estar especialmente alerta en casos de intento de suicidio ya que en caso contrario, y según los casos (y sobre todo la prueba), podría argumentarse un delito de omisión del deber de asistencia sanitaria.

Por lo tanto, actualmente se debe analizar cada caso, puesto que la respuesta penal puede ser muy diferente, pudiendo ir desde la falta de tipicidad, hasta casos de eutanasia o, incluso, homicidios imprudentes o dolosos.

Además, el médico debe tener presente las consecuencias que puede haber en caso de acciones o actuaciones autolíticas del paciente y de lo que supone la omisión del deber de asistencia sanitaria.

2 . LA EUTANASIA

2.1. Suicidio vs. Eutanasia

En el **suicidio** es la persona la que libremente decide poner fin a su vida.

En la **eutanasia** también es necesario que haya una decisión libre, pero en **este caso es preciso que haya una ayuda o asistencia médica**.

Normativa de la eutanasia: Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (en adelante LRE).

Normativa aplicable: **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.**

La ley de la eutanasia regula:

- El derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir.
- El procedimiento que ha de seguirse.
- Las garantías que han de observarse.

Hay que diferenciar entre:

Eutanasia activa

No administración de tratamiento o la suspensión de un tratamiento ya iniciado

Eutanasia indirecta

Aplicación de sistemas terapéuticos para tratar el dolor pero que pueden adelantar la muerte por depresión del sistema nervioso y, en general, del tono vital y del funcionamiento de los distintos órganos

Asimismo, la ley, determina los deberes del personal sanitario que atienda a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley.

La eutanasia realizada en el marco de la ley no genera ningún tipo de responsabilidad penal para quienes han facilitado el fallecimiento.

2.2. La eutanasia: un caso específico de muerte asistida o facilitada.

La eutanasia etimológicamente significa "buena muerte".

El art. 4 LRE reconoce "el derecho de toda persona que cumpla los requisitos de esta ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir".

La decisión para morir debe ser libre, madura, autónoma:

- Decisión autónoma. Para ello es preciso que haya sido informada la persona adecuadamente por el equipo sanitario responsable. Debe dejarse constancia en la historia clínica que el paciente ha recibido la información y que la ha comprendido.
- La decisión debe ser madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas. En este sentido debe mediar un tiempo de reflexión entre la fecha de la información a la de ejecución de la eutanasia.
- Si el solicitante es persona con discapacidad debe tener las medidas de apoyo oportunas para la toma de la decisión.

2.2.1.Requisitos para que exista eutanasia legal

Para que pueda haber eutanasia es necesario:

Que el solicitante cumpla las condiciones exigidas legalmente

Que se siga el procedimiento legal

Que se observen las garantías legales

A) Condiciones legales del solicitante para poder optar a la eutanasia en España:

1. Tener la **nacionalidad española o residencia legal en España** o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
2. Disponer por **escrito** de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes **alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos** integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
3. **Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito**, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.
4. **Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante** en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.
5. **Prestar consentimiento informado** previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

Excepción: el testamento vital o documento de últimas voluntades

Se aplica la voluntad del paciente en el testamento vital o documento de últimas voluntades:

A quienes no están en el pleno uso de sus facultades, ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes expresas en ese momento de la eutanasia.

Deben cumplir las condiciones de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave.

En estos casos el médico debe certificar la situación del enfermo y, hablará con su representante en el caso de que conste que el enfermo lo haya nombrado representante en el testamento vital.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

B) Procedimiento legal

Inicio del procedimiento:

Presentación de la petición

- La solicitud de prestación de ayuda para morir deberá hacerse por **escrito**, debiendo estar el documento fechado y **firmado** por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita. Si lo firma un tercero, dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.
- El documento deberá firmarse en presencia de un **profesional sanitario que lo rubricará**. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la **historia** clínica del paciente.

- El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá **revocar** su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el **aplazamiento** de la administración de la ayuda para morir.
- Si hay **testamento vital** la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente.

Decisión sobre la petición:

Trámites para decidir sobre la petición

- Una vez recibida **la primera solicitud** de prestación de ayuda para morir, **el médico** responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, realizará con el paciente solicitante un **proceso deliberativo sobre su diagnóstico**, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Deberá también **facilitarse por escrito**, en el plazo máximo de cinco días naturales.
- Una vez recibida la **segunda solicitud, el médico responsable**, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el **proceso deliberativo** al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier **duda o necesidad de ampliación de información** que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud.
- Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso, **el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión** de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia **al equipo asistencial**, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la **firma del documento del consentimiento informado**.
- En el caso de que el paciente **decidiera** desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.

- El médico responsable deberá consultar a un **médico consultor**, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá **corroborar el cumplimiento de las condiciones legales** para solicitar la eutanasia, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un **informe** que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.
- En caso de **informe desfavorable** del médico consultor, el paciente podrá **recurrir** a la Comisión de Garantía y Evaluación.
- El **médico responsable**, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la **Comisión de Garantía y Evaluación**, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice una **verificación previa**.
- La comisión de garantía y Evaluación designará en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, **un profesional médico y un jurista**, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe. **Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación**. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar y podrá presentarse finalmente recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.
- La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a **realizar la prestación de ayuda para morir**; todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales.

C) Realización de la prestación de ayuda para morir

La prestación de ayuda para morir es la acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en la Ley de eutanasia y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en **dos modalidades**:

1. **La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.** En este caso el médico responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.
2. **La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia,** de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte. En este caso el médico responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.

2.2.2. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios (art. 16 LRE)

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por **razones de conciencia** es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

Las administraciones sanitarias crearán un **registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia** a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

No puede discriminarse a ningún profesional sanitario que haya declarado su condición de objetor de conciencia. Esto implica que no se pueden asociar consecuencias negativas a la objeción como la promoción interna o el no acceso a incentivos, entre otros.

El profesional sanitario **puede cambiar de opinión** a lo largo de su carrera, pasando a formar parte del registro o quitándose. Por ello es posible la objeción sobrevenida y la reversibilidad de la decisión.

El registro actualmente es autonómico

Andalucía:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/guia-laboral/declaracion-de-objecion-de-conciencia-la-prestacion-de-la-ayuda-para-morir>
<https://www.juntadeandalucia.es/servicios/sede/tramites/procedimientos/detalle/24731.html>

Aragón: En trámite parlamentario. No hay trámite específico.

Asturias:

<https://codepa.es/es/noticias/bopa-registro-de-profesionales-sanitarios-objectores-de-conciencia-realizar-la-prestacion>

Canarias:

https://sede.gobiernodecanarias.org/sede/procedimientos_servicios/tramites/6920

Castilla la Mancha: Declaración responsable. No hay trámite específico.

Cantabria:

<https://sede.cantabria.es/sede/catalogo-de-tramites/tramite/Declaraciones-y-comunicaciones-de-los-interesados/5427>

Castilla y León:

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia/declaracion-objecion-conciencia-profesionales-sanitarios-pr>

Cataluña:

[https://canalempresa.gencat.cat/es/integraciodepartamentaltramit/tramit/PerTemes/Registre-de-professionals-sanitaris-objectors-de-consciencia-per-dur-a-terme-lajuda-per-morir-eutanasia#:~:text=Es%20un%20registro%20administrativo%20electr%C3%B3nic,ayuda%20para%20morir%20\(eutanasia\).](https://canalempresa.gencat.cat/es/integraciodepartamentaltramit/tramit/PerTemes/Registre-de-professionals-sanitaris-objectors-de-consciencia-per-dur-a-terme-lajuda-per-morir-eutanasia#:~:text=Es%20un%20registro%20administrativo%20electr%C3%B3nic,ayuda%20para%20morir%20(eutanasia).)

Comunidad de Madrid:

<https://tramita.comunidad.madrid/inscripciones-registro/reg-objectores-conciencia-ayuda-morir>

Comunidad Valenciana:

https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=21878

Extremadura: Declaración responsable. No hay trámite específico.

<http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2021/1910o/21040142.pdf>

Galicia:

https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1404/Anexo_XVIII_Modelo_exercicio_obxeccion_conciencia.pdf

Murcia:

[https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3619&IDTIPO=240&RASTRO=c\\$m40288](https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3619&IDTIPO=240&RASTRO=c$m40288)

Islas Baleares:

http://www.caib.es/sites/eutanasia/es/objecion_de_conciencia/

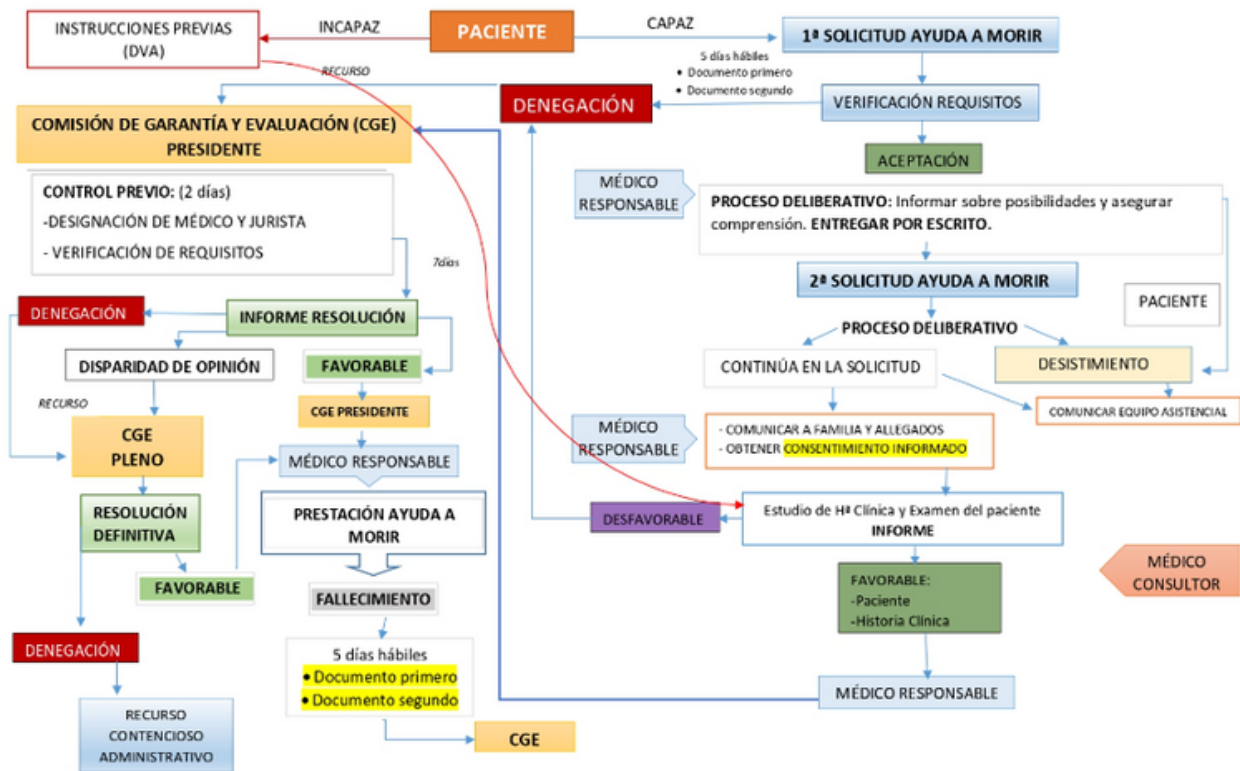
Navarra: Declaración responsable.

<https://bon.navarra.es/es/anuncio/-/texto/2022/180/4>

País Vasco:

<https://www.cmb.eus/registro-de-objecion-de-conciencia-a-la-prestacion-de-la-ayuda-para-morir-del-gobierno-vasco-oficial>

2.2.3. Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios (art. 16 LRE)



Fuente: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/prestacion-ayuda-para-morir/profesionales/procedimiento>

3 • EL PAPEL DEL PSIQUIATRA ANTE PACIENTES AUTOLÍTICOS: RESPONSABILIDAD

Generalmente no se piden responsabilidades médicas por el suicidio de una persona, sin embargo, ello no quita para que deba cuidarse la *lex artis* al máximo.

La responsabilidad penal del psiquiatra puede ser:

- **Intencional:** con dolor.
- **No intencional:** en cuyo caso la conducta puede ser imprudente (correr más riesgos de los debidos), por falta de pericia (falta de conocimientos o experiencia suficientes) y negligente (dejadez o descuido).

Para que haya responsabilidad penal se exige:

- Que la acción realizada por el psiquiatra no sea ajustada a la *lex artis*.
- Que se haya producido un daño, como es la muerte del paciente.
- Que se pruebe la relación de causalidad entre la acción del psiquiatra (lo que ha hecho o dejado de hacer) y el daño causado.

Se pueden plantear **dos momentos** de los que se pueden generar responsabilidad médica: el **error de diagnóstico y el error de prescripción**, o incluso una concatenación de errores que incidan en ambos ámbitos.

3.1. Error de diagnóstico

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.

Uno de los casos más habituales es dar el alta de forma indebida o no ingresarle después de un acto suicida.

En el caso del psiquiatra que tiene ante sí una persona que se ha **autolesionado** porque quiere suicidarse, conclusión que puede obtener bien porque lo exprese el paciente o sencillamente porque así pueda resultar de las acciones acometidas, o que manifiesta que quiere o tiene ideas suicidas, lo que debe hacer es:

- **Estabilizar al paciente y, posteriormente.**
- **Diagnosticar el nivel de riesgo de suicidio que presenta en el momento de ser atendido.**

Para ello, es preciso realizar una buena anamnesis y el examen de la historia clínica, dejando constancia de lo realizado en la propia historia clínica.

Es importante que quede constancia escrita de todo cuanto se ha realizado, ya que un porcentaje alto de personas que intentan suicidarse lo intentan de nuevo en el futuro y sólo si se escribe bien la historia se puede detectar el problema, poner un tratamiento y prevenir el suicidio.

Por tanto, la labor del psiquiatra en un primer momento es de analizar y comprobar si existe riesgo real de que el paciente pueda llevar a efecto su suicidio en un momento posterior. No se trata en el primer momento de determinar de manera inequívoca la patología, sino evaluar la gravedad de la ideación del suicidio.

Para **evaluar el riesgo suicida existen diversas escalas** que pueden ayudar a determinar la gravedad por los ítems que contienen y que pueden ser de utilidad clínica. Se pueden consultar en: G García-Portilla et al.: Banco de instrumentos básico para la práctica de la psiquiatría clínica. 8ª edición, Cyesan, 2022.

Si el paciente insiste que no quería suicidarse han de valorarse otras cuestiones para estimar el nivel de riesgo.

Por ello, es muy importante que en la historia clínica se deje constancia de cada posible riesgo, a fin de que con todo ello se puedan adoptar medidas efectivas. Por tanto, es importante que todas y cada una de las preguntas que se hacen al paciente queden reflejadas en la historia clínica, ya que algunas que por sí solas no son importantes en conjunción con otras lo pueden ser.

El psiquiatra podrá ser responsable por:

1. No rellenar la historia clínica.
2. No analizar la historia clínica del paciente.
3. No revisar los episodios anteriores del paciente, que pudieran por sí hacer prevenir la reincidencia en el intento de suicidio.
4. Falta de diligencia en el diagnóstico que realice al paciente.

3.2. El error de prescripción

Existe error de prescripción cuando el psiquiatra diseña una solución terapéutica que no resuelve el problema de salud que padece su paciente, o permite que sea grave o incluso da lugar a nuevos problemas de salud derivados de la medicación o de las indicaciones terapéuticas recomendadas.

La responsabilidad profesional vendría dada por una de las siguientes cuestiones

- Un exceso o insuficiencia de medicación.
- Un período de internamiento insuficiente.
- Un alta con derivación sin tener garantizado un soporte social o familiar adecuado que mantenga al paciente fuera del riesgo de ideación suicida.

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.

Cuestiones relevantes

La sola relación de causalidad entre una alta médica y un suicidio no comporta responsabilidad civil o penal, pero una dejación de funciones o falta de diligencia, sí.

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 riesgo suicida es dinámico y no estático, de ahí la importancia de una evaluación continua.

Cada caso es diferente. En la sentencia de la Audiencia Provincial de Jerez de la Frontera, de fecha 08/01/2020 (nº recurso 4/2018 u nº resolución 7/2020) no se condenó al psiquiatra que no ingresó a una paciente (y se escapó del hospital) y en su casa se tiró por la ventana porque no se considera probado que el médico con los antecedentes de la paciente pudiera considerar probable la posibilidad de que la paciente realizara un intento de suicidio, considerándose que no hay omisión del deber de asistencia sanitaria del art.196 CP.

Sin embargo, cada caso se analiza de forma independiente y puede llegar a conclusiones distintas.

El psiquiatra responderá de la muerte del paciente si su actuación ha sido contraria a la lex artis.

Elementos de la imprudencia por mala praxis médica que adquieren una especial relevancia

El elemento psicológico:

Cuando el psiquiatra no ha atendido al paciente suficientemente y no ha podido valorar los factores de riesgo que podrían determinar la existencia de una ideación suicida o no, valora los que ya habían aflorado.

El elemento normativo:

Incumple el elemento normativo el médico que atendiendo a un paciente con factores de riesgo y que presenta lesiones compatibles con ser autoinfligidas, no valora el riesgo de suicidio.

El juicio de imputación objetiva:

Para que un determinado resultado, como puede ser la muerte del suicida, sea imputable a una acción u omisión concreta del psiquiatra, 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.

Ejemplo: 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.

Sin embargo, existen al menos **dos reglas que producirían una posible ruptura** de esta responsabilidad:

- 1. La llamada prohibición de regreso:** Supone la intervención relevante de un tercero o del propio paciente, de modo que se produce una ruptura del título de imputación objetiva en que se fundamenta la responsabilidad del profesional médico.

Ejemplo: no puede atribuirse responsabilidad al psiquiatra que decide un alta condicionada a un compromiso familiar de acompañamiento del paciente, si los parientes incumplen su compromiso de atención y vigilancia del paciente y éste se suicida. En este caso, el psiquiatra no sería responsable.

- 2. El principio de la autopuesta en peligro:** Tampoco será responsable el psiquiatra si es el propio paciente quien se pone en riesgo, sobrepasando los controles y cautelas impuestos en la estrategia terapéutica.

Ejemplo: si se le ha dicho al paciente que no puede beber alcohol con la medicación y lo hace, creándose una situación de ansiedad que le instiga a suicidarse, el médico no sería responsable.

3.3. El caso particular de la responsabilidad del médico residente

El médico residente es un médico en formación y, por tanto, es el tutor o facultativo asignado el que debe de responder por las actuaciones del residente. Se exceptúan los casos en los que el médico interno residente haya actuado contraviniendo las directrices del superior o bien actuando al margen de ellas.

CONCLUSIÓN

El psiquiatra debe

- Detectar y valorar aquellas cuestiones del paciente con las que pueda presagiarse que puede haber un riesgo suicida. Debe hacerlo de forma activa y dejar constancia de todo ello en la historia clínica. No basta oír, también preguntar.
- Valorar el riesgo real de que se pueda suicidar, adoptando las medidas que considere para evitar el desenlace.
- Diseñar la terapia que permita al paciente superar sus deseos de suicidio, que deberán respetar la normativa vigente (p.e. en caso de sujeciones).

4 . MEDIDAS Y HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DESDE LA ADMINISTRACIÓN

4.1. Programas de prevención en España

A la fecha de elaboración de esta formación no existe un plan estratégico nacional de prevención del suicidio, a pesar de su incremento en los últimos años.

Sin embargo, las CCAA y algunas localidades sí tienen iniciativas que pueden consultarse en la web de la Fundación española para la prevención de suicidio.



<https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/programas-de-prevencion-esp%C3%A1a/>

Las Comunidades Autónomas están implicadas con el problema actual del suicidio. Por ello, existen de publicaciones a modo de guía de autoayuda para prevenirlo.

Un ejemplo es la siguiente de la Comunidad de Madrid:

https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/63_601_guia_de_autoayuda_prevenccion_del_suicidio_0.pdf

4.2. Teléfonos gratuitos

A la fecha de elaboración de esta formación no existe un plan estratégico nacional de prevención del suicidio, a pesar de su incremento en los últimos años.

Sin embargo, las CCAA y algunas localidades sí tienen iniciativas que pueden consultarse en la web de la Fundación española para la prevención de suicidio.

024

Existe un teléfono específico que busca la prevención del suicidio. Es el 024, denominada línea de atención a la conducta suicida.

Es un número de teléfono promovido por el Ministerio de Sanidad.

Se trata de una línea telefónica de ayuda a las personas con pensamientos, ideaciones o riesgo de conducta suicida, y a sus familiares y allegados, básicamente a través de:

- **la contención emocional por medio de la escucha activa por los profesionales del 024**
- **la recomendación de que contacten con los servicios sanitarios del SNS**
- **o la derivación al 112 en los casos en los que se aprecie una situación de emergencia.**

La línea 024 no pretende reemplazar ni ser alternativa a la consulta presencial con un profesional sanitario cuando sea necesaria.

En el caso de personas con discapacidad auditiva se facilita un servicio de atención a través de SVisual024 entrando en la web: <https://linea024.svisual.org/llamar.php>

Teléfono de la Esperanza: 717 003 717

Gestionado por una entidad de voluntariado, está disponible 24 horas todos los días de la semana.

Además tienen un servicio de ayuda por email ayuda@telefonodelaesperanza.org y por chat desde la web <https://telefonodelaesperanza.org/necesito-ayuda>

También facilitan un teléfono fijo: 914 590 055

112

En caso de emergencia vital inminente se atiende al paciente o familiar en el teléfono de emergencias 112.

5 . BIBLIOGRAFÍA

- Feraldo Cabana, P.: Omisión del deber de socorro. Referencia a la negativa del tratamiento médico., en Lecciones de Derecho sanitario, Universidad A Coruña,1999, págs. 519-554.
- Rodríguez Lainz, J.L.: Sobre la atención de pacientes con ideación autolítica en Urgencias: Aspectos legales, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol.36 no.130 Madrid jul./dic. 2016
- AA.VV.: La responsabilidad profesional del psiquiatra, Atelier, 2009.
- AA.VV.: "Responsabilidad profesional médica en Psiquiatría", Actas Españolas dePsiquiatría, VOL 43- Num 6- Pags. 205-212.
- Saiz Martínez, P.A.: Suicidio y depresión: la responsabilidad del psiquiatra, Cursos rápidos online de resolución de dudas sobre la depresión, https://1aria.com/images/entry-pdfs/capsula06_print.pdf
- García-Portilla et al.: Banco de instrumentos básico para la práctica de la psiquiatría clínica. 8ª edición, Cyesan, 2022.