

La responsabilidad penal por imprudencia del médico psiquiatra ante el suicidio del paciente con trastorno mental*

GEOVANA ANDREA VALLEJO JIMÉNEZ**

Resumen

En este artículo se pretende hacer un análisis sobre la responsabilidad penal por imprudencia del médico psiquiatra encargado de la atención y cuidado del paciente con trastorno mental que presenta riesgo suicida.

Abstract

This article pretends to analyze the criminal responsibility for Recklessness from the psychiatrist in charge of the attention and care of mental disordered patients, which represents a suicidal risk.

* Este artículo es producto de la tesis doctoral: "Responsabilidad penal sanitaria: problemas específicos en torno a la imprudencia médica", desarrollada dentro del marco del doctorado "Responsabilidad jurídica. Una perspectiva multidisciplinar" de la Universidad de León en España. Este trabajo se inscribe en el proyecto de investigación DER2010-16558 (Ministerio de ciencia e innovación de España en parte con fondos FEDER) del que es investigador principal el Prof. Dr. Miguel Díaz y García Conlledo y de cuyo equipo investigador formo parte.

** Doctora en Derecho de la Universidad de León (España), docente investigadora de tiempo completo de la Universidad de San Buenaventura-Seccional Medellín, adscrita a los grupos de investigación: Derecho penal de la Universidad de León; Derecho, cultura y ciudad de la Universidad de San Buenaventura-Seccional Medellín.

Palabras Clave

Imprudencia, médico psiquiatra, omisión, paciente, suicidio, trastorno mental.

Key words

Recklessness, psychiatrist, omission, patient, suicidal, mental disorder.

Sumario

1. Introducción. 2. Suicidio. 2.1. Casos prácticos. 3. Conclusiones.

1. Introducción

La complejidad del trastorno mental, los efectos secundarios de los tratamientos y la falta de vigilancia del paciente con conductas agresivas pueden generar situaciones de riesgo lesivo para la vida o la salud del paciente con trastorno mental; por lo tanto, el médico responsable del tratamiento y en ocasiones el personal auxiliar que forma parte del equipo de trabajo asumen una doble obligación respecto del cuidado del paciente: por un lado, de prevenir, controlar y evitar comportamientos anormales que puedan desatar conductas agresivas en el paciente que atenten contra su salud, pero, por otro lado, protegerlo para que no sea víctima de peligros externos¹.

Una de las situaciones más comunes en donde se pueden desatar resultados lesivos para el paciente con trastorno mental es aquel que tiene que ver con el suicidio, es por eso, que a continuación realizo un análisis del suicidio en general en personas con trastorno mental y de algunas situaciones en las que se puede presentar el suicidio y acaecer una posible responsabilidad penal por imprudencia del médico psiquiatra.

2. Suicidio

El suicidio no es una enfermedad, pero por lo general se concibe como un factor de riesgo asociado al trastorno mental. No obstante, es preciso aclarar desde ya que no siempre el suicidio se produce como consecuencia de alteraciones psíquicas², sin embargo, todos los tipos de trastorno mental guardan relación con el suicidio, aunque puede ser más frecuente en algunas patologías psiquiátricas que en otras.

El suicidio es considerado como una de las causas de mortalidad más frecuente en el mundo. En el caso de España, según Maciá Gómez, es,

1 JUAN CARRASCO GÓMEZ, *Responsabilidad médica y Psiquiatría*, 2ª ed., Madrid, Colex, 1998, p. 205.

2 *Ibíd.*, p. 180.

Una de las cuatro primeras causas de mortalidad prematura entre los jóvenes de 10 a 19 años y de 20 a 29; y la quinta entre los de 30 a 39 años. Los suicidios suponen ocho veces más que los fallecidos por homicidio. Las muertes anuales por suicidio se duplicaron entre 1980 y 1990, momento en el que se estabilizaron. La tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes era en España: en 1980 de 4.1 y en 1984 de 5.6. Hoy, se contabilizan 6.37 suicidios o tentativas anuales por cada 100.00 habitantes, bajando a 5.13 en las capitales. Las comunidades autónomas con más índice de suicidio son: Soria (15), Tarragona (13), Asturias y Gerona (ambas con 12). Sin embargo, la Rioja, Canarias, Valladolid, Barcelona y Madrid presentan una tasa inferior a los 5 suicidios por cien mil habitantes³.

De acuerdo con el último dato oficial publicado por el Instituto Nacional de Estadística el pasado 30 de abril de 2012, se estableció que para el 2010 el suicidio continuo siendo la primera causa externa de defunción con un total de 3.145 muertos⁴.

La mayoría de pacientes que cometen actos suicidas provienen de sujetos que padecen algún trastorno mental, situación que genera un alto impacto en el profesional de la salud que tiene bajo su cuidado al paciente, esto no sólo por las repercusiones que a nivel emocional puede representar para el médico⁵, sino también, por las consecuencias legales que podría tener el suicidio del paciente en caso de haber existido una infracción al deber objetivo de cuidado durante el proceso de tratamiento⁶, de hecho se considera que el suicidio de un paciente es la primera causa de reclamación por responsabilidad profesional en el ejercicio de la actividad psiquiátrica⁷.

3 RAMÓN MACIÁ GÓMEZ, "Las posibles responsabilidades jurídicas derivadas del suicidio" en *Actualidad del Derecho Sanitario*, Nº 151, 2008, p. 519.

4 En Colombia, el suicidio constituye la tercera causa de muerte violenta, así, en el 2010 se registraron 1.642 suicidios, y en el 2011, la tasa de mortalidad disminuyó levemente por esta causa a 1.625. Consulta 04-05-2012. <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/CRNV/boletinesmensuales/2011/BOLETINDiciembre2011.pdf>.

5 JOSÉ CARLOS MINGOTE ADÁN/MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ ARRIERO/RICARDO OSORIO SUÁREZ/TOMAS PALOMO, *Suicidio. Asistencia Clínica. Guía práctica de Psiquiatría médica*, Madrid, Díaz de Santos, 2004, p. 1 s., consideran que: "Toda conducta suicida produce un fuerte impacto personal en los profesionales sanitarios que tratan a estos pacientes, con respuestas emocionales tales como miedo, culpa, ira, vergüenza y hasta sentimientos de traición. Estos hechos condicionan la práctica profesional a menudo de forma defensiva o negativa, en forma de rechazo a aceptar otros pacientes suicidas o negando el riesgo suicida en sus pacientes por la amenaza narcisista que inducen en uno mismo. En definitiva, los profesionales sanitarios que tratan a estos pacientes experimentan una llamativa ambivalencia emocional hacia ellos, que puede condicionar cierto grado de negligencia perceptiva o instrumental para la seguridad del paciente".

6 D. BARCIA SALORIO/A. ALCÁNTARA LAPAZ, "Las ideas y conductas suicidas en urgencias", en *Tratado de Emergencias médicas*, MARÍA, CARRASCO JIMÉNEZ/ JOSÉ DE PAZ CRUZ (dirs.), Madrid, Arán, 2000, p. 1729.

7 JUAN CARRASCO GÓMEZ, *Responsabilidad médica y Psiquiatría*, cit., p. 181.

Como se acaba de indicar, el suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental⁸. El riesgo de suicidio es mayor en las fases tempranas de la enfermedad y en los primeros seis meses después de que se produce un ingreso psiquiátrico. Los trastornos afectivos, como el trastorno depresivo mayor, son los cuadros psiquiátricos que mayor relación tienen con la conducta autolítica. Así, por ejemplo, la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12; asimismo, se considera que los pacientes con esquizofrenia muestran un riesgo de suicidio 8,5 veces mayor que el resto de la población en general; de igual manera, en los pacientes con trastornos de ansiedad, el riesgo de suicidio aumenta entre 6 y 10 veces, casi el 20% de la de pacientes con un trastorno de angustia o de fobia realizan un intento de autolisis a lo largo de su vida; por otra parte, el empleo de sustancias como el alcohol y las drogas también aumenta el riesgo de suicidio: un 15% de pacientes que sufren de alcoholismo se suicidan y aquellos que consumen drogas cuando la dependencia se da frente a varias sustancias el riesgo aumenta hasta 20 veces; igualmente, los pacientes con trastorno de personalidad presentan riesgos de conductas suicidas, más aún porque esta patología se encuentra asociada con otros trastornos como la depresión, abuso de sustancias y rasgos de conductas desesperanzadoras, neuroticismo, agresividad, irritabilidad, impulsividad, hostilidad o ansiedad; por último, también existen otros trastornos psiquiátricos que aumentan el riesgo de autolisis como es el caso del déficit de atención, trastornos de conducta alimentaria y trastorno adaptativos⁹. Si bien, como se advirtió al iniciar este tema, la tentativa de autolisis o el suicidio consumado pueden presentarse en cualquier trastorno psiquiátrico, los que se acaban de mencionar presentan una mayor frecuencia de comportamientos suicidas, lo que en últimas va a implicar para el médico la obligación de estar más atento ante este tipo de patologías psiquiátricas¹⁰.

8 V. MARÍA LÓPEZ GARCÍA/RAFAEL HINOJAL FONSECA/JULIO BOBES GARCÍA, "El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos", en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, N° 3, 1993, p. 403; JESÚS FERNÁNDEZ SANDONÍS, "Hospitalización psiquiátrica: normas o guías de práctica adecuadas en urgencias y tentativa de suicidio", en *I Congreso de Psiquiatría y Derecho: Normativismo y realidad clínica en Psiquiatría*, JUAN MÉJICA (coord.), Oviedo, Fundación Méjica, 2000, p. 242; PERE SOLER INSA/JOSEP GASCÓN BARRACHINA, *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*, 3ª ed., Barcelona, ARS Médica, 2005, pp. 8 ss.; HERNÁN MARTÍNEZ GLATTI, "Evaluación del riesgo de suicidio", en *Hojas Clínicas de salud mental*, N° 1, 2010, pp. 37 ss.

9 LUCAS GINER JIMÉNEZ/VÍCTOR PÉREZ SOLÁ, "Factores de riesgo", en *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y del manejo del comportamiento suicida*, JULIO BOBES GARCÍA/JOSÉ GINER UBAGO/JERÓNIMO SAIZ RUIZ (eds.), Madrid, Triacastela, 2011, pp. 71 ss.

10 EDUARDO MAURICIO ESPECTOR, "El suicidio y la responsabilidad profesional. Algunas cuestiones a tener en cuenta", en *Sipnosis*, N° 41, 2009, p. 22, afirma sobre este asunto: "Si bien la conducta suicida puede manifestarse en cualquier trastorno mental y en cualquier momento evolutivo, será menos imprevisible en los trastornos en los que está sobradamente demostrada una mayor frecuencia (trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, trastorno depresivo mayor en comorbilidad con

Dentro de las clases de suicidio es común diferenciar entre suicidio consumado y la tentativa de suicidio o parasuicidio¹¹. En el primer caso el sujeto realiza un comportamiento que se encuentra dirigido a poner fin a su vida; en el segundo caso, si bien existe autoagresión, el deseo de poner fin a la propia vida no es muy claro; por lo tanto, en ambos casos las características clínicas y los procedimientos terapéuticos operan de manera distinta. Sin embargo, esas circunstancias heterogéneas no exoneran al facultativo de analizar en las dos situaciones el riesgo suicida.

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más difíciles y desafiantes en la actividad psiquiátrica, pues el médico ha de prestar una asistencia razonable durante la valoración del riesgo suicida, debiendo realizar una evaluación que le permita prever una aparición real del suicidio. Para Simon/Shuman¹², esta evaluación debería realizarse en todos los pacientes que presenten algún trastorno mental, aunque no manifiesten ideas suicidas¹³, ya que la falta de valoración razonable del riesgo suicida de un paciente o de la puesta en práctica de un plan preventivo después de haberse

abuso de sustancias, algunos trastornos de personalidad, sobre todo si se le suma impulsividad y abuso de sustancias). Por lo tanto el psiquiatra estará obligado a considerar esta posibilidad en dichas patologías y deberá adoptar mayores cuidados en su prevención. En otras palabras, en algunos trastornos psiquiátricos donde los índices del suicidio son mayores que en otros, se incrementa la responsabilidad del profesional tratante y su deber de cuidado”.

- 11 HERNÁN MARTÍNEZ GLATTI, “Evaluación del riesgo de suicidio”, cit., p. 42, señala que los parasuicidas “tienen características distintas de los que mueren por suicidio. Se ve en personas más jóvenes (la mitad es menor de 30 años), generalmente mujeres y con conflictos interpersonales. Manifiestan hostilidad y manipulación hacia los demás, generalmente no percibidas o no reconocidas por el paciente pero sí por la otra persona que los trata, y presentan mayor psicopatología del carácter (el 50% tienen algún trastorno de la personalidad). Los del estado del ánimo se presentan en alta proporción (hasta en el 80% de los pacientes). Su accionar tiende a ser de tipo impulsivo (más de la mitad lo decide una hora antes de realizarlo). Tienen a estar en relación con otras personas más que al aislamiento. Sus intentos suicidas son de letalidad e intencionalidad bajas, y realizados en situaciones donde cuentan con mucha posibilidad de recibir ayuda. El 10% de las personas que realizan parasuicidio finalmente terminan muertos por suicidio”.
- 12 ROBERT SIMON/DANIEL SHUMAN, “La Psiquiatría y la Ley” en *Tratado de Psiquiatría Clínica*, 5ª ed., ROBERT HALES/STUART YUDOFKY/ GLEN GABBARD (dirs.), Barcelona, Elsevier, 2009, p. 1467 s.
- 13 *Ibíd.*, p. 1528, explica, respecto de la valoración del riesgo de suicidio lo siguiente: “El propósito de la valoración del riesgo del suicidio es identificar factores de riesgo modificables y tratables, así como factores de protectores que proporcionen información sobre el tratamiento del paciente y sobre el manejo de las necesidades de seguridad (...) Se han propuesto varios métodos para valorar el riesgo de suicidio. Sin embargo, no se ha comprobado empíricamente la fiabilidad y la validez de ninguno de estos métodos (...) La valoración sistemática del riesgo de suicidio estimula al clínico a recuperar información suficiente para llevar a cabo una evaluación completa. Los factores de riesgo y los protectores se evalúan dimensionalmente como bajos, moderados o altos en función de los síntomas clínicos del paciente. Se determina una evaluación global del grado de riesgo de suicidio. La valoración de dicho riesgo y de los factores de protección dibuja un mosaico individualizado global del paciente. El clínico evalúa los factores agudos de alto riesgo de suicidio, y, en especial, la respuesta al tratamiento, a lo largo del curso clínico del paciente. También se monitorizan los factores de protección”.

actuaciones autolíticas se debe recurrir al internamiento; el médico, dependiendo del grado de riesgo ante el que se encuentre el paciente, es quien debe decidir si este es procedente o no. Por lo tanto, si el paciente no es internado y a *posteriori* se suicida o intenta hacerlo, ello no constituye por sí solo motivo suficiente para responsabilizar por imprudencia al profesional de la salud; en ese caso, será necesario acudir al criterio del baremo del médico diligente medio ideal para entrar a determinar si aquel se ha comportado o no como lo haría un facultativo cuidadoso —medio ideal— puesto en iguales circunstancias de tiempo, modo y lugar del profesional con el que se compara la conducta¹⁴.

Fuertes Rocañín/Cabrera Forneiro consideran que el suicidio es una conducta previsible, pero difícilmente evitable, existen datos epidemiológicos que pueden advertir de un mayor riesgo suicida, como por ejemplo, la existencia de tentativas previas, fallecimiento reciente de un familiar próximo, existencia de alcoholismo y toxicomanías, desempleo y/o graves situaciones económicas, se produce generalmente en jóvenes entre los 15 y 25 años, en personas que viven solas, que no practican ninguna religión o padecen una enfermedad física grave. En todo caso, si el paciente se suicida, el especialista sólo podrá ser responsable en la medida que este comportamiento hubiera sido previsible, humanamente evitable y el comportamiento del médico hubiese infringido el deber objetivo de cuidado, siendo su descuido el que haya creado o aumentado el resultado lesivo. La previsibilidad del comportamiento suicida se puede lograr a través de una valoración personal que el médico realice del paciente, de modo que, si existe riesgo, el médico deberá comportarse adoptando las medidas de diligencia y cuidado que aplicaría un profesional diligente en su misma situación para evitar cualquier resultado lesivo¹⁵. Por lo tanto, en aquellos casos en

14 En la SAP (Sentencia de la Audiencia Provincial) Madrid 02-07-2004 (JUR 276224) se absuelve a un médico que, pese a detectar comportamientos de riesgo suicida en la paciente, se abstiene de hospitalizarla al considerar que no resultaba necesario el internamiento de esta, considerando suficiente su tratamiento con fármacos y su revisión continúa. Los argumentos empleados por la Audiencia fueron los siguientes: “En tal sentido pese a lo controvertido que pueda parecer el no internamiento psiquiátrico de la paciente el día 7 de agosto de 2003, a la luz de lo que ocurrió con posterioridad ese mismo día, en el que aquella tuvo un intento autolítico ingiriendo pastillas. Del examen concreto del acto médico cuestionado, no puede entenderse que la conducta del médico denunciado, quien se encontraba en el servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón, pueda tener relevancia penal, a tal efecto aparece en las actuaciones con el informe médico de dicha fecha, que examinó a la paciente sus antecedentes psiquiátricos, emitió un juicio diagnóstico-trastorno histriónico de la personalidad (301-5) ICD-9, prescribió un tratamiento tanto de fármacos, como de continuación de revisiones y entendió que la patología psiquiátrica que presentaba la paciente no requería internamiento dándole el alta; lo que refleja que no desatendió a la paciente, ni omitió ni quebrantó en el tratamiento de aquella su *lex artis*, atendiendo a las normas generalizadas en este tipo de actuaciones; por todo lo que procede desestimar el recurso interpuesto”.

15 JOSÉ FUERTES ROCAÑÍN/JOSÉ CABRERA FORNEIRO, *La Salud mental en los Tribunales*, 2ª ed., Madrid, Arán, 2007, p. 63. Con una postura similar PRUDENCIO RODRÍGUEZ RAMOS/JOAQUÍN DÍAZ ATIENZA “Aspectos médico-legales específicos del niño y del adolescente”, cit., p. 429.

los que no sea posible prever que el trastorno psiquiátrico que presenta el paciente constituye un factor de riesgo suicida, no se podrá responsabilizar al médico si se llega a consumar el suicidio o si este queda sólo en fase de tentativa, y tampoco podrá ser objeto de incriminación penal el comportamiento del médico que, pese a haber previsto el riesgo suicida, ha adoptado las medidas necesarias dentro del deber objetivo de cuidado para evitar el resultado lesivo o incluso, aunque el médico no hubiere aplicado las medidas de protección que le eran exigibles, si el riesgo suicida es de tal magnitud que se hacía imposible evitar su producción.

En la misma línea con el razonamiento de Mauricio Espéctor, que resulta completamente válido a la luz de los presupuestos del concepto de imprudencia,

La conducta suicida no se puede prever y/o prevenir de forma absoluta; el derecho no le exige al profesional de la salud mental infalibilidad permanente para prever y prevenir dicha conducta. Podemos ir deduciendo, entonces, que el suicidio de un paciente durante o inmediatamente después de un tratamiento no implica necesariamente que violó el deber de cuidado ni que el profesional haya actuado de forma inadecuada, pero esto no excluye que se les exige a los profesionales de la salud mental, que conocen o debían conocer situaciones de las que se podría *razonablemente* deducir que sería probable que un paciente se autolesione en ausencia de medidas de cuidado, que utilicen dichas medidas. El profesional de la salud mental sólo será responsable si se puede demostrar la existencia de imprudencia, negligencia o impericia; y cuantas más pruebas se reúnan que demuestren que la conducta ha sido previsible, existirán menores posibilidades de eximir al profesional de responsabilidad¹⁶.

Aunque estoy de acuerdo inicialmente con este autor, en lo que tiene que ver con la previsibilidad, hay que aclarar que no es suficiente que en estos casos opere sólo la previsibilidad del riesgo suicida para eximir al médico de responsabilidad, pues es necesario que, una vez se ha detectado que es posible ese resultado lesivo, el médico está en la obligación de actuar conforme al deber objetivo de cuidado y adoptar los mecanismos clínicos que se encuentren a su disposición para evitar la producción del comportamiento autolítico.

2.1 Supuestos prácticos

Se me ocurren dos situaciones, entre otras muchas, que pueden presentarse en casos de suicidio o intento de suicidio de sujetos con trastorno mental y que eventualmente podrían comprometer la responsabilidad penal del facultativo por imprudencia. La primera de ellas, tiene relación con la conducta del médico que

16 EDUARDO MAURICIO ESPECTOR, "El suicidio y la responsabilidad profesional. Algunas cuestiones a tener en cuenta", cit., p. 22 s.

omite prescribir tratamiento médico a un paciente con riesgo suicida pese a que los síntomas que este presentaba hacían previsible y evitable la consumación de este¹⁷, produciéndose finalmente un resultado lesivo para la vida del paciente. La segunda, tiene que ver con el comportamiento del médico, que pese a valorar correctamente el riesgo suicida y definir un tratamiento conforme a la *lex artis*, omite aplicarlo atendiendo una negativa del paciente o –en su defecto– terceros allegados de aceptar el tratamiento propuesto, consumándose finalmente el suicidio.

En el primer caso, estamos ante una posible responsabilidad médica por homicidio en comisión por omisión a título de imprudencia. Resulta importante, ante un comportamiento omisivo, distinguir, entre omisión propia y omisión impropia o comisión por omisión^{18 19}. Al respecto Luzón Peña explica cómo la “omisión propia (o pura) y omisión impropia, también denominada comisión por omisión, son conceptos perfectamente elaborados por la doctrina y de significado inequívoco –aunque luego sea controvertido el alcance de esta última, es decir, los supuestos que deben encajar en la comisión por omisión–. En la omisión propia sólo se responde de la no realización de una conducta debida y al omitente no se le imputa un eventual resultado producido,

17 Ya antes se había dicho que la conducta suicida no podía evitarse plenamente, el médico asume frente al paciente con riesgo suicida una obligación de medio, pero no de resultado, la exigencia que se le hace al facultativo es la de actuar conforme con el deber objetivo de cuidado.

18 El art. 11 del CP español establece mediante cláusula general la regulación de la comisión por omisión –a diferencia de lo que sucedía con el CP derogado en el que no existía un establecimiento expreso de la figura de la comisión por omisión–, así: “Los delitos o faltas que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber jurídico de autor, equivalga según el sentido del texto de la Ley, a su causación. A tal efecto se equipará la omisión a la acción/a) Cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar. /b) Cuando el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente”. No obstante, esta disposición legal que viene a regular expresamente la comisión por omisión, de acuerdo con JESÚS MARÍA SILVA SÁNCHEZ, *Estudios sobre los delitos de omisión*, Lima, Editora Jurídica Grijley, 2004, p. 228, resulta innecesaria y presenta inconvenientes: “Por un lado porque, dada la praxis judicial española, la vocación limitadora de la atribución de la responsabilidad en comisión por omisión, que tenían preceptos similares en otros ordenamientos, aquí carece de objeto. Es más, un precepto como el introducido puede conllevar consecuencias extensivas de la punibilidad. Por otro lado, porque existen argumentos muy sólidos –por más que en Alemania no sean atendidos más que por un número limitado, aunque creciente, de autores- para sostener que los únicos supuestos de comisión por omisión son, precisamente, los que resultan inscribibles en la Parte especial por ser ‘estructuralmente idénticos’ (naturalmente en el plano normativo de la imputación) a los supuestos de realización activa de los mismos. Y estos argumentos habían sido acogidos –con matices no demasiados significativos- por la mayor parte de los autores que, de modo monográfico, se habían ocupado en España del tema de la comisión por omisión”.

19 De acuerdo con JESÚS MARÍA SILVA SÁNCHEZ, *El delito de omisión. Concepto y sistema*, Barcelona, Bosch, 1986, p. 342, en la comisión por omisión debe existir una identidad material y estructural de la omisión con la causación activa en el plano normativo, esto obliga a diferenciar claramente entre no impedir el resultado o evitar un suceso, donde se deja intacto el grado de posibilidad de que se produzca el resultado lesivo para el bien jurídico y aquél en el que se facilita el suceso, aumentando las posibilidades de producción. Siguiendo esta misma línea PATRICIA FARALDO CABANA, “La omisión del profesional sanitario: Los delitos de omisión del deber de socorro y denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios”, en *Responsabilidad penal del personal sanitario*, JOSÉ BRANDARIZ GARCÍA/PATRICIA FARALDO CABANA (coords.), A Coruña, Netbiblo, 2002, p. 123.

siendo indiferente que éste se dé o no; en cambio, en la omisión impropia o comisión por omisión mediante la no realización de la actividad debida se comete otro delito y al omitente se le imputa el resultado sobrevenido, responde del mismo. Por ello la omisión de socorro es el caso paradigmático de omisión propia, como opina unánimemente la doctrina, y no, por supuesto, de comisión por omisión, pues en ella sólo se responde por la no prestación del auxilio debido y no por un eventual resultado sobrevenido a la persona en peligro y no socorrida²⁰. Por tanto, el análisis que aquí se debe efectuar por el supuesto planteado debe referirse a la concurrencia o no de un homicidio imprudente en comisión por omisión, pues aquí no sólo se dejó de prestar el auxilio debido al paciente a través de la aplicación de un tratamiento adecuado a la patología que presentaba el paciente, sino que posteriormente a esta situación sobreviene un resultado muerte que, en su caso, podría ser imputado al comportamiento descuidado del profesional de la salud; para que exista homicidio imprudente en comisión por omisión es preciso que concurren algunos requisitos.

Lo primero que habría que determinar es si el profesional está obligado a proteger el bien jurídico de la vida del paciente, por lo que me parece adecuado acoger la propuesta realizada por Silva Sánchez, quien considera que el facultativo asume esta obligación siempre y cuando exista una asunción efectiva del tratamiento médico del paciente, entendiendo que el término "asunción" no se restringe al simple inicio del tratamiento, sino que debe entenderse como la creación de un momento de peligro para el bien jurídico²¹. Si el médico ha asumido la atención del paciente y se deriva

20 DIEGO MANUEL LUZÓN PEÑA, "Comentario a la sentencia TS 3-3-1980 (omisión de socorro: distinción entre omisión propia e impropia)" en *Revista de Derecho de la circulación*, 1980, p. 387; *Derecho Penal de la Circulación. Estudios de la jurisprudencia del Tribunal Supremo*, 2ª ed. Barcelona, PPU, 1990, p. 183; *Estudios penales*, Barcelona, PPU, 1991, p. 240.

21 JESÚS MARÍA SILVA SÁNCHEZ, "Responsabilidad penal del médico por omisión", en *Avances de la Medicina y Derecho penal*, SANTIAGO MIR PUIG (ed.), Barcelona, PPU, 1988, p. 128 s., explica: "Es, pues, necesario aclarar y precisar qué quiere decirse con el término 'asunción'. Parece claro que éste no puede entenderse en el viejo sentido formalista de la teoría de las fuentes, o del deber jurídico, que se centraba en la conclusión de un contrato. Desde una perspectiva material, Schönemann ha señalado que la asunción se produce en virtud del comienzo efectivo del tratamiento. Pero aun esto es inexacto e impreciso. Inexacto, porque ya antes del comienzo efectivo del tratamiento puede hablarse de una posición de garante establecida si el compromiso ha producido sobre los terceros los efectos que normalmente se asocian a aquél. Impreciso, porque tampoco está claro cuándo hay un 'comienzo efectivo' del tratamiento. Un ejemplo de Frank y Mezger, levemente modificado, puede ser ilustrativo a este respecto. Imagínese que un individuo es rescatado semiahogado en una playa. Un médico, allí presente, inicia una serie de medidas de reanimación. Pero, llegado un momento, y por las razones que se quiera, decide no proseguirlas, muriendo el accidentado. ¿Es el médico garante por asunción? De ser así, se hará –siempre según la doctrina dominante– responsable de un homicidio por omisión. Y, por lo mismo, de peor condición que aquellos otros (incluso otros médicos ¿por qué no?) que desde el principio se negaron a socorrer. Lo absurdo e incorrecto de tal conclusión ha sido puesto de manifiesto por Stree, Stratenweeth y Mir Puig. Y ello nos debe alertar sobre la posibilidad de incurrir en más de un error a la hora de decidir cuando se da una asunción efectiva, un comienzo real del tratamiento. Probablemente son las observaciones de Stree, ciertamente matizadas en algún extremo, las más satisfactorias en este punto. Lo decisivo en efecto, según de ellas se desprende, es determinar cuál es el fundamento

un riesgo efectivo para la vida o la integridad de este, se debe entender que, en el caso que se planteó, si bien no se asume propiamente el tratamiento, pues es justo allí donde se produce la omisión del médico, este asume la atención del paciente al diagnosticar y valorar los riesgos suicidas, es decir, que es a partir de ahí cuando en el facultativo le nace su compromiso con el bien jurídico, por lo tanto, al omitir intervenir en la prevención del riesgo suicida, crea con su omisión un momento de peligro para bien jurídico de la vida y la salud del sujeto.

No obstante lo anterior, hay que tener en cuenta que no basta con que el médico haya asumido un deber de protección del bien jurídico para concluir *per se* que el suicidio del paciente fuese su responsabilidad²², pues es necesario determinar que esa omisión producto de un actuar descuidado del profesional fue el que ocasionó el peligro²³ que produjo el resultado típico imprudente²⁴ o por lo menos fue el que aumentó

material que hace de la asunción de funciones de protección de bienes jurídicos –en el caso que nos ocupa– una fuente de posiciones de garantía. Tal fundamento no se halla en la asunción en sí. Al contrario, radica en la confianza que ésta despierta en la víctima o en otros terceros. Tal confianza provoca en ellos reacciones consecuentes: el abandono de otras medidas de protección o la renuncia a adoptarlas. De este modo, y en la línea que ya expusiera Binding, el acto de asunción, junto a su faceta de beneficio para el bien jurídico que se compromete a proteger al garante, encierra otra de peligro. Se hace análogo a un actuar de precedente, a una puesta en peligro del bien, al que se priva de otras ayudas. El garante –el médico, en nuestro caso– se convierte de este modo en dueño absoluto del proceso que ha de llevar o no al resultado, en centro decisorio del mismo, por utilizar respectivamente, la terminología de Shünemann y Rudolphi. Aquí se halla la base de la identidad del hecho con la comisión activa y el fundamento jurídico de la responsabilidad del sujeto. En definitiva, pues, podría decirse que la esencia de la *asunción* es la creación de un momento de peligro para el bien jurídico”.

22 Diego Manuel Luzón Peña ha advertido en varios trabajos, y con razón, que la comisión por omisión no encuentra su fundamento en la teoría de la posición de garante, sino que la equivalencia entre actividad y omisión para la comisión por omisión proviene de crear o aumentar con la conducta el riesgo de producción del resultado. V. entre otros DIEGO MANUEL LUZÓN PEÑA, “Comentario a la sentencia TS 24-4-1974 (Ingerencia, comisión por omisión y omisión de socorro)”, en *Revista de Derecho de la Circulación*, 1974, p. 272; “Comentario a la sentencia TS 3-3-1980 (omisión de socorro: distinción entre omisión propia e impropia)”, cit., p. 387 s.; *Derecho Penal de la Circulación. Estudios de la jurisprudencia del Tribunal Supremo*, cit., p. 183; *Estudios penales*, cit., p. 235. Siguiendo esta postura MIGUEL DÍAZ Y GARCÍA CONLLEDO, “Omisión de impedir delitos no constitutiva de participación por omisión ¿Un caso de dolo alternativo? (Comentario a la STS, Sala 2ª de 8 de octubre de 1991)”, en *Poder Judicial*, N° 24, 1991, p. 209. Advierto que esta es la posición restrictiva que más me conviene, pero hay otras, en cuya cita detallada no entraré, pero que sostienen en la doctrina española autores como, entre otros, JESÚS MARÍA SILVA SÁNCHEZ, *El delito de omisión. Concepto y sistema*, cit., p. 369 s.; ENRIQUE GIMBERNAT ORDEIG, “Causalidad, omisión e imprudencia” en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 1994, pp. 18 ss.; SANTIAGO MIR PUIG, *Derecho penal. Parte General*, 9ª ed., Barcelona, Reppertor, 2011, p. 326.

23 En el plano socio-normativo, no en el puramente causal.

24 Tal y como menciona JESÚS MARÍA SILVA SÁNCHEZ, “La Comisión por omisión”, en *Jornadas sobre el nuevo Código Penal de 1995. Celebradas del 19 al 21 de noviembre de 1996*, ADELA ASÚA BATARRITA (ed.), San Sebastián, Servicio editorial de la Universidad del País Vasco, 1998, p. 39: “Para la sanción por el correspondiente delito consumado de quien no evita la producción de un resultado penalmente típico no basta con que entre su omisión y la correspondiente comisión activa se den las condiciones de una entidad estructural y material mencionadas, sino que es preciso además poder establecer un vínculo entre la correspondiente omisión equivalente y el resultado; ello es, además condición indispensable para la sanción en los casos de omisión imprudente”.

el riesgo de lesión para el bien jurídico²⁵, y es que esto último resulta realmente válido, sobre todo en pacientes con tendencias suicidas, pues parte del riesgo ya viene dado por el propio trastorno mental que padece el sujeto, pero este peligro de suicidio puede aumentar de manera decisiva a partir de conductas omisivas del tratamiento médico.

Sin embargo, la omisión por sí sola no aumenta el peligro y serán las circunstancias de cada caso en concreto las que permitan definir si efectivamente existe esa relación entre la omisión y el resultado suicida. Intentaré explicar lo que acabo de decir a través de la adición de dos nuevas variables al caso planteado, pues la respuesta podría ser diversa. Por una parte, tenemos el caso del médico que valora el riesgo suicida correctamente, pero que omite prescribir el tratamiento; si se comprueba que el peligro suicida podía controlarse a través de fármacos y que su no ingestión aumentó el riesgo para la consumación de la conducta suicida, el médico será responsable de un delito de homicidio imprudente por comisión por omisión, pues fue precisamente la no aplicación de un tratamiento oportuno el que aumentó o hizo crecer de manera decisiva el riesgo suicida en el paciente. Pero, por otra parte, tenemos el caso del paciente que acude a la consulta médica, el facultativo se percata del riesgo suicida, omite prescribir tratamiento, pero se comprueba que en el momento de la consulta el nivel de psicosis del paciente es tan elevado que, incluso con tratamiento, no se hubiera podido lograr anular o por lo menos disminuir las tendencias autolíticas del paciente dejando intacto el grado de posibilidades de que ocurra el comportamiento suicida; aquí, en cambio, a diferencia del caso anterior, no se podrá reprochar penalmente ese comportamiento omisivo del facultativo²⁶, pues, aunque el médico hubiese actuado diligentemente la consumación del suicidio era inevitable.

Por lo tanto, lo que queda por decir, es que no siempre que exista un suicidio y una omisión respecto del tratamiento médico, se puede atribuir responsabilidad penal al profesional por la muerte del paciente, sino que siempre habrá que analizar variables que pueda presentar cada caso en concreto y aplicar los presupuestos teóricos de la omisión impropia, pues, como se dijo, no basta que el médico haya asumido un compromiso con la atención del paciente, ni que sea previsible el resultado, sino que

25 Al respecto explica DIEGO MANUEL LUZÓN PEÑA, *Estudios penales*, Cit., p. 238 que "puede haber comisión por omisión no sólo cuando la omisión misma crea o desencadena el peligro, sino además cuando *augmenta* un peligro preexistente, es decir, cuando crea de modo decisivo más riesgo. Esto último debe entenderse del mismo modo que he explicado el aumento del peligro en los casos de comisión activa: cuando haya una situación previa de un cierto riesgo, pero genérico o controlado, y la omisión misma sea la que incremente ese peligro de modo decisivo o determinante, la que aumente su gravedad convirtiéndolo en un peligro concreto o provocando su descontrol. Cuando haya esa creación o aumento del peligro decisivo por la omisión, está aunque no haya causalidad material como en el hacer activo, actuará de modo idéntico y totalmente equivalente a la comisión activa y será, por ello, también comisión (mediante omisión)".

26 Ni siquiera como omisión pura, pues no había posibilidad de amparar.

también es necesario verificar que el comportamiento omisivo del facultativo creó o aumento (socio-normativamente) el peligro que finalmente desenvuelva en un resultado suicida.

Ahora bien, apuntada la solución para el primer caso propuesto, pasaremos a analizar la segunda situación planteada, es decir, el comportamiento del médico que, pese a valorar correctamente el riesgo suicida y definir un tratamiento acorde a la *lex artis* para neutralizar el peligro, se inhibe de aplicarlo al ser rechazado por el paciente, produciéndose finalmente la consumación del acto suicida. En el presente caso lo que existe es un enfrentamiento entre el consentimiento y la falta de actuación del galeno. Habrá que tener en cuenta, que el consentimiento no integra la *lex artis*²⁷ al no formar parte del conjunto de normas técnicas de la profesión médica; por lo tanto, aquí lo que se va a analizar es hasta qué punto puede hacerse responsable a un médico que deja de aplicar normas técnicas para salvaguardar la salud del paciente por garantizar las normas deontológicas, pues tal y como expone Romeo Casabona²⁸, no siempre el médico va a encontrarse con una situación clara cuando hay oposición del paciente al tratamiento, pues, aunque inicialmente este está obligado a aceptar la decisión de aquel, excepcionalmente puede verse compelido a no vincularse a aquella decisión teniendo la obligación de ejecutar el tratamiento. De modo que el paciente que se niega al tratamiento con intenciones claramente suicidas plantea problemas específicos, sobre todo en los casos de pacientes con trastornos psiquiátricos. Lo primero que debe tratar de definir el profesional de la salud es el tipo de trastorno que padece el paciente, es decir, deberá calificar la gravedad o no del mismo y acto seguido valorar la capacidad y el grado de cognición de este frente al rechazo del tratamiento. Es necesario que el médico realice este análisis, ya que la determinación de la responsabilidad va a depender, entre otras cosas, de sí ha existido un suicidio libre o no²⁹. En el primer caso el suicidio proviene de un acto reflexivo y ponderado,

27 El concepto de *Lex artis* que particularmente asumo lo defino de la siguiente manera: La *lex artis* debe entenderse como la aplicación de las reglas técnico-médicas a casos similares; es decir, se trata de la actuación conforme al cuidado debido, utilizando las normas, reglas técnicas y protocolos propios de los procedimientos que se utilizan en la ciencia médica. En el contenido de la *lex artis* no hay lugar para las normas sobre deontología médica, reglas relativas al deber de información clínica, ni sobre consentimiento, pues a lo que estas se refieren es a las relaciones que se deben guardar entre médico-paciente, pero no a la forma en que deben llevarse de manera cuidadosa los procedimientos médicos en un caso concreto, que es lo que debe interesar en la *lex artis*. De tal manera que, la *lex artis* sólo va a estar compuesta por reglas técnicas que se expidan en materia sanitaria.

28 CARLOS MARÍA ROMEO CASABONA, *El médico y el Derecho penal I. La actividad curativa (Licitud y responsabilidad penal)*, Barcelona, Bosch, 1981, p. 370.

29 Entre otros JESÚS MARÍA SILVA SÁNCHEZ, "Responsabilidad penal del médico por omisión", cit., p. 137 ss.; CARMEN JUANATEY DORADO, *Derecho, suicidio y eutanasia*, Madrid, Ministerio de Justicia e Interior, 1994, p. 164 ss.; GISELE MENDES DE CARVALHO, *Suicidio, eutanasia y Derecho penal: estudio del art. 143 del Código Penal Español y propuesta de "Lege Ferenda"*, Granada, Comares, 2009, p. 225.

mientras que en el segundo por lo general la voluntad del sujeto suele estar anulada por el trastorno psíquico.

Silva Sánchez explica que en los suicidios libres es evidente que exista una ruptura de la relación entre el médico y el paciente; por lo tanto, el facultativo frente al paciente suicida pasa a ser un tercero más, y, en consecuencia no se le puede exigir intervenir coactivamente para salvar a quien no desea ser salvado. Sostiene en cambio que la situación será diferente cuando la no evitación proviene de un suicidio no libre, pues aquí sí habrá lugar a responsabilidad del médico por omisión, la cual será un homicidio de comisión por omisión en los casos donde haya existido asunción específica y efectiva del tratamiento; en los demás sólo habrá omisión del deber de socorro³⁰. Esta consideración que hace Silva Sánchez es correcta, pero debe ser ampliada y tener en cuenta además lo dicho para el primer supuesto respecto de la omisión impropia, es decir, si para este caso efectivamente el trastorno psíquico que padece el paciente es de tal magnitud que le impide decidir de manera reflexiva en torno a su tratamiento y verificar si en el caso concreto la omisión del médico crea o aumenta el riesgo (socio-normativamente) suicida para el paciente; de lo contrario, no se podría hablar de una omisión imprudente; de hecho, ni siquiera se puede hablar de una omisión del deber de socorro, pues esta sólo admite formas dolosas del comportamiento, siendo impune en España³¹ cualquier tipo del deber de omisión de socorro imprudente.

En todo caso, en cualquiera de las dos clases de suicidio, es decir, tanto en el suicidio libre como en el no libre, el médico deberá informar sobre los riesgos que supone la falta de intervención terapéutica; pero si por descuido omite hacerlo y teniendo en cuenta que esta información forma parte de la *lex artis*, el operador jurídico tendrá que analizar si esa omisión en la información crea o aumenta el riesgo (socio-normativamente) suicida para el paciente; de lo contrario, esta omisión no podrá ser punible.

3. Conclusión

De lo expuesto anteriormente, se puede concluir resumidamente que no siempre que exista un suicidio y una omisión respecto del tratamiento médico, se puede atribuir responsabilidad penal al profesional en psiquiatría por la muerte del paciente, sino que siempre habrá que analizar variables que pueda presentar cada caso en concreto y aplicar los presupuestos teóricos de la omisión impropia, pues no basta que el médico haya asumido un compromiso con la atención del paciente, ni que sea previsible el resultado, sino que también es necesario verificar que el comportamiento omisivo del facultativo creó o aumento (socio-normativamente) el peligro que finalmente desenvuelva en un resultado suicida.

30 JESÚS MARÍA SILVA SÁNCHEZ, "Responsabilidad penal del médico por omisión", cit., p.138 s.

31 Así como en Colombia.

Bibliografía

- BARCIA SALORIO, D. / ALCÁNTARA LAPAZ, A., "Las ideas y conductas suicidas en urgencias", en: *Tratado de Emergencias médicas*, MARÍA, CARRASCO JIMÉNEZ, MARÍA/ PAZ CRUZ, JOSÉ DE (dirs.), Madrid, Arán, 2000.
- CARRASCO GÓMEZ, JUAN, *Responsabilidad médica y Psiquiatría*, 2ª ed., Madrid, Colex, 1998.
- DÍAZ y GARCÍA CONLLEDO, MIGUEL, "Omisión de impedir delitos no constitutiva de participación por omisión ¿Un caso de dolo alternativo? (Comentario a la STS, Sala 2ª de 8 de octubre de 1991)", en *Poder Judicial*, N° 24, 1991.
- FARALDO CABANA, PATRICIA, "La omisión del profesional sanitario: Los delitos de omisión del deber de socorro y denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios", en *Responsabilidad penal del personal sanitario*, BRANDARIZ GARCÍA, JOSÉ/ FARALDO CABANA, PATRICIA (coords.), A Coruña, Netbiblo, 2002.
- FERNÁNDEZ SANDONÍS, JESÚS, "Hospitalización psiquiátrica: normas o guías de práctica adecuadas en urgencias y tentativa de suicidio", en *I Congreso de Psiquiatría y Derecho: Normativismo y realidad clínica en Psiquiatría*, MÉJICA, JUAN (coord.), Oviedo, Fundación Méjica, 2000.
- FUERTES ROCAÑÍN, JOSÉ/ CABRERA FORNEIRO, JOSÉ, *La Salud mental en los Tribunales*, 2ª ed., Madrid, Arán, 2007.
- GIMBERNAT ORDEIG, ENRIQUE, "Causalidad, omisión e imprudencia" en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 1994.
- GINER JIMÉNEZ, LUCAS/ PÉREZ SOLÁ, VÍCTOR, "Factores de riesgo", en *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y del manejo del comportamiento suicida*. BOBES GARCÍA, JULIO/GINER UBAGO, JOSÉ/ SAIZ RUÍZ, JERÓNIMO (eds.), Madrid, Triacastela, 2011.
- JUANATEY DORADO, CARMEN, *Derecho, suicidio y eutanasia*, Madrid, Ministerio de Justicia e Interior, 1994.
- LÓPEZ GARCÍA, MARÍA/HINOJAL FONSECA, RAFAEL/ BOBES GARCÍA, JULIO, "El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos", en *Revista de Derecho Penal y Criminología*, N° 3, 1993.
- LUZÓN PEÑA, DIEGO MANUEL, "Comentario a la sentencia TS 24-4-1974 (Ingerencia, comisión por omisión y omisión de socorro)", en *Revista de Derecho de la circulación*, 1974.
- LUZÓN PEÑA, DIEGO MANUEL, "Comentario a la sentencia TS 3-3-1980 (omisión de socorro: distinción entre omisión propia e impropia)" en *Revista de Derecho de la circulación*, 1980.
- LUZÓN PEÑA, DIEGO MANUEL, *Derecho Penal de la Circulación. Estudios de la jurisprudencia del Tribunal Supremo*, 2ª ed. Barcelona, PPU, 1990.
- LUZÓN PEÑA, DIEGO MANUEL, *Estudios penales*, Barcelona, PPU, 1991.
- MACIÁ GÓMEZ, RAMÓN, "Las posibles responsabilidades jurídicas derivadas del suicidio" en *Actualidad del Derecho Sanitario*, N° 151, 2008.

- MARTÍNEZ GLATTI, HERNÁN, "Evaluación del riesgo de suicidio", en: *Hojas Clínicas de salud mental*, N° 1, 2010.
- MAURICIO ESPECTOR, EDUARDO, "El suicidio y la responsabilidad profesional. Algunas cuestiones a tener en cuenta", en: *Sipnosis*, N° 41, 2009.
- MENDES DE CARVALHO, GISELE, *Suicidio, eutanasia y Derecho penal: estudio del art. 143 del Código Penal Español y propuesta de "Lege Ferenda"*, Granada, Comares, 2009.
- MINGOTE ADÁN, JOSÉ CARLOS/ JIMÉNEZ ARRIERO, MIGUEL ÁNGEL / OSORIO SUÁREZ, RICARDO/PALOMO, TOMAS, *Suicidio. Asistencia Clínica. Guía práctica de Psiquiatría médica*, Madrid, Díaz de Santos, 2004.
- MIR PUIG, SANTIAGO, *Derecho penal. Parte General*, 9ª ed., Barcelona, Reppertor, 2011.
- RODRÍGUEZ RAMOS, PRUDENCIO/DÍAZ ATIENZA, JOAQUÍN, "Aspectos médico-legales específicos del niño y del adolescente", en *Manual del Psiquiatría del niño y del adolescente*, SOUTULLO ESPERÓN, CÉSAR / MARDOMINGO SANZ, MARÍA (Coords.), Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2010.
- ROMEO CASABONA, *El médico y el Derecho penal I. La actividad curativa (Licitud y responsabilidad penal)*, Barcelona, Bosch, 1981.
- SILVA SÁNCHEZ, JESÚS MARÍA, *El delito de omisión. Concepto y sistema*, Barcelona, Bosch, 1986.
- SILVA SÁNCHEZ, JESÚS MARÍA, "Responsabilidad penal del médico por omisión", en *Avances de la Medicina y Derecho penal*, MIR PUIG, SANTIAGO (ed.), Barcelona, PPU, 1988.
- SILVA SÁNCHEZ, JESÚS MARÍA, *Estudios sobre los delitos de omisión*, Lima, Editora Jurídica Grijley, 2004.
- SILVA SÁNCHEZ, JESÚS MARÍA, "La Comisión por omisión", en *Jornadas sobre el nuevo Código Penal de 1995. Celebradas del 19 al 21 de noviembre de 1996*, ASÚA BATARRITA, ADELA (ed.), San Sebastián, Servicio editorial de la Universidad del País Vasco, 1998.
- SIMON, ROBERT / SHUMAN, DANIEL, "La Psiquiatría y la Ley" en *Tratado de Psiquiatría Clínica*, 5ª ed., HALES, ROBERT/ YUDOFKY, STUART/ GABBARD, GLEN (dirs.), Barcelona, Elsevier, 2009.
- SOLER INSA, PERE/ GASCÓN BARRACHINA, JOSEP, *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*, 3ª ed., Barcelona, ARS Médica, 2005.