

Suicidio y derecho de daños **¿Responsabilidad de la administración a partir del segundo intento?**

Marc-Roger Lloveras i Ferrer*

Sumario

- Introducción
- Los casos del periodo 1996-1999
- Suicidios en hospitales
 - Enfermos ingresados en el hospital por tentativa de suicidio
 - Enfermos mentales internos en centros psiquiátricos.
- Suicidios en la cárcel
 - Presos internos en centros psiquiátricos penitenciarios
 - Presos en centros penitenciarios
- Suicidios en el servicio militar
- Conclusión
- Tabla de sentencias citadas
- Referencias bibliográficas

• **Introducción**

En el Estado Español, con casi cuarenta millones de habitantes, se suicidaron, en el año 1995, **2.300** personas (INE), lo que representa un **0'575 por 10.000**. De éstas 1732 fueron hombres y 568 mujeres.

Las estimaciones del Cuerpo Nacional de Policía (**2.746**) y de la Guardia Civil (**1.732**) nos proporcionan cifras diferentes, lo que dificulta conocer con exactitud las cifras en el Estado Español. En cualquier caso el suicidio tiene una incidencia mucho menor que en otros estados como Francia (*2 por 10.000*) y Alemania (*1'5 por 10.000*), con mucha más población (60 y 80 millones de habitantes respectivamente), donde se producen unos 12.000 suicidios anuales y muy por debajo también de los EE.UU (*1'13 por 10.000, 265 millones de habitantes*) donde el suicidio es la novena causa de muerte, justo por detrás del SIDA, con unos 30.000 casos anuales, entre 1992 y 1996.

Jurídicamente, sin embargo, la repercusión del suicidio es muy inferior a la que estos datos nos podrían hacer pensar. En el periodo 1996-1999 el TS ha dictado únicamente 12 sentencias relativas a la responsabilidad civil que puede derivar de un suicidio.

Estas sentencias, aunque estadísticamente no tienen relevancia, siguen las tendencias generales marcadas por las estadísticas oficiales, como mínimo en dos aspectos concretos: a) la mayor incidencia del suicidio entre los hombres y b) el predominio de la asfixia -cinco casos- y del arrojamiento al vacío -tres casos- como medios más utilizados. Además, a pesar de la falta de datos en dos casos, se puede constatar que los **suicidios en la cárcel** se producen todos por **asfixia** mientras que en los **hospitales** se deben todos al **arrojamiento al vacío**.

El art. 93 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del contrato de seguro, nos proporciona un concepto legal de suicidio: **la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado**. La definición recuerda a Emile DURKHEIM, sociólogo francés (1858-1917), que lo definió como "todo caso de muerte que resulta, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la misma víctima y con conocimiento por su parte de que se producirá este resultado". Esta caracterización puede presentar dificultades respecto de la responsabilidad extracontractual ya que al tratarse de una autolesión consciente y realizada por quien la sufre resulta difícil exigir responsabilidad a alguna persona. Sin embargo, este posible problema no suele presentarse en la jurisprudencia, que se centra en la responsabilidad patrimonial de la administración bajo cuya custodia se encuentra el suicida.

- **Los casos del periodo 1996-1999**

A *priori* la responsabilidad civil derivada del suicidio se puede centrar en tres grupos de casos:

a) Los daños que puede causar el suicida a terceros cuando comete el suicidio o su intento

En este periodo, sin embargo, no ha llegado ningún caso al TS en el que **una persona demande a quien se ha intentado suicidar**, a los herederos del suicida o a la administración que lo custodiaba por los daños sufridos a consecuencia de la acción suicida.

El ejemplo histórico es la **STS, 4ª, 12.3.1975** que concedió una indemnización por daño moral a los padres y a la novia de Manuel S. M., que murió mientras paseaba con su novia por Granada cuando al pasar por delante de un psiquiátrico les cayó encima un enfermo mental que intentaba suicidarse. En el caso, sin embargo, se hace recaer la responsabilidad sobre la administración sanitaria y no se hace ninguna referencia a la posible responsabilidad del suicida.

b) La responsabilidad de algún particular por no haber evitado el suicidio o por haber contribuido a su producción

Aquí podemos ubicar el **auxilio o inducción al suicidio**. Las sentencias son penales y condenan a quien ha auxiliado sin que se examine la posible responsabilidad civil. En la jurisprudencia española no se conoce ningún caso en que algún pariente de quien ha sido auxiliado al suicidio haya interpuesto una demanda por daños contra el auxiliador, quizá porque, al margen de algún caso excepcional, los auxiliadores suelen ser precisamente personas del círculo familiar o íntimo del suicida. Como derivado de éstos encontramos algún otro supuesto en el que se presenta una demanda contra algún particular que haya tenido algún tipo de relación con el suicida que haya podido influir en su decisión sin que, a pesar de ello, esta influencia pueda ser calificada penalmente como de inducción al suicidio. No parece, sin embargo, que este tipo de demanda tenga demasiadas posibilidades de ser estimada.

STS, 1ª, 30.12.1998. Los parientes de un suicida demandan a Telefónica de España S. A. 100 millones de ptas. por los daños humanos, morales y materiales provocados por la muerte al suicidarse de Francisco Javier C. M. Los actores demandan también el abono de 113.974 ptas. correspondientes al uso del "903" y la declaración de este tipo de líneas como ilícitas. A pesar de que la sentencia no aclara las circunstancias de hecho, de acuerdo con lo que expresa la demanda podemos suponer que el suicidio se produjo al recibir el suicida la

factura del “903” y representarse las consecuencias. Los actores habrían demandado entonces a Telefónica como causante o inductora del suicidio. El TS desestima el recurso de casación y confirma las sentencias de primera instancia y audiencia que habían absuelto a Telefónica de cualquier responsabilidad.

c) La responsabilidad de alguna administración por no haber evitado el suicidio.

El TS ha dictado, entre 1996 y la actualidad, **11 sentencias** que resuelven **reclamaciones de parientes de suicidas contra la administración**. Podemos diferenciar tres grupos de casos en función de dónde se produce el suicidio: hospitales (4), prisiones (5) y servicio militar (2). En los tres existe un vínculo especial entre el suicida y la administración cosa que puede comportar, por diferentes vías, una obligación especial de la administración de evitar el suicidio del administrado que se encuentra a su cargo, bajo su custodia o a su servicio de manera forzosa.

En **5 casos** se aprecia **responsabilidad de la administración** con indemnizaciones por un total de 36 millones de ptas. En los hospitales (3 casos) por una omisión negligente de los servicios hospitalarios y en la prisión (2 casos) por un incumplimiento grave de la obligación de velar por la vida de los presos. Las restantes 6 sentencias con demandas que suman 108 millones de ptas. (sin poder computar la STS 18.4.1997 que no ofrece las cifras) no aprecian responsabilidad de la administración.

- **Suicidios en hospitales**
- **Enfermos ingresados en el hospital por tentativa de suicidio**

De los casos ocurridos en hospitales destacan dos especialmente trágicos: el suicida ha ingresado en el hospital después de haberse intentado suicidar, no lo ha conseguido ni en la calle ni en su casa y en cambio, cuando ya está ingresado a consecuencia de este intento y bajo tratamiento o vigilancia, consigue suicidarse en el mismo hospital. El TS aprecia responsabilidad de la administración hospitalaria basada en la **falta de medidas de seguridad** o vigilancia suficientes: en el primero, por instalar al enfermo en una habitación desde la que tenía acceso al tejado y, en el segundo, por no evitar que el enfermo saliera de la unidad de psiquiatría cuando quiso y pudiera acceder sin ninguna oposición a la decimoprimer planta del edificio. El TS aplica el **art. 1903 CC** para justificar la responsabilidad del INSALUD mencionando el acercamiento de la responsabilidad extracontractual desde el principio culpabilístico a los criterios de la responsabilidad objetiva.

STS, 1ª, 9.3.1998. Julio G. N. de 59 años, pensionista, casado y con dos hijos, fue hallado el 17.10.1990 por su esposa, Celedonia M. O., tumbado en la cama, inconsciente y con el tubo de una bombona de gas butano introducido en la boca. La mujer llamó al médico de guardia que ordenó el traslado urgente al hospital de Cruces (Barakaldo). Ingresó en la UVI y dos días después, el 19.10.1990 fue trasladado al hospital de Valdecilla haciéndose constar en el alta del hospital de Cruces el intento de suicidio grave por inhalación de gas butano y las heridas superficiales que había sufrido. En el nuevo hospital ocupó una habitación en la tercera planta para recibir tratamiento médico-psiquiátrico. Pocos días después, el 23.10.1990, Julio accedió desde su habitación al tejado del edificio desde donde se lanzó al vacío. Celedonia demandó 15 millones de ptas. al INSALUD: el TS estima el recurso de casación presentado por la actora, casa la sentencia de Audiencia que había absuelto totalmente al INSALUD y confirma íntegramente la sentencia de primera instancia, otorgando una indemnización de 5 millones de ptas.

La responsabilidad del INSALUD se fundamenta en la **falta de mecanismos de vigilancia y custodia suficientes**. La defensa de la correcta actuación de la administración según el tratamiento que seguía el paciente, la vigilancia, observación y atención constantes, y el control casi continuo por parte de las enfermeras del centro no puede superar el hecho evidente de que alguna previsión, cuidado o atención falló si el enfermo a quien se le había diagnosticado tendencia al suicidio consigue suicidarse precisamente en el hospital donde se le ha ingresado para atender y curar esta tendencia. El TS afirma claramente que la habitación asignada al enfermo no debería haber tenido acceso al tejado y que la vigilancia a que estaba sometido no se podía detener en el momento de irse a dormir el paciente. La falta de estas medidas justifica la responsabilidad *in eligendo* o *in vigilando*, ex art. 1.903 CC, de la administración sanitaria por este fallo en la organización de los servicios y en la individualización de la adopción de medidas o medios materiales y personales.

STS, 1ª, 22.7.1997. Andrés de L. de A., de 48 años, casado y con dos hijos, quedó ingresado el 6.4.1991, procedente del Servicio de Urgencias, en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Palencia Río Carrión después de haberse intentado suicidar por intoxicación. El paciente había estado ya ingresado en numerosas ocasiones anteriores por cuadro depresivo y diversos intentos de suicidio. El 24.4.1991 a las 23'35 h. Andrés salió de la mencionada Unidad, situada en la tercera planta del edificio, y sin que ningún celador, ATS o vigilante se lo impidiera subió a la planta decimoprimeras del edificio donde penetró en la sala de espera y televisión, abrió una ventana y se arrojó al vacío falleciendo en el acto. Su viuda, Baudilia L. L., en su propio nombre y en el de su hijo menor de edad, David, y la hija Almudena de L. L. interponen una demanda contra el INSALUD, José Carlos M. V. director médico y gerente del Hospital y Cristina G.-D. U., médico del servicio de psiquiatría. La demanda, de 16 millones de ptas. por daños morales y patrimoniales es aceptada en instancia y confirmada en audiencia y por el TS.

La responsabilidad de la administración sanitaria se fundamenta también aquí en la **falta de vigilancia y control**. El TS afirma que la más elemental prudencia profesional de los encargados del servicio exige que la salida de la unidad de psiquiatría de un enfermo que esté allí internado no sea decidida por él mismo: la salida debe estar controlada por un servicio de vigilancia. Esta carencia es imputable no sólo a los trabajadores concretos que no cumplieron con su misión, que no son demandados en el pleito, sino también a los encargados de la organización de estos servicios, que sí lo son, y a la administración sanitaria responsable del funcionamiento del servicio. La alegación de caso fortuito no es estimada porque, tal y como afirma el TS, el suicidio era plenamente previsible teniendo en cuenta las muy numerosas ocasiones, constatadas en el historial médico, en que el paciente había intentado suicidarse.

En la misma línea, **STS, 1ª, 11.3.1995** que otorga una indemnización de 10 millones de ptas. a los padres de una enferma depresiva que se suicida arrojándose al vacío desde la ventana del baño de la habitación que le había sido asignada. La paciente ingresa en el hospital a causa de un intento de suicidio por ingestión de unas 25 cápsulas de *distraneurine*, el 8.10.1988, y consta que ya lo había estado por el mismo motivo los días 25.5 y 20.8 del mismo año. Después de un lavado gástrico y de ser sometida a tratamiento con fluidoterapia es instalada en una habitación de la denominada planta baja, que es, sin embargo, realmente un tercer piso. La mañana siguiente se produce el suicidio desde la ventana del baño, que estaba abierta y no tenía ninguna reja. La más elemental prudencia médica, y estrictamente humana, afirma el TS, aconsejaba ingresar a la paciente en una habitación donde no tuviera medios que facilitasen la previsible repetición del intento.

STS, 3ª, 16.3.1999. Ana J. R. estaba ingresada en el Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro con diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva descompensada. El diagnóstico era conocido por los servicios médicos del hospital, la enferma seguía en el centro un tratamiento psiquiátrico que fue incrementado incidiendo en aspectos depresivos y

conductuales y, por razón de su comportamiento y por necesidades del tratamiento, fue trasladada a una habitación independiente donde, a pesar de que la sentencia no explica las circunstancias concretas, se suicidó.

El TS confirma la SAN 4.3.1994 y concede una indemnización de 8 millones de ptas. al marido y a los dos hijos de la suicida. La responsabilidad de la administración se fundamenta en no haber adoptado las determinaciones y cuidados necesarios para prevenir las consecuencias que la enfermedad que padecía la interna podía comportar. No estamos ahora ante la evidencia de un intento de suicidio previo al ingreso en el hospital sino que se trata de una enferma psíquica diagnosticada que está ingresada en el hospital, donde se tiene perfecto conocimiento de su estado como lo demuestra el hecho de que fue trasladada a una habitación independiente debido al agravamiento de su situación, pero sin tomar precauciones para evitar un intento de suicidio que, a pesar de no existir antecedentes, es una de las posibles consecuencias de su enfermedad. Por ello, si el suicidio se produce parece clara la responsabilidad de la administración por no evitarlo, a pesar del tratamiento al que estaba sometida la enferma. La ausencia de más datos en el texto de la sentencia no nos permite hacer una valoración más precisa de las circunstancias concurrentes en este caso.

En el mismo sentido, **STS, 3ª, 15.7.1991** que otorga una indemnización de 8 millones de ptas. al marido de la suicida por falta de vigilancia cuando ésta era especialmente necesaria por las excepcionales circunstancias del caso. La enferma fue ingresada por lesiones físicas pero el marido advirtió al personal sanitario que su mujer tenía antecedentes psiquiátricos y estaba bajo tratamiento, como el personal sanitario pudo advertir por las extrañas reacciones que tuvo la enferma. Su comportamiento provocó que fuera trasladada a una habitación individual, que no reunía las condiciones de seguridad necesarias para evitar el suicidio: la enferma se arrojó al vacío por una ventana. Las Audiencias Provinciales y los Tribunales Superiores de Justicia siguen la misma línea: **SAP Vizcaya, 22.6.1998**: suicidio precipitándose al vacío de enfermo con antecedentes autolíticos ingresado en unidad psiquiátrica mientras se le conduce a pasear al aire libre (4 millones y 3,5 a cargo de una aseguradora); **SAP Cantabria, 6.5.1997**: suicidio de enferma ingresada en unidad psiquiátrica de hospital situada en la tercera planta del edificio y con ventanas accesibles (14 millones); **SSTSJ Asturias, 24.4.1994**: lesiones sufridas por enferma en intento de suicidio precipitándose al vacío desde la habitación donde está ingresada (5 millones y pensión vitalicia mensual de 150.000 ptas.); **Castilla y León, 6.6.1994**: lesiones sufridas en intento de suicidio por enfermo que había intentado suicidarse anteriormente en el mismo hospital (420.000 ptas.) y **Navarra, 17.5.1993**: enferma con antecedentes que había intentado suicidarse la misma tarde en que ingresó en el hospital que consigue huir de su habitación donde se le había aplicado sujeción mecánica, vistiéndose con ropa de calle, que se precipitó al vacío desde la planta más alta (octavo piso) de un edificio en construcción que se encontraba a 500 metros del hospital (20 millones de ptas. al viudo y 5 millones de ptas. a cada uno de los dos hijos). En cambio, no se concede indemnización en las **SSTSJ Asturias, 18.12.1998**: el suicidio se produce después de haber sido dado de alta en el hospital y ya bajo la custodia de la familia y **Navarra, 3.10.1997**: suicidio fuera del hospital en el que no se ingresa voluntariamente, realizado con un arma prestada al suicida por su padre.

• Suicidios en centros psiquiátricos

En el caso de enfermos mentales ingresados en centros psiquiátricos el criterio es el mismo: **falta de vigilancia** suficiente. Sin embargo, en estos casos, ya se aprecian supuestos de caso fortuito: el enfermo mental sin antecedentes suicidas que por su propio estado no es previsible que cometa una acción suicida.

STS, 1ª, 1.6.1996. Jorge G., interno en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio desde el 22.6.1988, accedió el 26.6.1988, desde el comedor del centro, pasando por un pasillo, a la

sala de televisión, donde cogió una silla, rompió el cristal de una ventana y se arrojó al vacío. Falleció el 13.9.1988 a consecuencia de las heridas que se produjo. Sus padres, José María G. C. y Ascensión B. P. demandan a *OSAKIDETZA* (Servicio Vasco de Salud), Antonio-Esteban V. C., Juan P. P., Gorka T. M. y Begoña Z. Z. (personal médico), una indemnización de 12 millones de ptas. por los daños morales producidos por la muerte de su hijo.

En primera instancia se estima parcialmente la demanda al considerar que si el enfermo ingresado consigue arrojar al vacío, después de romper una ventana con una silla de la sala de televisión, es porque donde está ingresado no existen las medidas de seguridad y vigilancia exigibles en cualquier centro psiquiátrico. A pesar de ello, el TS confirma la sentencia de la Audiencia revocatoria de la de instancia y desestima el recurso de casación: partiendo de la negación de la responsabilidad objetiva de los centros sanitarios y de la inversión de la carga de la prueba considera que, en este caso, los demandantes deben probar además de la existencia del daño, el nexo de causalidad y la culpa de quien ha intervenido en los hechos. El TS considera que no hubo ninguna clase de negligencia en las medidas de seguridad adoptadas para evitar el suicidio ya que existía una vigilancia continua por parte del servicio de enfermería, situación de disponibilidad y acompañamiento dentro de la Unidad donde el paciente se hallaba ingresado en la que, además, no se daban situaciones de riesgo y había personal vigilando que impedía a los internos el acceso a medios con los que pudiesen dañarse.

Sin embargo, este análisis en abstracto no puede superar del todo la evidencia del suicidio. El TS considera, no obstante, correcta la no aplicación de medidas de **control extremo**. Éstas, como por ejemplo la sujeción mecánica o la sedación, se aplican individualizadamente y se reservan para los **casos más graves**, pero incluso si se aplican "(n)o asumen los imprevistos que el paciente se arroje por la ventana" (FJ. 1). Mas en el caso concreto al TS no le hace falta ir tan lejos, ya que las medidas no eran aplicables: el paciente ingresó para recuperarse de una descomposición psicótica y cuatro días después del ingreso estaba todavía en situación de observación y estudio. Además, según el TS, al no existir tendencia al suicidio ni constancia de ningún intento anterior, el suicidio no era previsible ni evitable.

En este caso hay un elemento decisivo generalizable a los demás: **la falta de antecedentes de suicidio del enfermo ingresado**. De esta manera el TS llega a considerar el suicidio como un **caso fortuito**, un hecho que no entra dentro de lo previsible y evitable, que rompe el nexo causal y permite eximir a la administración de responsabilidad, excepto, como hemos visto al menos en el caso anterior, que la enfermedad sufrida pueda comportar una tendencia al suicidio. Con todo, no parece demasiado razonable que un enfermo ingresado en un centro psiquiátrico pueda hacer todo lo que hizo el suicida sin que nadie se lo impidiera.

Con anterioridad: **SSTS, 3ª, 10.12.1987**: enferma psíquica ingresada en un centro psiquiátrico municipal que habiéndose intentado suicidar en el mismo momento de su ingreso no fue vigilada correctamente (2 millones); **3ª, 30.7.1991**: falta de vigilancia después de haber tenido constancia de los antecedentes psiquiátricos del enfermo ingresado en un hospital por una descompensación cardiocirculatoria. El caso es más complejo ya que se aprecia concurrencia de culpas entre la administración y un hijo del enfermo que le estaba vigilando en su habitación y abandonó el hospital sin avisar a nadie. A pesar de ello, se concede una indemnización de un millón de ptas. (la demanda era por 10). En cambio, en la **3ª, 13.6.1988**: no se concede indemnización por el suicidio de un enfermo mental que sale del psiquiátrico municipal, donde estaba ingresado de forma voluntaria y en régimen abierto, aunque sin autorización como había hecho en cinco ocasiones anteriores, y se arroja

al vacío desde el balcón de la casa de sus padres, que reclaman después contra el psiquiátrico municipal. El TS, además de mencionar la dificultad de indemnizar los daños producidos por un acto voluntario, considera que se rompe el nexo causal ya que los padres no devolvieron al enfermo inmediatamente al centro sino que éste quedó a su cargo, tiempo que aprovechó para ducharse, vestirse y salir al balcón del piso desde donde, a pesar de la normalidad que aparentaba, saltó al vacío. En un sentido similar encontramos la **STS, 1ª, 5.12.1994**: los padres de un guardia de seguridad que se suicida disparándose con el arma reglamentaria mientras está de servicio demandan a la empresa de seguridad que lo había contratado. En este caso no se concede indemnización, ya que el suicida padecía un proceso esquizofrénico conocido por la familia que después demanda y que es considerada por el TS como creadora del riesgo del suicidio o de daños a terceros por no haber informado a la empresa de seguridad de esta circunstancia. Ésta, por su parte, no realizó ningún examen psicotécnico al candidato al lugar de trabajo porque, al tener ya previamente el suicida licencia de armas expedida por el Estado, la legislación aplicable no le imponía este deber.

- ***Suicidios en la cárcel***

La legislación impone a los centros penitenciarios la obligación de velar por la vida, la integridad y la salud de los presos (art. 3.4 LO 1/1979, de 26 de septiembre, general penitenciaria y 4.2.a) RD 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el reglamento penitenciario). En dos de las sentencias siguientes esta obligación se extiende hasta el punto de responsabilizar a la administración de los suicidios cometidos por sus presos. Los criterios utilizados son los mismos que en los casos anteriores, pero se interpretan de manera más flexible: la diligencia exigible respecto de la vigilancia es menor.

- **Presos internos en psiquiátricos penitenciarios**

STS, 3ª, 5.5.1998. Pedro G. M., condenado a 10 años de prisión por homicidio, ingresó durante el año 1985, después de un intento de suicidio, en el Centro Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, donde se le diagnosticó un cuadro de esquizofrenia paranoica crónica con exacerbaciones agudas e incidentes posteriores. Pedro repitió el intento de suicidio dos años después, el 25.3.1987, cuando ya estaba bajo la custodia del centro psiquiátrico. Posteriormente, disfrutó de permisos durante los años 1988 y 1989, pero el 1.5.1989 pasó al departamento de agudos con sujeción mecánica, de donde salió al experimentar una mejoría. El 1.6.1989 volvió de nuevo a agudos con sujeción mecánica y con tratamiento antipsicótico intenso (la sentencia no aclara por qué motivos). Después de experimentar una ligera mejoría se le retiró la sujeción mecánica pero continuó ingresado en el departamento de agudos donde, unos días después, el 19.6.1989, en su propia celda, intentó suicidarse por asfixia ahorcándose con una sábana que había atado a la cadena que sujetaba, en caso de estar abierta, la ventana superior de la celda. Este intento le causó lesiones que le provocaron la muerte, el 2.9.1989, por encefalopatía postanóxica.

El TS casa la sentencia de la SAN, de 14.7.1993, que concedió una indemnización de 15 millones de ptas., al considerar, partiendo del deber específico de velar por la vida, salud, integridad, dignidad y seguridad de los presos que, como mínimo, la administración incurrió en culpa *in vigilando* ya que el interno estaba sometido a tratamiento intensivo y vigilancia especial por alto riesgo de intento de suicidio y que hubo mal funcionamiento del servicio de vigilancia ya que a pesar de su rápida asistencia el preso acabó muriendo a causa del intento de suicidio.

El TS, sin embargo, considera que no ha existido o no se ha probado suficientemente ningún elemento de anormalidad en el servicio público prestado, hecho éste que impide la existencia de nexo causal entre la actividad o inactividad de la administración y el resultado dañoso. Tampoco admite la existencia de culpa *in vigilando*: partiendo del hecho de que **el daño se produce voluntariamente** sólo admite como posibles fundamentos de la responsabilidad de la administración que la vigilancia a la que fue sometido el enfermo fuera defectuosa o bien que las condiciones de la celda fueran defectuosas o que hubiera instrumentos que pudieran facilitar el suicidio.

El TS rechaza la primera posibilidad porque considera que **la vigilancia**, a pesar de no ser continua, **no fue negligente** por no ser conveniente o posible, sin que en ningún caso considere obligatorio establecer una vigilancia directa o indirecta de 24 h. El TS admite que la vigilancia no era continua pero considera que tenía una intensidad muy elevada, que entiende suficiente, lo que considera probado por el hecho de que el suicida fue descubierto cuando el suicidio aún no se había consumado.

El TS, sin embargo, no considera relevante que el suicida fuese descubierto por un celador que hacía una ronda para recibir encargos de compra para el economato de la prisión y no por un miembro del personal sanitario. Respecto de la vigilancia continua la Sala no puede afirmar que fuera conveniente por defecto de prueba, si bien afirma respecto de ésta y de su sustitución por medios técnicos que: "(n)í siquiera tiene la certeza de que ello fuera posible, o que existan otros medios alternativos para evitar la tentativa de suicidio que hubieran sido útiles... al menos en el año (1989) en que se produjo el fallecimiento" (FJ. 5).

El TS, argumentando contrafactualmente, rechaza también la segunda posibilidad. Así, afirma que la sábana no le parece un medio idóneo para una tentativa de suicidio sino que es un elemento natural para el descanso de cualquier persona, especialmente si está enferma. Continúa afirmando que la cadena de la ventana tampoco le parece un soporte suficiente para aguantar el peso de una persona, sino que es un elemento para facilitar la ventilación de la celda sin permitir peligrosas salidas. Afirma, finalmente, que como la sábana fue atada a la ventana anteriormente su falta podía hacer pensar que había sido retirada de la celda.

Esta conjetura, si se llevara al extremo, podría justificar la responsabilidad de los servicios penitenciarios: falta una sábana en la cama de un preso que ha intentado suicidarse en diversas ocasiones y no hay constancia de que haya sido retirada. Si alguien lo hubiera podido pensar, alguien lo hubiera podido verificar. A pesar de ello, parece que aquí el TS sólo hace una conjetura, ya que, haciendo otra podría considerar que el preso ató la sábana a la ventana justo antes de ahorcarse con ella. Como decía, esto son hipótesis o conjeturas que sirven al TS para considerar que la celda no ofrecía al preso los medios para suicidarse. Sin embargo, olvida el TS que aunque *a priori* pueda parecer razonable el preso consigue suicidarse a pesar de estas circunstancias. Otra cosa sería que el TS entendiese que los instrumentos idóneos para el suicidio hayan de ser armas de fuego, armas blancas o cuerdas gruesas que se puedan atar fácilmente a ganchos o salientes, ya que éstos son instrumentos que normalmente no deberían encontrarse en la celda de una prisión. Por otro lado, el TS insiste en que el suicidio es un acto voluntario para argumentar que no se puede responsabilizar a la administración por actos en que participa quien resulta lesionado. Y es que, en este caso, la demanda la presenta el mismo suicida, que es sustituido procesalmente, después de su muerte, por sus parientes.

Esta sentencia es muy parecida a la STS 1.6.1996 en el sentido de considerar que podía no ser conveniente vigilar directamente al enfermo las 24 h. Pero en aquel caso la medida no se consideró necesaria, ya que el paciente no tenía antecedentes de tentativas de suicidio y estaba aún bajo observación, razón de fondo para no conceder

indemnización. En cambio, en este caso, a pesar de la existencia de antecedentes suicidas claros, el TS tampoco considera que haya responsabilidad de la administración. Además, existe un elemento diferenciador inquietante: en el caso del hospital el TS argumenta acerca del criterio de la **inoportunidad terapéutica** de establecer una vigilancia ocular directa sobre un interno que está aún en fase de observación y, en este caso ocurrido en un psiquiátrico penitenciario, introduce el elemento de la **imposibilidad material** de prestar este servicio. Aquí se contraponen sólo estos dos casos pero si pudiera verificarse esta diferencia en otros podríamos afirmar que los criterios de diligencia son diferentes en los psiquiátricos penitenciarios respecto de la administración sanitaria general.

- **Presos en centros penitenciarios**

Los casos de suicidio en la cárcel tampoco nos permiten constatar la afirmación anterior, pero sí manifiestan que la indemnización se otorga en casos con un grado de **negligencia** que nos puede parecer **muy superior** a los casos comentados anteriormente. En segundo lugar, el criterio decisivo aquí también parece ser el desconocimiento de la administración de la existencia de antecedentes psiquiátricos del preso.

STS, 3ª, 19.6.1998. Ismael M. B. ingresó el 23.3.1989 en el centro de detención de jóvenes de la prisión de Carabanchel acusado de robo. El 16.5.1989 se ahorcó con una sábana que había atado al barroto de la ventana de su celda. La madre del suicida, Manuela B. A., demanda 10 millones de ptas. de indemnización por mal funcionamiento de la administración penitenciaria. La petición es denegada por silencio administrativo del Ministerio de Justicia, denegación confirmada por la SAN 30.12.1993 y por el TS.

Este primer caso tiene una gran similitud con el anterior y se utilizan los mismos argumentos para desestimar la pretensión de la madre del suicida. El TS considera que en este caso tampoco concurre responsabilidad de la administración ya que no aprecia ninguna infracción u omisión del deber de vigilancia. Encontramos, sin embargo, una diferencia importante: aunque no consta si fue reconocido en el momento del ingreso o si tuvo o necesitó asistencia médica posteriormente, en este caso **no existen antecedentes psiquiátricos** y de las declaraciones de los funcionarios del centro penitenciario y de los compañeros del suicida se concluye que **no se advirtió** nada anormal en su comportamiento ni se detectó ningún síntoma que pudiera indicar su reacción. Parece pues que el interno hizo una vida totalmente normal durante su estancia en el centro penitenciario sin que nadie pudiera percatarse de sus intenciones, lo que impide considerar a la administración como responsable por no haber adoptado alguna medida especial de vigilancia intensiva. Tampoco considera el TS que en la celda hubiera elementos facilitadores del suicidio, cosa que en este caso puede entenderse tal vez mejor al tratarse de una celda normal de una prisión y no de una celda especial de una unidad de agudos de un psiquiátrico.

STS, 3ª, 19.1.1999. Mercedes I. G., madre del suicida, interpone recurso de casación contra la SAN de 15.3.1994 que desestimó la demanda de 40 millones de ptas. de indemnización en concepto de daños y perjuicios por la muerte de su hijo, Leonardo L. I., ingresado en la prisión de Valladolid.

El recurso es desestimado por el TS: no existe responsabilidad de la administración penitenciaria ya que el suicidio no puede ser imputado a ninguna conducta culposa de los funcionarios ni tampoco con carácter objetivo al funcionamiento de la administración. En la sentencia no se explican las circunstancias del suicidio pero

queda probado que el interno no mostraba **ningún signo de encontrarse en estado depresivo** que justificase alguna medida especial por parte de la administración penitenciaria.

Todo lo contrario, se prueba que la actitud del preso denotaba cierta energía de ánimo al haber anunciado que denunciaría a la Guardia Civil por haberse quedado con su chaqueta y al haberse dirigido a su madre instándola a hablar con el taxista que le había denunciado para que retirara la denuncia. Además, el preso recibe la asistencia médica prescrita reglamentariamente cuando se produce su ingreso en la cárcel, momento en que se le detecta un síndrome de abstinencia a la heroína para el cual se le administra el tratamiento habitual (*Sinogran 25*).

Estas dos sentencias apuntan que en caso de ingreso de un preso sin antecedentes psiquiátricos conocidos que puedan poner en alerta a los servicios médicos del centro penitenciario no existe responsabilidad por el suicidio del interno. En cambio, cuando existen antecedentes y la administración no adapta su actuación a los mismos habrá responsabilidad.

STS, 3ª, 26.11.1998. Jaime L. C. había sido declarado minusválido con carácter permanente por psicosis paranoica mediante Resolución de 8.11.1982 de la Consejería de Trabajo y Bienestar Social de la Xunta de Galicia. Se le concedió una pensión por invalidez y fue declarado exento de la prestación del servicio militar. Esta enfermedad había determinado su tratamiento desde el año 1980 y su ingreso en diversas y reiteradas ocasiones en el Centro Psiquiátrico de Conjo (Santiago de Compostela) entre los años 1981 y 1985. Tan sólo tres días después de su última asistencia médica, a las 9h. del 17.8.1986 prendió fuego, mediante una bombona de gas butano, a la casa en que vivía con su madre. Fue detenido por la Guardia Civil ante la cual manifestó que lo había hecho porque la casa “se le caía encima”. Ese mismo día fue atendido por un medico psiquiatra, única intervención facultativa que consta en las actuaciones judiciales, que emitió un informe donde hizo constar que tenía una personalidad esquizoide con descompensaciones psicóticas frecuentes y que la conducta lesiva era debida posiblemente a un trastorno mental transitorio sin que en el momento de la exploración se apreciase ninguna otra sintomatología. Cuatro días después, por auto de 21.8.1986, se acordó su ingreso provisional en el centro penitenciario de A Coruña sin que fuera atendido por ningún médico psiquiatra. En el momento del ingreso provisional, ratificado por auto de procesamiento de 1.9.1986, ninguno de los miembros del equipo de observación y tratamiento de la prisión tenía titulación médica o sanitaria. Jaime escribió con su propia sangre sobre el documento de procesamiento: “esto es un abuso”. El preso no fue atendido por ningún psiquiatra ni enviado a ningún centro psiquiátrico ya que no se consideró necesario en el momento de su ingreso en prisión. Jaime se suicidó ahorcándose el 20.10.1986.

El TS condena a la administración al pago de 2 millones de ptas. de indemnización a la madre del suicida. Para el TS las circunstancias de hecho ya deberían haber alertado de manera suficiente a la administración penitenciaria para poner en funcionamiento las medidas oportunas de vigilancia y seguridad: se trata de un preso que había estado sometido con anterioridad a su ingreso en prisión a tratamiento psiquiátrico e ingresado diversas veces en un centro psiquiátrico afectado de psicosis paranoica. A pesar de ello, desde el momento de la detención no es atendido por ningún médico psiquiatra, en el momento del ingreso en prisión no se le practica ningún examen médico psiquiátrico y no es remitido a un centro psiquiátrico por no considerarlo necesario el equipo médico del centro penitenciario. El TS considera, pues, que existe un nexo causal, ya que el suicidio podría haberse evitado si se hubiera adoptado alguna medida de control o vigilancia sobre el preso o bien si se le hubiera internado en un centro psiquiátrico.

Por otro lado, sorprende que el interno, a pesar de sus antecedentes psiquiátricos, pudiera estar durante casi dos meses en prisión sin mostrar nada extraño: o bien mantuvo una actitud perfectamente normal durante este tiempo o bien nadie se percató de su comportamiento anormal, cosa que podría reafirmar aún más la responsabilidad de la administración que en la primera hipótesis sólo surgiría por no haber tenido en cuenta el historial clínico.

STS, 3ª, 30.3.1999. Antonio J. A., interno en la prisión de Cádiz-Puerto II, se suicidó ahorcándose con su cinturón. Sus padres, Antonio J. P. y María Dolores A. P., demandan a la administración penitenciaria. La SAN de 10.5.1994 estima la demanda y declara la responsabilidad patrimonial de la administración cifrada, en este caso, en 5 millones de ptas. que el TS confirma.

La responsabilidad de la administración se fundamenta en el incumplimiento de los **deberes de registro y vigilancia de los internos** en el momento de realizar su ingreso en el centro penitenciario. La sentencia declara que el interno no fue registrado de manera adecuada, de acuerdo con lo dispuesto en el protocolo personal del art. 15.2 de la LO 1/1979. Patentizado este incumplimiento ya no hace falta analizar nada más relativo a antecedentes psiquiátricos o conducta anormal del interno.

El TS considera así que no puede eximir a la administración de responsabilidad por el hecho de que otros dos internos declaren en el proceso sobre el estado de abatimiento del interno que se suicidó. Esto ya representaría un incumplimiento por parte de la administración, que no lo había detectado. Pero, con anterioridad a este posible incumplimiento ya se ha producido otro, como es el de ingresar al interno sin registrarlo adecuadamente, cosa que determina el nexo causal entre el hecho y el defectuoso funcionamiento de la administración penitenciaria.

- ***Suicidios en el servicio militar***

Durante el periodo 1996-1999 encontramos dos sentencias que resuelven casos de jóvenes que se suicidaron mientras realizaban el servicio militar. El TS considera que en ninguno de los dos existe responsabilidad de la administración.

STS, 1ª, 8.7.1998. Julio L. A., de 19 años, se incorporó a filas el 28.11.1989. El 4.12 solicitó hablar con un mando porque, según él, había sido sometido a todo tipo de bromas y vejaciones. Esa misma mañana habló con el capitán de la compañía, a quien explicó que se sentía amenazado de muerte, que tenía miedo porque creía que un primo suyo había muerto en un atentado, que prefería que le disparasen un tiro en el cuartel a recibir un navajazo fuera y que estaba poseído porque había hecho tres estrellas de David para un cliente de la joyería de su padre. El capitán lo remitió a los servicios médicos. Fue examinado, a las 11 h., por un teniente médico que, ante la impresión de que padecía un trastorno psicótico que denotaba una sensación de estar perseguido decidió enviarlo, al día siguiente, al Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Burgos y sugirió que fuera ingresado en el botiquín de la base. Hacia las 13 h. el teniente médico volvió a ver al soldado que se negaba a ir al botiquín. Ordenó que fuera trasladado, cosa que se produjo, finalmente, hacia las 15 h. Julio fue instalado en una habitación donde había otro soldado de su misma quinta. Aproximadamente a las 16, 17 y 18 h. fue visitado por un soldado médico. También hacia las 18 h. apareció en la habitación un capitán veterinario que le habló y le dijo que al día siguiente se iría a casa. Julio le contestó que si lo iban a fusilar y que por qué no le pegaban un tiro. Después de esto el soldado se quedó solo en la habitación. Cuando a las 18'55 h. volvió el soldado que estaba instalado en la misma habitación encontró a Julio colgado de la llave de paso de la cisterna de los servicios de la habitación. Emilia A. R., madre del suicida, demanda 30 millones de ptas. a la Administración General del Estado. La demanda es desestimada en primera instancia, por la Audiencia y también por el TS. El **recurso de casación** se fundamenta básicamente en que

el resultado dañoso se podía haber previsto, cosa que debería determinar la conducta culposa de la administración: la diligencia exigible a la administración en caso de prestación del servicio militar exige una mínima vigilancia de los individuos que la están realizando y que sometidos a la custodia de la administración y alterados por circunstancias que viven en el cuartel presentan síntomas claros de trastornos con tendencias autodestructivas. Para la recurrente resulta, además, incomprensible que si el suicida estaba rodeado de personal al que puede suponerse mínimamente cualificado para encontrarse en el denominado botiquín militar no se hubieran adoptado las medidas de precaución exigibles a cualquiera. Considera también que esta falta de diligencia determina la existencia de nexo causal, en términos de causalidad adecuada, ya que la conducta pasiva del autor es apropiada para la determinación del resultado: la recurrente entiende que el enfermo fue abandonado a su suerte sin que se adoptara ningún tipo de decisión ni ninguna medida de control, sobre una situación grave, que hubiera evitado la muerte.

El TS considera, sin embargo, que la actuación del personal médico militar fue correcta. En primer lugar, (FJ. 3) **el diagnóstico médico fue correcto**: no hay infracción de la *lex artis* ya que la ausencia de signos de violencia, nerviosismo y agresividad del soldado no permiten prever el resultado que se produce. Más adelante, afirma (FJ. 5) que es infrecuente que un trastorno esquizofrénico conduzca al suicidio. En segundo lugar, para el TS fue igualmente **correcto el tratamiento aplicado** desde dos puntos de vista: a) de acuerdo con los hechos parcialmente probados considera que podía ser perjudicial la administración de un sedante y que no era necesaria la aplicación de otros medios como el uso de una camisa de fuerza ya que están reservados para agitaciones psicomotrices graves y, b) los síntomas que presentó no requerían una hospitalización psiquiátrica urgente ya que la urgencia se determina por la existencia de agitación psicomotriz y peligrosidad entendida como agresividad auto o heterodirigida. En tercer lugar, el TS pretende dejar claro que el soldado no fue abandonado a su suerte, afirma (FJ. 4) que Julio no estaba solo ya que estaba en compañía de otro enfermo y allí se hallaba el personal de la enfermería, un ATS y un soldado médico durante toda la tarde que lo visitó regularmente cada hora, el cual al oír un grito salió de su dependencia y al llegar a la habitación ocupada por Julio lo encontró ahorcado.

En este último punto es donde quizá la sentencia no aclara suficientemente ni los hechos ni la fundamentación: de acuerdo con los hechos probados parece claro que Julio estuvo solo en su habitación al menos entre unos minutos después de las 18 h. y unos minutos antes de las 19 h. cuando fue encontrado por su compañero de habitación. El soldado médico se encontraba en el mismo edificio pero en otra dependencia. A pesar de ello, el TS considera que la actuación de los servicios médicos fue correcta y que no hacía falta ninguna medida adicional.

En definitiva pues, el estado psicótico del soldado al no manifestar ninguna violencia no permitió prever su acción posterior. Esta solución indica que es necesario haber dado muestras claras de las intenciones suicidas, lo que, sin embargo, puede parecer demasiado evidente para justificar la responsabilidad en caso de suicidio. En el caso únicamente quedó claro que Julio tenía una personalidad y un carácter introvertido y su dificultad para relacionarse socialmente.

STS, 3ª, 18.4.1997. El soldado Antonio F. U. muere a consecuencia de un disparo de su arma de fuego mientras está de guardia. El TS deja claro que los hechos, pese a no narrarlos, no se producen ni por un funcionamiento defectuoso del arma ni por la acción de ningún tercero y desestima el recurso presentado ya que el disparo se debe a una acción voluntaria del suicida sin que se pruebe la existencia de causas psíquicas anteriores o coetáneas al suicidio ni la relación de causalidad entre la realización del servicio militar y la decisión de acabar con la propia vida. Para el TS, pues, el suicidio se podía haber producido

tanto durante el servicio militar como en cualquier otra circunstancia y, por tanto, la administración militar no es responsable.

Esta resolución reafirma la necesidad de haber verificado alguna tendencia suicida por parte del soldado que está prestando el servicio militar que justifique la responsabilidad de la administración cuando el suicidio se produce efectivamente y la administración no ha hecho nada para impedirlo.

- **Conclusión**

Para apreciar algún tipo de incumplimiento por parte de la administración el elemento decisivo es que el suicida hubiera entrado bajo su custodia precisamente por haberse intentado suicidar o bien que la administración debiera tener constancia o la tuviera efectivamente de su historial médico en el cual constase algún intento de suicidio. Por esto, parece que podemos hablar de la **responsabilidad de la administración a partir de, como mínimo, el segundo intento de suicidio**, ya que esto se cumple en casi todos los casos en que se concede indemnización apreciando la responsabilidad de la administración, excepto en el aparentemente inexplicable sentido de la STS 5.5.1998 y en la STS 30.3.1999 en la que no hace falta ni tan sólo demostrar la existencia de ningún tipo de antecedentes psiquiátricos. En cambio, cuando la administración, incluso tratándose de un enfermo mental, no tiene ningún antecedente a su alcance y actúa dentro de la diligencia que el TS considera normal dentro de cada sector, no se le hace responder por el suicidio.

En este sentido la jurisprudencia, a pesar de buscar siempre una **base culpabilística** en un incumplimiento, parece situarse cada vez más cerca de los criterios de la **responsabilidad objetiva** en los casos ocurridos en hospitales y aún se mueve con criterios preferentemente culpabilísticos en el caso de las prisiones y del servicio militar. No obstante en ambos supuestos nos encontramos ante una responsabilidad patrimonial de la administración pública titular del servicio correspondiente que el art. 106 CE y la legislación posterior somete a los criterios de la responsabilidad objetiva.

A pesar de que los casos han sido resueltos por diferentes jurisdicciones, 4 por la sala civil y 7 por la sala contenciosa, no parece que existan diferencias relevantes en las soluciones y los argumentos utilizados por cada una de ellas. Sorprenden eso sí las diferencias que se aprecian respecto a las **indemnizaciones concedidas**, sin que las diferentes salas del TS expliciten las razones que les llevan a cuantificar el daño en una cifra u otra. Las cantidades solicitadas en las demandas pueden influir pero no se encuentra tampoco una explicación razonable que permita justificar por ejemplo que la indemnización de la STS, 1ª, 22.7.1997 de 16 millones de ptas. para la viuda y los dos hijos del suicida sea exactamente el doble de la concedida por la STS, 3ª, 16.3.1999, tratándose también de una viuda y dos hijos.

- **Tabla de sentencias citadas.**

SENTENCIAS DEL TRIBUNAL SUPREMO

Sala y Fecha	Ar.	Magistrado Ponente	Partes
1ª, 30.7.1991	5429	Morales Morales	Hijo de Luis Q. M. c. Herminia G. L., María Jesús H. G. de O. y "Sanitario y Dispensario de La

			Milagrosa, S. A.”
1ª, 5.12.1994	9406	Burgos Pérez de Andrade	Padre de José Ángel A. c. Compañía Mercantil “PYC”, “Seguridad Norte, S. A.” y Domingo G. R.
1ª, 11.3.1995	3133	Morales Morales	Padres de Alma-María G. G. c. INSALUD
1ª, 1.6.1996	4717	Martínez-Calcerrada Gómez	Padres de Jorge G. c. “Osakidetza” y varios profesionales sanitarios
1ª, 22.7.1997	221	Morales Morales	Viuda e hija de Andrés de L. A. c. INSALUD, director médico y director gerente del Hospital General de Palencia “Río Carrión” y médico del Servicio de Psiquiatría del mismo hospital
1ª, 9.3.1998	1270	Barcala Trillo-Figueroa	Viuda de Julio G. N. c. INSALUD
1ª, 8.7.1998	5544	Barcala Trillo-Figueroa	Madre de Julio L. A. c. Administración del Estado
1ª, 30.12.1998	9764	García Varela	María del Carmen M. T., María Jesús C. M., Jesús C. Z. y Juan Carlos C. M. c. “Telefónica de España, S. A.”
3ª, 12.3.1975	1798	Gabaldón López	Padres y novia de Manuel S. M. c. Diputación Provincial de Granada
3ª, 10.12.1987	9475	González Navarro	Josefa F. R. c. Diputación Provincial de Badajoz
3ª, 16.3.1988	6055	Barrio Iglesias	Padres de José P. P. c. Ayuntamiento de Barcelona
3ª, 15.7.1991	6167	Reyes Monterreal	Viudo de la fallecida c. Administración del Estado
3ª, 18.4.1997	2756	Seira Miguez	Antonio S. V. c. Administración del Estado
3ª, 5.5.1998	4625	Xiol Ríos	Viuda e hijos de Pedro G. M. c. Administración del Estado
3ª, 19.6.1998	5272	González Rivas	Padres de Ismael M. B. c. Administración del Estado
3ª, 26.11.1998	9312	González Rivas	Madre de Jaime L. C. c. Administración del Estado
3ª, 19.1.1999	1325	Mateos García	Madre de Leonardo L. I. c. Administración del Estado
3ª, 16.3.1999	3042	Mateos García	Viudo de Ana J. R. c. Administración del Estado
3ª, 30.3.1999	*4550	Mateos García	Padres de Antonio J. A. c. Administración del Estado

* Referencia: Revista Jurídica *La Ley*.

SENTENCIAS DE LOS TRIBUNALES SUPERIORES DE JUSTICIA

Sala, Fecha y Tribunal	Ar.	Magistrado Ponente	Partes
1ª y 2ª, 17.5.1993, Navarra	4064	Ruiz de la Cuesta Cascajares	Viudo y dos hijos de Dª. E. V. c. “Clínica Universitaria de Navarra”
4ª, 6.6.1994, Castilla y León	2358	Blanco Leira	Andrea A. B. c. INSALUD
4ª, 3.10.1997, Navarra	3445	Álvarez Caperochipi	Padre de Manuel P. T. c. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
4ª, 18.12.1998, Asturias	4838	González González	Padres de José Luis B. S. c. INSALUD y el Servicio de Salud del Principado de Asturias

SENTENCIAS DE LAS AUDIENCIAS PROVINCIALES

Sala, Fecha y Audiencia	Ar.	Magistrado Ponente	Partes
1ª, 24.2.1994, Asturias	228	Pueyo Mateo	María Milagros A. C. y José Manuel M. R. c. INSALUD, “Hospital Valle de Nalón” y Luis F. S.

1ª, 6.5.1997, Cantabria	1042	Muñiz Díez	Viudo de María de los Ángeles F. G. c. INSALUD, "Hospital Nacional Marqués de Valdecilla" y varios profesionales del hospital.
1ª, 22.6.1998, Vizcaya	1225	Julen Ugartechea	Jenaro I. S. c. "Aurora Polar, S. A." y Servicio Vasco de Salud-Osakidetza

• **Referencias bibliográficas**

DÍEZ-PICAZO GIMÉNEZ, GEMA. *La responsabilidad civil por los daños derivados del suicidios (A propósito de la STS de 11 de marzo de 1995)*. Anuario de Derecho Civil (1996-I).

DÍAZ-REGAÑÓN GARCÍA-ALCALÁ, CALIXTO. *Comentario a la STS 1.6.1996*. Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil, núm. 42 (1996).

GÓMEZ POMAR, FERNANDO. *Suicidio de un enfermo mental que ocupa un empleo peligroso. Responsabilidad del empresario (Comentario a la Sentencia del Tribunal Supremo de 5 de diciembre de 1994)*. INIURIA, Revista de Responsabilidad Civil y Seguro, núm. 8 (1995).

* Traducción al castellano de Álvaro Luna Yerga