
El suicidio en Instituciones Penitenciarias: II. Responsabilidad profesional

LF Barrios Flores

Área de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante
Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

RESUMEN

Este artículo, continuación del publicado en el número anterior (“El suicidio en Instituciones Penitenciarias: I. Responsabilidad institucional”), trata de la responsabilidad del personal penitenciario como consecuencia del suicidio acontecido en prisión. Mientras que la responsabilidad de la administración es netamente objetiva, la responsabilidad del personal tiene lugar cuando se cumplen dos condiciones: la administración ha satisfecho una indemnización al lesionado por la actuación/omisión administrativa y el empleado ha actuado con dolo, culpa o negligencia grave. Es, por tanto, una responsabilidad subjetiva.

Palabras clave: Prisión. Suicidio. Aspectos legales.

SUICIDE IN PRISONS: II. PROFESSIONAL RESPONSIBILITY

ABSTRACT

This article leads on from the one published in the previous issue (Suicide in Prisons: I Institutional Responsibility) In this article I focus on the consequent responsibility of prison personnel in the case of suicide in prison. Whereas administrative responsibility as a whole is entirely objective, responsibility on the part of prison personnel occurs when two conditions are met. Firstly when the administration has compensated the injured party for administrative action/omission. Secondly, when the member of staff has acted with deceit, fault or grave negligence. Therefore responsibility in this case is subjective.

Key words: Prison. Suicide. Legal Aspects.

1. ALCANCE Y EFECTOS DE LA INDEMNIZACIÓN

Analizábamos en la primera parte de este estudio la responsabilidad por suicidio en prisión en su primera fase, la llamada responsabilidad institucional o patrimonial. Antes de adentrarnos en la segunda fase, la responsabilidad en vía de regreso del personal penitenciario, parece procedente dedicar unas líneas a describir, siquiera someramente, los caracteres de ese deber indemnizatorio.

La responsabilidad patrimonial es unitaria, objetiva, directa y responde al principio de reparación íntegra.

a) Unitaria. Es un sistema unitario de Derecho Administrativo que se aplica a todas las Administraciones

públicas sin excepción y protege por igual a todos los sujetos privados, garantizándoles un tratamiento patrimonial común ante ellas¹.

b) Objetiva. La responsabilidad patrimonial es objetiva, como se describe en una abundante y reiterada jurisprudencia. Así la STS, 3^a, 5.12.1997, Az. 177, con cita de doctrina precedente: “se configura como una responsabilidad objetiva o por el resultado en la que es indiferente que la actuación administrativa haya sido normal o anormal, bastando para declararla que como consecuencia directa de aquélla, se haya producido un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado”. En general, “esta fundamental característica impone que no sólo no es menester demostrar que para exigir aquella responsabilidad que

los titulares o gestores de la actividad administrativa que ha generado un daño han actuado con dolo o culpa, sino que ni siquiera es necesario probar que el servicio público se ha desenvuelto de manera anómala, pues los preceptos constitucionales y legales que componen el régimen jurídico aplicable extienden la obligación de indemnizar a los casos de funcionamiento normal de los servicios públicos” (STS 3ª, 19.6.1998, EDE 1998/11379). Pero en el específico campo penitenciario, como ya se vio, los tribunales vienen exigiendo un componente de anormalidad. Recordemos al mismo tiempo que el carácter objetivo de la responsabilidad no es óbice para que “el carácter antijurídico del daño causado pueda inferirse de factores subjetivos de culpabilidad o del incumplimiento objetivo de normas o deberes”².

c) Directa. Según el art. 145.1 LRJPAC: “Para hacer efectiva la responsabilidad patrimonial a que se refiere el capítulo I de este Título, los particulares exigirán directamente a la Administración pública correspondiente las indemnizaciones por los daños y perjuicios causados por las autoridades y personal a su servicio”.

d) Íntegra. En principio, la reparación a cargo de la Administración será *íntegra, absoluta y total* cuando la relación entre el funcionamiento del servicio público y el daño o perjuicio sea *directa, inmediata y exclusiva*. Ahora bien, cuando existan otras *concausas*, la reparación se moderará proporcionalmente³. Y así se dirá:

- “la concurrencia de concausas imputables unas a la Administración y otras a personas ajenas e incluso al propio perjudicado, imponen criterios de compensación (asumiendo cada parte la cuota que le corresponde) o de atemperar la indemnización a las características o circunstancias concretas del caso examinado” (STS 3ª, 28.3.2000, EDE 2000/8574).
- “la nota de «exclusividad» referida al nexo de causalidad debe ser entendida en sentido relativo y no absoluto como se pretende, y especialmente en los casos de funcionamiento anormal de los servicios públicos o inactividad de la Administración la concurrencia de concausas imputables unas a la Administración y otras a personas ajenas e incluso al propio perjudicado, imponen criterios de compensación (asumiendo cada parte la cuota que le corresponde) o de atemperar la indemnización a las características o circunstancias concretas del caso examinado” (STS 3ª, 4.5.1999, EDE 1999/18564).
- “la concurrencia de causas diferentes, unas imputables a la Administración y otras a conductas aje-

nas (en este caso a las propias víctimas del incendio), debe valorarse para moderar y atemperar equitativamente la responsabilidad administrativa” (STS 3ª, 27.11.1993, EDE 1993/10772).

Necesariamente para que se produzca compensación ha de acreditarse cumplidamente la culpa de la víctima ya que “de haberse acreditado la culpa de la víctima, el Tribunal «a quo» debería haber tenido en cuenta la misma para fijar la indemnización a cargo de la Administración, pero al ignorarse las causas del incendio se desconoce si en su producción participaron los reclusos fallecidos, por lo que no cabe moderar la responsabilidad administrativa atendiendo a simples conjeturas en cuanto a la actuación de aquéllos” (STS 3ª, 26.4.1997, EDE 1997/4997).

2. LA VÍA DE REGRESO CONTRA EL PERSONAL RESPONSABLE

2.1. El sistema de responsabilidad en vía de regreso

A grandes rasgos pueden destacarse tres momentos en la evolución histórica de la responsabilidad del personal público⁴:

1. En un primer momento la idea de falta (dolo, culpa o negligencia) justifican que la imputabilidad recaiga sobre personas físicas, quedando el Estado exento de responsabilidad.

2. Posteriormente, al entenderse que la “masa de funcionarios anónimos” no son sino “puros instrumentos de ejecución” del Estado, la acción del funcionario se imputará a éste, salvo en casos de grosera falta eminentemente personal.

3. En fin, se instaura la socialización de los riesgos y se implanta la teoría del riesgo objetivo. Así el Estado asumirá la responsabilidad directa, pero reservándose la facultad de ejercer una acción de repetición contra el funcionario en caso de falta grave, quedándole al ciudadano —no obstante— la opción de dirigirse directamente (acción civil) contra el funcionario responsable.

Los antecedentes de la responsabilidad funcional en España hemos de situarlos en la Ley Maura de 5 de abril de 1904, Ley que tenía por objetivo establecer ciertas cautelas frente a las acciones que los particulares dirigieran a los funcionarios públicos responsables, con su dolo, culpa o negligencia. De ahí la estipulación de que debiera reclamarse con carácter previo y por escrito al funcionario en cuestión la observancia del concreto precepto en cuya violación se basara la acción indemnizatoria.

La LRJAE de 1957 reconoce por un lado la responsabilidad del Estado por los daños causados por el funcionamiento “normal y anormal” de los servicios públicos, pero —al propio tiempo— el art. 43 contempla la posibilidad de que los particulares dirijan su acción contra autoridades y funcionarios cuando estos por culpa o negligencia graves les hubiesen ocasionado daños y perjuicios en sus bienes y derechos.

La nueva Ley 30/1992, de 26 de noviembre, LRJPAC, afecta fundamentalmente a esta materia⁵. En su redacción original su art. 145.2 LRJPAC señalaba: “La Administración correspondiente, cuando hubiere indemnizado a los lesionados, podrá exigir de sus autoridades y demás personal a su servicio la responsabilidad en que hubieran incurrido por dolo, o culpa o negligencia graves, previa instrucción del procedimiento que reglamentariamente se establezca”. Como señala Parada⁶, la razón de ser de este precepto no es otra que la exigencia misma de que la acción judicial por daños y perjuicios ocasionados por el normal o anormal funcionamiento de los servicios públicos se dirija *directamente* contra la Administración —normalmente más solvente—⁷. El origen de esta auténtica “repetición” contra la autoridad o funcionario responsable lo encontramos en la dicción del art. 1904 CC: “El que paga el daño causado por sus dependientes puede repetir de éstos lo que hubiese satisfecho”.

De todos modos gran parte de la doctrina criticó el carácter *facultativo* de la repetición (“La Administración... podrá exigir...”) ⁸. Y será, precisamente, la Ley 4/1999, 13 de enero, la que procederá a la reforma de este precepto. El nuevo art. 145.2 se limitará en este punto a sustituir el “podrá exigir” por el “exigirá”, quedando como sigue: “La Administración correspondiente, cuando hubiere indemnizado a los lesionados, exigirá de oficio de sus autoridades y demás personal a su servicio la responsabilidad en que hubieran incurrido por dolo, o culpa o negligencia graves, previa instrucción del procedimiento que reglamentariamente se establezca”.

La lógica preocupación de los profesionales en esta materia ha llevado a la reivindicación —con resultados fructuosos en el caso del INSALUD y otros entes autonómicos análogos— de un aseguramiento del personal sanitario⁹.

2.2. El concepto de dolo, culpa o negligencia graves

No toda culpa del empleado público dará origen a acción de responsabilidad en vía de regreso. La culpa (concepto amplio) deberá ser del tipo de: dolo, culpa (*strictu sensu*) o negligencia graves. Ahora bien ¿dón-

de radica la frontera entre culpa grave y leve?, ¿cuál es el standard de cuidado exigible? El tema, y más en esta materia, no tiene fácil respuesta.

En el caso del dolo es obvio que procede la acción de regreso. Dolo es la “infracción intencionada y antijurídica de la obligación”¹⁰, comportando por tanto una “especial agravación de la responsabilidad”¹¹. En palabras del Tribunal Supremo, el “dolo existe cuando la transgresión se produce voluntariamente y por tanto con plena consciencia de la antijuricidad del acto” (STS 1^a, 23.10.1984).

En el caso de la “culpa grave”, sus fronteras se encontrarían delimitadas en los siguientes términos:

- Por un lado, la culpa limita con el dolo y con el caso fortuito. Como afirmara Chironi, “dolo y caso fortuito son los dos términos en que se desenvuelve la institución de la culpa”¹² son las dos fronteras exteriores de la culpa.
- Por otro, y dentro de la culpa, debe diferenciarse el grado de la misma. Sólo en caso de culpa “grave” procede la acción de regreso.

La distinción entre culpa grave-leve corresponde a la soberana y subjetiva apreciación de los jueces¹³, debiendo estos valorar la gravedad de la culpa con los mismos elementos con que valoran la existencia misma de culpa¹⁴.

La LRJPAC remite a unos criterios ponderadores de la responsabilidad personal de los empleados públicos. Concretamente en su art. 145.2.II afirma: “Para la exigencia de dicha responsabilidad se ponderarán, entre otros, los siguientes criterios: el resultado dañoso producido, la existencia o no de intencionalidad, la responsabilidad profesional del personal al servicio de las Administraciones públicas y su relación con la producción del resultado dañoso”.

Producido un episodio suicida en las prisiones españolas, por lo general las investigaciones judiciales penales acaban en el sobreesimiento de las actuaciones al no detectarse responsabilidad penal alguna por parte de los empleados penitenciarios. Por su parte, la investigación administrativa que igualmente se abre en tales casos finaliza, por lo común, bien declarando la falta de responsabilidad administrativa de todo tipo (en base normalmente a los hechos probados en la investigación penal) o bien apreciando la comisión de una falta leve. Lo que sucede en este último caso es que la brevedad de los plazos reglamentarios aboca a la prescripción de aquella. Ello ha motivado la intervención del Defensor del Pueblo el cual ha instado de la Administración Penitenciaria la agilización de dichas actuaciones inspectoras, propuesta que fue bien acogida por la propia Administración¹⁵.

2.3. Los principales supuestos de responsabilidad personal

En relación con la conducta suicida el personal sanitario penitenciario incurriría en falta grave en los siguientes casos:

2.3.1. Diagnóstico/pronóstico

Por de pronto deben diferenciarse dos situaciones que ya de principio son distintas, pues distinta es la exigencia profesional (el *standard* de comportamiento exigible, podríamos decir). Me refiero al caso de que intervenga o no un médico especialista.

Bien es cierto que a los funcionarios del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria se les exige una específica formación psiquiátrica (“en cada Establecimiento Penitenciario prestará sus servicios, al menos, un Médico de Medicina general con conocimientos psiquiátricos, perteneciente al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas”, art. 139.1 RP 1981) y tienen específicos cometidos en relación con la salud mental¹⁶. No tengo la menor duda que la primera (la formación específica) está justificada en base a la segunda (la función específica). En otras palabras, se exige cierta formación psiquiátrica, precisamente, para poder acometer las funciones de detección de la enfermedad (o trastorno) mental.

Ahora bien, que se exija una determinada formación no pasa de ser un mero requisito de selección (temario de la prueba de oposición) que no afecta a la titulación. No puede olvidarse que, de conformidad con lo dispuesto en el art. 1 del Real Decreto 127/1984, 11 enero (BOE, 31 de enero), sobre regulación de la obtención de títulos de especialidades médicas, el título de especialista será obligatorio no sólo para “utilizar, de modo expreso, la denominación de Médico Especialista” sino también para “ejercer la profesión con este carácter”. Es decir, que la específica formación que se exige a los médicos de II.PP. no puede servir para eludir la asistencia especializada a la que los internos tienen derecho¹⁷.

Como consecuencia de lo hasta aquí dicho, tanto el interno tiene derecho a ser reconocido y tratado por un psiquiatra, si su estado así lo requiere (jugando aquí el facultativo de sanidad penitenciaria el papel de médico de atención primaria que, en su caso, remitirá al especialista a quien precise de sus servicios), como el médico general tendrá derecho a remitir al especialista e, incluso, el deber de hacerlo. Digo esto último pues no en vano el Código de Ética y Deontología Médica de 10 de septiembre de 1999¹⁸ es a este

respecto meridianamente claro (art. 19.1): “El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad. En tal caso, propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia”. En definitiva, como principio, el facultativo general de II.PP. puede y debe remitir al especialista a quien —según su criterio profesional— precise de tal tipo de asistencia.

Sentado lo anterior, y adentrándonos en la propia tarea diagnóstica¹⁹, lo que llama poderosamente la atención es la “inexactitud” del pronóstico psiquiátrico²⁰. Quiere con ello decirse que, a diferencia de otros campos de la medicina, en los que —aún con sus irremediables márgenes de error— la labor de diagnosis y prognosis ha alcanzando un alto grado de perfección, en el terreno psiquiátrico se encuentra pacíficamente reconocido la dificultad de pronósticos seguros.

Sentado lo anterior, la dificultad o inexactitud, obviamente no justifican el llamado “error inexcusable”. Como acertadamente señaló Penneau, en el caso del error diagnóstico no es el resultado lo que es preciso comparar, sino los medios empleados para llegar a aquellos resultados²¹. Lo decisivo no es saber si un médico experto hubiera o no cometido el error diagnóstico, sino conocer los medios que dicho médico hubiese empleado para dar un diagnóstico exacto, y si los mismos se han empleado²².

Y ello porque si bien el error diagnóstico entendido como resultado (diagnóstico) en principio es difícil que se someta a un parangón para establecer la responsabilidad médica, no puede decirse lo mismo respecto a los medios a través de los cuales se llega a ese resultado. En este caso sí puede existir un error inexcusable o vencible y, por tanto, generador de responsabilidad²³. Piénsese en el caso de diagnósticos tomados a la ligera o sin la necesaria previa información o diagnósticos emitidos en presencia de signos clínicos contrarios a los mismos. Precisamente por ello “las exigencias del deber de cuidado obligan al médico a utilizar de todos los medios a su disposición para lograr eliminar la inseguridad en un diagnóstico”²⁴.

Trasladadas las precedentes consideraciones al terreno que nos ocupa es patente que se incurre en error diagnóstico al no agotar los medios naturales de “diagnosis”, es decir si no se acude a la asistencia especializada desde el mismo momento en que surge la duda.

En el ámbito penitenciario hemos de tener presente la existencia de unas conductas simuladoras²⁵ especialmente relevantes. Y ello ha de ser tenido en cuenta tanto en el momento de “juzgar” clínicamente (juicio diagnóstico) como en el momento de “juzgar”

jurídicamente (eventual juicio por responsabilidad; en nuestro caso vía de regreso). En estos casos debieran tenerse en cuenta las siguientes reflexiones:

- los servicios de detección del riesgo suicida (servicios sanitarios o de tratamiento en España) deben discriminar la concurrencia o no de una finalidad espuria. Como todo diagnóstico existirá un margen de error (no desdeñable en esta materia). Lo fundamental, en cualquier caso, es fundamentar la decisión, de modo especial cuando se descarta la inclusión en el programa de prevención del suicidio.
- los órganos jurisdiccionales, llegado el caso, deben tener en cuenta un factor que aún existente extramuros, alcanza profusa presencia en no pocas conductas penitenciarias, la manipulación. A los presentes efectos, una argumentada decisión debe suponer el descarte de todo intento inculpador (penal o patrimonial en vía de regreso) del empleado penitenciario.

Finalmente, ha de hacerse una referencia al lugar que ocupa el PPS en esta fase diagnóstica. Recuérdese que el PPS reparte un elenco de tareas entre diverso personal de los Centros Penitenciarios y, al propio tiempo, establece un “perfil de riesgo” suicida.

Respecto a lo primero indicar que puede concurrir la responsabilidad de personal penitenciario no sanitario cuando dicho personal incumpliendo sus deberes profesionales incurre en culpa grave. Piénsese, por ejemplo, en que el Asistente Social o el miembro del Equipo de Tratamiento que lleva a cabo la entrevista de ingreso conoce datos relevantes que son reveladores del riesgo suicida²⁶ y no los pone en conocimiento de quien corresponda. Mayor interés tendrá, doctrinalmente hablando, el error diagnóstico que, como se sabe, podrá ser cometido tanto por médicos como por psicólogos, ya que a ambos corresponde en el PPS la evaluación del eventual riesgo suicida. Respecto a lo segundo indicar que la apreciación/evaluación del “riesgo suicida” comporta un juicio clínico que corresponderá, en cualquier caso, al profesional (médico o psicólogo). No puede establecerse un mimetismo que relegue a estos profesionales a una labor de mera aplicación automática de determinadas medidas frente a eventuales riesgos. En algún momento se han hecho eco de esta doctrina los tribunales. Así la Audiencia Nacional (Sec. 1^a) en su S. 9.7.1999, EDE 1999/47015, considerará que la inclusión en el *Programa de Prevención de Suicidios* no es obligada ni aún cuando existan precedentes autolíticos, cuando del comportamiento general del recluso “nada podía indicar que pudiera tomar tan trágica decisión de acabar con su vida”.

Otra cosa será, naturalmente, que concurren tal cúmulo de indicios objetivos, que delimiten un neto perfil suicida y que el profesional —sin motivación alguna— haga caso omiso de los mismos. Pero, nótese, en estos casos aún cabría no elevar una propuesta a los órganos directivos de los Centros señalando que aún concurriendo factores de riesgo no se aprecia riesgo relevante por unos determinados motivos que, en cada caso, se concretarán.

2.3.2. Prescripción de medidas/tratamiento

Corresponderá al profesional determinar las medidas aplicables en cada caso para prevenir la materialización del riesgo suicida. Recuérdese que la Instrucción 16/1998 contiene un catálogo no exhaustivo (“pudiendo adoptarse también otras diferentes que se consideren oportunas”). Pero que no exista un *numerus clausus* no significa, en absoluto, que puedan adoptarse cualesquiera medidas. Nuevamente el criterio de proporcionalidad habrá de servir de orientación a la hora de ponderar la medida a adecuada en cada caso.

Con ser loable la evitación del suicidio, el fin no puede justificar en modo alguno los medios. El caso *Cole (Estate of) & Pardue v. Fromm et al.*, 94 F.3d 254 (7th Cir. 1996) es un buen ejemplo de ello. Se rechaza allí el precio a pagar por la prevención a toda costa; el tributo a abonar por el empleo de medidas restrictivas de la libertad personal. En realidad, la cuestión remite a un conflicto de derechos y, por tanto, a una necesaria ponderación de bienes, debiendo ser el juicio clínico el que en cada caso decida. La solución, como indica esta resolución, no es inmovilizar a cualquier probable suicida cual si se trata de Hannibal Lecter.

La culpa, en este momento, podrá referirse tanto a la falta de adopción de las medidas como a la manifiesta inadecuación de las adoptadas. Poco más puede concretarse.

Habrà que estar a cada caso concreto. En general puede decirse que “será un tratamiento correcto aquél que, en las mismas circunstancias, hubiera adoptado un profesional medio de la misma categoría. No se trata de imputar el error en el resultado final en el que desemboca el tratamiento, sino las precauciones tomadas al elegirlo y prescribirlo”²⁷.

2.3.3. Aplicación de medidas/tratamiento

Tras el diagnóstico/pronóstico y la prescripción de las actuaciones y terapias pertinentes el tercer momento de la intervención profesional/institucional es el de aplicación de tales medidas o del tratamiento en su caso prescrito.

La principal problemática que aquí puede plantearse es la corrección de las medidas de vigilancia prescrita. En la primera parte de este trabajo aludimos con cierta extensión al “aparato” de vigilancia previsto (tanto por vía reglamentaria como por aplicación del *Programa de Prevención del Suicidio*), a cuya exposición me remito.

Menos frecuentes son los casos de incorrecto proceder terapéutico propiamente dicho (tratamiento farmacológico²⁸ o terapia). No obstante, Verde²⁹ cita entre los posibles casos de incorrecto proceder profesional en esta fase:

- Actuación equivocada (por ejemplo, prescribiendo un tranquilizante en lugar de un antidepresivo): impericia.
- Utilizando psicofármacos no suficientemente probados: imprudencia (Principio, 10.1 ONU).
- Excediendo las dosis máximas convencionalmente aceptadas.
- Combinando drogas contraindicadas.
- No previniendo los riesgos posibles: negligencia.
- No respetando las indicaciones del fabricante.
- No efectuando un examen médico completo o exámenes complementarios previos.
- No realizando los controles periódicos: negligencia.

2.4. El procedimiento de exigencia de la responsabilidad

El art. 145.2 LRJPAC remite al procedimiento que reglamentariamente se determine a efectos de exigir la responsabilidad del personal empleado público.

Esta regulación es la contenida en el Real Decreto 429/1993, 26 marzo (BOE, 4.5.1993), que aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial. Concretamente en su art. 21 que, textualmente, señala:

“Artículo 21. Procedimiento para la exigencia de responsabilidad patrimonial a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones públicas.

1. Para la exigencia de responsabilidad patrimonial a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones públicas, el órgano competente acordará la iniciación del procedimiento, notificando dicho acuerdo a los interesados, con indicación de los motivos del mismo, y concediéndoles un plazo de quince días para que aporten cuantos documentos, informaciones y pruebas estimen convenientes.

2. En todo caso, se solicitará informe al servicio en cuyo funcionamiento se haya ocasionado la presunta lesión indemnizable.

3. En el plazo de quince días se practicarán cuantas pruebas hayan sido admitidas y cualesquiera otras que el órgano competente estime oportunas.

4. Instruido el procedimiento, e inmediatamente antes de redactar la propuesta de resolución, se pondrá aquél de manifiesto al interesado, concediéndole un plazo de diez días para que formule las alegaciones que estime convenientes.

5. Concluido el trámite de audiencia, la propuesta de resolución será formulada en un plazo máximo de cinco días.

6. El órgano competente resolverá en el plazo máximo de cinco días”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leguina J en Leguina J y Sánchez Morón M. La nueva Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, Tecnos, Madrid, 1993, 395.
2. STS 3ª, 16.12.1997, EDE 1997/10705. Doctrina recogida en STS 3ª, 30.3.1999, EDE 1999/11537.
3. STS 3ª, 25.1.1997, EDE 1997/692. En el mismo sentido STS 3ª, 28.3.2000, EDE 2000/8574). Cfr. asimismo SSTs 8.1.1967, 27.5.1984, 11.4.1986, 22.7.1988, 26.4.1997. Cfr. en la doctrina Leguina J. Función arbitral en materia de prensa y responsabilidad civil de la Administración, Apéndice I de La responsabilidad civil de la Administración Pública, Tecnos, 1983, 234 ss; Nieto A. La relación de causalidad en la responsabilidad administrativa, 1986; 51: 427 ss; Cueto M. Responsabilidad de la Administración en la asistencia sanitaria, Tirant lo Blanch, Valencia, 1997, 369.
4. Garrido Falla F y Fernández Pastrana J M. Régimen Jurídico y Procedimiento de las Administraciones Públicas (Un estudio de la Ley 30/1992), Civitas, Madrid, 2ª edic., 1995, 389-390.
5. Vid. en general sobre este tema: Luque Torres G. Notas sobre la responsabilidad patrimonial de los funcionarios públicos, Actualidad Civil, 1997; 39: 1015 ss.
6. Parada R. Régimen jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (Estudio, comentarios y texto de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre), Marcial Pons, Madrid, 2ª edic., 1999, 473.
7. Afirma Cueto que el hecho de que la responsabilidad administrativa sea directa no puede implicar la exclusión de otras responsabilidades; entre otras cosas por la necesidad de mantener el principio de

- eficacia en la actuación administrativa; Cueto M. Op. cit., 271.
8. Cueto M. Op. cit., 271: “no se entiende muy bien el porqué el legislador ha mantenido el ejercicio de la acción de regreso con carácter facultativo,... si no queremos llegar a la inmunidad total del personal al servicio de la Administración”.
 9. Vid. sobre la materia: Pelayo Pardos S. El aseguramiento del personal sanitario dependiente del Instituto Nacional de la Salud, Ponencia presentada al Taller sobre “Responsabilidad y Seguro”, VI Congreso de la Asociación Española de Derecho Sanitario, Madrid, 21-23, octubre 1999.
 10. Delgado Echeverría J. Elementos de Derecho civil, T. II: Derecho de obligaciones. Vol. 1º. Parte General. Teoría general del contrato, Bosch, Barcelona, 1994, 175.
 11. Díez-Picazo L. Fundamentos de Derecho Civil Patrimonial, Tomo II: Las relaciones obligatorias, Civitas, Madrid, 1993, 612.
 12. Chironi GP. La culpa en el Derecho Civil moderno (Trad. A. Posada), Reus, Madrid, 2ª edic., 1928, Tomo I, 142.
 13. Kornprobst L. Responsabilités du medecin devant la loi et la juisprudence françaises, París, 1957, 117.
 14. Ataz López J. Los médicos y la responsabilidad civil, Montecorvo, Madrid, 1985, 294.
 15. Cfr. Defensor del Pueblo: Situación Penitenciaria y Depósitos Municipales de detenidos 1988-1996, Informes, Estudios y Documentos, Madrid, 1997, 34.
 16. El art. 288.1 y 2 del RP 1981 les atribuye expresamente las funciones de:
1.ª Reconocer a todos los internos a su ingreso en el Establecimiento con la especial finalidad de descubrir la existencia de posibles enfermedades físicas o mentales y adoptar, en su caso, las medidas necesarias.
2.ª Velar por la salud física y mental de los internos y prestar asistencia facultativa a los mismos, a los niños cuyas madres los tengan consigo en el Establecimiento, a los funcionarios y a sus familias, así como a las religiosas en caso de que las hubiere”.
 17. La asistencia a los internos tiene carácter integral (“La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación” [207.1 RP 1996]) y equiparable al resto de la población (“A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población” [208.1 RP 1996]).
 18. Téngase presente que, de conformidad con el art. 41.1 CEDM: “Los médicos funcionarios y los que actúan en calidad de peritos deberán también acomodar sus actividades profesionales a las exigencias de este Código”.
 19. Como podrá apreciarse uso indiscriminadamente los términos diagnosis-prognosis, pues aunque bien sabido es que son dos operaciones claramente diferenciadas (el diagnóstico es la identificación de un proceso o enfermedad mediante la evaluación específica de signos clínicos, síntomas,... el pronóstico es la predicción de la posible evolución de una enfermedad), lo cierto es que en el campo de la prevención suicida aparecen, a veces, burdamente mezclados. A nuestros efectos, claro está, la diagnosis, ya de por sí dificultosa (abundan los diagnósticos provisionales) dará pie o justificará un pronóstico suicida (también frecuentemente provisional). Las dificultades, la “inexactitud” se da en ambas tareas médicas.
 20. La inexactitud, y por tanto posibilidad de error, del conocimiento psiquiátrico ya fue puesto de manifiesto, entre otros, por Kräpelin, quien en 1920 afirmaba: “No debe olvidarse que todo intento de comprender una vida mental ajena en sus mecanismos internos encierra muchas posibilidades de error” (Kräpelin E. Las manifestaciones de la locura, en Hoche A, Kräpelin E y Bumke O. Los síntomas de la locura, Triacastela, Madrid, 1999, 57-58.). En esta idea se ratifica modernamente tanto en el campo psiquiátrico como en el jurídico. Así Carrasco Gómez, desde el conocimiento psiquiátrico, afirma: “La medicina no es una ciencia exacta y dentro de ella, la psiquiatría es, si cabe, una de las especialidades más inexactas y más humana a la vez. La investigación y tratamiento de las conductas y de las facultades anímicas la hace moverse en un campo donde las mediciones son difíciles y donde el subjetivismo es la forma habitual de ejercerla, lo que puede generar riesgos, incluidos los de posibles reclamaciones por malapraxis” (Carrasco Gómez J J. Responsabilidad médica y Psiquiatría, Colex, Madrid, 1990, 20). Por su parte Díez-Picazo Giménez desde el ámbito jurídico señala en la misma línea: “tratándose de la psiquiatría de una ciencia de tal difícil ejercicio por tratar conductas íntimamente ligadas con problemas mentales de difícil valoración, previsión y constatación” (Díez-Picazo Giménez G.

- La responsabilidad civil por los daños derivados de suicidio (A propósito de la STS de 11 de marzo de 1995), *Anuario de Derecho Civil*, 1996; 1: 156.
21. Penneau J. Faute civile et faute penale en matière de responsabilité médicale, Paris, 1975, n° 130. 10.
 22. Penneau J. La responsabilité médicale, Sirey, Paris, 1977, 72.
 23. Llamas Pombo E. La responsabilidad civil del médico. Aspectos tradicionales y modernos, Trivium, Madrid, 1988, 67-68.
 24. Romeo Casabona CM. El médico y el Derecho penal. I. La actividad curativa (Licitud y responsabilidad penal), Bosch, Barcelona, 1981, p. 255.
 25. Cfr. Fulwiler C, Forbes C, Santagelo, SL y Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997; 25: 1: 69-77; Holley JL y Alboleda Flórez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings, *International Journal of Law and Psychiatry*, 1998; 22: 167-178.
 26. Estamos hablando de datos relevantes según el juicio general de cualquier prudente profesional. Este personal ha de actuar con “common sense”, no precisando de una formación técnica sobre la materia.
 27. González Morán L. La responsabilidad civil del médico, Bosch, Barcelona, 1990, p. 99.
 28. Es de citar por curioso el caso de la STS, 2ª, 24.11.1989, Az. 8720. Un médico psiquiatra que somete a su paciente a un tratamiento de narcólisis —“no urgente ni imprescindible”, recalca la sentencia—, a cuyo efecto suministra una inyección endovenosa de pentotal sódico, sin cerciorarse de la no presencia de la fase digestiva, y sin tener a mano un equipo mecánico de reanimación incluyendo el necesario para la intubación endotraqueal. El TS confirma la condena por imprudencia del citado médico.
 29. Verde, CA. Responsabilidad Civil y Psiquiátrica, 2ª parte, *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, 2: 5. En www.aaps.com.ar/forense/5/for5-02.htm.

CORRESPONDENCIA

L F Barrios Flores
Área de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante
Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante
Apartado 675. 03080 Alicante.