
El suicidio en Instituciones Penitenciarias: I. Responsabilidad institucional

LF Barrios Flores

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

RESUMEN

El suicidio en prisión es uno de los más graves problemas de la institución penitenciaria. Por ello la Administración penitenciaria española ha diseñado un programa de intervención *ad hoc*. En este trabajo se describirá el suicidio desde la perspectiva de la responsabilidad institucional. En este sentido la responsabilidad de la Administración pública será objetiva (art. 106.2 CE y 139 LRJPAC) y, sin embargo, cuando de la institución penitenciaria se trata, tendrá alguna importante peculiaridad: se requerirá en todo caso la existencia de algún tipo de funcionamiento anormal. Se incluye, por tanto, una descripción casuística de actuaciones/omisiones administrativas que han generado o no responsabilidad patrimonial.

Palabras clave: Suicidio. Responsabilidad social. Prisiones. Jurisprudencia.

SUICIDE IN PRISONS: I. INSTITUTIONAL RESPONSIBILITY

ABSTRACT

Suicide in prison is one of the most serious problems facing penitentiary institutions today. For this reason, the Spanish Penitentiary Administration has designed an *ad hoc* intervention program. In this paper the problem of suicide will be described from the perspective of institutional responsibility. In this respect, the responsibility of public responsibility is clearly stated in the corresponding legislation (art. 106.2 CE and 139 LRJPAC). However when dealing with penitentiary institutions, notable peculiarities tend to appear. Abnormal behavior is a prerequisite in this particular case. Consequently a casuistic description of administrative actions/omissions that have brought about institutional responsibility is included in this study.

Key words: Suicide. Social responsibility. Prisons. Jurisprudence.

1. EL SUICIDIO EN LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA

Aunque el hecho suicida admita diversas perspectivas¹, en lo que sigue nos centraremos en el suicidio como hecho dañoso que tiene lugar en una institución, la penitenciaria, cuando pueda concluirse la existencia de una relación causal entre el funcionamiento de dicha administración y aquel resultado lesivo. Aún cuando ningún inconveniente habría en “depurar” responsabilidades por el hecho suicida desde otras perspectivas y

sedes (civil, penal, o deontológica), dejaremos de lado por el momento el estudio de tan variada tipología de responsabilidades, para centrarnos exclusivamente en la óptica jurídico-administrativa pues, a diferencia de lo que sucede en relación a la Administración sanitaria, campo en el que abundan los trabajos doctrinales², no sucede lo mismo en el ámbito penitenciario.

Nuestra Constitución garantiza la responsabilidad de los poderes públicos (art. 9.3), regulando el art. 106.2 la misma en los siguientes términos: “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán

derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. El mandato constitucional fue desarrollado por los arts. 139-146 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común³; en concreto, el art. 139 LRJPAC reprodujo el citado art. 106.2 CE, aunque especificando —como ya lo hicieran los arts. 121 LEF y 40 LRJAE— que la responsabilidad se origina tanto por el funcionamiento “normal” como “anormal” de los servicios públicos⁴. En este marco legislativo general se desenvolverá la responsabilidad por suicidio en la institución penitenciaria.

2. EL SUICIDIO COMO HECHO DAÑOSO

El suicidio es un “hecho dañoso”. Otra cosa será que en unos casos se rechace cualquier justificación de tal decisión, y en otros se acepte la decisión suicida *libremente* adoptada. Pero, en ambos casos, es dañoso, y no sólo para quien directamente lo sufre, sino incluso para las personas ligadas al suicidario por vínculos de afectividad y/o de dependencia económica. Para que este hecho, en principio dañoso, sea indemnizable es preciso que, además, en él concurran unas notas o criterios de indemnizabilidad:

a) Ha de ser un daño antijurídico. Lo que importa es que “el afectado o víctima no tenga el deber de soportarlo” (STS, Sala del art. 61 LOPJ, 12.3.1991, Az. 4870), pues: “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley” (141.1 LRJPAC). Estamos aludiendo a un tipo de antijuricidad *objetiva*, y no *subjetiva*, siendo irrelevante que el empleado público haya actuado culpablemente, pues no importa la causa del daño (culpable o no, por funcionamiento normal o anormal del servicio público), sino el efecto (lesión que no hay obligación de soportar)⁵. Traslado lo precedente al tema suicida, es patente que esta nota de “antijuricidad” ya nos anticipa uno de los datos clave para deslindar aquellos supuestos indemnizables de aquellos otros que no lo son: existirá obligación jurídica de soportar el daño si la decisión es fruto de una *libre* decisión suicida; no existirá, por el contrario, obligación de soportar el daño —y consiguientemente en principio este será indemnizable— si la decisión no es fruto de una *libre* decisión, sino consecuencia, por ejemplo, de un proceso morboso evitable mediante la puntual y eficaz actuación administrativa (adopción de las pertinentes me-

didias preventivas y terapéuticas frente al riesgo suicida). Llegados a este punto hay cierta razón en temer que el discurso nos haya llevado a una frontera infranqueable. Ya que ¿puede hablarse en algún momento de *libre* decisión suicida? O si se quiere ¿el suicidio no comporta, en cualquier de sus niveles o grados, la preexistencia de un cierto *trastorno psíquico*? En mi opinión, sí cabe apreciar, aunque sea con contornos muy groseros, y siendo consciente de que la cuestión siempre estará sometida a discusión, una línea divisoria entre el suicidio como consecuencia de un proceso morboso (por ejemplo, psicótico) o derivado de un trastorno psíquico (así, depresión) y el suicidio fruto de una reflexión personal *libre*, o si se quiere, no *determinada* decisivamente por una alteración psíquica⁶. El tema está servido para que psiquiatras, psicólogos y filósofos aporten sus específicos saberes al respecto. Pero, insisto, sí creo que exista en general, y particularmente en el medio penitenciario una, si se quiere, borrosa línea entre lo patológico y lo no patológico. La vida carcelaria nos ofrece ejemplos de suicidios como consecuencia del *tedium vitae* (aburrimiento vital tras un largo periodo de privación de libertad cuando el fin de la condena aún dista demasiado) o decididos tras una evaluación vital.

b) Ha de ser efectivo. El daño o lesión ha de ser *efectivo* (139.2 LRJPAC), excluyéndose así los daños eventuales, futuros o posibles (STS, 3ª, 20.5.1997, Az. 3981), o las meras especulaciones o simples expectativas (SSTS, 4ª. C-A, 17.12.1981. Az. 5427 y 3ª 7.2.1997, Az. 92). En consecuencia, no podrán apreciarse cualesquiera circunstancias cuando no ha tenido aún cumplida realidad el efecto dañoso (STS, 3ª, 12.5.1997, Az. 3976). Traslado lo anterior al campo del suicidio, es patente que bajo la nota de *efectividad* se englobarían: la muerte y las lesiones, la privación de ingresos familiares y el daño moral producido a las personas afectivamente unidas al suicidario.

c) Ha de ser evaluable económicamente. La lesión en los bienes y derechos del interesado (suicidario o personas a él vinculadas económica y/o afectivamente) ha de tener trascendencia patrimonial apreciable (ser evaluable económicamente). No se ocultan las dificultades de valoración de los bienes que están aquí en juego (vida o sufrimiento, por citar los más representativos)⁷. La Ley aporta algunos criterios de cuantificación (art. 141.1 LRJPAC), y la jurisprudencia usa habitualmente determinados parámetros⁸. Probablemente las mayores dificultades concurren en el caso de valoración de los llamados “daños morales”, materia en la que la doctrina legal ha evolucionado hasta su plena admisión, y en la que los principales criterios jurisprudenciales son los siguientes⁹: a) El daño moral trae cau-

sa de la lesión a un bien integrado en el ámbito de las relaciones afectivas familiares, aunque no tiene que circunscribirse exclusivamente a estos últimos; b) Su existencia no necesita prueba, presumiéndose cierta; y c) Su cuantificación queda al arbitrio judicial.

d) Individualizado. El daño ha de ser “individualizado con relación a una persona o grupo de personas” (art. 139.2 LRJPAC). El perjudicado, a efectos de indemnización patrimonial, no es el suicida cuando el suicidio se consuma (sí lo sería cuando como consecuencia del intento suicida padeciera daños o lesiones). Normalmente serán los familiares o personas ligadas por vínculos de dependencia económica o de afectividad quienes padezcan los directos perjuicios del hecho suicida.

3. LA ACTIVIDAD PENITENCIARIA COMO PRESUPUESTO DE LA RESPONSABILIDAD

El deber de reparación surge cuando una lesión tiene su causa en el funcionamiento (normal o anormal) de los servicios públicos (arts. 106.2 CE y 139 LRJPAC). Pero cuando del suicidio en prisión se trata se introducen modificaciones en el sistema de responsabilidad nada irrelevantes. La realidad es que en el caso de fallecimiento de internos en centros penitenciarios, la jurisprudencia exige, de modo reiterado, la presencia de algún elemento de anormalidad en el servicio penitenciario “suficiente para establecer un nexo de causalidad entre la omisión administrativa y el fallecimiento”, y así “determinar con ello el carácter antijurídico del daño producido a pesar de haber intervenido terceras personas en su producción”¹⁰. Esta posición no es insólita en nuestra doctrina legal que muestra una cierta reticencia a admitir las pretensiones de indemnización basadas en el funcionamiento normal del servicio público (STS 6.12.1979)¹¹. Bien entendido que *anormalidad* no es sinónimo de *culpabilidad*. Debido al carácter objetivo de la responsabilidad de la Administración, no es preciso que exista *infracción subjetiva de los deberes de los funcionarios*, sino que bastará con demostrar que hubo una deficiencia, aún aislada (STS 3ª, 28.3.2000, EDE 2000/8574). Cuestión distinta es que lo objetivo de la responsabilidad no excluye que el carácter antijurídico pueda inferirse de factores subjetivos de culpabilidad o del incumplimiento objetivo de deberes o normas (STS 3ª, 30.3.1999, EDE 1999/11357).

Hemos de partir en este tema de una obligación legal genérica que pesa sobre nuestra Administración Penitenciaria: la obligación de velar por *la vida, integridad y salud* de los internos (art. 3.4 Ley Orgánica 1/1979, 26 septiembre, General Penitenciaria y 4.2 del

R.D. 190/1996, 9 febrero, Reglamento Penitenciario). Según la STS 3ª, 13.3.1989, EDE 1989/2843: “Este deber se cumple a través de una serie de medidas de vigilancia y seguridad tendentes entre otras cosas a proteger a los reclusos de agresiones de toda índole por parte de otros compañeros e incluso de sí mismos (caso de autolesiones, suicidios)”. Y, sobre todo, mediante la asistencia sanitaria, la cual “tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación” (art. 207 RP), estipulándose la garantía de “una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población” (208 RP).

La normativa penitenciaria contiene numerosas previsiones descriptivas de lo que pudiéramos denominar “normalidad” prestacional sanitario-penitenciaria (“funcionamiento normal” del servicio administrativo) en lo que a salud mental respecta. Así en el Departamento de ingresos (20.2 RP) se llevarán a cabo las siguientes actuaciones profesionales: a) Respecto a los detenidos y presos: examen médico (288.1ª RP 1981) y entrevista por el Trabajador Social y el Educador (“a fin de detectar las áreas carenciales y necesidades del interno”), formulándose por dichos profesionales un informe propuesta de separación interior (20.1 RP). b) Respecto a los penados: examen médico (“si se trata de nuevos ingresos”) y propuesta de separación interior formulada por el Psicólogo, el Jurista, el Trabajador Social y el Educador (20.2 RP).

Tras el ingreso se formaliza la propuesta de clasificación interior, con la que se pretenderá “una completa separación, teniendo en cuenta el sexo, emotividad, edad, antecedentes, estado físico y mental”, por lo que “los que presenten enfermedad o deficiencias físicas o mentales estarán separados de los que puedan seguir el régimen normal del establecimiento” (art. 16 LOGP). A continuación existe una plétora de intervenciones profesionales que afectan de modo directo a la materia que aquí nos ocupa:

a) Área sanitaria: 1) A cargo del Médico general del Establecimiento, profesional que en base a sus “conocimientos psiquiátricos” será, en principio, el “encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos” (art. 36.1 LOGP y 288.2ª RP 1981), procediendo al examen de ingreso que tiene “la especial finalidad de descubrir la existencia de posibles enfermedades físicas o mentales y adoptar, en su caso, las medidas necesarias” (288.1ª RP 1981), a cuyo efecto dispondrán centros “de una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos” (art. 37.b LOGP). 2) A cargo del Médico especialista de la institución. En los centros penitenciarios “se contará igualmente, de forma periódica, con un psiquiatra”

(209.1.1. RP) y cuando ello suceda “corresponderá a éste los reconocimientos en orden a descubrir posibles anomalías mentales y los tratamientos médico-psiquiátricos con la colaboración del Médico” (288.2ª.II RP 1981). 3) En las instituciones psiquiátricas penitenciarias (art. 11 LOGP y 183 RP), estipulándose el ingreso en las mismas en los supuestos del art. 184 RP. 4) Mediante asistencia extrapenitenciaria (art. 36.2 LOGP) “en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en casos de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios”, pues las prestaciones sanitarias “se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la Administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes” (208.2 RP). 5) Mediante asistencia sanitaria privada, al reconocerse (arts. 36.3 LOGP y 212.3 RP) el derecho de los internos de “solicitar a su costa los servicios médicos de profesionales ajenos a las Instituciones penitenciarias”, pretensión que se concederá salvo que “razones de seguridad aconsejen limitar este derecho”.

b) Área de Observación y Tratamiento. Además de las actuaciones al ingreso (art. 20 RP), se encomienda a los Equipos de Observación y Tratamiento: 1) Ejecutar los programas de tratamiento o los modelos individualizados de intervención penitenciarios que se establezcan para cada interno por la Junta de Tratamiento (275.a RP). 2) El conocimiento directo de los problemas y de las demandas que formulen los internos (275.b RP). 3) Proponer a la Junta de Tratamiento la adopción de las medidas necesarias para superar las carencias que presenten los internos (275.c RP). Con independencia de las funciones grupales, algunos miembros de los Equipos tienen encomendadas funciones concretas de especial repercusión en el ámbito de la salud mental/prevenición del riesgo suicida: 1) Los psicólogos el estudio de la personalidad de los internos. 2) Los educadores la atención de un grupo de internos a quienes deben conocer y ayudar en sus problemas y dificultades (296.1ª RP 1981), debiendo “practicar la observación directa del comportamiento de los mismos, con arreglo a las técnicas que se determinen, emitiendo los correspondientes informes al Equipo y en cuantas ocasiones se les soliciten” (296.3ª RP 1981). 3) Los trabajadores sociales, la entrevista con los internos (301.a RP 1981) y la recogida de información para el estudio de su personalidad (301.b RP 1981).

c) Área de Vigilancia. En el RP 1981, vigente con rango degradado desde la aprobación del actual RP encontramos diversas estipulaciones concernientes al personal de vigilancia: 1) El art. 287.2 RP 1981 atribuye al Jefe de Servicios diversas funciones coordinadoras: disciplina general y ejecución de servicios (2ª),

adopción de medidas provisionales para el correcto orden y funcionamiento (6ª), comprobación de la correcta realización de recuentos, cacheos y requisas (9ª), además de que deberá procurar el conocimiento personal de los internos (4ª). 2) El art. 309.3.b RP 1981 encomienda a los funcionarios de servicio en galerías o departamentos “conocer a los internos de la Unidad [e] informar sobre su comportamiento”. 3) El art. 310 RP 1981 asigna a los funcionarios de galerías y departamentos (y otro tanto señala el art. 308 en relación a los funcionarios de servicio en patios) la obligación de “controlar el movimiento de internos, conociendo en cada momento el contingente de los mismos” (apartado a), “observar la conducta de los internos, conocerles personalmente y proporcionar las informaciones que sobre los mismos les sean requeridas” (apartado d) y “practicar cacheos, requisas y registros que estimen necesarios o se les ordenen” (apartado e).

Pero aunque abundan las previsiones y prevenciones lamentablemente, el suicidio no es un fenómeno extraño a la prisión. Precisamente por ello la administración penitenciaria española ha llevado a cabo un notable esfuerzo para la planificación y organización de la prevención del riesgo suicida en nuestros establecimientos penitenciarios. Surgieron así los *Programas de Prevención de Suicidios* (P.P.S.)¹². El primer programa se inaugura con la Instrucción de 21 de octubre de 1988. Esta norma de servicio se justificó en base a la constatación de que los suicidios que venían aconteciendo en los Establecimientos Penitenciarios eran demostrativos de la existencia de un conjunto de factores de riesgo. La Instrucción hizo especialmente hincapié en las actuaciones de los profesionales penitenciarios (Médico, Asistente Social y un miembro del Equipo de Tratamiento) en el momento del ingreso e instauró un “Protocolo normalizado de suicidio”.

Con posterioridad diferentes instrucciones y normas de servicio trataron de esta cuestión: el 31.10.1988, sobre protocolo normalizado de suicidio; el 12.3.1990, sobre actuaciones en caso de suicidio; el 15.4.1993, sobre necesidad de extremar las medidas preventivas; la Instrucción 21/1996, de 16 de diciembre, sobre prevención de suicidios (apartado 3); el 10.9.1997, sobre acciones preventivas en el momento del ingreso.

En la actualidad el “Programa de Prevención de Suicidios” se encuentra regulado por la Instrucción 16/1998, de 1 de diciembre. Tiene como objetivos confesados: a) la detección de internos cuya problemática puede generar conductas suicidas, b) aplicación sistemática de pautas de intervención a los grupos de riesgo y c) establecimiento y mantenimiento de cauces de información y coordinación sobre la materia. El

Programa parte de la constatación de la existencia de un “perfil de riesgo” y de otros posibles factores coadyuvantes. El perfil correspondería a un varón, soltero, autor/presunto autor de delitos contra las personas o contra la libertad sexual, preventivo, delincuente primario en los primeros días del internamiento, que utiliza como medio de ahorcamiento la ropa de cama, cordones o cinturones, con antecedentes autolíticos (indicadores de problemática psico-afectiva, socio-penal o penitenciaria) y con una situación psico-social de soledad o rechazo, con apoyo exterior conflictivo, esporádico o inexistente y con actitud de inactividad o pasividad. Otros factores a considerar serían los ambientales (poca tolerancia a la frustración, existencia de rupturas o desavenencias familiares, vivencias o pérdidas personales) y personales (antecedentes de familiares suicidas o con conductas depresivas, sintomatología grave depresiva, angustia, consumo abusivo de alcohol, fármacos o drogas).

Las actuaciones para la detección del riesgo suicida se inician en el mismo momento del ingreso, encomendándose al personal sanitario, social y de tratamiento dicha labor en cumplimiento del deber de asistencia inicial al ingresado (“entrevistas de ingreso”) que les atribuye el art. 20 del Reglamento Penitenciario. Si la detección es llevada a cabo por un médico o psicólogo, dichos profesionales se encargarán directamente de evaluación. En otro caso, se remitirá a los susodichos tal labor. Complementariamente a esta labor “de campo” se prevé la coordinación de las Áreas de Régimen y Tratamiento a fin de que la primera facilite a la segunda la información que, constando en el expediente, sea de utilidad a efectos de prevenir un suicidio (tipo de delito e intentos autolíticos anteriores).

Una vez producido el ingreso la labor de detección corresponde a todo el personal del establecimiento. El conducto a seguir sería empleado-superior jerárquico-Subdirector de Tratamiento; éste, a su vez, encomendaría al psicólogo y/o médico correspondiente la evaluación del eventual riesgo. Detectado el riesgo se procederá a efectuar la propuesta de inclusión en el PPS al Subdirector de Tratamiento quien, a su vez, la elevará concretando las medidas a adoptar. El Director, de ser pertinente, emitirá la correspondiente Orden de Dirección por tiempo mínimo de una semana, en cualquier caso ampliable. Detectado y evaluado el riesgo y elevada y aprobada la propuesta de inclusión en el Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS) deberán concretarse las medidas a adoptar rigiendo el principio de proporcionalidad (“posibilitar cierto grado de adecuación entre la intensidad de la alteración emocional y el consiguiente riesgo de suicidio, por una parte, y las medidas que se seleccionen, por otra”).

La Instrucción 16/1998 contiene un catálogo no exhaustivo (“pudiendo adoptarse también otras diferentes que se consideren oportunas”) de medidas adoptables: 1) En caso de afectación moderada: seguimiento del equipo técnico del módulo según pauta establecida por el psicólogo, seguimiento por los servicios médicos, intervención del trabajador social a fin de fomentar —en su caso— el contacto exterior, acompañamiento del interno en las horas de cierre. 2) En caso de afectación elevada: contacto periódico con el psicólogo, visita médica diaria, fomento de relaciones exteriores, asignación de un interno de apoyo, vigilancia especial por funcionarios del departamento. 3) En general cabrían, entre otras: el ingreso en Enfermería, la atención y manejo de visitas familiares, la retirada de objetos propiciatorios durante la permanencia en la celda, la participación en actividades. Con independencia de lo anterior la Instrucción 16/1998 prevé la posibilidad de adoptar medidas urgentes en cualquier momento cuando “se detecten síntomas manifiestos de especial riesgo” y “hasta que se tome una decisión formal”. Corresponderá la adopción de las mismas al Jefe de Servicios.

Hasta aquí la descripción del *aparato* preventivo del suicidio en prisión de nuestro país. Corresponde ahora el análisis casuístico de las *anomalías*, de los *anormales funcionamientos* que generan la responsabilidad.

Concurre un elemento de anormalidad en el servicio penitenciario cuando: a) “en la hora en que se produjo el suicidio el interno no debía permanecer en la celda, sino que lo hizo sin autorización y ocultándose y sustrayéndose a la inspección llevada a cabo por los funcionarios, lo cual es un elemento demostrativo de que la vigilancia practicada no fue suficiente para evitar la ocultación del interno en la celda, que no consta, ante las reducidas proporciones de la misma, que fuera inevitable... de tal suerte que la culpa in vigilando dimanante del carácter defectuoso de la vigilancia llevada a cabo aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios” (STS 3ª, 4.5.1999, EDE 1999/18564); b) El hecho de que el suicida no fuera “cacheado en forma debida, pues no se le despojó de las prendas de que pudiera hacer uso, como el cinturón con el que se quitó la vida, deficiencia que fue notada por la Doctora del Centro, quien advirtió que el cinturón debía ser retirado a todo ingreso”, pues “bien puede achacarse el óbito del interno al defectuoso funcionamiento de los servicios penitenciarios” (STS 3ª, 30.3.1999, EDE 1999/11357); c) La falta de elaboración del protocolo de personalidad (art. 15.2 de la LOGP), lo que “implica el incumplimiento de los particulares deberes que impone al respecto la normativa penitenciaria” (STS 3ª, 30.3.1999, EDE

1999/11357); d) La no adopción de medidas preventivas en un interno con “probadas anomalías psíquicas que tenían que haber supuesto un imprescindible control médico exigible e incumplido por parte de la Administración, máximo cuando en el Centro Penitenciario en el que ingresa, ninguno de los miembros del Equipo de Observación y Tratamiento posee titulación médica o sanitaria específica en el ámbito psiquiátrico... y además, desde el momento de su detención, no fue atendido por ningún médico psiquiatra ni fue remitido a ningún Centro Psiquiátrico al no considerarlo necesario el equipo médico” (STS 3ª, 26.11.1998, EDE 1998/29814); e) En el caso del incendio de una celda, sin que pueda acreditarse la participación en su producción de los reclusos fallecidos concurre la nota de anormalidad ya que “los indicados servicios penitenciarios no localizaron inmediatamente el incendio producido en la celda ocupada por los dos reclusos fallecidos, de donde sólo se puede deducir como hizo la Sala de primera instancia, que la organización y funcionamiento del Centro Penitenciario no aseguraban eficazmente la atención a los reclusos ante un posible incendio, por lo que este primer motivo del recurso debe rechazarse, y consiguientemente, el segundo también porque presupone, indebidamente, que el servicio de vigilancia en el Centro Penitenciario fue normal” (STS 3ª, 26.4.1997, EDE 1997/4997 y en el mismo sentido la STS 3ª, 19.11.1994, EDE 1994/10114); f) “en cuanto se ha omitido el deber de cuidado y atención en seguridad de la vida e integridad de los internos cuando no se han adoptado las medidas que aconsejaban las circunstancias del momento y que hubiesen podido impedir que un interno prendiera fuego a las colchonetas del calabozo cuando ya había amenazado que lo iba a hacer, encontrándose en un estado de fuerte excitación y cuando acababa de autolesionarse ingiriendo objetos metálicos”. Por lo tanto, y en este caso en vía penal, “las deficiencias en los servicios de custodia y seguridad genera en el Estado el deber de responder subsidiariamente por los daños y perjuicios causados” (STS 2ª, 14.2.1997, EDE 1997/928).

En ocasiones, la nota de anormalidad no concurre en la propia Administración Penitenciaria sino en actuaciones administrativas precedentes. Tal es el caso del recluso que durante su detención se había cortado las venas sin que de dicho hecho se apercibiera al Centro Penitenciario en donde finalmente se suicidaría (STS 3ª, 28.3.2000, EDE 2000/8574). Curiosamente en este caso la no advertencia al Centro Penitenciario no excluye a este de responsabilidad, sino que es prueba de la inadecuación de la vigilancia penitenciaria, lo cual no deja de ser ciertamente paradójico.

No concurre ningún elemento de anormalidad en casos como: a) El suicidio de un interno con antecedentes de autolesiones, ya que no pueden “elevarse las autolesiones a la categoría de intentos de suicidio”, pues “qué duda cabe que quien de verdad desea acabar con su vida no se limita a inferirse heridas superficiales en el cuerpo, porque semejante conducta es más propia de quien busca otros objetivos: llamar la atención, presionar al personal funcional del Centro, el traslado a la enfermería, o cualesquiera otras de sobra conocidos en el ámbito carcelario” (SAN Sec. 1ª, 9.7.1999, EDE 1999/47015); b) El suicidio de un interno que, aunque se reconoce que padece un “síndrome ligero-mediano a la heroína, es lo cierto que recibe tras su ingreso en el Centro la asistencia médica prescrita reglamentariamente, recetándole SINOGAN 25, por ser el tratamiento habitual para síndromes ligero-medianos a la heroína”, y cuando además el médico especialista que le entrevistó el día del ingreso llega a concluir que “no era previsible una acción como la emprendida, así como que requiriera especial vigilancia” (STS 3ª, 19.1.1999, EDE 1999/1995); c) El suicidio cuando no “se había detectado con anterioridad un grado de enfermedad en el interno que pudiera propiciar la necesidad de la adopción de medidas de vigilancia intensiva que fueran incumplidas por la Administración” (STS 3ª, 19.6.1998, EDE 1998/11379); d) La utilización por un interno —al que no se había detectado riesgo suicida alguno— de una sábana de la celda que ocupaba ya que “el instrumento directamente utilizado, que era una sábana, no constituye un elemento especialmente idóneo para una tentativa de ahorcamiento y, por el contrario, constituye un elemento aparentemente inofensivo para el descanso de cualquier persona” (SSTS 3ª, 19.6.1998, EDE 1998/11379 y 5.5.1998 EDE 1998/7308); e) El suicidio de interno, con dos antecedentes de suicidio en la propia institución penitenciaria y a quien se aplica “un tratamiento intensivo y vigilancia especial por alto riesgo de suicidio, ya que la vigilancia a que se sometió al enfermo no era continua de modo absoluto, aunque sí tenía un grado de intensidad muy elevado, como demuestra el hecho de que fuera sorprendido cuando el intento de suicidio por ahorcamiento no había sido consumado, hasta el extremo de que fue posible salvarle temporalmente la vida hasta que falleció semanas después. Es decir, no puede afirmarse que un adecuado tratamiento de la persona afectada exigía o hacía cuando menos aconsejable, en un estándar de asistencia médica ordinario, prestar una vigilancia absolutamente ininterrumpida, bien mediante atención directa de una o varias personas o mediante el auxilio de medios técnicos, y ni siquiera tiene la certeza de que ello fuera posible, o que existan otros medios alternativos para evitar la ten-

tativa de suicidio que hubieran sido útiles —evitando la sujeción mecánica, que no parece difícil aceptar que razones de humanidad aconsejan limitar a momentos extremos—” (STS 3ª, 5.5.1998, EDE 1998/7308); f) La insuficiencia de personal no implica necesariamente responsabilidad: “ello no permite establecer que, de haberse cumplido dicha normativa, la muerte de la víctima no se hubiese producido, pues si bien el aumento del personal vigilante hubiese disminuido la “probabilidad” de efectucción del acaecimiento luctuoso, nunca su “posibilidad”, dadas las circunstancias en que la agresión y muerte acaecieron... es más que “probable”, en una consideración razonable y lejos de la pura utopía, que igualmente hubiera tenido lugar aunque se hubiera contado con mayor número de funcionarios, por muy celosos que hubieran sido en el cumplimiento de su cometido” (STS 2ª, 21.7.1993, EDE 1993/7446).

Junto a los factores personales (personal sanitario, de tratamiento o de vigilancia, fundamentalmente) existen factores materiales que inciden en esta materia. El entorno físico y arquitectónico tiene una importancia no desdeñable en materia de suicidio en prisión. Tres medidas parecen inexcusables para reducir los episodios suicidas: la supresión de puntos de anclaje que facilitan las colgaduras, la supervisión en el acceso o tenencia de materiales que pudieran ser letales y la vigilancia (personal o a través de cámaras).

4. LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE ACTIVIDAD PENITENCIARIA Y SUICIDIO

Doctrina y jurisprudencia¹³ coinciden en considerar al nexo causal el elemento fundamental de la responsabilidad patrimonial. Y tanto el art. 106.2 CE como el art. 139.1 LRJPAC exigen para que pueda haber responsabilidad patrimonial que la lesión sea “consecuencia” del funcionamiento (normal o anormal) de los servicios públicos pues “es preciso que entre la lesión y el funcionamiento haya un nexo de causalidad objetiva” (STS, 19.1.1987), ya que “la Administración no tiene el deber jurídico de soportar unos daños que ella no ha causado” (STS, 14.3.1990).

Tradicionalmente —salvo algún caso aislado (STS 16.11.1974, Az. 4510)— se exigía que la relación causal fuera “directa, inmediata y exclusiva”, pero en la actualidad se admite la causalidad “indirecta, mediata y concurrente”. En la concreta materia de suicidio en centros penitenciarios puede leerse en la STS 3ª, 5.5.1998, EDE 98/7308¹⁴ que: “la imprescindible relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido puede aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes (aunque admitien-

do la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, la cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización)”.

Lo que sucede es que en materia de responsabilidad patrimonial por suicidio en prisión se tendrá en cuenta si el funcionamiento ha sido normal o anormal, como ya anunciábamos. Como señala la STS, 3ª, 4.12.1992, Az. 4885 (y con anterioridad las SSTS, 3ª, 11.4.1986, Az. 2633; 22.7.1988, Az. 6095; 10.2.1989, Az. 1101 y 14.9.1989, Az. 6571): “la nota de exclusividad debe ser entendida en sentido relativo, pues si esta nota puede y debe exigirse con rigor en supuestos dañosos acaecidos por funcionamiento normal, en los anormales el hecho de la intervención de un tercero o una concurrencia de concausas imputables unas a la Administración y otras a personas ajenas incluso al propio perjudicado imponen criterios de compensación o de atemperar la indemnización a las características concretas del caso examinado”. En consecuencia: a) Si el servicio funcionó normalmente: la relación causal debe ser exclusiva. b) Si el servicio funcionó anormalmente: puede haber concausas, lo que no quiebra la relación causal servicio-daño, debiendo ponderarse a efectos indemnizatorios la incidencia de cada causa en el daño.

En términos generales la culpa de la víctima exonera a la Administración de su responsabilidad, y la exonera tanto si la conducta del perjudicado es ilícita o intencionada como si es meramente negligente¹⁵. Esta ha sido la tradicional doctrina jurisprudencial que, ahora como principio general, admite excepciones (así en SSTS, 3ª, 19.6.1998, EDE 11379 y 3ª, 4.10.1999, EDE 99/29357). Sin embargo, frente a la posición tradicional conforme a la cual la culpa del perjudicado exonera a la Administración de su responsabilidad, se fueron lentamente abriendo paso otros criterios más flexibles. Primero se admitiría que la mera interferencia del nexo causal no bastaba para exonerar a la Administración (así en SSTS 5.1.1974, 11.10.1975 y 7.7.1984). Después ya se instauraría la doctrina hoy vigente y conforme a la cual la intervención de tercero —o de la propia víctima— en determinados casos no rompe el nexo causal aunque atempera la responsabilidad administrativa. Tímidamente esta nueva posición ya se apunta en algún temprano pronunciamiento (STS 23.5.1984, Az. 4370), afirmando luego con mayor rotundidad (STS 3.2.1989, EDE 1989/983): “En estos supuestos cabe hablar de una concurrencia de concausas, que imponen criterios de compensación (asumiendo, en teoría, cada parte lo que le corresponde) o atemperar la indemnización a las características o circunstancias concurrentes del caso examinado. En este sentido, se ha pronunciado la

doctrina de la Sala en las SS 8 enero 1967, 27 mayo 1984, 11 abril 1986 y 22 julio 1988, entre otras, etc.”.

En definitiva, y centrándonos en la concurrencia de culpas, la existencia de concausas no es obstáculo para el reconocimiento de la responsabilidad administrativa, no pudiendo servir de excusa la *propia voluntad suicida* para excluir la existencia del nexo causal. Por tal razón se aprecia responsabilidad de la Administración Penitenciaria —sin perjuicio de su moderación por vía de compensación— en casos tales como: a) La omisión por parte del centro de detención al centro penitenciario de los antecedentes suicidas del interno, omisión que “aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios, siquiera lo sea de modo concurrente con la conducta propia del interno y su voluntad suicida” (STS 3ª, 28.3.2000, EDE 2000/8574). b) La ocultación en su celda de un interno, ya que “la no presencia del interno en la soledad de la celda hubiera sin duda evitado su suicidio, de tal suerte que la culpa in vigilando dimanante del carácter defectuoso de la vigilancia llevada a cabo aparece como causa idónea y relevante de los consiguientes perjuicios, siquiera lo sea de modo concurrente con la conducta propia del interno y su voluntad suicida” (STS 3ª, 4.5.1999, EDE 1999/18564). c) En un caso de muerte por sobredosis se aprecia que “a la causación del evento dañoso, cooperaron varias circunstancias, unas derivadas del funcionamiento del Servicio y otras de carácter personal, ajenas al mismo” (SAN Sec. 4ª, 11.2.1998, EDE 18308).

Por el contrario no se aprecia la existencia de nexo causal “en el caso de no advertir anomalía en la prestación del servicio”: a) En el suicida que ingresa con síndrome ligero-mediano a la heroína y es conveniente tratado (SINOGAN 25) cuando “no era previsible una acción como la emprendida, así como que requiriera especial vigilancia” (STS 3ª, 19.1.1999, EDE 1999/1995); b) En el suicida cuando no “se conocía con anterioridad la tendencia a la realización de tal hecho por parte del recluso, ni tampoco había dado muestras, con anterioridad, de conductas anormales que propiciaran el desencadenamiento de los hechos”, razón por la cual cabe afirmar que “el suicidio fue debido a la actuación de la propia víctima, de modo voluntario y a ella imputable, sin que quepa apreciar la existencia de un deficiente funcionamiento del servicio público penitenciario puesto que no se advierte que se haya producido una actuación pasiva por parte de la Administración Penitenciaria, que propiciara, directamente, el resultado lesivo producido” (STS 3ª, 19.6.1998, EDE 1998/11379); c) En el caso del suicidio de un interno, aún con antecedentes suicidas y sobre quien pesaba una “vigilancia especial por alto riesgo de suicidio, cuando esta vigilancia aún no continua si te-

nía un grado de intensidad muy elevado” (STS 3ª, 5.5.1998, EDE 1998/7308).

En cualquier caso para que se produzca la ruptura del nexo causal por la actuación del propio perjudicado es preciso que tal ruptura sea probada: “la Administración que opone la ruptura del nexo causal, ha de probar la real y eficaz interferencia de un hecho, conducta o acto con incidencia en la relación de causalidad, y que tenga potencialidad suficiente a procurar esa ruptura”, pues el no producirse tal probanza es tanto como desconocer la determinación de la causa¹⁶. En este sentido, como “la prueba de la culpa de la víctima pesa sobre la Administración”, es insuficiente el planteamiento de una mera hipótesis de culpabilidad (STS 3ª, 26.4.1997, EDE 1997/4997). Tampoco se produce, en consecuencia, la ruptura del nexo —y por tanto está injustificada la moderación de la responsabilidad siempre que se haya acreditado la “anormalidad” en el funcionamiento del servicio— cuando se ignora las causas de la muerte; paradigmático es en este sentido el fallecimiento de internos con motivo de incendio en su celda, cuando se ignoren las causas del mismo (STS 3ª, 19.11.1994, EDE 1994/10114).

Hemos dado por supuesto que la voluntad suicida era libre, lo cual en ocasiones es mucho suponer. La cuestión es mucho más profunda de lo que a primera vista pudiera parecer. En el caso del suicidio “libre” (en el sentido de no claramente patológico) deben tenerse en cuenta dos circunstancias que no son baladí: a) que la libertad siempre es relativa, ya que existe una multiplicidad de causas y b) que la decisión suicida más que un acto es consecuencia de todo un proceso.

Pero ¿qué sucede cuando la voluntad suicida no es libre?, ¿puede romper el nexo causal una decisión adoptada en el seno de un proceso patológico o durante un trastorno psíquico tan severo que anulen o menoscaben gravemente la voluntad del “suicidario”?

En este punto la construcción jurisprudencial sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración Penitenciaria es donde más carencias presenta. El criterio del Tribunal Supremo es que, para que se reconozca responsabilidad de la Administración Penitenciaria, es preciso probar algún elemento de *anormalidad*. Ello podría justificarse en base a un pretendido —y por nuestra parte no discutido— principio de especial deber de atención-custodia al interno, precisamente por encontrarnos tratando de una de las llamadas *instituciones totales*. Aquí, junto a la tan manida doctrina de la “relación de especial sujeción”, pudiera verse el contrapunto con la afirmación de una “relación de especial protección”. Pero cuando ha habido ausencia de libre voluntad del suicidario o, dicho en otros términos, cuando por enfermedad o trastorno psíquico el suici-

dario consuma el suicidio o lo intenta con resultados dañosos, nada justifica que sea peor tratado el interno/paciente de la institución penitenciaria que el enfermo de una institución hospitalaria pública cualquiera. Es decir, si en el caso de este último es notorio que la Administración responde *objetivamente*, cualquiera que sea el tipo de funcionamiento (normal o anormal), otro tanto cabría decir del interno/paciente cuando la intentona o consumación suicida se encuentra conectada causalmente con su trastorno o patología psíquica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cfr. López MB, Hinojal R y Bobes J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos, *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 1993; 3: 309 ss.; Rojas E. *Estudios sobre el suicidio*, Barcelona, Salvat, 1978.
2. Por ejemplo: Ruiz E. La responsabilidad de la Administración y de los profesionales sanitarios, I Congreso de Derecho y Salud, Barcelona, 1992, Comunidad de Madrid, Publicaciones, 1993; Pemán J. La responsabilidad patrimonial de la Administración en el ámbito sanitario público, *Documentación Administrativa*, Madrid, INAP, 1994; 237-238; Muñoz S. Responsabilidad de los médicos y responsabilidad de la Administración Sanitaria (algunas reflexiones de las funciones actuales de la responsabilidad civil), Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1995; Álvarez-Cienfuegos. La responsabilidad de los médicos y de la Administración sanitaria, *Cuadernos de Derecho Judicial*, 1996; XIV: 91 ss.; Villar FJ. La responsabilidad de las Administraciones sanitarias: fundamento y límites, Barcelona, Praxis, 1996; Cueto M. Responsabilidad de la Administración en la asistencia sanitaria, Valencia, Tirant lo Blanch, 1997; Mir O. La responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria. Organización, imputación y causalidad, Madrid, Civitas, 2000.
3. Los arts. 140, 141 y 144-146 LRJPAC fueron modificados por Ley 4/1999, 13 enero. Sobre la incidencia de la modificación vid. García Gómez de Mercado F. La modificación del régimen de la responsabilidad de la Administración por la Ley 4/1999, *Revista Jurídica de la Comunidad de Madrid*, núm. 4, ago.-oct. 1999, y del mismo autor La responsabilidad patrimonial de la Administración tras la Ley 4/1999, *Actualidad Administrativa*, 1999; 32: 893-907; Sala P (Coord.). *Comentarios a la reforma del procedimiento administrativo (Análisis de la Ley 4/1999)*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1999; González J J. La reforma de la Ley de Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en *La responsabilidad civil y penal del médico*, Colegio Oficial de Médicos de Madrid, 1999: 197-207; y Gil J L. La implicación de las novedades legislativas en los procesos contra las Administraciones Públicas, Ponencia al VI Congreso de la Asociación Española de Derecho Sanitario, Madrid, 21-23 octubre 1999.
4. Sobre la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en general: González Pérez, J y González Navarro F. Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (Ley 30/1992, de 26 de noviembre), Madrid, Civitas, 1993: 1297-1401; Leguina J y Sánchez M. La nueva Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, Madrid, Tecnos, 1993: 394-415; Garrido F y Fernández Pastrana J. Régimen Jurídico y Procedimiento de las Administraciones Públicas (Un estudio de la Ley 30/1992), Madrid, Civitas, 2ª edic. 1995: 339-396; Cobo T. El procedimiento para la exigencia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, Barcelona, Bosch, 1999.
5. García de Enterría E y Fernández T R. *Curso de Derecho Administrativo*, Madrid, Civitas, 2ª edic. 1993, Vol. II: 337-338; y Villar F J. op. cit., 33.
6. Comparto la afirmación de Améry J. Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria, Valencia, Pre-Textos, 1998, 39: "Quien da el salto no necesariamente se ha hundido en la locura, ni siquiera está en todos los casos «trastornado» o «perturbado»".
7. Cfr. Gil J L. Evaluación del daño y criterios de reparación, *Cuadernos de Derecho Judicial*, 1996; XIV: 45 ss.
8. Básicamente hay dos partidas: a) gastos de hospitalización y asistencia médica hasta la recuperación, por un lado, y b) una cantidad arbitrariamente fijada, teniendo en cuenta edad, cargas, ingresos, expectativas de trabajo..., siendo muy heterogéneas las cifras indemnizatorias que se manejan. Frecuentemente los tribunales usan "referencialmente" baremos indemnizatorios de otras materias —así accidentes de circulación—, STS, 3ª, 4.10.1999, EDE 29357. En general sobre el tema Cfr. Bravo P. Responsabilidad patrimonial, en Santamaría J A y Parejo L. *Derecho Administrativo. La jurisprudencia del Tribunal Su-*

- premo, Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces, 1989; y de Ángel R. Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño), Madrid, Civitas, 1995: 107-203.
9. Villar F J. op. cit., 51-52.
 10. SSTS, 3ª, 28.3.2000, EDE 2000/8574; 4.5.1999, EDE 1999/18564; 26.11.1998, EDE 1998/29814; 19.6.1998, EDE 1998/11379; 5.5.1998, EDE 1998/7308; SSAN Sec. 1ª, 27.11.1998, EDE 1998/40394 y Sec. 1ª, 9.7.1999, EDE 1999/47015.
 11. 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), Madrid, Marcial Pons, 2ª edic., 1999: 451.
 12. Central de Observación. Subdirección General de Gestión Penitenciaria: El suicidio en la Institución Penitenciaria, Revista de Estudios Penitenciarios, 1998; 247: 127 ss.
 13. En la doctrina: Fernández T R. El problema del nexo causal y la responsabilidad patrimonial de la administración pública, en Estudios Homenaje a Segismundo Royo Villanova, Madrid, 1977: 690-692; Leguina J. La responsabilidad civil de la administración pública, Madrid, Tecnos, 2ª edic. 1983: 279; Herrera J. La relación de causalidad en materia de responsabilidad civil de la Administración, Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense, 1985; 6-7: 245 ss.; Blasco, A.: La relación de causalidad en materia de responsabilidad patrimonial de la administración en la jurisprudencia reciente, REDA, 1987; 53: 99; Domínguez J A. Responsabilidad patrimonial y acción terrorista: concurrencia de nexo causal por inactividad de la Administración, REDA, 1996; 90; García de Enterría E y Fernández T R. Curso... op. cit. 394; Meseguer J. La responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas: el nexo causal, Barcelona, Bosch, 2000. En la jurisprudencia, vid. por ejemplo: Nieto A. La relación de causalidad en la responsabilidad administrativa: doctrina jurisprudencial, REDA, 1986; 51.
 14. En el mismo sentido STS 3ª, 28.3.2000, EDE 2000/8574; 4.5.1999, EDE 1999/18564; 30.3.1999, EDE 1999/11357; 26.11.1998, EDE 1998/29814; 19.6.1998, EDE 1998/11379; 25.1.1997, EDE 1997/692.
 15. Nieto A. La relación de causalidad, op. cit., 428, que cita varios ejemplos jurisprudenciales. Vid. también: Fernández Farreres G. La fijación del nexo causal cuando en la producción del daño concurre la acción de la víctima, REDA, 1982; 34.
 16. STS 3ª, 25.2.1999, EDE 1999/1557. Se trata aquí del caso del fallecimiento de un interno como consecuencia del incendio producido en su celda. Se imputa la responsabilidad patrimonial a la Administración ya que no siendo posible establecer las causas determinantes del incendio, mal puede pretenderse imputar el mismo al interno.

CORRESPONDENCIA

Apartado 675
03080 Alicante