



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero y
Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 29 de diciembre de 2010, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, en su nombre y en representación de sus hijos cccc1 y cccc2* y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 30 de noviembre de 2010 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, en su propio nombre y en representación de sus hijos menores Dña. cccc1 y D. cccc2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, respectivamente, ya fallecido, D. vvvvv, en el Hospital hhhh1 de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 30 de noviembre de 2010, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 1.534/2010, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.



Primero.- El 26 de diciembre de 2008 Dña. xxxxx, en su propio nombre y en representación de sus hijos menores, Dña. cccc1 y D. cccc2, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido al fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. vvvvv el día 21 de octubre de 2007.

En su escrito expone que el paciente, de 43 años de edad, fue derivado al Hospital hhhh1 el 20 de octubre de 2007 tras una acción autolítica por ingesta de psicofármacos mezclados con bebida alcohólica y, a petición del paciente, ingresó en el centro asistencial. Sobre las 7:40 horas del día siguiente fue encontrado muerto en la habitación ahorcado con una tira de toalla anudada a su cuello y a la cabecera metálica de la cama.

Considera que el fallecimiento fue debido a una falta de asistencia sanitaria adecuada y a una deficiente *praxis* médica que conllevó errores de diagnóstico, tratamiento, seguimiento, vigilancia y control adecuado en un centro especializado en el tratamiento de pacientes de este tipo. Reclama, por ello, una indemnización total de 189.548,44 euros.

Adjunta copias del Libro de Familia, del certificado de defunción y de las Diligencias Previas nº xxx/2007, seguidas ante el Juzgado de Instrucción nº 5 de xxxx1

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informes del Servicio de Psiquiatría del Hospital de xxxx1 que atendió al paciente, dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora e informe de la Inspección Médica de 13 de febrero de 2009, que concluye que las medidas adoptadas fueron las correctas, lo que obligó al paciente a utilizar un método atípico de ahorcamiento (de la cabecera de la cama) y solo con una firme decisión y premeditación pudo llevarlo a cabo, por lo que la reclamante no tiene derecho a la reparación económica que solicita.

Tercero.- Consta en el expediente documentación acreditativa de haberse interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo de xxxx1 del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.



Cuarto.- Obra, igualmente, escrito del Jefe de Servicio de Inspección de 30 de abril de 2010, en el que comunica el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

Quinto.- Concedido trámite de audiencia, la reclamante presenta un escrito en el que, tras las alegaciones oportunas, reitera la pretensión.

Sexto.- El 11 de octubre la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Séptimo.- El 9 de noviembre de 2010 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (26 de diciembre de 2008) hasta que se



formula la propuesta de orden (11 de octubre de 2010). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Consta que se presentó el 26 de diciembre de 2008, es decir, antes de transcurrir un año desde que se dictó el auto de sobreseimiento provisional de las diligencias penales (30 de abril de 2008).

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero, 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002) y de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1.008/2005, de 1 de diciembre; 1.134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de



23 de marzo), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas



o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación presentada por Dña. xxxxx, en su propio nombre y en el de sus hijos menores de edad, Dña. cccc1 y D. cccc2, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria prestada a su esposo en el Hospital hhhh1 de xxxx1.

Conforme señala la Inspección Médica, el paciente tenía antecedentes psiquiátricos desde hacía 4 años y venía siendo atendido por sintomatología ansioso-depresiva relacionada con su trabajo de profesor. El 20 de octubre de 2007 la esposa avisa al 112 al observar que su marido se había tomado “un montón de pastillas con una botella de xxxx3”, es trasladado a Urgencias del Hospital hhhh2 donde se le realiza un lavado de estómago con carbón activado y, una vez estabilizado, lo derivan en ambulancia, sobre las 14 horas, al Hospital hhhh1 para valoración psiquiátrica. En dicho Centro es asistido por la psiquiatra que lo levaba atendiendo un tiempo de forma ambulatoria en el centro de salud mental y, por tanto, lo conocía bien. Le realiza la



correspondiente valoración psicopatológica y ante la demanda de ingreso y la nula crítica al gesto autolítico realizado se procede al ingreso voluntario del paciente en la Unidad de Agudos con el juicio diagnóstico de trastorno de personalidad mixto, ideación autolítica. Se pauta tratamiento y en la hoja de instrucciones es catalogado como 5P (puede moverse dentro de su unidad y debe estar en pijama), procediéndose a retirarle todos los objetos.

Dicha asistencia se considera adecuada y, de hecho, nada se ha probado en contra por la parte reclamante, que aunque cuestiona la asistencia médica prestada y con ello la observancia de la *lex artis*, sus alegaciones no han sido avaladas por informe alguno.

Por lo que respecta a la vigilancia y control del paciente, existe un número considerable de reclamaciones de responsabilidad civil dirigidas contra los centros sanitarios, con fundamento en la omisión de los deberes de vigilancia, control y custodia de los enfermos ingresados o de sus pertenencias. Dentro de ellos tienen especial complejidad los supuestos de intentos de suicidio realizados por personas con afecciones psíquicas (por todos Dictámenes del Consejo Consultivo de Castilla y León 2/2004, 654/2004, 421/2005 y 326/2009), en los que debe valorarse la necesidad de adopción por la Administración Sanitaria de medidas específicas de vigilancia y ponderar si existe un deber especial de custodia, dada la posible presencia de una ideación suicida más o menos estructurada.

Debe tenerse presente que, por regla general, los ingresos hospitalarios se producen por decisión libre y voluntaria del enfermo y que el deber de custodia de los centros sanitarios nace, en principio, cuando se produce el ingreso de menores e incapacitados, o en situaciones de grave falta de consciencia, derivado de la posición de garante de la vida e integridad física de las personas que no pueden valerse por sí mismas, en aplicación del principio *neminem laedere*.

El artículo 8.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que "Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado (...)".



Por ello, salvo en las excepciones apuntadas, el ingreso en un centro sanitario no coloca al enfermo en una situación de sujeción especial respecto del centro, como ocurre con los internos penitenciarios (por todas, Sentencia del Tribunal Constitucional 57/1994), puesto que la relación jurídica se establece por decisión libre y voluntaria del enfermo y del centro sanitario, sin que éste ostente un poder superior y más intenso del que es normal y ordinario en toda entidad administrativa.

Únicamente en los supuestos de internamiento forzoso y en aquéllos en los que el enfermo, por cualquier causa, ya sea permanente o transitoria, se halla privado de conocimiento y de razón, el centro sanitario se constituye en guardador de hecho, asume las obligaciones inherentes a tal condición con un estándar de servicio más exigente y se impone a la Administración un deber de actuar más diligente y adecuado a las circunstancias del enfermo.

Dicha función de garante se incumple cuando se produce una omisión culposa de los deberes de vigilancia y de control de los enfermos por parte del centro sanitario.

La cuestión planteada en el presente expediente, en suma, consiste en determinar si en la reclamación objeto del mismo concurren los requisitos legales para conceder la indemnización solicitada.

En primer lugar es preciso analizar si el intento de autolisis resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes del paciente, ya que en caso afirmativo hubiera sido necesario adoptar medidas de atención y cuidado. Debe igualmente valorarse si la conducta del enfermo supone o no una ruptura del nexo causal, para lo cual, enlazando con cuanto acaba de decirse, ha de establecerse si, debido a su alteración mental, era previsible que se comportase creando riesgos para sí mismo, pues si la situación es conocida por la Administración Sanitaria, ésta tendría un mayor deber de vigilar el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento.

El examen de la reclamación debe partir de la consideración que del nexo causal ha hecho el Tribunal Supremo en casos semejantes. Así, en los supuestos de fallecimiento de internos en centros psiquiátricos, se ha afirmado que no es obstáculo a la exigencia de responsabilidad patrimonial de la



Administración el carácter directo, inmediato y exclusivo del nexo causal, sino 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 admitiendo la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, lo cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización)” (Sentencia de 28 de marzo de 2000, entre otras).

Los Tribunales han entendido así, en casos de culminación de los propósitos autolíticos de pacientes con afecciones psíquicas, que la insuficiencia de las medidas de prevención adoptadas con respecto de alguno de ellos puede resultar un título de imputación a la Administración Pública correspondiente. En este sentido cabe citar las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de julio de 1991 y de 10 de diciembre de 1987. La primera de ellas, aplicada en sentencias más recientes (como la de 4 de abril de 2000), califica supuestos similares como de “no funcionamiento, es decir de una actitud pasiva o inactiva de la Administración, constituida por una falta de vigilancia cuando ésta resultaba especialmente demandada por las excepcionales circunstancias del caso”. Centra así su enfoque en “lo que, con acierto, ha distinguido la doctrina de los autores y ha tomado en consideración, al menos implícitamente, la jurisprudencia del Tribunal Supremo, como supuesto de no funcionamiento, de una actitud pasiva o inactiva de la Administración constituida por una falta de vigilancia (...), tratándose tan solo de corroborar si existió o no el descuido, desentendimiento o despreocupación por el posible hecho lesivo que la actitud del omitente acarrearía, bastando con ello para que se establezca el nexo causal entre pasividad y el perjuicio”. La segunda de ellas pone de relieve “la culpa de la Administración” y atribuye “el resultado lesivo a la negligente vigilancia como desencadenante del mismo (daño)”.

Debe examinarse, por tanto, si se produjo una actuación de la Administración que concurriera causalmente a la producción de un perjuicio que los reclamantes no tuvieran el deber jurídico de soportar.

De los informes incorporados al expediente se desprende una tendencia depresiva del enfermo (tenía antecedentes psiquiátricos desde hacía 4 años y venía siendo atendido por sintomatología ansioso-depresiva relacionada con su trabajo de profesor), así como un control del centro sanitario, que consideraba



tranquilo y colaborador al enfermo la misma noche de los hechos, por lo que no se encontró peligro en ello.

En efecto, el informe de la Inspección Médica señala que, tanto en las anotaciones existentes en la historia clínica como en las declaraciones judiciales, incorporadas a las diligencias incoadas, del médico psiquiatra, de las enfermeras y auxiliares de enfermería de los turnos de tarde y noche, se deduce que el paciente se encontraba tranquilo, colaborador y pidió cosas para el día siguiente, como el uso del ordenador, por lo que nada hizo sospechar al personal que lo atendía que pudiera repetir el intento autolítico. El personal médico consideró que no era necesario ningún tipo de sujeción mecánica, máxime cuando el ingreso había sido voluntario, ni que se tomaran medidas especiales de vigilancia al creer suficientes las habituales. Al paciente se le retiraron las pertenencias que podían suponer algún peligro y se le proporcionó ropa hospitalaria.

En el presente caso ha de subrayarse que el suicidio se produjo de forma sorpresiva a las 5 horas. La vigilancia por parte del personal de enfermería durante las horas nocturnas, según refleja el Inspector Médico, consiste en un régimen de visitas periódicas a las habitaciones para la observación directa de los enfermos que presentan algún tipo de riesgo, de un modo y con la intensidad que resulta compatible con el sueño y el descanso del paciente y, en el presente caso, la última acreditada se realiza sobre las 4:30 horas. Por lo tanto y, pese a la vigilancia establecida el paciente supo burlar el cuidado instaurado por el personal y utilizó un método atípico de ahorcamiento, de la cabecera de la cama y solo con una firme decisión y premeditación pudo llevarlo a cabo. Por lo que el suicidio fue imprevisible y muy premeditado.

El centro hospitalario debe adoptar medidas generales de control y seguridad para los enfermos, pero también específicas y adecuadas a cada enfermo que limiten su actividad en función de la patología diagnosticada, de los riesgos previsibles y de la situación clínica del paciente en cada momento. Esto debe ser así con el fin de conjugar esta protección y control de los pacientes hacia sí mismos y hacia los demás, con el reconocimiento y respeto de su derecho a la dignidad y autonomía, incluso como medio para lograr una mejor recuperación e integración social.



Por ello, no pueden establecerse reglas generales, exorbitantes, de control y limitación de movimientos de los pacientes, sino que las medidas deben acomodarse a cada avance del enfermo, de acuerdo con su diagnóstico clínico y su evaluación continua. Coinciden, por tanto, los informes incorporados al expediente al señalar que las medidas de seguridad adoptadas fueron las correctas y oportunas.

Por todo lo expuesto, al considerar que no ha quedado acreditada la responsabilidad patrimonial de la Administración, en los términos establecidos por las tesis jurisprudenciales expuestas, el Consejo Consultivo comparte la propuesta desestimatoria formulada por la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

6ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, al constar que los interesados han interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso o, en otro, hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

Por último, este Consejo se ve igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial y la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su reclamación -la desestimación se produce por silencio administrativo-, ha llevado a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver en plazo no hubiera impedido, en este caso, que se acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que hubieran hecho desistir de esta opción.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:



**CONSEJO
CONSULTIVO**
DE CASTILLA Y LEÓN

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx, en su propio nombre y en representación de sus hijos menores Dña. cccc1 y D. cccc2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, respectivamente, ya fallecido, D. vvvv en el Hospital hhhh1 de xxxx1.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.