



Sr. Amilivia González, Presidente y  
Ponente

Sr. Rey Martínez, Consejero  
Sr. Velasco Rodríguez, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 5 de febrero de 2015, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, D. xxxx4 y D. xxxx5*, 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 15 de enero de 2015 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en representación de Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, D. xxxx4 y D. xxxx5, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo y hermano, respectivamente, D. vvvv, fallecido durante su estancia en el Hospital hhh1 de xxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 16 de enero de 2015, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 30/2015, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Amilivia González.



**Primero.-** El 27 de abril de 2013 D. yyyy, en representación de Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, D. xxxx4 y D. xxxx5, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo y hermano, respectivamente, D. vvvv, en el Hospital hhh1 de xxx1.

Los reclamantes consideran que la falta de vigilancia y de cuidados facilitaron el suicidio de D. vvvv el día 30 de marzo de 2012, tras precipitarse por una ventana situada en la tercera planta del centro.

Manifiestan que "vvvv, estaba diagnosticado de esquizofrenia con anteriores intentos de autolisis, por lo que precisaba de vigilancia para evitar precisamente el que se causara algún tipo de daño. Dichos intentos de autolesionarse constaban en la historia clínica de vvvv, conocida pues por los directivos del centro y personas encargadas del cuidado del interno.

Esa omisión en la vigilancia de vvvv ha llevado a que se produjera el fatídico desenlace, con la negligencia inexcusable del centro y su personal, que, en cuanto torpe o negligente, por culpa *in vigilando* o *in eligendo*, hace nacer la responsabilidad de los mismos. Se evidencia una absoluta falta de control, existiendo una absoluta dejadez por parte del personal del centro, dado que la Administración a través de su personal debía haber llevado a cabo un mayor control del interno".

Solicitan una indemnización de 74.305,87 euros para cada uno de los padres (no obstante, la documentación presentada acredita el fallecimiento de su padre, D. xxxx6) y de 46.441,18 euros para cada uno de sus hermanos.

Junto al citado escrito se aportan copias del Libro de Familia, de las certificaciones de fallecimiento del Registro Civil y del Auto de 14 de marzo de 2013, dictado por la Audiencia Provincial de xxx1, Sección 3ª, por el que se acuerda la conclusión del sumario sin procesamiento y el sobreseimiento provisional.

**Segundo.-** Al expediente se incorpora la historia clínica del paciente y los informes emitidos por el Servicio de Psiquiatría del Hospital hhh1 el 8 de octubre de 2013, el dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora y el informe de la Inspección Médica de 11 de marzo de 2014.



**Tercero.-** Concedido trámite de audiencia, el 28 de julio de 2014 la parte reclamante presenta un escrito en el que, además de reiterar la pretensión inicialmente deducida, afirma que no se valoraron los antecedentes autolíticos y solicita diversas pruebas en relación a las medidas de seguridad vigilancia y control del paciente. También aporta copia del acta de inspección ocular realizada por la policía científica.

Como consecuencia de lo solicitado, se incorpora al expediente informe del Hospital hhh1 de 11 de septiembre de 2014, copias de contrato de servicio de mantenimiento y prórrogas del Hospital hhh1 y los informes de la entidad mercantil responsable del mantenimiento, de 26 de septiembre de 2014.

**Cuarto.-** Concedido nuevo trámite de audiencia, en el que se indicaba que no se consideraba procedente la declaración testifical solicitada, no consta que durante el plazo concedido al efecto se hayan presentado alegaciones.

**Quinto.-** Consta en el expediente la interposición de un recurso contencioso administrativo contra la desestimación por silencio administrativo de la presente reclamación y el emplazamiento realizado por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 1 de xxx2.

**Sexto.-** El 25 de noviembre se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación planteada.

**Séptimo.-** El 11 de diciembre de 2014 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.

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.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (27 de marzo de 2013) hasta que se formula la propuesta de orden (25 de noviembre de 2014). 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. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 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 parte interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**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, la reiterada doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, 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 aquél que pueda producirse.



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.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación presentada por D. yyyy, en representación de Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña.



xxxx3, D. xxxx4 y D. xxxx5, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo y hermano respectivamente, D. vvvv, fallecido durante su estancia en el Hospital hhh1 de xxx1 el 30 de marzo de 2012. El paciente forzó uno de los barrotes de la ventana y se arrojó al vacío desde su habitación, situada en la planta tercera.

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 no en sus dependencias. 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, 870/2008, 297/2009, 326/2009, 1.342/2009, 106/2010, 291/2010, 989/2010, 566/2011, 45/2013), en los que debe valorarse la necesidad de adopción por la Administración Sanitaria de específicas medidas de vigilancia y ponderar si existe un deber especial de custodia, teniendo en cuenta la posible presencia de una ideación suicida más o menos estructurada.

La cuestión planteada en el presente procedimiento consiste en determinar si concurren los requisitos legales para conceder la indemnización solicitada. Por ello, es preciso analizar si el suicidio 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 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.

Los Tribunales han venido entendiendo, 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 existió una actuación de la Administración que concurriera causalmente en la producción del daño.

La parte reclamante considera que la Administración Sanitaria debió extremar la vigilancia para evitar el suicidio del paciente, puesto que existían antecedentes de intentos anteriores y ello era conocido por el servicio sanitario.

El paciente tenía antecedentes de patología psiquiátrica desde el 7 de mayo de 1988. Consta que es diagnosticado de esquizofrenia desorganizada de curso crónico con exacerbación aguda. Asimismo se refieren, al menos, dos intentos autolíticos por precipitación a un pozo y otro posterior por venoclisis. Además, en el informe emitido el 11 de septiembre de 2014 por los Doctores mmm1 y mmm2, se sugiere la existencia de un intento de suicidio en 1988 al ser atropellado por un camión.

Constan ingresos temporales en el Hospital hhh1 en los años 1992 y 1994.

Desde el 20 de julio de 1995 hasta el 10 de octubre de 2007 permaneció ingresado en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (URH).

Desde esa fecha hasta su fallecimiento estuvo ingresado en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Larga Estancia (URPLE), al considerarse que el cuadro no había mejorado con los años y persistiría la necesidad de ingreso





hospitalario. En esta unidad se le asignó una habitación individual con baño propio que se acondicionó a la discapacidad que presentaba.

En el periodo de ingreso hospitalario protagonizó un intento autolítico el 7 de junio de 1999 por precipitación desde el segundo piso de Hospital hhh1, coincidente con la muerte del padre. Como consecuencia de tal episodio presentó múltiples fracturas en extremidades inferiores, columna lumbar y sacra que le causaron secuelas permanentes que le obligaron al uso de muletas y sillas de ruedas. Es el último intento de suicidio del que se tiene conocimiento.

No consta la existencia de ideación suicida; así, el informe emitido por el Dr. mmm2 indica que "en los casi 5 años que permaneció en la URPLE el paciente nunca manifestó de palabra o de hecho una intencionalidad suicida".

En este mismo sentido, el informe de la Inspección Médica señala que "En las anotaciones de la historia clínica y de los partes de la URPLE no se evidencia que D. vvvv presentara algún dato que hiciera sospechar una conducta suicida. De las anotaciones se deduce que se controlaba su comportamiento y cualquier incidencia que se presentara en relación a su proceso clínico se recogía en los partes".

En cuanto a la adecuación de las instalaciones sanitarias, debe indicarse que no consta que fueran necesarias otras medidas, ya que el paciente no había mostrado peligro de autolisis.

Tal como indica el informe de la Inspección Médica, en relación con la unidad en la que se encontraba el paciente: "Estas unidades realizan una atención integral del paciente. Además del programa de asistencia sanitaria, que es el motivo por el que permanecen ingresados; tiene programas de rehabilitación psicosocial que buscan mejorar la autonomía de los pacientes y permitir la salida de esta unidad a otros sistemas dependiendo de la patología y de la evolución del paciente".

El dictamen emitido a instancia de la compañía aseguradora señala que "las unidades abiertas o semiabiertas como esta residencia, tiene, como hemos dicho, un carácter residencial y rehabilitador y su funcionamiento está diseñado para favorecer la autonomía y rehabilitación de los pacientes mentales en unas



condiciones dignas. En los casos de una reagudización del paciente que obligue a poner medidas de seguridad el paciente es trasladado a una unidad o camas de seguridad donde los pacientes no tienen permisos de salida y existe un control total de la conducta del paciente”.

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 obrantes en el expediente al señalar que las medidas de seguridad adoptadas fueron las correctas y oportunas.

Por todo lo expuesto, se considera que no ha quedado acreditada la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que procede desestimar la reclamación presentada.

**6ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, al constar que la parte reclamante ha 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.

### **III CONCLUSIONES**



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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en representación de Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2, Dña. xxx3, D. xxxx4 y D. xxxx5, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hijo y hermano, respectivamente, D. vvvv, fallecido durante su estancia en el Hospital hhh1 de xxx1.

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