



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 3 0 / 2 0 0 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de julio de 2006.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.C.S. y C.N.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 218/2006 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D).e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

### II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar, de los reclamantes al pretender el resarcimiento de un daño que se les irrogó como consecuencia del fallecimiento de su hija, cuyo origen se imputa a la asistencia sanitaria prestada el Servicio Canario de Salud. Aquí actúan los

---

\* **PONENTE:** Sr. Suay Rincón.

interesados, A.C.S. y C.N.M., pues, aunque en su escrito de iniciación señalan que lo hacen en nombre y representación de la comunidad hereditaria de su hija fallecida, M.C.C.N., al haberlo hecha ésta sin testamento y sin descendencia, según el art. 935 del Código civil, son sólo sus padres sus herederos legales, por lo que éstos actúan en su propio nombre y beneficio.

En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Se cumple igualmente el requisito de la no extemporaneidad de la reclamación pues, se presenta el 26 de noviembre de 2002 en relación con un daño producido el 26 de noviembre de 2001.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

### III

1. Los reclamantes basan su pretensión en los siguientes datos, según su escrito de reclamación:

- El día 26 de noviembre de 2001, M.C.C.N., hija de los reclamantes, fallece como consecuencia de precipitarse desde un cuarto piso.

- Constan en el historial clínico de la paciente ingresos previos al suicidio. Debido a su trabajo, al inicio de su enfermedad, viajaba entre las islas de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria y permanecía temporadas en la isla de Lanzarote o de

Fuerteventura, donde también recibió un tratamiento, siempre en los Hospitales pertenecientes al Servicio público, al igual que en los de Las Palmas de Gran Canaria, que la familia nunca consideró adecuado, encontrándose algunos de sus miembros en la obligación de realizar las correspondientes reclamaciones, cuyas copias se aportan, sobre todo, en la última fase de la enfermedad, y que ni siquiera fueron contestadas.

- No era, por otra parte, la primera vez que la fallecida intentaba suicidarse. Se aporta Informe de la Comisaría de Distrito Sur de Las Palmas de Gran Canaria y del Servicio de Extinción de Incendios y Salvamentos del Excmo. Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, en el que consta su intervención el día 17 de septiembre de 2001 en un intento de suicidio de la ahora fallecida, lo que ocurrió apenas dos meses antes del hecho que nos ocupa.

- Se alega que se le dio el alta sin haber desaparecido los riesgos inminentes de suicidio, y que "el Servicio Canario de Salud tenía conocimiento de las condiciones familiares de la paciente, por lo que la medida del internamiento, no sólo era la capacidad de control, no contaba con el apoyo familiar suficiente, padres de avanzada edad y uno de ellos enfermo, circunstancias que obligaban a continuar con el ingreso en centro psiquiátrico". Y, además, "en este caso en concreto, ni tan siquiera se estableció un tratamiento ambulatorio".

- Se solicita, conforme a lo expuesto, una indemnización de 300.000 euros por el daño irrogado por la Administración, con fundamento en que el fallecimiento por suicidio de la hija de los reclamantes pudo haberse evitado: así, "existe una omisión en la prestación de la debida asistencia sanitaria imputable al Servicio Canario de Salud, lo que originó el fallecimiento de M.C.C.N., ya que se trata de un suicidio respecto del cual debieron adoptarse medidas previas de control médico en atención a la enfermedad que padecía y de su historial , en el que consta un intento dos meses antes, por lo que se debió haber sometido a la fallecida a un tratamiento intensivo y de vigilancia especial por el alto riesgo de suicidio, incurriendo la Administración en responsabilidad por negligencia y desatendimiento, ya que un adecuado tratamiento en la persona afectada exigía o hacía cuanto menos aconsejable, en un estándar de asistencia médico ordinario, su ingreso, debido a sus antecedentes, y no como ocurrió, que se le había dado el alta sin haber desaparecido los riesgos inminentes de suicidio".

2. Se presentan, junto con el escrito de iniciación, los siguientes documentos probatorios de los hechos alegados:

- Informe de autopsia realizado por el médico forense designado a tales efectos por el Juzgado de Instrucción nº 5 de Las Palmas de Gran Canaria, donde se constata que la muerte de M.C.C.N. se produjo por suicidio.

- Copia de Informe de la Comisaría de Distrito sur de Las Palmas de Gran Canaria y del Servicio de Extinción de Incendios y Salvamentos del Excmo. Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, en el que consta, como ya se indicó, su intervención el día 17 de septiembre de 2001 en un intento de suicidio de la ahora fallecida.

- Copia de los impresos oficiales de reclamaciones en el ámbito sanitario nº 1265 y nº 3728.

## IV

En la tramitación del procedimiento se han realizado las siguientes actuaciones:

1) El 31 de enero de 2003, tras requerirse por la Administración por escrito notificado el 21 de enero de 2003, se presentan los documentos requeridos para la mejora de la solicitud.

2) Por Resolución de 3 de mayo de 2004, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de los interesados, en el que se suspende el plazo para resolver el procedimiento y notificar la resolución por el tiempo que medie entre la solicitud de los informes preceptivos y la recepción de los mismos. Lo que se notifica a la parte reclamante el 24 de mayo de 2004.

3) El 29 de julio de 2004 se remite Informe de la Psiquiatra Coordinadora de la Unidad de Salud Mental de Triana, emitido el 20 de julio de 2004. En él se informa que:

- La fallecida fue remitida a aquella Unidad por su doctora de cabecera de forma preferente el 1 de junio de 2001, refiriendo en su petición de consulta que estaba diagnosticada de "trastorno de personalidad y trastorno hipocondríaco".

- Fue atendida el 20 de junio de 2001 por una psicóloga, que indicó el ingreso hospitalario ese mismo día "por la imposibilidad de abordaje ambulatorio, y por

presentar la paciente sintomatología compatible con síndrome de Cotard, dificultad en la dinámica familiar e intentos autolíticos previos”.

- Estuvo ingresada en la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría del Hospital Insular desde el 25 de junio de 2001 hasta el 10 de julio de 2001.

- Se le dio cita para la psicóloga el 18 de julio, pero no acudió. Se llama a la paciente y se le vuelve a dar cita el día 27 de julio, pero tampoco acude, “teniendo la impresión la psicóloga de que la familia de la paciente sospecha de un origen orgánico respecto de la enfermedad”. Asimismo, se le vuelve a dar cita el 26 de noviembre, tras petición de hora preferente por su médico de cabecera, que señala sus múltiples idas a los servicios de urgencias de los dos hospitales de la isla, pero no acude.

4) El 21 de marzo de 2005 se remite Informe del Servicio de Inspección, Prestaciones y Farmacia del Servicio Canario de Salud, en el que concluye la ausencia de nexo causal entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento del Servicio, emitido el 21 de enero de 2005, al que se acompaña la documentación obrante en el expediente. Se Informa por el Servicio lo siguiente:

- Insiste en que, en Lanzarote, la paciente no acudía a las citas que se le concertaban para consultas, que abandona el tratamiento, mal seguimiento terapéutico, necesidad de seguimiento por un solo terapeuta que no acepta la reclamante y continuos cambios de residencia.

- En Gran Canaria ocurre lo mismo, pues, tras estar ingresada en la Unidad de Internamiento Breve del Hospital Universitario Insular de la isla, desde el 24 de junio hasta el 10 de julio, es dada de alta tras mejoría y negar ideas autolíticas, con tratamiento farmacológico y seguimiento ambulatorio. Pero, no acude a las citas.

- El 5 de septiembre de 2001 la hermana de la paciente formula reclamación manifestando que su hermana aqueja dolores musculares, solicitando valoración por neurólogo y rehabilitación.

- El 17 de septiembre es llevada al Dr. N. y dada de alta a las 10:19 horas. Se le recomiendan controles en su unidad de Salud Mental y se le da nueva cita, a la que no acude. Así como tampoco acude a la siguiente cita que se le da, para el 26 de noviembre de 2001, justamente, el mismo día en que fallece.

- El 18 de septiembre de 2001 cambia de médico de cabecera.

- El 13 de octubre de 2001 otra hermana interpone reclamación solicitando la valoración por un especialista y si lo cree oportuno, el ingreso.

Todos estos precedentes llevan a concluir que:

- Es imposible predecir el suicidio. Se describe que el 73% de los pacientes que llegaron a quitarse la vida jamás había expresado ideas de suicidio ni lo habían intentado.

Sin embargo sí lo había hecho la ahora fallecida.

- No hay nexo de causalidad entre la actuación sanitaria y el suicidio, pues las Unidades de Internamiento Breve deben ocuparse sólo de los casos graves donde no es posible la contención comunitaria en las Unidades de Salud Mental, con las que deben trabajar con estrecha relación, garantizando la continuidad de cuidados.

Lo que aquí no se hizo por la imposibilidad de tratar a una paciente que no acudía a las citas, ni seguía los tratamientos, sino que acudía por urgencia en casos extremos. En esos momentos había que haberla ingresado, ante la demostración insistente de que no era posible un seguimiento ambulatorio.

- Las Unidades de Salud Mental Comunitarias, distribuidas en Centros de Salud, más próximos al usuario, toman a cargo aspectos no sólo asistenciales sino preventivos y rehabilitadores.

Pero es que aquí no era posible.

- La utilización de medidas coercitivas de ingresos no justificadas clínicamente, o contención física como métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan evitarse por otros medios terapéuticos.

Lo que se demostraba que ocurría en este caso una y otra vez, pues hubo varios intentos de autolisis, sin posibilidad de seguir a la paciente

ambulatoriamente, pues ni acudía a las citas, ni tomaba la medicación, ni tenía apoyo familiar.

- Se sometía a la paciente a un seguimiento de periodicidad frecuente y a las medidas de seguridad que las circunstancias aconsejaban.

Lo que se ha demostrado reiteradamente que era insuficiente dadas las circunstancias del caso.

5) El 11 de febrero de 2005 se notifica a los interesados la apertura de periodo para proposición de prueba, proponiendo éstos las oportunas el 22 de febrero de 2005; y tras acordándose abrir periodo probatorio, con admisión a trámite de las pruebas propuestas, se aporta por la parte interesada, el 2 de noviembre de 2005: Informe médico emitido por Q.M.R. e Informe de Urgencia y TAC craneal emitido por el C. Asimismo se señala que el resto de la documental acordada como prueba será remitida directamente desde los Centros a los que corresponde tras haberse tramitado su solicitud.

6) Tras acordarse la práctica del trámite de audiencia, comparece la parte interesada el 23 de marzo de 2006 solicitando copia del expediente completo, a fin de presentar las alegaciones oportunas en el plazo conferido al efecto. Se le entrega la documentación solicitada en aquel momento.

7) Con fecha de 30 de marzo de 2006 se realizan las siguientes alegaciones por los interesados:

- "No se trata tan solo de determinar que dos meses después de un intento de suicidio se haya producido el mismo, sino que en fecha 17 de septiembre, después de la intervención de la Policía y Bomberos y traslado de M.C. a un centro hospitalario del Servicio Canario de Salud, ésta, al igual que venía ocurriendo desde del inicio de su padecimiento, tal y como se concretará más adelante, no fue debidamente atendida, así consta que fue trasladada al Hospital Dr. Negrín por personal del Servicio de Urgencia Canario, en el que, a pesar de los antecedentes psiquiátricos que tenía y que si ingreso lo es a causa de un intento de suicidio, no permanece en el Centro Sanitario más de 18 horas, siendo tan solo atendida por el facultativo de guardia sin que conste atención especializada".

- "(...) En el periodo de tiempo que transcurre desde el alta de fecha 10 de julio después de su ingreso, hasta el fallecimiento, en fecha 5 de septiembre y 13 de octubre de 2001, constan reclamaciones por la falta de asistencia médica. En concreto, en la reclamación de 13 de octubre se hace constar la necesidad de proceder a una valoración por especialista, para, en su caso, de entenderse oportuno, proceder a su ingreso. Ninguna de las dos reclamaciones fueron atendidas".

- "(...) La medida de internamiento, no sólo era aconsejable, sino de obligatoria adopción por parte de los facultativos, puesto que la paciente no conservaba el juicio ni la capacidad de control, no contaba con el apoyo familiar suficiente, padres de avanzada edad y uno de ellos enfermo, circunstancias que obligaban a continuar con el ingreso en centro psiquiátrico o al menos en Unidad de Internamiento Breve".

8) La Propuesta de Resolución, estimada ajustada a Derecho por el Informe Jurídico emitido el 25 de mayo de 2006, desestima la pretensión de los reclamantes al entender que no concurre nexo de causalidad entre el fallecimiento de la víctima y el funcionamiento de la Administración

## V

1. En cuanto al fondo del asunto, deben hacerse las siguientes consideraciones:

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la pretensión de los interesados, concluye, con apoyo en los Informes remitidos, que en el supuesto que nos ocupa no puede entenderse indebida la actitud de la Administración Sanitaria, ya que se han puesto al alcance de la paciente las medidas necesarias, siendo especialmente relevante que no acudiese a sus citas de 10 de octubre y de 26 de noviembre de 2001, fecha, esta última, en la que se produce el suicidio.

Asimismo, añade la Propuesta de Resolución, que "para apreciar algún tipo de incumplimiento por parte de la Administración el elemento decisivo que destaca la jurisprudencia es que el suicida hubiera entrado bajo su custodia y se parte de la idea, tal y como también se destaca en el citado informe de Inspección, de previsibilidad o advertencia ante tendencias suicidas, de lo que se deduce un deber de actividad, puesta de medios adecuados a cada caso.



Aquí, entre otros falta el citado elemento, la paciente no estaba bajo la custodia de la Administración, aunque el mismo día del luctuoso suceso pudiera haberlo estado toda vez que estaba citada, o incluso dos días antes de que su hermana hubiera solicitado la valoración o posible ingreso, ya que también estaba citada, no habiendo acudido en ninguno de los dos casos. No pudiendo adoptarse medidas diferentes”.

Y, por otra parte, se considera que la muerte de la paciente no es imputable a la Administración “al sobreponerse un hecho (suicidio) dependiente exclusivamente de la iniciativa de la propia afectada, lo que hace pensar que nos encontramos ante un hecho imprevisible e inevitable, ajeno por consiguiente a cualquier reproche de culpa *in vigilando* o actitud omisiva, imputable a la Administración sanitaria, que dispuso y le dispensó a la enferma todos los medios terapéuticos que tenía a su alcance, aunque sin lograr impedir, lógicamente, su suicidio”.

2. Sin embargo, del informe de la psiquiatra de coordinadora de la Unidad de Salud Mental cabe concluir la imposibilidad manifiesta del tratamiento ambulatorio de la paciente, pues no acude a las citas y no cuenta con el indispensable apoyo familiar.

Lo que es especialmente grave cuando se cuenta con el riesgo de autolisis, con varios intentos conocidos. Aun así, no se la ingresa en las sucesivas idas por urgencia en los dos hospitales de la isla, ni permanece hospitalizada tras su intento autolítico de 17 de septiembre de 2001, ni se dispone un seguimiento adecuado y suficientemente eficaz a la vista de los antecedentes de la paciente. El Informe del Servicio, tras hacer referencia al ingreso de dicho día, obvia decir que lo hizo por un intento de suicidio en el que hubo de intervenir la Policía y los Bomberos, así como evita señalar el tiempo que permaneció ingresada, o que, como se alude en el Informe de la Policía, su padre tiene Alzheimer y la enferma no tiene apoyo familiar. En estas circunstancias, el alta inmediata, y sin condiciones, resultaba inadecuada.

Asimismo, también incide el Informe del Servicio, además de destacar que la paciente no acudía a las citas concertadas con los especialistas, en que constan abandonos del tratamiento y mal seguimiento terapéutico, necesidad de seguimiento por un solo terapeuta que no acepta la reclamante y continuos cambios de residencia. Ciertamente, señala el Informe del Servicio, ello no es imputable a la Administración, pero no es menos cierto que, con estos antecedentes, a los que

deben añadirse las reclamaciones formuladas, al menos, en dos ocasiones por las hermanas de la fallecida, la Administración debió proceder al ingreso de la paciente cuando acudió a los centros de sanidad pública o, al menos, dispone un seguimiento particularmente intenso y exigente. En otro caso, corresponde a la Administración asumir los riesgos derivados de sus propias actuaciones y pechas con los daños en su caso ocasionados, e inherentes a la postre a la propia situación originada por ella.

No hace mención el Informe del Servicio a que, como señalan los aquí reclamantes, ninguna de las reclamaciones presentadas a lo largo del proceso de la enfermedad de la fallecida fue contestada.

Por todo ello, no cabe decir que fuera clínicamente injustificado el ingreso de la paciente, ni que no fuera en aras de la propia protección de su integridad física, ni que la Administración utilizara todos los medios a su alcance para evitar el suceso, pues en varias ocasiones se acusó la falta de idoneidad de los utilizados al caso, como se ha argumentado al hilo de la exposición del Informe del Servicio.

En el sentido expuesto hasta ahora, ya ha tenido ocasión de pronunciarse este Consejo Consultivo con anterioridad. Así, en el Dictamen 133/2002, con cita de la STS de 26 de septiembre de 1998 (Ar. 6836), que viene a concluir que nos encontramos en presencia un supuesto de "causalidad adecuada", que acontece cuando "la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos", como ocurrió aquí.

Pero más expresivo aún es la Sentencia 1513/2005, de 19 de diciembre de 2005, del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, que viene a recoger el pronunciamiento del Dictamen 2002/536 del Consejo Jurídico Consultivo de Valencia. De ella puede extraerse, de entre los fundamentos jurídicos que concluyen con la estimación del recurso a favor de la familia de un enfermo psiquiátrico que terminó suicidándose tras no ser ingresado, que "los médicos conocían, pues consta en su historial, unas ideas suicidas persistentes y actuaciones concretas encaminadas a ello (...). Por otro lado el enfermo no presentaba rechazo alguno a su ingreso hospitalario (de hecho, en el caso que nos ocupa se anotó en una ocasión el riesgo de hospitalofilia) (...). El internamiento hospitalario es contraproducente para la inserción en su medio, pues lo aparta de él, pero -continúa la sentencia- ante las evidentes muestras de sus ideas suicidas, incluso intentos o conatos de autolisis, debió prevalecer el internamiento hospitalario frente al tratamiento domiciliario (máxime, cuando, en el caso que nos ocupa no era posible el tratamiento

domiciliario porque la enferma no tomaba la medicación ni acudía a las citas con los médicos). Es por ello que existe responsabilidad patrimonial al existir nexo causal suficiente entre el servicio público, en este caso de salud mental, y el resultado dañoso, el suicidio del enfermo, y aunque es la actuación de D. X la causa inmediata del daño, puesto que se trata de un suicidio, ello no excluye el nexo causal". En esta misma línea puede verse también el Dictamen 178/2006, de 6 de junio, de este Consejo Consultivo.

3. Del modo expuesto, en el supuesto que ha dado lugar a este Dictamen, podría aún cuestionarse la procedencia estricta de acordar un internamiento hospitalario; pero lo que sí queda claro, desde luego, es que la Administración no utilizó todos los medios a su alcance: se limitó a disponer las medidas habituales, cuando en estos casos se impone, al menos, si no el internamiento, sí un tratamiento individualizado del enfermo y una vigilancia o supervisión, si no constante, sí particularmente intensa y exigente.

El modelo asistencial de los dispositivos públicos de atención a las personas con problemas mentales así lo viene a exigir. Y, justamente, la existencia de tal control es la necesaria contrapartida a la externalización de la asistencia y la garantía mínima que los ciudadanos deben tener a fin de asumir la convicción de que los enfermos mentales que no están internados están suficientemente supervisados, como para no constituir un peligro para terceros, ni para sí mismos. Como ya lo afirmáramos en nuestro anterior Dictamen 133/2002, de 7 de octubre.

No se trata de cuestionar a la Administración por su inactividad o falta de asistencia, porque es patente que dicha actividad tiene efectivamente lugar; pero sí de afirmar que la asistencia desarrollada ha sido insuficiente para afrontar una situación particular de riesgo, como la que se ha tenido producido en este caso.

Si procede en consecuencia, por todo lo expuesto, la declaración de responsabilidad, en los términos solicitados por los interesados, no puede en cambio compartir este Consejo Consultivo la misma opinión acerca del montante de la indemnización que procede abonar.

En primer lugar, y de entrada, porque no se aporta en su apoyo la menor justificación, y no ya sólo documental, sino incluso meramente lógica o argumental. Por lo que, en defecto de dicha justificación, la cantidad solicitada resulta

manifiestamente excesiva: ha de tenerse presente que los solos daños susceptibles de compensación en este caso son, en rigor, los daños morales, resultantes del dolor producido por el fallecimiento de un allegado y el padecimiento familiar ocasionado por este hecho.

En consecuencia, y se insiste, en defecto de otra argumentación en contrario, la Administración ha de limitarse a la aplicación de las tablas indemnizatorias previstas, si no estrictamente para estos casos, sí para los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, cuyos criterios pueden emplearse también aquí analógicamente.

Desde luego, la cantidad resultante de la aplicación de dichas tablas, en todo caso, ha de ser debidamente actualizada.

## C O N C L U S I Ó N

No es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución porque, al ser imputable a la Administración el daño causado, procede estimar la reclamación presentada, pero no totalmente, pues la cuantía de la indemnización ha de determinarse de conformidad a lo expresado en este Dictamen.