



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 387/2006

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de noviembre 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 M.Á.E.C., en nombre y representación de M.I.C.C., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 379/2006 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

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, en principio, 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

* PONENTE: Sr. Suay Rincón.

su esposo y padre, A.L.S., cuyo origen se imputa a la asistencia sanitaria prestada el Servicio Canario de Salud. Aquí son interesados, M.I.C.C., R.L.C. y M.L.S., si bien actúa la primera en nombre propio y de la comunidad hereditaria, de la que forman parte ella y sus hijos, valiéndose, a su vez, de la representación de M.Á.E.C. en este procedimiento. Mas, sobre la capacidad de los reclamantes, nos remitimos al último apartado del fundamento último de este informe (Dictamen).

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 no extemporaneidad de la reclamación. En la Propuesta de Resolución se señala que el escrito se presentó dentro del año posterior a la producción del hecho lesivo, lo que suponemos que se debe a un *lapsus*, pues el escrito se presentó en correos el 6 de julio de 2004, respecto de un hecho acaecido el 23 de junio de 2001. Sin embargo se presenta dentro del plazo legal al efecto, pues, habiéndose realizado actuaciones judiciales, como consta en el expediente, el año de prescripción se contará a partir de la notificación del auto de la Audiencia por el que se resuelve el recurso de apelación, desestimándolo y confirmando el archivo de las actuaciones. Ello ocurrió el 20 de octubre de 2003.

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.a) 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. La parte interesada basa su pretensión en que *“El causante era un enfermo mental de tipo crónico cuya patología requería de un seguimiento facultativo y vigilancia constantes, tal y como hace constar el facultativo a su ingreso: “se procede al ingreso por la imposibilidad de control ambulatorio y descompensación psicótica”; esta obligación se hace más evidente cuando el causante se encontraba en un establecimiento sanitario y dependía únicamente de la organización hospitalaria que se le imponía, sin ninguna responsabilidad por parte del mismo, sumándose a esta obligación de la Administración la alta incidencia de intentos de suicidio que acompaña a las patologías del causante, el cual, además, no fue evaluado los días 22 y 23 de junio, lo que demuestra de forma palmaria y evidente que, por la falta de vigilancia adecuada al caso en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, se produce el suicidio del marido de mi representada, con las consecuencias inherentes a ello”*.

Son antecedentes de aquel hecho, según el escrito de reclamación:

- *El 19 de junio de 2002, A.L.S., fue remitido por orden del Juzgado de La Orotava para ingreso en el Hospital Psiquiátrico, acompañado por la Policía Local y una unidad del servicio 112. Ante la imposibilidad de ingreso en el mencionado centro es trasladado al Complejo Hospitalario Nuestra Señora de la Candelaria, en donde, con el juicio diagnóstico trastorno delirante? (el signo de interrogación forma parte del escrito de reclamación), trastorno de conducta, se decide ingreso (orden judicial) y se traslada al Hospital Universitario de Canarias. En este último centro constan antecedentes de dos ingresos previos en la Unidad de Agudos, donde se le diagnosticó esquizofrenia paranoide y trastorno psicótico sin especificar, respectivamente. Último ingreso en el Hospital Psiquiátrico 7 meses antes de esta fecha.*

- *En la exploración psicopatológica a su ingreso se hace constar: “consciente, parcialmente desorientado en tiempo y espacio, orientado en persona, aspecto muy descuidado, tranquilo motrizmente, levemente suspicaz con el entorno, atiende a órdenes, discurso por momentos incoherente, tendencia a la disgregación del pensamiento, utiliza un lenguaje metafórico e inconcluso, habla farfullante, moderada somnolencia, hecho que dificulta la entrevista y exploración psicopatológica. Minimiza y evita hablar de los supuestos trastornos de la conducta.*

Verbaliza ideas delirantes de contenido místico-megalomaniático añadiendo temática neurológica. No se observan alteraciones senso-perceptivas. Poco colaborador durante la entrevista". Además se hace constar en el historial del paciente. "Se procede al ingreso por la imposibilidad de control ambulatorio y descomposición psicótica".

Al día siguiente al ingreso persiste la sedación, desorientado temporalmente y se decide observación.

Al segundo día del ingreso (21 de junio de 2001) en los comentarios médicos de hace constar: "Verbaliza ideación delirante autorreferencial poco estructurada. Durante la entrevista se muestra irritable, suspicaz y querulante. Importante abandono de la higiene sobretodo dental. Verbaliza también ideación delirante de grandiosidad".

De la evolución del día 22 de junio de 2001, no consta en el historial que el paciente haya sido evaluado médicamente, pues la única referencia corresponde a enfermería, donde se hace constar: "Mañana, pasa bien la mañana", sin otra referencia a su estado.

A continuación aparece en el historial del paciente una anotación del día 23 de junio de 2001 a las 23:10h., nuevamente sin evolución médica en dicha fecha, en donde el psiquiatra de guardia hace constar: "Sobre las 22:40h. me llama el enfermero tras haber encontrado al paciente colgado de la barra de la cortina del baño atado a la misma (ahorcado) con un pijama. Procedemos a un intento de reanimación cardiopulmonar y se avisa con urgencia a la Dra. M. (uvióloga) a pesar de los signos de lividez postmortem que presenta el paciente. Se desplaza el cuerpo hacia la habitación siendo infructuoso el esfuerzo por reanimarlo. Sobre las 11 pm llamo al Juez de guardia informándole de la situación Fallecimiento del paciente".

- A consecuencia de estos hechos el Juzgado de Instrucción número 4 de La Laguna abrió Diligencias Previas núm. 1170/2001 que fueron archivadas. Contra dicho Auto se ejerció por parte de mi mandante los correspondientes recursos de Reforma y Apelación que fueron desestimados".

Se solicita en la reclamación, por la muerte del paciente, cabeza de familia de la parte interesada, una indemnización de 142.940,22 euros, de los que 90.278,04

corresponderían a la viuda. La cantidad requerida se establece posteriormente, en trámite de mejora, en 157.234,26 euros.

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

- Poder general para pleitos del representante de la parte interesada.
- Copia del testimonio judicial de la causa desde su inicio hasta su archivo definitivo.

IV

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

1) El 6 de agosto de 2004 se identifica el procedimiento y se solicita a la parte interesada autorización para acceder a la historia clínica del fallecido. Consta recibida notificación, tras varios intentos, el 29 de octubre de 2004.

2) Con registro de entrada en el Servicio Canario de Salud de fecha 30 de septiembre de 2004, tras requerirse por la Administración por escrito notificado el 17 de septiembre de 2004, se presentan documentos para mejora de la solicitud. En este momento se señalan los documentos probatorios de los que los reclamantes pretenden valerse: la historia clínica del paciente, a facilitar por el Servicio Canario de Salud, y copia del testimonio de la causa en vía judicial, a partir de las Diligencias Previas nº 1170/2001 seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 4 de La Laguna.

3) El 20 de octubre de 2004 se insta por la Administración nueva subsanación de la solicitud, a lo que, tras notificación de 29 de octubre de 2004, se da cumplimiento el 2 de diciembre de 2004.

4) El 2 de febrero de 2005 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, viniendo a emitirse el 5 de septiembre de 2005, tras haber recabado la documentación necesaria a tal efecto. Así, por escrito de 18 de febrero de 2005 y fax de 9 de junio de 2005, se solicitó por el Servicio la historia clínica del paciente, así como informe del jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias en relación con las preguntas que se le plantean. Ello se remite el 10 de junio de 2005.

5) Por resolución de 2 de febrero de 2005, 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, y por un plazo máximo de 3 meses.

6) Por Acuerdo de 3 de octubre de 2005, notificado el 14 de octubre de 2005 a la parte interesada, se admiten las pruebas propuestas, y se proponen otras por la Administración. Mas, como los documentos propuestos ya obran en el expediente, no se establece periodo de realización de pruebas.

7) Tras abrirse trámite de audiencia, el 4 de octubre de 2005, lo que se notifica a la parte interesada e, incorrectamente, al Consorcio Sanitario de Tenerife, aquélla, en comparecencia personal a través de su representante, el 22 de octubre de 2005, a las 10:30 horas, retira los documentos y se reserva el derecho a hacer alegaciones por escrito en el plazo concedido. Lo que hace le 25 de octubre de 2005, proponiendo la terminación convencional del procedimiento con una indemnización de 120.000 euros.

8) El 23 de febrero de 2005 se presenta nuevo escrito de la parte interesada reiterando su oferta y solicitando, en su caso, certificado del silencio administrativo dado el tiempo transcurrido desde la iniciación del procedimiento.

9) Así pues, la Administración expide certificado de acto presunto desestimatorio de la pretensión de la parte reclamante (arts. 43, 142.7 de la Ley 30/1992 y 13.3 del reglamento aprobado por RD 429/1003). Pero, dada la obligación de resolver de la Administración, que le impone el art. 42 de la Ley 30/1992, sin vinculación, por otra parte, al sentido del silencio, si es negativo [art. 43.4 b)], ésta elabora Propuesta de Resolución el 30 de agosto de 2006, confirmando la desestimación de la pretensión instada. Esta Propuesta pasa a ser definitiva el 11 de octubre de 2006, tras el informe jurídico favorable de 25 de septiembre de 2006, si bien éste aclaraba la necesidad de que la Propuesta fuera más concreta y motivada, con especificación de las medidas de vigilancia y custodia adoptadas, y señalando que fueron suficientes y acordes con los protocolos para este tipo de pacientes.

V

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

1.1. La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la pretensión de los interesados, concluye, con apoyo en los informes remitidos, que no es imputable a la Administración el perjuicio sufrido por quienes reclaman, ya que al paciente se le aplicaron tanto las medidas terapéuticas como de vigilancia adecuadas a su situación clínica.

Y es que, el informe del Servicio, cuyo contenido acoge las circunstancias derivadas de la historia clínica del paciente y la información emitida por el jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, concluye:

1) Al no existir tendencia al suicidio ni constancia de ningún intento anterior, el suicidio no era previsible ni evitable.

2) Se constara que el mejor indicador de alto riesgo de suicidio es la depresión y tentativa previa, ninguna de estas circunstancias se presentaron.

3) En este caso hay un elemento decisivo, la falta de antecedentes de suicidio del enfermo ingresado, considerando el suicidio como un hecho que no entra dentro de lo previsible y evitable, que rompe el nexo causal y permite eximir a la Administración de responsabilidad, excepto que la enfermedad sufrida pueda comportar una tendencia al suicidio.

4) Se sometía al paciente a una vigilancia directa de periodicidad frecuente y a las medidas de seguridad que las circunstancias aconsejaban, sin que sea razonable exigir que tales medidas llegasen al extremo de una inmovilización total o a una vigilancia constante e ininterrumpida, ya que, pese al riesgo de todo paciente psiquiátrico o no, el comportamiento pasado y actual del paciente, ingresado con anterioridad, no ofrecía evidencia de alteración o particular predisposición al suicidio, ni hacía previsible la acción suicida, siendo evidente que los procedimientos de control debían compatibilizarse con un relativo respeto a la libertad deambulatoria e intimidad del enfermo, de acuerdo con las circunstancias del momento y, salvo situaciones excepcionales, no era obligado ni exigible que las medidas de vigilancia y seguridad supusieran privación total de tales derechos.

5) Por otra parte, las tendencias del fallecido, al contrario de suicidas, eran comportamientos heteroagresivos contra cosas o personas, actitud hostil, brotes psicóticos e irritabilidad. Siempre dirigió su agresividad hacia el exterior.

6) Además, fue correcto el tratamiento aplicado con la administración de la medicación necesaria.

7) Finalmente, el 22 de junio de 2001, consta que el facultativo autoriza visitas y llamadas, que le habían sido negadas inicialmente, por tanto se afirma con rotundidad que el paciente fue valorado por el especialista aquel día. Sin embargo, no aparece que fuera visitado por familiar alguno.

8) En las anotaciones del personal sanitario de enfermería se calificó el comportamiento del fallecido como "normal" por los testigos que han declarado y que trabajaban el día de los hechos en la Unidad, no evidenciándose en general alteraciones o una predisposición al acto que realizó ya que cualquier otra situación habría requerido petición de consulta a facultativo especialista.

1.2. Ciertamente, han quedado acreditados en el expediente los siguientes extremos:

- No hay relación objetiva entre los síntomas del paciente y el suicidio, pues no manifestaba depresión ni ideas autolíticas.

- No hubo antecedentes de tendencias al suicidio, sino todo lo contrario. De hecho, el paciente ingresó con sedación y se preveía su sujeción si se agitaba. Además, había sido trasladado por la policía tras una orden judicial, acompañado por el 112. De hecho, indica el informe de alta por *exitus*: "*heteroagresividad referida por el hijo*". Por otra parte, había sido ingresado el 5 de agosto de 1995, tras haber sido trasladado por la policía por agredir a su mujer. Así, se señalaba como motivo del ingreso: "*agresividad en el entorno familiar*". Asimismo en el informe realizado el 23 de noviembre de 2000, con ocasión de otro de los ingresos del paciente, el psiquiatra, F.M.V., apunta que el día previo a su ingreso, al parecer coincidiendo con un control de tráfico, el paciente muestra un comportamiento alterado y exaltado con los agentes de policía. Se señala, asimismo, que suele abandonar el tratamiento una vez que es dado de alta.

- Se administró al paciente adecuada medicación para su padecimiento y seguimiento médico. Así consta en las hojas de seguimiento del paciente, tanto desde el punto de vista de la medicación, donde se establece la que ha de administrársele los días 20, 21, 22 y 23, como desde el punto de vista de las medidas de vigilancia y protección, donde se señala el día: no visitas, no llamadas, debe estar

en pijama y debe permanecer en planta; y el día 22, dada la mejoría del paciente, se produce un cambio al punto de concederle posibilidad de visitas y llamadas, sin que, por otra parte, consten realizadas por ningún miembro de su familia. Ello deriva, con toda probabilidad del carácter agresivo del paciente, que conllevó la separación de su esposa, desde hacía dos años (así se señala en el informe de alta de 25 de junio el 2001, y en el de 23 de noviembre de 2000, en el que se decía que estaba en trámites de separación). Convivía sólo con su hijo.

- Por otra parte, a mayor abundamiento, de tal manera es adecuada y frecuente la vigilancia que, entre el momento de la muerte, según los resultados de la autopsia, y el de la llegada del personal encargado de su seguimiento en planta, no transcurren sino aproximadamente 10 minutos o menos, pues el enfermero que encuentra el cuerpo sin vida lo hace a las 22:40 horas del día 23 de junio de 2001, y, según la autopsia, el momento de la muerte fue sobre las 22:30 horas de aquel día.

- E incluso, en cuanto a las medidas de protección, el propio modo de suicidio del fallecido es indicativo de la dificultad que se le creó por el sistema para autolesionarse, dadas las medidas de seguridad adoptadas. Tal es así que utilizó el propio pantalón de su pijama para ahorcarse, y lo hizo en la barra de la ducha (lo que, probablemente pudo facilitarse por el escaso peso del paciente, pues a lo largo de su historial clínico se señala en un momento la anorexia). Todo ello es indicativo de lo imprevisible e inevitable del hecho.

- Y, finalmente, ha de aclararse que, en el mismo centro hospitalario, en un ingreso anterior, y ante las señales de posible autolisis en aquel momento observadas, se previó, según consta en la hoja de enfermería del 9 de agosto de 1995: vigilar estrictamente: riesgo de evasión o autolisis (en mayúsculas y subrayado), lo que, por otra parte, nunca se intentó. Ello es demostrativo de que ésta es una medida que se adopta en función del concreto riesgo del paciente en cada momento, de manera que no llegue a conculcarse innecesariamente su derecho a la intimidad y libertad en caso contrario.

En este sentido, ya ha tenido ocasión de pronunciarse este Consejo con anterioridad. En el Dictamen 133/2002 se cita jurisprudencia al respecto, mas, aplicada aquí *a sensu contrario*, así, la STS de 26 de septiembre de 1998 (Ar. 6836) en la que se hacía referencia a un supuesto de "causalidad adecuada", lo que acontece

cuando “la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos”, lo contrario de lo que ocurrió aquí.

Por todo lo expuesto no cabe imputar responsabilidad a la Administración por el óbito del paciente, pues el nexo de causalidad entre el perjuicio y la actuación de la Administración no puede venir dado por el mero hecho de permanecer ingresado el enfermo en un centro de salud público, sino por el incumplimiento o defectuoso cumplimiento de las funciones de aquel centro, que se determina en función de las circunstancias concurrentes en el caso concreto. En éste, la actuación de los facultativos ha sido adecuada a la *lex artis*, pues se adoptaron las medidas terapéuticas y de seguridad que requerían los síntomas del enfermo en aquel caso, sin que se les pueda exigir la previsión de lo imprevisible e inevitable, como es la muerte “voluntaria”, si bien “inconsciente” de una persona que no manifestó indicio alguno que hiciera predecible tal desenlace. Por ello, el mal irrogado sólo encuentra su incardinación en la fuerza mayor, causa de exoneración de responsabilidad de la Administración, según el art. 139.1 de la Ley 30/1992.

2. Ha de hacerse, en última instancia, referencia a la capacidad de quienes reclaman para hacerlo, esto es, la esposa e hijos del fallecido, en su condición de herederos de aquél. Y es que, respecto de su esposa, que es quien aparece como representada en este expediente, y como representante, a su vez, de la comunidad hereditaria del causante, consta que estaba separada, al menos de hecho, del fallecido hacía dos años, si bien, además, se apunta en uno de los informes médicos del paciente, que estaba en trámites de separación (se entiende, judicial (en su ingreso hospitalario de 4 de noviembre de 2000)). En este sentido, preceptúa el art. 945 del Código civil, referido a la sucesión intestada, que no tendrá lugar el llamamiento del cónyuge viudo si estuviere separado legalmente o de hecho, lo que ocurre en el caso que nos ocupa. Por este motivo, en todo caso, la viuda reclamante no goza de capacidad para reclamar en este procedimiento.

C O N C L U S I Ó N

Es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, pues, no siendo imputable a la Administración el daño por el que se reclama, procede desestimar la pretensión de la parte interesada.