



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 6 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 11 de febrero de 2010.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por R.M.C.C., en su propio nombre y en representación de J.C.V., R.C.L., R.C.C. y M.C.C.C, por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 6/2010 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación 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 (RPAPRP) aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

Los hechos en lo que se basa la presente reclamación, según se relata en la solicitud presentada, son los siguientes:

“Primero. N.E.C.C. es llevada a Urgencias del Hospital General de Arrecife por sus familiares, pues estaba delirando, oía voces, no dormía porque, según su delirio, las personas que le hablaban y querían hacerle daño le suministraban drogas en la

* PONENTE: Sr. Lazcano Acedo.

comida. Días antes había saltado desde la terraza de la vivienda que la familia posee en Puerto del Carmen, haciéndolo delante de los familiares, constando lo relatado en el informe de Urgencias y teniendo conocimiento pleno de ello los facultativos que la atendieron desde el inicio.

N.E.C.C. padecía un trastorno bipolar, ya diagnosticado, y por el que había estado ingresada varias veces en la Unidad de Salud Mental (Unidad de Internamiento Breve del Hospital General de Arrecife).

Segundo. Explorada convenientemente por los facultativos se la ingresó ese mismo día en la Unidad de Salud Mental.

Tal y como consta en todos los informes del personal adscrito al indicado servicio, tras ocho días de ingreso no se había conseguido estabilizar a la paciente, ésta continuaba oyendo voces, no dormía y existía peligro de autolisis, vivía atormentada y asustada, consignando el personal que la trataba el temor de que pudiera atentar contra su integridad personal. Tal y como consta en los informes internos de la Unidad de Psiquiatría la misma debía ser vigilada estrechamente (...).

Tercero. Con todos los antecedentes que se han relatado, Doña N.E.C.C. se ahorcó en el baño del dormitorio que ocupaba en las dependencias de la Unidad de Internamiento Breve del Hospital; su familia había tomado la decisión de ingresarla pues pensó que estaría a salvo y bajo la supervisión y el control de personal cualificado.

El día 12 de septiembre, a las 9:30 horas de la mañana, llaman por teléfono desde la Unidad de Psiquiatría a la que suscribe (reclamante) para informarla que N.E.C.C., de 30 años de edad y a la que toda su familia estaba estrechamente unida, se había ahorcado en las dependencias de la Unidad de Psiquiatría y se encontraba ingresada en la Unidad de Vigilancia Intensiva.

Cuarto. N.E.C.C., quien se encontraba privada de sus facultades mentales, quedó al cuidado del personal de la Unidad de Internamiento Breve, cuidadores y garantes de su integridad personal. Su familia depositó su confianza en estos profesionales, supuestamente cualificados.

El mal funcionamiento de la Unidad de Psiquiatría, la falta de cuidado y diligencia del personal adscrito a dicha Unidad, la negligencia en definitiva del grupo de personas que trataba a N.E.C.C. ha traído como consecuencia que hoy ésta se encuentre enterrada en el cementerio y que toda su familia esté sumida en un

estado de tristeza y desasosiego tal que ninguno de ellos ha vuelto a recuperar su estabilidad”.

La reclamante considera que se ha producido un funcionamiento anormal del Servicio Canario de la Salud derivado de la incorrecta asistencia y falta de cuidado y vigilancia de la paciente por parte del personal adscrito a la Unidad de Psiquiatría del citado Centro Hospitalario. Reclama por ello una indemnización de 100.000 euros para cada uno de los padres de la fallecida y de 75.000 euros para cada uno de los tres hermanos, que suman un total de 425.000 euros.

III

1. La reclamación fue presentada por R.M.C.C., actuando en su propio nombre y en el de J.C.V., R.C.L., R.C.C. y M.C.C.C., quienes ostentan la condición de interesados al pretender el resarcimiento de un daño cuyo origen imputan a la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud a la fallecida, hija y hermana de los reclamantes, respectivamente, que falleció en un Centro hospitalario perteneciente al citado Servicio.

Se cumple la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 11 de julio de 2008, habiéndose producido el fallecimiento por el que se reclama el 13 de septiembre de 2007, por lo que no puede ser calificada de extemporánea, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC.

El órgano competente para admitir la reclamación y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la 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 la Salud, si bien la instrucción compete a la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Lanzarote, de conformidad con lo previsto en la Resolución de 22 de abril de 2004, del Director del citado Organismo autónomo.

La Resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la 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.

2. Por lo que se refiere a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

La reclamación fue presentada el 11 de julio de 2008 en la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Lanzarote, con entrada en la Secretaría General el siguiente, iniciándose en esta fecha el procedimiento.

El 6 de agosto de 2008 se remite escrito a la interesada en el que se le comunica el procedimiento a seguir, número de expediente, plazo de resolución del procedimiento y efectos del silencio administrativo. Se le requiere además para que proceda a la subsanación de su solicitud mediante la aportación del DNI de los representados, copia compulsada del Libro de Familia, certificación registral de defunción, acreditación de la representación que ostenta, proposición de prueba y, en caso de haberse incoado diligencias previas penales, testimonio de lo actuado.

La reclamante da cumplimiento a este requerimiento en el plazo concedido al efecto mediante la aportación de la documentación solicitada, en la que se incluye el testimonio de las diligencias previas incoadas, no concluidas en el momento de la presentación de esta documentación. Como medios de prueba propone las practicadas en las diligencias penales que se aportan y entre las que se encuentra la historia clínica de la fallecida obrante en el Centro hospitalario.

El 2 de octubre de 2008 se dicta Resolución por la que se admite a trámite la reclamación y se suspende la tramitación del expediente hasta tanto recayese resolución judicial firme en el orden jurisdiccional penal. Esta Resolución fue notificada el día 14 del mismo mes y año.

El 22 de diciembre de 2008 se presenta escrito por la interesada por el que solicita el alzamiento de la suspensión acordada, al haber recaído resolución judicial firme que pone fin al procedimiento penal, concluido mediante Auto, que se adjunta, de 12 de noviembre de 2008 en el que se acuerda el sobreseimiento y archivo de las actuaciones.

El 20 de enero de 2009 se dicta Resolución por la que se levanta la suspensión, se remite a la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Lanzarote la documentación que obra en el procedimiento para continuar con su tramitación y se comunica a la interesada que con la misma fecha se solicita a través del Servicio de

Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo máximo legal para resolver el procedimiento hasta la recepción del referido informe y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses. Esta Resolución fue notificada el día 3 de febrero de 2009.

El SIP emite informe el siguiente 31 de marzo de 2009, en el que se estima correcta la asistencia sanitaria prestada. Se adjunta el informe emitido por el Jefe de Servicio del Hospital Dr. J.M.O., así como copia de la historia clínica de la paciente fallecida en el citado Centro de Salud.

El 11 de mayo de 2009 se adopta acuerdo probatorio, en el que se declara la pertinencia de las pruebas documentales propuestas por la interesada y por la Administración, si bien, dado que ya se encuentran incorporadas al expediente, se declara concluso el periodo probatorio. Este Acuerdo es notificado a la reclamante el día 15 del mismo mes y año.

El 18 de junio de 2009 se acuerda la concesión del trámite de audiencia, que fue notificado el 9 de julio, presentándose alegaciones en el plazo concedido al efecto.

El 23 de julio de 2009 se remiten las alegaciones presentadas por la reclamante al S.I.P., a los efectos de su valoración. Este Servicio emite su informe con fecha 4 de agosto de 2009.

El 28 de agosto de 2009 se emite informe-Propuesta por la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Lanzarote y se devuelve el expediente a la Secretaría General para continuar su tramitación.

El 13 de noviembre de 2009 se elabora la Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio, por la Secretaría del Servicio Canario de la Salud, solicitándose posteriormente el informe del Servicio Jurídico. Este informe, que se emite el 10 de diciembre de 2009, estima conforme a Derecho la desestimación que se propone de la reclamación.

Finalmente, el 16 de noviembre de 2009 se elabora la definitiva Propuesta de Resolución, igualmente de carácter desestimatorio, y se recaba el Dictamen de este Consejo.

3. A la vista de las actuaciones practicadas se considera que se han observado los trámites legal y reglamentariamente previstos. Procede, no obstante, realizar las dos observaciones siguientes:

Con posterioridad al trámite de audiencia se emitió un nuevo informe por el S.I.P. de valoración de las alegaciones presentadas. Este proceder no se ha adecuado a lo previsto en el art. 84.1 LRJAP-PAC, en cuya virtud el trámite de audiencia ha de otorgarse una vez instruidos los procedimientos e inmediatamente antes de redactar la propuesta de resolución. En el presente caso se ha causado indefensión a los interesados, por cuanto se han tenido en cuenta para resolver elementos de juicio no conocidos por ellos. No obstante, este Organismo dispone de datos y elementos suficientes para pronunciarse sobre el fondo del asunto, sin que, como se verá ello cauce perjuicio a los interesados.

El procedimiento no se ha resuelto dentro del plazo de seis meses legalmente establecido, que habrá de computarse desde el levantamiento de la suspensión mediante Resolución de la Secretaría General de 20 de enero de 2009 y teniendo en cuenta la suspensión posteriormente acordada a los efectos de recabar los informes preceptivos. La demora producida, sin embargo, no impide la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

IV

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto planteado, de la documentación obrante en el expediente se deriva la siguiente secuencia de hechos, tal como constan en el informe del Servicio de Inspección:

En el año 2003 la paciente inicia un cuadro de tristeza y ansiedad, empeorando y evolucionando hasta la aparición de ideación delirante, sin componente alucinatorio. Posteriormente se observa también estado de ánimo elevado y sintomatología característica de episodio maníaco, instaurándose tratamiento antipsicótico y litio al que responde de manera satisfactoria. Fue diagnosticada de trastorno bipolar, fase maníaca, ingresando el 22 de junio de 2004 por síndrome delirante subagudo de tipo persecutorio y autorreferencial de meses de evolución. Causó alta de este ingreso el 7 de julio de 2004.

Posteriormente, presenta episodios cada 2 años de varios meses de evolución, tratada por psicólogos y psiquiatra, con intentos autolíticos leves. El 20 de julio de 2005 ingresa voluntariamente por trastorno del pensamiento y de la conducta con diagnóstico de síndrome psicótico afiliar, causando alta el 10 de agosto de 2005.

Acude finalmente al Servicio de Urgencias del Hospital General de Lanzarote el 4 de septiembre de 2007 y, bajo el diagnóstico de trastorno bipolar con ideación

psicótica, ingresa ese mismo día en la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría. En el informe de urgencias se señala que desde hace dos meses presenta cuadro de autorreferencia e idea de perjuicio, que oye voces continuamente que la amenazan, insultan y le dice que se mate, llegando a arrojarse de altura.

Durante este ingreso se anota en su historia clínica que desde hace dos meses presenta alucinaciones autolíticas, ideas delirantes, de perjuicio de gran intensidad. Cuadro predominantemente psicótico en esta ocasión, angustia importante, con pérdida de sueño. Alucinaciones autolíticas impositivas de alto riesgo. Vigilancia cercana, con sintomatología fluctuante en relación a alucinaciones, ideación autolítica, angustia. Participa en terapia ocupacional e incorporada en todo momento a la sala y al patio, con negativa en ocasiones a comer por desconfianza a envenenamiento, con aparición intermitente de las voces, insomnio por las voces.

En las anotaciones del 11 de septiembre durante el turno de mañana se indica que la presión alucinatoria se hace más fragmentada (intermitente) disminuyendo el riesgo de conductas impuestas (huida, etc). La sedación contribuye. Duerme mejor. No hipnóticos, menos angustiada, logra conectar en temas no delirantes. Durante el turno de tarde se anota que se encuentra muy psicótica, refiere tener miedo, hace mención a la droga en la comida y piensa que hay cámaras en la unidad que la controlan. Recibe visita de su madre y hermana, quienes refieren verla psicótica con alucinaciones auditivas que no son constantes pero están presentes la mayor parte del tiempo. Finalmente, en el turno de noche se indica que, a pesar de que está impregnada por el tratamiento, se levanta en varias ocasiones a lo largo de la noche haciendo alusión a las voces, duerme a ratos.

El 12 de septiembre de 2007, alrededor de las 8 de la mañana, la paciente lleva a cabo un intento de suicidio grave mediante ahorcamiento incompleto. Es encontrada colgada en el baño, haciendo uso de su propia bata colgada de la perinola (pequeña conexión existente en la pared donde se inserta la ducha), la bata ha cedido y la paciente tiene los pies apoyados en el suelo (ahorcamiento incompleto), presentando cianosis y protusión de lengua, no tiene midriasis, tiene pupilas isocóricas. Al estimar que presenta signos vitales es descolgada y se ponen en marcha maniobras de reanimación a las que respondió recuperando la actividad cardiorrespiratoria, por lo que se trasladó al Servicio de Cuidados Intensivos en estado muy grave, falleciendo al día siguiente. Según el médico forense como "causa fundamental de la muerte: estrangulación por ahorcadura. Otras causas

contribuyentes con la muerte: fallo cardiorrespiratorio. Mecanismo de la muerte: Anoxia anóxica cerebral. Data de la muerte: 13 de septiembre de 2007; a las 21:00 horas”.

2. Durante la instrucción del procedimiento se emitió el preceptivo informe del Servicio de Psiquiatría donde se encontraba ingresada la paciente, así como el del Servicio de Inspección.

A. Señala el primero de los citados que la paciente presentaba un diagnóstico previo de trastorno bipolar, si bien en el ingreso de 4 de septiembre de 2007 la sintomatología predominante era delirante y alucinatoria y se diagnosticó de brote psicótico delirante alucinatorio.

Los síntomas fundamentales consistían en delirio de persecución, de posesión y de influencia, así como de daño y perjuicio. Estaba convencida de que un grupo de traficantes quería matarla, empleando para ello venenos que pondrían en los alimentos o bebidas que ella tomara. Estaban también presentes alucinaciones auditivas vívidas que la presionaban para que se suicidara. En días anteriores había tenido un episodio de arrojarle por una terraza de su apartamento, sin consecuencias.

La paciente era conocida del Servicio de Psiquiatría donde había ingresado en dos ocasiones anteriores con diagnósticos de trastorno bipolar (el primero) y de trastorno esquizoafectivo (el segundo).

El hecho de conocer al personal del servicio de psiquiatría y haber estado ingresada en la Unidad de Internamiento Breve con anterioridad, habiéndose resuelto los cuadros clínicos por los que ingresó, ayudaba a establecer una transferencia de confianza y afecto entre el personal y la paciente que conseguía disminuir su angustia y sentirse protegida por el ingreso.

El propio ingreso fue, por tanto, la medida de seguridad empleada y para proceder al mismo se cumplieron las normas del protocolo de actuación del médico especialista en psiquiatría en los ingresos.

Se señalan también como medidas de seguridad que se adoptaron en relación con la paciente:

Dado que en la historia clínica de urgencias ya se alertaba del riesgo de conductas autolíticas y así se anotó para conocimiento de todo el personal, se pusieron en marcha a partir de ese momento las medidas de seguridad recogidas en los protocolos en vigor, que son vigilancia cercana, incluyendo la compañía de los

familiares para disminuir la angustia, aumentar la sensación de protección de la paciente y potenciar la vigilancia de sus conductas. Se pautó además inmediatamente un tratamiento parenteral con la asociación de Sinogán y Haloperidol, según está en los protocolos de actuación con el paciente psiquiátrico agitado.

En la hoja de tratamiento extendida en ese mismo momento y en todas las siguientes el psiquiatra indica que si es preciso se proceda a la sujeción mecánica, si bien no llegó a ser necesaria pero que se hubiera aplicado de haber sido imprescindible. La contención mecánica es una medida que aumenta la seguridad ante conductas de riesgo para el propio paciente y para terceras personas, pero es necesario también atender a la dignidad y la autoestima del paciente porque la pérdida de control y libertad individual y la imposición de sujeciones mecánicas pueden resultar muy penosas para el paciente, además de los riesgos que conlleva [problemas de higiene, quemaduras por rozamiento, problemas circulatorios, (...)].

La paciente fue ingresada en la habitación 4 de la Unidad de Internamiento Breve debido a que en la cama 2 de dicha habitación estaba ingresada otra paciente, joven y culta como ella, con quien se sentiría más relacionada y tranquila, aparte de que el hecho de estar en habitación compartida supone una medida de seguridad añadida. Se le adjudicó además la cama 1 que se observa bien, por la ventana existente en la puerta, desde el pasillo.

La distribución de las habitaciones no permite ver los baños desde el pasillo (por lógicas razones de intimidad y de respeto a la dignidad de los pacientes) que disponen en su puerta de una ventana de seguridad que permite la vigilancia por parte del personal auxiliar o de enfermería cuando entra en las habitaciones, pero no de los otros pacientes que circulan por los pasillos.

Desde el momento del ingreso se retiran ropas o complementos, joyas, collares, cinturones, cordones, lazos, (...) a los pacientes. Cuando llegó a la Unidad procedente de urgencias ya solo llevaba camisón, bata hospitalaria sin cinturón y zapatillas.

La evolución de la paciente durante los días de ingreso fue complicada. La actividad delirante era muy intensa y las alucinaciones muy vívidas. Las medidas de seguridad se extremaron y las advertencias a todo el personal de que vigilaran estrechamente a la paciente están recogidas en las anotaciones de enfermería de cada día y casi de todos los turnos. Los protocolos de actuación de cada uno de los

estamentos de personal (médicos, enfermeros, auxiliares, celadores y terapeuta ocupacional) se cumplieron rigurosamente.

Para aumentar su confianza en el personal y su tranquilidad se le reiteraba que dentro de la UIB nadie podía atentar contra su seguridad ni hacerle daño, pero ella, en su delirio, estaba convencida de que las comidas podrían estar envenenadas. Se accedió a que tuviera visitas diarias de sus familiares, se accedió a que comiera sólo comidas envasadas abiertas por ella y a que los familiares le trajeran comida de su casa a ver si ello le daba más seguridad. Todo ello son excepciones del protocolo que se indicaron para su seguridad y disminuir su angustia. Se consideró también el acompañamiento personal, prácticamente continuo, como una medida de seguridad fundamental.

Se fue ajustando el tratamiento farmacológico con neurolépticos y ansiolíticos según está en los protocolos y en los tratados, intentando lograr una contención química que abortara cualquier iniciativa que pudiera ser peligrosa.

Es imposible compatibilizar unas medidas de seguridad absolutas con una actitud de respeto a la dignidad de los pacientes. De hecho, no existen las medidas de seguridad eficaces al 100%. Por elevado que sea el riesgo se concede a los pacientes unos minutos de mínima intimidad aunque en estos casos los auxiliares sólo se separan unos metros o unos minutos de los pacientes de riesgo. Aún así, en muy diversas ocasiones a lo largo de la historia clínica y en todas las anotaciones de enfermería y curso clínico y libro de auxiliares se hacen múltiples anotaciones de extremar precauciones, lo que indica el grado de alerta y prevención que todo el personal mantenía en todo momento.

La paciente mejoró en los últimos días, aunque posteriormente los delirios volvieron a hacerse más presentes.

El día 12 de septiembre el celador y la auxiliar que controlaban las duchas encontraron a la paciente colgada en su cuarto de baño con su propia bata alrededor del cuello. No hay vuelta completa, ha hecho un nudo en el extremo de las mangas y se ha enganchado por la parte delantera del cuello echando hacia arriba las mangas anudadas hasta lograr engancharla en la conexión de la perinola de la ducha, quedando así apoyada a la pared. La bata ha cedido algo con el peso y la paciente tiene las piernas semiflexionadas y los pies apoyados en el suelo (ahorcamiento incompleto). Aunque está cianótica y con profusión lingual, está templada y no tiene midriasis, lo que indica que acaba de colgarse (unos minutos), por lo que se inician

las maniobras de reanimación, siguiéndose estrictamente los protocolos de actuación.

En este informe se resalta que el acto de colgarse ocurrió muy pocos minutos antes de ser encontrada, aprovechando la paciente los pocos minutos que estuvo sola en el baño.

Como conclusión, se considera en este informe que la enfermedad mental grave muchas veces evoluciona con complicaciones incluso vitales, a pesar de todo el esmero y la buena práctica que muestre el personal hospitalario y a pesar de la aplicación estricta de las innumerables medidas de vigilancia y seguridad de que dispongan y del seguimiento estricto y cuidadoso de los protocolos.

B. El Servicio de Inspección en su informe reitera, en el mismo sentido que el informe del Servicio de Psiquiatría, que a la paciente se le pautó y administró la medicación adecuada a la patología presentada y que se adoptaron las medidas de vigilancia adecuadas, quedando constancia en la historia clínica del seguimiento exhaustivo al que fue sometida. Considera por ello que se adoptaron todas las medidas adecuadas para impedir su suicidio, habiéndose producido por voluntad del interesado y sin que dicha voluntad se facilitara por la Administración pues constan en el contenido de la documentación del Servicio de Psiquiatría las anotaciones referentes a extremar los cuidados, precauciones y vigilancia por las continuas alucinaciones auditivas y el riesgo suicida, llevadas a cabo plenamente.

3. La Propuesta de Resolución, con base en los citados informes, desestima la reclamación presentada al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración. De acuerdo con lo expresado en sus Fundamentos, estima que no concurre en el presente caso el requisito de la antijuridicidad del daño, al ser éste producido directamente por la enfermedad padecida, que actuó como causa eficiente de la lesión. No se aprecia tampoco la necesaria relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado, exonerando la culpa de la víctima a la Administración, cuya responsabilidad no puede exigirse sólo porque la paciente falleciera dentro de las instalaciones como consecuencia de un suceso como el suicidio, ya que se adoptaron todas las medidas conforme a la praxis del momento.

Se considera en esencia que el fallecimiento por el que se reclama se produjo como consecuencia de la decisión suicida de la paciente, a pesar del correcto tratamiento que le fue dispensado en la Unidad de Internamiento Breve del Centro

hospitalario. Desde esta perspectiva, se sostiene que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*, pues desde el momento de su ingreso se le prescribió tratamiento farmacológico con la finalidad de controlar la sintomatología, quedando asimismo constancia a través de la Historia clínica del seguimiento exhaustivo al que era sometida, estando por tanto tratada adecuadamente, incluyendo antipsicótico, antidepressivo, ansiolítico, lo que ofrecía un efecto sedante adicional, y cumpliéndose todas las tomas de medicamentos.

V

1. La Propuesta de Resolución no se considera conforme a Derecho por los motivos que a continuación se exponen.

Ante todo, para la determinación de la adecuación jurídica de la resolución propuesta en este tipo de asuntos ha de partirse de la Doctrina de este Organismo al respecto, producida con ocasión de la emisión de Dictámenes recabados en casos similares.

Así, en el Dictamen nº 178/2006 esta Sección observó lo siguiente:

“En relación con la causa misma que da origen a la reclamación es cierto que no es previsible, en general, el acto suicida de una persona enferma, ni cómo ni cuándo lo hará; así lo manifiesta el Informe del Servicio cuando señala que en un 73% de los casos de suicidio ni se había intentado ni amenazado antes. Pero, en este caso, no sólo se había intentado y amenazado antes, sino que, de hecho, el diagnóstico clínico de la paciente era «trastorno afectivo de la personalidad con tendencia al suicidio», por lo que era previsible el hecho, si bien no exactamente el momento, que era parte de la configuración misma de su cuadro clínico. De hecho, su ingreso (...) se debió a un intento de suicidio cuya posibilidad de repetición no se dispó, obviamente, al día siguiente, pues, efectivamente, se suicidó tras el alta”.

“En este sentido, ya ha tenido ocasión de pronunciarse este Consejo con anterioridad. En su Dictamen 133/2002, de 7 de octubre, se cita jurisprudencia al respecto. Así, la STS de 26 de septiembre de 1998 (Ar. 6836), en la que se viene a entender que nos encontramos en 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”.

Por otra parte, en el Dictamen n 437/2006 se señaló:

“Por un lado, en cuanto a la medida de internamiento del afectado, autorizada por Auto de 16 de abril de 2003 del Juzgado de Instrucción nº 7 de Las Palmas de Gran Canaria, ha de advertirse que se trata de una medida de aseguramiento de la persona del afectado. Así, tanto se adopte en el ámbito de un proceso penal, como en el de un procedimiento civil, siempre por una autoridad judicial de dicho orden jurisdiccional, la finalidad es la misma, pretendiéndose que una persona que se encuentra en unas condiciones mentales menoscabadas no lleve a cabo acciones que puedan causar algún daño a terceros o a sí misma”.

“Sin embargo, lo cierto e innegable es que el afectado ingresó en el Servicio de Urgencias por haber llevado a cabo un intento de suicidio que fue frustrado por la participación de sus familiares, pero no porque el fallecido hubiera desistido de él por su propia voluntad y tras su inicio”.

2. En este caso y como ha quedado constancia en la historia clínica y en los propios informes emitidos durante la instrucción del procedimiento, el riesgo de suicidio que presentaba la paciente era conocido por los facultativos que la atendieron desde el momento de su ingreso, riesgo éste que no disminuyó durante los días en que permaneció en la Unidad de Internamiento Breve, como igualmente demuestran las continuas anotaciones sobre la necesidad de vigilancia.

El propio informe de Psiquiatría señala que la evolución de la paciente durante los días de ingreso fue complicada, con una actividad delirante muy intensa y unas alucinaciones muy vívidas, y si bien mejoró en los últimos días, posteriormente los delirios volvieron a hacerse más presentes. De hecho, precisamente el día anterior a su intento de suicidio y según consta en la historia clínica, durante la tarde se encontraba muy psicótica, refiriendo tener miedo, hace mención a la droga en la comida y piensa que hay cámaras en la unidad que la controlan. Su estado psicótico es igualmente percibido, se indica, por su madre y su hermana, quienes refieren verla psicótica con alucinaciones auditivas que no son constantes pero están presentes la mayor parte del tiempo. También en el turno de noche se indica que a pesar de que está impregnada por el tratamiento se levanta en varias ocasiones a lo largo de la noche, haciendo alusión a las voces y durmiendo solamente a ratos.

No consta en cambio que ante esta situación de empeoramiento se tuviera en cuenta que podría aumentar el riesgo de autolesión de la paciente y establecer por ello otras medidas en orden a garantizar su seguridad, habida cuenta de que la

paciente no mostró intenciones de arrepentirse de su intención, sino más bien lo contrario.

En contra de lo que se sostiene en la Propuesta de Resolución, no fueron adoptadas todas las medidas necesarias para evitar el riesgo de autolesión de la paciente, conocido por los facultativos desde un primer momento y que no disminuyó durante su estancia hospitalaria, en la que oía continuamente las voces que la impulsaban al suicidio, a pesar del tratamiento farmacológico que se le administraba. Los hechos evidencian que las medidas que se adoptaron y que se detallan en el informe de Psiquiatría no resultaron suficientes para evitar el resultado dañoso producido, desde el momento en que la paciente tuvo oportunidad de concretar el riesgo que a la postre le produjo su fallecimiento.

En este sentido, se le permitió usar una vestimenta que podía facilitar el cumplimiento de su pretensión suicida; circunstancia que ha tenido ocasión de conocer este Consejo en otro supuesto precedente, sucedido en el ámbito de prestación del servicio gestionado por el Servicio Canario de la Salud, y que, en efecto, es objetivamente de posible producción.

El daño producido tiene, pues, su origen en el funcionamiento del servicio público sanitario, al haber dejado de adoptar otras medidas que lo hubieran evitado. Como señala la STS de 21 de marzo de 2007, con cita de las de 5 de febrero de 2007 y 27 de enero de 2001, lo ocurrido no fue imprevisible, dada la situación de la paciente perfectamente diagnosticada en el propio servicio sanitario, ni la conducta de aquélla supone una ruptura del nexo causal entre la actuación del personal sanitario y su fallecimiento.

En el presente caso, la enfermedad de la paciente no hacía imprevisible ni inevitable lo ocurrido de haber existido un control y vigilancia adecuados, o la adopción de las medidas necesarias con el fin de impedir que acudiera al baño sin la atención del personal. Atención que, de haber existido, hubiera impedido que utilizara su bata para llevar a cabo su suicidio.

Por otra parte, la conducta de la fallecida, a la que la Propuesta de Resolución imputa el resultado dañoso, no supone, como también sostienen las citadas Sentencias, una ruptura del nexo causal porque, debido a su enfermedad, era conocido y previsible que se comportase creando riesgos que en condiciones de normalidad cualquier persona eludiría. Por ello, el conocimiento de su personalidad y antecedentes en el servicio sanitario le imponía a éste no sólo el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento de la enferma, privada de la capacidad de juicio

y discernimiento de una persona en condiciones de normalidad, sino de adoptar todas aquellas medidas que, a la vista de su empeoramiento, hubiesen evitado el resultado producido.

En definitiva, en contra del parecer de la Administración, se estima que concurren todos los requisitos legalmente previstos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración y el consiguiente deber de reparar los perjuicios causados.

CONCLUSIONES

1. La Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio, no se considera ajustada a Derecho, según se razona en el Fundamento V.

2. Por lo que se refiere a la valoración del daño, procede que la cuantía de la indemnización se determine conforme al sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas por motivo de accidentes de circulación, cuya utilización ha sido admitida, si bien con carácter orientativo, por el Tribunal Supremo en el ámbito sanitario. La cantidad fijada habrá de ser actualizada en los términos previstos en el art. 141.3 LRJAP-PAC.