



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 3 8 / 2 0 1 6

(Sección 1ª)

La Laguna, a 11 de febrero de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por el fallecimiento de su hermana, (...), a consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 11/2016 IDS)\*.*

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

### I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución emitida por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias, tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que, se alega, se han producido por el deficiente funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimado para solicitarla el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

### II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, de acuerdo con las alegaciones realizadas en el escrito de reclamación y la información contenida en los distintos documentos obrantes en el expediente remitido a este Organismo, son los siguientes:

---

\* Ponente: Sr. Brito González.

La reclamante es hermana de la fallecida, (...), habiendo ingresado esta última, por primera vez, en el antiguo Hospital por trastorno de la conducta, mostrando desde ese mismo momento un proceso psicótico grave (esquizofrenia paranoide) con fenómenos de automatismo mental, autismo, alucinaciones acústico-verbales, interpretaciones y percepciones delirantes.

A partir de este momento, comienza un periodo de constantes y repetidas salidas y entradas en dicho centro psiquiátrico, siendo declarada incapaz por la Sentencia del Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Las Palmas de Gran Canaria, de 22 de octubre de 1986.

El 30 de julio de 1989, (...) reingresa por orden judicial en el referido centro tras haber secuestrado a una menor, hecho similar al que ya había realizado en 1986. Después de la tramitación del correspondiente proceso penal por tales hechos, se dicta por el Juzgado de Instrucción nº 2 de Las Palmas de Gran Canaria Sentencia de 10 de julio de 1991, por la que se acuerda la aplicación de la medida de seguridad de internamiento no voluntario de la fallecida en centro psiquiátrico por un periodo de 6 años y un día, dada su condición de inimputable por enajenación mental, permaneciendo en varios centros psiquiátricos, incluida la Unidad Psiquiátrica del Hospital (...), donde se produjo el hecho lesivo que posteriormente se relatará.

Mediante Auto de 8 de abril de 1987, se constituyó la tutela de la fallecida, ejerciéndola (...), quien fue Director del Centro psiquiátrico en el que estuvo ingresada la misma y donde falleció. Posteriormente, tras su jubilación y mediante Auto del Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Las Palmas de Gran Canaria, de 23 de febrero de 2011, asumió su tutela el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo Insular de Gran Canaria, quien la mantuvo hasta su fallecimiento.

2. En el expediente constan las distintas declaraciones de los hechos del personal de servicio en el centro durante el día de los hechos, siendo coincidentes entre sí. Teniendo en cuenta las mismas, se puede considerar que el hecho lesivo aconteció de la siguiente forma (siguiendo un orden cronológico):

A las 17:00 horas sonó la alarma de incendios del centro psiquiátrico referido, lo que implica la apertura de la puertas -imantadas y que tienen un mecanismo de apertura automática, en caso de sonar la misma, y también de apertura retardada-las cuales permiten la entrada al centro y el acceso a las escaleras que se hallan en su lateral y, además, se comunican con la cinco plantas del edificio, con la terraza del segundo piso y con la azotea.

Consta que el enfermero de guardia comprobó de inmediato la puerta de la planta quinta, que conecta con la azotea, y el resto del personal, celadores y auxiliares asignados a cada planta comprobaron el cierre de las distintas puertas, tal y como establece el protocolo de actuación del centro.

A mayor abundamiento, el personal del centro que declaró coincide en la declaración de que la alarma de incendios suele sonar varias veces al día, dado que se activa con el humo de los cigarrillos que se consumen en las escaleras laterales, con el vapor de las duchas, e incluso los internos la activan de manera voluntaria, pulsando los correspondientes botones de alarma; pese a ello, se comprueba el cierre de puertas.

Posteriormente, alrededor de las 17:15 horas, volvió a sonar la alarma de incendios. En relación con la puerta de la planta quinta, que interesa de forma directa al acontecer del hecho lesivo, el enfermero de guardia ordenó a una de las auxiliares comprobar su cierre, dado que él estaba ocupado con uno de los pacientes. Tras concluir con el mismo minutos después, comprobó personalmente que dicha puerta estaba cerrada.

En un momento posterior, sobre las 17:30 horas, una de las auxiliares de enfermería observa a la hermana de la reclamante deambulando por la planta quinta del edificio y le ordena que regrese a su planta o bien a la terraza de la segunda planta, lo que hace dirigiéndose a las escaleras laterales que comunican las distintas plantas. Si bien le está permitido pasear por las zonas habilitadas para ello, los internos no pueden hacerlo por aquellas plantas en las que no residan, siendo así que la fallecida residía en una de las habitaciones de la planta tercera.

A las 17:45 horas, vuelve a producirse el mismo suceso, dirigiéndose (...) a la escalera lateral tras ser amonestada por una de las auxiliares de enfermería de la planta quinta, siendo ésta la última vez que se le vio con vida.

Sobre las 17:50 horas, la empleada de la empresa de limpieza del edificio, que estaba realizando sus labores correspondientes, observó que la puerta de la azotea estaba abierta, hecho insólito que no había presenciado en los diez años que llevaba trabajando en el centro. Decidió alertar al enfermero de guardia, quien acudió de inmediato a la azotea, observando al subir que la hermana de la reclamante se había precipitado desde la azotea. Al momento, acudió la doctora de guardia del centro que, tras varios intentos de reanimación, comprobó el fallecimiento de la paciente.

3. La reclamante considera que el centro psiquiátrico en el que se hallaba ingresada su hermana no cumplió adecuadamente con sus obligaciones de vigilancia y custodia de los internos, puesto que no se adoptaron las medidas de seguridad precisas para evitar un hecho como el acontecido, máxime, cuando se trataba de una paciente que padecía de forma crónica una grave enfermedad mental, que había protagonizado un intento de suicidio similar en 1998, y que había sufrido una caída accidental en 1989, que le produjo un traumatismo craneoencefálico. Con esos antecedentes, considera que a la fallecida nunca se le debió permitir deambular por el centro, y que cuando se le dio la orden de regresar a su planta o a las zonas comunes del edificio también se debió comprobar que la orden era cumplida.

Por todo ello, alega que si el servicio hubiera funcionado de forma adecuada se habría evitado con toda seguridad el fallecimiento de la hermana de su representada, hecho por el que solicita una indemnización de 65.000 euros.

4. A la Propuesta de Resolución son de aplicación tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el 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.

### III

1. El presente procedimiento se inició a través del escrito de reclamación presentado el día 21 de junio de 2013.

El día 16 de julio de 2013, se dictó la Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

En cuanto a su tramitación, cuenta con la totalidad de los trámites preceptivos, incluyendo informes del Servicio (informe del Psiquiatra Jefe de Servicio de la Unidad de Psiquiatría del Hospital (...)) e informe del Médico Psiquiatra de dicha Unidad), tenidos en cuenta en la Propuesta de Resolución definitiva; apertura del periodo probatorio, denegando la pruebas testificales propuestas por la reclamante, ya que se trataba de las declaraciones del personal de la Unidad psiquiátrica referida, las cuales constan en el atestado elaborado por la Policía Nacional incluido en el expediente remitido a este Organismo; y, por último, el trámite de vista y audiencia.

La representante de la reclamante, con ocasión de este trámite, solicitó la terminación convencional del presente procedimiento con base a un acuerdo en términos coincidentes con su reclamación, la cual no fue atendida.

Finalmente, el día 4 de diciembre de 2015 se emitió una primera Propuesta de Resolución, acompañada del borrador de la Resolución definitiva; luego, se emitió el informe de la Asesoría Jurídica departamental; y, por último, el día 14 de enero de 2016 se emitió la Propuesta de Resolución definitiva.

2. Por otra parte, concurren los requisitos constitucional y legalmente establecidos para hacer efectivo el derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución, desarrollado en los arts. 139 y ss. LRJAP-PAC.

La reclamante aportó la documentación que acredita su parentesco con la fallecida y su condición de heredera de la misma.

A su vez, por el Servicio Canario de la Salud se le requirió la dirección del otro hermano de la fallecida que reside en el extranjero. No consta en el expediente que se le comunicara a este (del que solo existe en la historia clínica un número de teléfono) la iniciación y tramitación del presente procedimiento o su negativa a personarse en el mismo.

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por la interesada, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos exigibles para poder imputar a la Administración la responsabilidad patrimonial dimanante del hecho lesivo.

Ello es así puesto que, con base en los informes médicos que obran en el expediente, considera demostrado que la paciente no presentaba una ideación previa, persistente o premeditada de suicidio, ni tampoco era previsible la autolisis, ya que la paciente tampoco se encontraba en la época del hecho lesivo que motiva la reclamación en un momento crítico de riesgo, habiendo transcurrido catorce años desde su último intento de suicidio.

Asimismo, considera la Administración sanitaria que en todo momento se tomaron las medidas de vigilancia (activa y pasiva) y custodia pertinentes, y que siempre se actuó conforme a la *lex artis*.

2. En este caso, es necesario partir de una serie de hechos indubitados.

El primero de ellos es el relativo al estado mental de la interesada y a la evolución de su patología, especialmente en lo que se refiere a la época inmediatamente anterior a su fallecimiento.

Teniendo en cuenta la patología que sufría, esquizofrenia paranoide, en el informe clínico del psiquiatra que le atendía normalmente (páginas 508 y ss. del expediente) se afirma, tras describir su patología, que:

«Por otro lado, durante su prolongado internamiento existieron periodos de tiempo en los cuales se mostraba más tranquila y adecuada su conducta, aprovechándose en estas ocasiones para propiciar salidas del hospital acompañada siempre de personal sanitario (...). Estos periodos de atenuación clínica se hicieron más frecuentes y prolongados con el paso de los años, no obstante, los momentos de desorganización conductual nunca remitieron por completo».

A su vez, en el informe del Psiquiatra Jefe de Servicio de la Unidad en la que estaba internada la fallecida se señala que esta estaba “afectada por un cuadro psicótico, esquizofrénico delirante-alucinatorio de tipo desorganizado, cuya gravedad se manifiesta en la discordancia existente entre pensamiento, volición, afectos y comportamiento (...)”.

Además, dicho facultativo informa acerca de las medidas de vigilancia a la que se le sometía, manifestando que:

«Hemos de decir que, en cualquiera de estos actos, fuese este el que fuere, siempre se tomaron las medidas de vigilancia y custodia pertinentes (observación clínica especial, aislamiento preventivo, contención verbal, farmacológica y física si llegara el caso, como así lo fue con frecuencia). Sin embargo, abundando un poco más, es obvio que legal y humanamente, estas medidas no pueden ser permanentes y, además, porque dejan de ser eficaces en cuanto se atempera la angustia que enmarcó el origen del acto. Por lo que sé, últimamente, la paciente no atravesaba momentos críticos de riesgo, por lo que pensamos que pudo tratarse de un desgraciado accidente».

3. Pues bien, en relación con estas últimas manifestaciones, resultan ser demostrativas de su realidad y veracidad los “formularios de indicación de contención” que obran en el expediente (páginas 438 y ss. del mismo), pues en ellos se observan la distintas medidas de contención que se le aplicaron a la paciente durante el año anterior a su fallecimiento, de contención física, especificándose la duración de las mismas y las razones por las que se emplearon. Es cierto que en ellos se observa con frecuencia que se aplicaron para evitar que se lesionara a sí misma o a terceros, y si bien se trata de formularios genéricos, donde no se especifica el riesgo concreto, solo riesgos generales incluido el de la autolisis, también es cierto

que la cuadrícula referida a "impulsividad suicida", que se contiene en todos ellos, solo aparece marcada en el formulario correspondiente a los días 6 y 7 de julio de 2011 (un año antes de su fallecimiento).

Tales formularios muestran con claridad dos hechos: primero, que la fallecida no mostró impulsos suicidas durante el año anterior al hecho lesivo; y, segundo, que cuando los mostró se actuó por la Administración sanitaria aplicándole la correspondiente medida de vigilancia y control.

4. En este sentido, como señala el Psiquiatra Jefe de Servicio de la Unidad referida, no es posible aplicar a un paciente un medida de contención de forma indefinida -como se observa en tales formularios, implican en la mayoría de los casos la sujeción de extremidades superiores, inferiores y cintura del paciente- tanto por razones legales como humanitarias y médicas.

En efecto, no resulta razonable mantener sujeto en todo momento a un paciente con una enfermedad mental crónica ni someterle a un continuo seguimiento durante las 24 horas del día por parte del personal de Enfermería, independientemente de si se halla o no en un periodo de desestabilización. Este tipo de medidas se deben emplear únicamente cuando las circunstancias así lo exijan, y la interesada no ha probado que en el momento del fallecimiento de su hermana esta se hallara en un fase de desestabilización o que hubiera mostrado en el año anterior impulsividad suicida alguna, habiéndose probado, por el contrario, que en los catorce años previos al accidente no había protagonizado ni un solo intento de suicidio.

Por tanto, todo indica que el hecho de que la interesada en "horas de recreo" pudiera deambular por su planta o en zonas habilitadas para pasear no suponía un riesgo claro y evidente para la misma, pues venía realizándolo durante al menos catorce años, sin que se tenga constancia de haber sufrido accidente alguno.

5. En lo que se refiere a las medidas de seguridad con las que contaba la Unidad Psiquiátrica en la que estaba ingresada la fallecida, ha resultado acreditado que contaba con puertas de entrada y salida imantadas y con control remoto de apertura; que había cámara de seguridad; ventanas de apertura limitada, salvo por razones obvias en la planta baja del edificio; y redes de seguridad en el hueco de la escalera central del edificio.

Además, la documentación obrante en el expediente prueba que había personal cualificado en cada una de las plantas, celadores y auxiliares de Enfermería, además

de un enfermero y un médico de guardia cuando se produjo el accidente, quienes en todo momento estuvieron pendientes de los pacientes comprobando las puertas tantas veces como saltó la alarma de incendio -lo cual se producía con muchísima frecuencia- sin que ello supusiera por su parte una merma en el cumplimiento de sus obligaciones profesionales.

6. Para la determinación de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada ha de partirse de la doctrina de este Organismo respecto de casos similares al presente (DDCCC 274/2014, 76/2010, 178/2006, 133/2002, entre otros), y, a su vez, de la doctrina del Tribunal Supremo en su constante y reiterada jurisprudencia (SSTS de 13 de octubre de 2008, de 5 de mayo de 2007 y de 27 de enero de 2001, entre otras). Así, en su Sentencia de fecha 21 marzo 2007, se señala que:

“De la argumentación contenida en dicha sentencia se extraen las siguientes conclusiones que deben examinarse en relación al caso de autos. En primer lugar es necesario analizar si el intento de autolisis resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes de la paciente, por cuanto si atendidos estos podía resultar previsible lo ocurrido, hubiera devenido necesario adoptar las necesarias medidas de atención y cuidado. Debe igualmente precisarse si la conducta de la actora al arrojarse por la ventana, conforma o no una ruptura del nexo causal, para lo cual enlazándose con cuanto acaba de decirse, ha de determinarse si debido a su alteración mental era previsible que se comportase creando riesgos, que en condiciones de normalidad cualquier persona eludiría, pues si esa persona no se encuentra en tales condiciones de normalidad y ello es conocido por el servicio sanitario, este tiene el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento”.

7. Por lo tanto, a la hora de valorar la actuación del servicio público concernido y la posible concurrencia de responsabilidad patrimonial por el hecho lesivo en necesario tener en cuenta que: habían transcurrido catorce años sin que la paciente se hubiera intentado suicidar, y sin que se tuviera constancia de incidentes que indicaran que podía producirse un hecho como el acontecido; que la paciente se hallaba médicamente estabilizada y bajo el control de los profesionales anteriormente referidos; que en todo momento le dieron las órdenes pertinentes para garantizar su seguridad, órdenes que cumplió sin ofrecer resistencia alguna; que, incluso, se hallaba en condiciones de vivir fuera del centro bajo la custodia de sus familiares tal y como informan los profesionales que la trataron durante tantos años, lo cual no se produjo por la falta de voluntad de los mismos, pues no se ha de olvidar que en ningún momento dichos familiares, entre los que se encontraba de



forma directa la reclamante, asumieron la tutela de la misma, que tuvo que recaer en la Administración sanitaria, como claramente se demuestra en las actuaciones judiciales obrantes en el expediente; y, por supuesto, que la misma residía en un entorno con las debidas medidas de seguridad activas y pasivas.

Por todo ello, ha de concluirse que no concurren los elementos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. De los antecedentes anteriormente expuestos, se desprende que estamos ante un hecho accidental, impredecible y difícilmente evitable pues pese a contar el centro con personal cualificado suficiente que cumplió correctamente con sus funciones y adoptó las medidas de vigilancia y custodia para evitar el riesgo de autolesión de la paciente (medidas precisas y proporcionadas al estado de salud de la paciente), no se pudo impedir el fallecimiento de la misma. Hubo un correcto funcionamiento del servicio sanitario, sin que sea razonablemente exigible una mayor intensidad en su prestación, lo que implica que si bien el hecho se produjo en su ámbito de actuación, el mismo se produjo de forma ajena al exigible, normal y adecuado funcionamiento del mismo.

Así pues, no concurre relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público afectado y el fallecimiento de (...) Además, tampoco la reclamante (que no es la única heredera de la fallecida) ha demostrado haber sufrido un daño moral resarcible, no solo por la acreditada ausencia de toda relación con la fallecida, sino porque no ha aportado ningún informe médico-pericial demostrativo de tal padecimiento.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por (...), en nombre y representación de (...), es conforme a Derecho.