



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 17 de mayo de 2018.

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 representación de (...), (...) y (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 163/2018 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. Las reclamantes solicitan una indemnización que asciende a la cantidad de 114.000 euros. Esta cantidad determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC). Esta Ley es aplicable en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

* Ponente: Sr. Brito González.

Resulta igualmente aplicable 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, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la citada Ley 39/2015.

II

1. (...), actuando en nombre y representación de (...), (...) y (...), formula, con fecha 2 de octubre de 2015, reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS) en la atención que le fue prestada al esposo y padre, respectivamente, de las reclamantes, que se suicidó durante su ingreso en el Hospital Universitario de Canarias (HUC).

Los hechos en los que fundamenta la reclamación son los siguientes:

- En julio de 2013, (...) fue ingresado en el HUC en la sexta planta debido a una neumonía y estudio de imágenes pulmonares (posible neoplasia pulmonar), sin que la habitación revistiera medidas de seguridad especiales, provista de un balcón al exterior justo al lado de la cama. Se le realizan las pruebas pertinentes, una de las cuales fue positiva para adenocarcinoma. Ante el hallazgo de la metástasis ganglionar de adenocarcinoma de primario desconocido se solicitan otras pruebas complementarias.

- El paciente tenía 83 años de edad y presentaba una depresión que arrastraba hacía unos meses y asimismo exteriorizaba una conducta decaída con episodios de ansiedad de forma habitual. Este hecho se puso en conocimiento del Centro Hospitalario en el momento de su ingreso y, además, constaba en el historial clínico del paciente, por lo que no era un hecho desconocido para el personal sanitario al servicio de la Administración.

- El 10 de julio de 2013 le dan a conocer los resultados de las pruebas descritas anteriormente, cuyos datos arrojan unos resultado negativos, encontrándose éste sin ningún familiar cerca en esos momentos que le diera apoyo emocional ante tan dura noticia.

- Como consecuencia de estos hechos y debido a la desesperación que sufrió el paciente, éste comenzó a deambular de manera muy nerviosa y después de unos minutos en ese estado acercó una silla a la barandilla del balcón de la habitación y se arrojó al vacío, falleciendo como consecuencia de las lesiones sufridas.

- La mañana del día 10 de julio de 2013, justo unos minutos antes de que acontecieran los hechos, sobre las 9:06 horas de la mañana, el paciente había estado hablando con una de sus hijas y se encontraba tranquilo y colaborador con las pruebas que iban a realizarle de manera complementaria.

- De los hechos expuestos anteriormente se derivaron las correspondientes diligencias penales, cuyo procedimiento finalizó mediante Auto de sobreseimiento libre y archivo de las actuaciones 19 de septiembre de 2014, que les fue notificado el día 3 de octubre del mismo año.

Las reclamantes consideran que debido a la falta de medidas de seguridad y a la conducta poco prudente del personal que le facilitó la información clínica al paciente, éste tomó la determinación de quitarse la vida. Sostienen por ello que, teniendo en cuenta el estado depresivo por el que atravesaba el paciente, cuyas circunstancias eran conocidas por el personal sanitario, no debieron haber dado una noticia de semejante calado a una persona con su edad y estado de salud. Añaden que el fallecimiento se pudo haber evitado con unas medidas de seguridad adecuadas a las circunstancias clínicas del enfermo, además de una conducta prudente por parte del personal, por lo que se ha producido un daño antijurídico previsible y evitable.

Solicitan una indemnización por los daños morales sufridos que asciende a la cantidad de 114.000 euros.

2. En el presente procedimiento las reclamantes ostentan la condición de interesadas en cuanto titulares de un interés legítimo, ya que pretenden el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera moral como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada a su familiar por el SCS. La representación conferida consta asimismo debidamente acreditada en el expediente.

Se cumple por otra parte 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.

3. La reclamación fue presentada el 2 de octubre de 2015 en relación con el fallecimiento del paciente acaecido el 10 de julio de 2013. No resulta sin embargo extemporánea, pues por los hechos relatados se instruyeron diligencias penales, finalizadas por Auto de 19 de septiembre de 2014 que fue notificado a las interesadas el 3 de octubre del mismo año. Teniendo en cuenta esta última fecha, la reclamación

se ha interpuesto dentro del plazo de un años que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-PAC, dado el efecto interruptivo de la prescripción que presenta la incoación de tales actuaciones penales.

4. El órgano competente para instruir 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 SCS.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del 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.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un Dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo que se dicte resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite el 7 de octubre de 2015 (art. 6.2 RPAPRP) y se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), constando en el expediente el informe de los Servicios que atendieron al paciente, así como las correspondientes historias clínicas. Asimismo emitió informe el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

A las reclamantes se les ha otorgado asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), sin que presentaran alegaciones en el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada.

6. La Propuesta de Resolución no ha sido informada por la Asesoría Jurídica Departamental [art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero], a pesar de haber sido solicitado con fecha 26 de octubre de 2017, por haber sido devuelta esta petición por los Servicios Jurídicos, recordando que a éstos sólo les corresponde conocer sobre cuestiones nuevas. Solicitado

nuevamente el 5 de diciembre de 2017 este preceptivo informe, transcurrió sobradamente el plazo de quince días sin que se emitiera, por lo que se continuó la tramitación del procedimiento, de conformidad con lo dispuesto en el art. 19.7 del Decreto 19/1992 citado.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, en el expediente remitido constan acreditados los siguientes antecedentes relevantes, tal como han sido condensados por el SIP en su informe:

- El 17 y el 24 de junio de 2013, el paciente acude a su médico de cabecera, donde fue diagnosticado y se pautó tratamiento por cuadro de bronquitis.

- El 25 de junio de 2013 acude al Servicio de Urgencias del HUC por deterioro general. En este día se anota que el paciente ha tenido cuadro depresivo por la muerte de unos amigos, ha tenido lumbalgia y ello lo ha desanimado más, ha comido menos, presentó un cuadro de hipoglucemia grave tras lo cual sufre disartria y síndrome confusional autolimitado. Según la historia clínica realizada este día era independiente para actividades de la vida diaria, estaba consciente y orientado en tiempo y espacio, con deambulación normal.

En Urgencias realizan TAC y no encuentran patología aguda, remiten a consultas externas de Medicina Interna, que realiza valoración general, analítica control y solicitan analítica, radiografía de tórax, eco de abdomen, se verá de nuevo el paciente con las pruebas en medicina interna. Anotan: Padece un cuadro constitucional en el contexto de síndrome depresivo leve, lumbalgia y bronquitis, control glucemias médico cabecera.

- El 26 de junio acude a su médico de cabecera, tras un cuadro de disnea a moderados esfuerzos, tos y expectoración que aumentan, y no mejoran al tratamiento antibiótico en Atención Primaria. Fue remitido a Urgencias hospitalaria, dado antecedentes de neumotórax. Tras ser observado y analizado, lo remiten a Medicina Interna, donde ingresa.

- El 27 de junio de 2013 ingresa en Medicina Interna para estudio de cuadro constitucional y sospecha de neoplasia de pulmón. Tras la realización de pruebas diagnósticas se anota como motivo de ingreso «despistaje de neoplasia pulmonar izquierda, e infección respiratoria», confirmándose en los siguientes días, por medio de las pertinentes pruebas, el diagnóstico de adenocarcinoma, con metástasis

ganglionar de adenocarcinoma primario desconocido. Constan en la historia clínica nuevas pruebas que se realizaron posteriormente.

- El 10 de julio de 2013, después de las 9:15 horas, avisa Enfermería que el paciente se acaba de precipitar desde la terraza al vacío. Es atendido por médicos de Urgencias y de UVI que comprueban la ausencia de signos vitales.

- Los datos previos de Enfermería refieren que antes de ello el paciente se encuentra en actitud tranquila y colaboradora, se toman las constantes en actitud tranquila, se va la enfermera y «tras 5 minutos el compañero de habitación avisa dando gritos que se ha tirado por el balcón, acude la enfermera para confirmarlo».

2. Las reclamantes en este procedimiento entienden que se ha producido un funcionamiento anormal del servicio público sanitario, puesto que la habitación donde se encontraba ingresado el paciente no contaba con medidas de seguridad, unido a la conducta poco prudente del personal hospitalario, que le dio información clínica sobre su grave estado. Entienden por ello que la decisión del paciente de quitarse la vida era previsible y evitable, teniendo en cuenta el proceso depresivo que atravesaba.

Por el contrario, en la Propuesta de Resolución culminatoria del procedimiento se considera que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue correcta, pues no tenía antecedentes de tentativa autolítica ni de patología psiquiátrica, no precisaba de medicación ni de control psiquiátrico alguno y no presentaba un cuadro depresivo importante sino de carácter leve. Además, el paciente tampoco había presentado desequilibrio psicológico durante su ingreso y no había sido informado de su diagnóstico cuando se produjeron los hechos. Por todo ello, se sostiene que el fallecimiento del paciente fue consecuencia de sus propios actos, no existiendo relación causal con la actuación del personal sanitario, que no estaba obligado a aplicar medidas de contención o vigilancia especiales justificadas en el estado mental del paciente. No se aprecia, por consiguiente, la existencia de un daño antijurídico indemnizable.

3. Este Consejo ya ha tenido ocasión de pronunciarse en anteriores ocasiones sobre reclamaciones de responsabilidad patrimonial similares a la presente, basadas en el suicidio del paciente mientras se encontraba ingresado en un Centro hospitalario. Condensa esta doctrina nuestro reciente Dictamen 455/2017, de 11 de diciembre, de la siguiente forma:

En asuntos similares al objeto de este Dictamen, se ha manifestado por este Consejo Consultivo, tal y como se hace en el Dictamen 378/2017, de 17 de octubre, que:

«Para la determinación de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada se ha de reiterar la doctrina de este Organismo respecto de casos similares al presente (DCCC 38/2016, 274/2014, 76/2010, 178/2006, 133/2002, entre otros), y, a su vez, de la doctrina del Tribunal Supremo en su constante 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, el TS 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 (...)”».

4. Esta doctrina, como ya se ha señalado, es plenamente aplicable en el presente caso, ya que, como resulta de sus antecedentes clínicos y su conducta durante su estancia hospitalaria, era imprevisible la conducta autolítica del paciente, lo que se sostiene en las mismas razones vertidas en la Propuesta de Resolución, que se fundamenta a su vez en los informes médicos obrantes en el expediente, especialmente el emitido por el SIP.

Así, como ya señalamos, el facultativo de Atención Primaria que atendió al paciente, informa que en su historial no consta antecedente personal de tentativa autolítica ni de patología psiquiátrica ni que sufriera en los meses próximos a su *exitus* sintomatología subsidiaria de medidas especiales de vigilancia. Asimismo, en la primera semana de febrero de 2013 están registradas dos consultas con diagnóstico de ansiedad en proceso autolimitado.

Por su parte, por el Servicio de Medicina Interna del HUC se hace constar que no existen datos que sugieran que el paciente sufría un cuadro depresivo importante y que cuando ingresa no figura ningún antidepresivo en su tratamiento habitual, constando en el informe clínico tras su fallecimiento que en ningún momento mostró intención autolítica ni sintomatología depresiva que lo justificara. Tampoco constan en las anotaciones de Enfermería ningún comentario que sugiriese ansiedad o depresión y cinco minutos antes de que se precipitara al vacío se anotó que se encontraba sentado, tranquilo y colaborador. Por último, contrariamente a lo

señalado por las reclamantes, pone de manifiesto que al paciente no se le había informado del diagnóstico, constanding en la nota de evolución del día 9 de julio «pendiente de informar a los familiares».

Por último, el SIP alcanza las siguientes conclusiones:

«1.- El paciente no se considera afecto de depresión que necesitara un tratamiento específico para éstas.

El médico de cabecera comenta que un par de semanas en febrero de 2013, se quejó de ansiedad y que fue un proceso autolimitado. En historia clínica de atención primaria y en informe del médico de cabecera nos refiere que en las primeras semanas de febrero de 2013, están registradas dos consultas con "diagnóstico de ansiedad en proceso autolimitado", no siendo subsidiario de tratamiento antidepresivo.

No hay antecedentes en atención primaria de supuestas afectaciones nerviosas o psiquiátricas.

2.- El paciente no sufrió desequilibrio psicológico durante el ingreso hospitalario, desde su entrada hasta el día del óbito.

En el Servicio de Urgencias se informa que el paciente había sufrido un proceso depresivo leve tras la muerte de algunos amigos.

Recordemos que el día 27 de febrero en Urgencias en la exploración general se constata: "era independiente para las actividades de la vida diaria, orientado en tiempo y espacio".

Durante el ingreso hospitalario no mostró signos-síntomas de cuadro depresivo ni de ideas o hechos de naturaleza autolítica. No tenía tratamiento antidepresivo.

Enfermería no anota en historial clínico nada que pueda hacer dudar de su estado anímico, como refiere la historia clínica pocos minutos antes del episodio final el paciente estaba "colaborador". Sentado y tranquilo.

El Dr. (...) nos informa: "al paciente no se le informó del diagnóstico, cuando se precipitó al vacío no sabía que tenía un Adenocarcinoma metastásico. No se había informado a los familiares".

Por lo que se valora, en el caso del paciente no había que realizar medidas de vigilancia, sujeción o cierre de ventanas y puertas».

De acuerdo pues con los datos obrantes en la historia clínica, sobre los que se han elaborado los referidos informes, el paciente no constaba con antecedentes personales de tentativa autolítica ni presentaba un cuadro depresivo importante, sino leve y no tenía pautado tratamiento alguno para una patología de esta características. Durante su ingreso hospitalario tampoco mostró síntomas de cuadro depresivo ni de ideas o hechos de naturaleza autolítica. Por último, el paciente, en

contra de lo señalado por sus familiares, no había recibido información alguna sobre su diagnóstico con anterioridad a su suicidio, constando por el contrario en su historia clínica, en anotación del día anterior, que se estaba pendiente informar a los familiares. Por todas estas circunstancias no se encontraba pues indicada la adopción de medidas restrictivas de vigilancia y seguridad en el caso concreto de este paciente, que no había mostrado antes indicio alguno que hiciera prever esta decisión.

Por lo tanto, podemos concluir, que la Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, es conforme a Derecho, al no concurrir relación causal entre el funcionamiento del Servicio, que ha sido el adecuado, y el daño reclamado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial se considera conforme a Derecho.