

En Logroño, a 27 de julio de 2009, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D. Antonio Fanlo Loras, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

56/09

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial iniciado por D. C. G. M., Abogado, que actúa en nombre y representación de D^a F. N. G., D^a R. G. N. y D^a M. P. G. N., por los daños y perjuicios provocados por el fallecimiento de D. F. G. N., su hijo y hermano respectivamente, como consecuencia, a su juicio, del funcionamiento del Servicio público sanitario.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El pasado 12 de noviembre de 2008, tuvo entrada en la Oficina Auxiliar de Registro de Salud del Gobierno de La Rioja, un escrito, presentado el anterior 11 de noviembre, en el Servicio de Correos, por D. C. G. M., actuando con la representación referida, en reclamación de los daños y perjuicios, a su juicio, provocados por el funcionamiento del Servicio público sanitario, al que atribuye la muerte de D. F. G. N.

En su escrito de reclamación, señala que D. F. G. N. fue ingresado en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital *San Pedro* de Logroño, el 13 de julio de 2007, procedente del Servicio de Urgencias, con diagnóstico de gastritis, sugestiva de ingesta de cáusticos, donde siguió tratamiento. Se afirma literalmente:

«Según consta en el listado de notas del referido Hospital, ante la contradicción de la versión que ofrece el paciente sobre las circunstancias de la ingesta, no se puede descartar que la ingesta fuera voluntaria. Nota del día 13-07-2007, a las 18:52.

Este hecho y dada su condición de ex drogadicto en rehabilitación, hace que el Servicio de Digestivo pida cita con Psiquiatría. Nota del 17-07-2007, hora 10:49. No consta que se realizara dicha exploración del paciente por Psiquiatra en momento alguno de la historia clínica.

A las 23 horas del día 18-07-2007, el paciente manifiesta quiere alta voluntaria, sin embargo ello en un contexto que se califica en la notas del Hospital como “muy alterado”. De hecho, es sintomático que consta cómo se va del Hospital con la vía puesta (nota del día 18-07-2007 a las

23:19). Y que el propio Servicio médico decide llamar “al Jefe de la guardia” para que se tome una decisión.

Lo cierto es que se le deja ir sin ser revaluado por Psiquiatría o Médico capacitado; en el informe de alta solo consta “el personal sanitario intenta convencerlo de que requiere cuidados de hospital”.

Cuando sale del Hospital, a las 00:15 horas, según el informe de alta, va derecho al parking de la Gran Vía de Logroño, cercano al Hospital, y se precipita al vacío. Consta cómo la Policía Municipal actuó a las 00:40 horas del día 19-07-2007, lo que implica una continuidad temporal.

Dada la gravedad de las lesiones causadas tras la precipitación al vacío, fue trasladado al Hospital “Lozano Blesa” de Zaragoza, donde falleció el 27-07-2007, al no remontar las lesiones sufridas».

Considera que ha existido «falta diligente de asistencia al enfermo, que ante la sospecha de un intento de suicidio inmediato, al presentar un episodio grave de desorden de conducta (solicita el alta voluntaria, se va con la vía puesta, se presenta muy alterado), no se procede a la evaluación del paciente por personal cualificado –Psiquiatra- a fin de conocer si está capacitado en ese momento para tomar una decisión tan grave. Incluso poniendo en funcionamiento las previsiones legales que existen para estos casos como el internamiento forzoso”.

En relación con los hechos referidos, se instruyeron Diligencias previas 2604/2007 por el Juzgado de Instrucción nº 1 de Logroño, que concluyeron con Auto de sobreseimiento provisional de 8 de abril de 2008. Las reclamantes consideran que, más allá de la responsabilidad penal, existe una responsabilidad de la Administración por deficiente cuidado del paciente.

Reclaman 160.000 euros (100.000, para la madre, y 30.000, para cada una de las dos hermanas) y proponen, diversos medios de prueba (entre ellos, «Informe del responsable del Servicio que recetó el Agreal...»).

Acompaña, diversa documentación de la historia clínica prestada en los Hospitales *San Pedro*, de Logroño, y *Lozano Blesa*, de Zaragoza, así como de las actuaciones judiciales. Entre los datos recogidos en esta documentación, merecen destacarse, por su relevancia, los siguientes:

a) Informe de Asistencia en Urgencias: «...refiere que está en tto. con metadona, que la recoge en H. Provincial todos los martes; dice que el pasado martes se la robaron, llevaba 2 días sin tomarla....drogas de abuso: metadona (+) benzodieapina (+) opiaceos (+)» (folio 57).

b) Informe de Alta voluntaria, fechado el día 19-07-2007, a las 00:15, suscrito por la Dra. B. S. Entre otros extremos consta: «...ingresa procedente de Urgencias por dolor en garganta y retroesternal tras ingesta de solución que él asumía como metadona...El día 18, a las 23:00, el paciente avisa que quiere irse de alta voluntaria, ante lo cual el personal sanitario intenta convencerlo de que requiere cuidados del hospital, a pesar de

ello, el paciente posteriormente firma alta voluntaria y sale del hospital», firmado por la Dra B. S.» (folio 58).

c) Documento de Alta voluntaria, con etiqueta impresa correspondiente a D. F., datado y una firma ilegible (folio 59).

d) Listado de Notas Evolutivas: En la que corresponde al 13 de julio de 2007 18:52: *«paciente toxicómano en tto. con metadona 60 mg y bebedor...Ha contado varias versiones sobre el suceso así que, al final, se desconoce si ha sido una ingesta accidental o voluntaria. Orientado en tiempo y espacio, aunque conversación incoherente. Tóxicos en orina: opioides, BDZ y metadona positivo»,* firmado Dra. A. B. A.; en la del día 17 de julio de 2007: *«pido TAC torácico y consulta a Psiquiatría»;* En la del día 18-jul-2007, 11:46: *«Mejor situación que ayer, más tranquilo, no dolor. Hoy TAC. Se contacta con Dr. O.»*, firmado Dra. B. S. T.; el mismo día, las 23:19: *«Avisan porque el paciente está muy alterado y se quiere ir sin firmar el alta voluntaria. Se va con vía. Hora 23:20 h. Se avisa al Jefe de la guardia y se da parte»,* firmado por la Dra. L. H. C. (folios 61 y 62).

e) Informe de la Médica forense sobre la atención médica prestada al paciente, a solicitud del Juzgado de Instrucción 1 de Logroño, en las Diligencias Previas instruidas:

«...acude a Urgencias por sospecha de ingesta de cáustico, que él refiere como accidental, cuando un conocido suyo ha sustituido la metadona por otra sustancia. Entre sus antecedentes, consta el padecimiento de hepatitis C y tratamiento con metadona y Tranxilium, no consta trastorno psiquiátrico ni intentos autolíticos anteriores. Al ingreso, se realiza anamnesis, exploración clínica y diversas pruebas complementarias hasta establecer el diagnóstico de esofagitis y gastritis sugestiva de ingesta de cáusticos y se instaura el tratamiento conservador correspondiente, quedando ingresado en la planta de Digestivo como corresponde a su patología. Se le administra metadona siguiendo el tratamiento de su dependencia a opiáceos que ya llevaba con anterioridad a la patología actual. Por todo lo descrito, la actuación médica en este caso se considera correcta. El día 18/07/07, solicita alta voluntaria, a pesar de los consejos del personal sanitario. No hay constancia documental de que durante la estancia hospitalaria del informado sufriera patología psiquiátrica que le impidiera tomar decisiones válidas como sería prestar consentimiento válido para su alta hospitalaria voluntaria.

Pocas horas después de salir del hospital, se produce una precipitación, no pudiendo determinarse, por los datos de los informes, su etiología medicolegal, suicida, accidental...» (folio 77).

f)) Auto de sobreseimiento provisional y archivo de la causa dictado por el Juzgado de Instrucción num. 1 de los de Logroño, de 8 de abril de 2008 (folio 78).

Segundo

El Secretario General Técnico, por delegación del Sr. Consejero, el 17 de noviembre de 2008, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución se comunica al interesado el 19 de noviembre (notificado el 24 de noviembre), con indicación de lo establecido en la legislación del procedimiento común.

Tercero

La Instructora del procedimiento, el 19 de noviembre de 2008, solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, la información existente sobre la asistencia prestada, así como informe de los Facultativos intervinientes. Solicitud que se reitera el 21 de enero de 2009.

El mismo día, se traslada copia de la reclamación a A. R. S., en cuanto Corredor del seguro suscrito por el SERIS con Z. E., Compañía de Seguros y Reaseguros, que acusa recibo el 24 de noviembre.

Cuarto

La Gerente de Área Única remite la documentación requerida y los informes aportados por los Dres. E. A. M.; A. I. T. y B. S. D.. En lo que interesa, consta:

-Consentimiento informado de Gastroscofia en Hemorragia Digestiva, firmado por el paciente el 13 de julio de 2007 (legible F. G. fol. 93).

-Alta voluntaria correspondiente a F. G. N. (en etiqueta impresa, con datos personales), de fecha 18 de julio 2007, aparece una firma ilegible (fol.97).

-Informe de la Dra. E. A. M., que atendió al paciente fallecido en el Servicio de Urgencias, a las 01-03 del día 19-07-2007. Adjunta el Informe de Asistencias en Urgencias, en el que, entre otras cosas, consta *«AP: No conocemos antecedentes previos, la policía refiere ser politoxicómano conocido en tto.con metadora»*

-Informe del Dr. I. T. del Servicio 061: *«...Cuando llegamos, nos encontramos con una persona inconsciente, atendida por los técnicos de la ambulancia...en el suelo del parking de Gran Vía (en obras). Que daba la impresión que se había precipitado por el hueco de las escaleras (en obras) de unos 5 m. de altura».*

-Se adjunta diversa documentación de su histórica clínica (folios 20-55).

Quinto

La Instructora, mediante escrito de 24 de febrero de 2009, solicita a Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones que la Inspección médica emita informe en relación con la reclamación presentada.

Sexto

La Instructora, mediante escrito de 26 de febrero de 2009, requiere al representante de las reclamantes, y al objeto de proceder a la práctica por él solicitada, comunique *«el nombre del Facultativo que, según su escrito, le prescribió el fármaco Agreal»*. En contestación de 4 de marzo de 2009, manifiesta que *«se trata de un error involuntario por esta parte»*.

Séptimo

El 23 de marzo de 2009, la Jefa del Servicio de Prestaciones y Atención al Usuario remite informe de la Inspección médica (Dr. F. B.), en el que, tras la relación de hechos, establece las siguientes conclusiones:

«1. D. F. acudió al Servicio de Urgencias del H. San Pedro el día 13 de julio de 2007, refiriendo una ingesta accidental de cáusticos.

2. Entre los antecedentes del paciente no consta patología psiquiátrica, aunque el paciente mantiene contacto con el Ppsiquiatra Dr. S. quien supervisa su tratamiento con metadona. Esta información la facilita el propio paciente y la confirma el informe emitido por el Dr. O. que se adjunta. Tampoco constan episodios autolíticos previos.

3. La explotación, pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento de su patología digestiva fueron, a la luz de la documentación presente en el expediente, correctos.

4. Se realizó una consulta al Servicio de Psiquiatría el día 17 de julio de 2007, consulta documentada en las Notas Evolutivas, en el Informe de Alta Hospitalización y en el Informe aportado por el Dr. O. Dicha consulta consistió en un ajuste de tratamiento con metadona.

5. No hay constancia documental en el expediente de que D. F. expresara ideación autolítica en relación con el episodio de ingesta de cáusticos que culminó con su ingreso en el Servicio de Digestivo el día 13 de julio de 2007; de hecho, toda la información facilitada por el paciente indicaba el origen accidental de dicha ingesta.

6. No hay constancia documental de que D. F. exhibiera durante su estancia en el Servicio de Digestivo sintomatología psiquiátrica sugestiva de un estado mental alterado hasta el extremo de afectar a su capacidad para tomar decisiones relativas al consentimiento para permanecer hospitalizado.

7. D. F. firmó el impreso de alta voluntaria y abandonó el H. San Pedro en contra de los consejos del personal sanitario que le atendía. No se ha encontrado en el expediente incidencia alguna de actitud negligente por parte de dicho personal sanitario.

8. Si bien es cierto que D. F. sufre una precipitación al poco tiempo de abandonar el H. San Pedro, la causa de ésta no se ha establecido ni por parte de los Servicios de Medicina Legal de La Rioja ni por parte de los Juzgados de Justicia, por lo que tampoco se puede determinar una relación de causa-efecto entre el abandono del hospital y la precipitación posterior.

Por lo expuesto, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado al paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario y de cuerdo a la lex artis».

Adjunta, informe suscrito por el Dr. O., del Servicio de Psiquiatría, relativo al paciente D. F., en el que se afirma que:

«no está registrado en el Historial Clínico de este Hospital ningún informe psiquiátrico, sí figura prestación de asistencia en Consultas Externas, en el Centro de Salud Espartero, con el Dr. S., sin que figure informe al respecto, pero siendo posible que sí exista en el Centro de Salud Espartero, por lo que aconsejamos se remita solicitud de informe a dicho Centro a la Unidad de Salud Mental Espartero. En relación con el informe correspondiente a valoración psiquiátrica tras solicitud de Interconsulta por parte del Servicio de Digestivo, no se ha podido constatar informe de valoración psiquiátrica, sí está reflejada una indicación a este Servicio de adecuación de tratamiento en relación con la sustitución de metasedin por metadona 80 mg oral, al ser un paciente dependiente de opiáceos»

Octavo

La Compañía aseguradora del SERIS remite dictamen médico elaborado, para D. I & I SL, por el Dr. J. V. F., Especialista en Psiquiatría, Jefe de la Sección de Internamiento del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid. Como conclusiones, señala que: «1. El paciente fue atendido según la lex artis. 2. Fue considerado competente por los Médicos que le atendieron a la hora de firmar su alta voluntaria. 3. No se puede determinar la naturaleza de la precipitación. 4. Por lo tanto, no existe responsabilidad de la Administración».

Noveno

La Instructora da trámite de audiencia al interesado el 29 de abril de 2009, notificado el 5 de mayo, al que comparece D^a R. G. N., hermana del fallecido, que retira copia de todos los documentos obrantes.

Mediante escrito que tiene entrada en la Oficina Auxiliar de Registro Salud, el 19 de mayo de 2009, D^a R. G. N. presenta alegaciones en relación con las conclusiones del Informe de la Inspección Médica. Manifiesta literalmente:

«1. Desde el primer momento, se sospechó que el paciente hubiese intentado autolesionarse con la ingesta de cáusticos; siendo, la propia versión de los hechos que él manifestaba, dudosa y debiendo los Servicios médicos tener en cuenta para su valoración las especiales características y antecedentes del paciente. De hecho, en el listado de notas consta cómo “ha contado varias versiones sobre el suceso, así que, al final, se desconoce si ha sido una ingesta accidental o voluntaria” (folio 61 del expediente). Sólo este hecho, con sus antecedentes, debería haber motivado el examen por Psiquiatría.

2. Si en los antecedentes no consta patología psiquiátrica es porque realizaron mal la anamnesis del paciente y la búsqueda documental de antecedentes. De hecho, estaba siendo controlado en Consultas en el Ambulatorio de Nájera, tenía ingresos en el Hospital Provincial Psiquiátrico (a cargo del Dr. V. S.); y en ellos consta, o deben constar, los antecedentes familiares de suicidio (padre y tío).

3 y 4. La consulta realizada fue “a distancia”, es decir, ningún Especialista psiquiátrico examinó al paciente ni sus antecedentes, lo que supone una dejación injustificable de atención a un paciente ingresado.

5. Lo cierto es que, desde el principio, se sospecha de la posibilidad de ingesta voluntaria, como consta en las notas al folio 61 del expediente.

6. Ningún Psiquiatra le vio ni examinó; sí consta que la conversación era “incoherente” folio 61 del expediente, listado de notas. Consta que el paciente, cuando decide su alta, “está muy alterado”, folio 61 del expediente. Se admite que los Servicios que le atendían aconsejaron lo contrario ¿Cómo es que no se optó porque lo examinara un Psiquiatra? Parece que estaban más preocupados en que firmara el alta voluntaria.

7. Lo cierto es que la firma que figura en el impreso, folio 97, ni se parece a la del paciente, pudiéndose leer incluso “el Secretario...ilegible”

Solicita, además, nuevas pruebas documentales y periciales.

Décimo

La Instructora, el 3 de junio de 2009, formula Propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicitan, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Remitida la Propuesta de resolución para informe de los Servicios Jurídicos, éstos informan favorablemente la desestimación el 16 de junio de 2009.

Antecedentes de la Consulta

Primero

Por escrito de 24 de junio de 2009, registrado de entrada en este Consejo el día 2 de julio de 2009, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 2 de julio de 2009, registrado de salida el día 3 de julio de 2009, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto, pero no resulta aplicable al supuesto dictaminado por tener que atender, según la doctrina mantenida por este Consejo a raíz de la modificación operada por la citada Ley 4/2005, de 1 de junio, a la norma vigente al tiempo de concluir el trámite de audiencia. Al ser la cuantía de la reclamación superior a 600 euros, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (Dictamen 23/98, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4º.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios ni constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, desarrolladas por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, no son derechos absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas por el sistema sanitario público, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos y, en casos como el presente, las consecuencias del ejercicio de la autonomía personal del paciente (art. 2.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), manifestación de su «*derecho a decidir libremente*» (art. 2.3 de la misma Ley), que tiene relevancia al aplicar los criterios de imputación del daño.

Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo y por lo general, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y *no de resultados*, dado que no es posible garantizar de manera absoluta la curación y sanidad de los pacientes o impedir la legítima autonomía personal del paciente fundada en un consentimiento informado frente a tratamiento contrarios a la dignidad humana. De manera que –como hemos señalado en múltiples dictámenes- siempre que la Administración sanitaria haya puesto los medios necesarios de acuerdo con los protocolos de actuación y sus profesionales actuado de conformidad con la *lex artis ad hoc* no será posible imputar a la Administración el daño generado por la prestación sanitaria o por la renuncia consciente e informada a seguir el tratamiento prescrito (art. 21.1 de la Ley 41/2002).

Tercero

La inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso

En el presente caso, estaríamos –según el escrito inicial de las reclamantes- ante *«una falta de asistencia al enfermo»*, un *«deficiente cuidado del paciente»*, puesto que, *«ante la sospecha de un intento de suicidio inmediato, al presentar un episodio grave de desorden de conducta (solicita el alta voluntaria, se va con la vía puesta, se presenta muy alterado), no se procede a la evaluación del paciente por personal cualificado – Psiquiatría- a fin de conocer si está capacitado en ese momento para tomar una decisión tan grave. Incluso poniendo en funcionamiento las previsiones legales que existen para estos casos, como el internamiento forzoso»*. En conclusión, la muerte de D. F. se produjo, según las reclamantes, por (mal) funcionamiento del servicio público. En sus alegaciones, redundan en la idea de una desatención médica.

Según la Propuesta de resolución, el daño alegado (fallecimiento a consecuencia de una caída, acaecida al poco tiempo –apenas una hora– de solicitar el alta voluntaria hospitalaria) no cumple los requisitos para que pueda ser imputado a la Administración, pues no concurre la relación de causalidad necesaria (a) ni el daño es antijurídico (b).

a) Las reclamantes señalan como motivo del fallecimiento el suicidio, que relacionan con la falta de diagnóstico y tratamiento de la supuesta patología psiquiátrica que el paciente padecía. Sin embargo, tales afirmaciones no están probadas, sino apoyadas en meras afirmaciones y suposiciones, faltas de prueba. Del historial clínico, no es posible asegurar que el fallecimiento fuera consecuencia de un suicidio en vez de un accidente, ya que no existe testifical, ni constancia de patología psiquiátrica o antecedentes autolíticos, como corroboran los informes médicos y resulta de las actuaciones judiciales obrantes en el expediente. Aun admitiendo la hipótesis del suicidio, no existe nexo entre la actuación del Servicio y el fallecimiento, pues la solicitud de alta voluntaria (haciendo caso omiso a las prescripciones de los Facultativos) libera a la Administración de toda responsabilidad. Ante la acreditada *«voluntad del paciente de abandonar el hospital»*, carece de relevancia la discusión sobre la firma del documento de Alta que constituye un trámite para dejar constancia de que *«el paciente no acepta el tratamiento que se le propone y que se recoge en el informe de alta que se realiza, pero en el supuesto de que se hubiera negado a firmar el alta voluntaria el personal del hospital no hubiera podido obligarle a que lo hiciera ni a permanecer ingresado en contra de su voluntad»*. Para la Propuesta de resolución, el paciente ejerció su derecho de no aceptar el tratamiento prescrito, por lo que la decisión de marcharse *«no es imputable a la asistencia prestada»*. Además, existe un elemento ajeno al buen hacer de los Facultativos determinante del daño, relativo a los supuestos antecedentes psiquiátricos padecidos por D. F. y de los que en ningún momento ha quedado constancia, y es que *«tanto el paciente, como la familia del mismo (son) quienes no hacen referencia alguna a dichas patologías en el momento del ingreso, hecho que supondría la ruptura del hipotético nexo causal, puesto que impediría a los Facultativos tratar al paciente correctamente»*.

b) El daño no es antijurídico, pues en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, la adecuación de los Facultativos a la *lex artis* determina la imposibilidad de imputar el daño a la Administración. Y en el presente caso, esa actuación ha sido conforme a la *lex artis*, pues a la vista de la sintomatología digestiva, no estaba indicada la atención por el Servicio de Psiquiatría; no constan antecedentes psiquiátricos del paciente en su historial; ni presentó, durante su ingreso, sintomatología de enfermedad psiquiátrica.

Expuestas las posiciones de las reclamantes y de la Administración y para su adecuada valoración, este Consejo Consultivo debe partir del Auto de sobreseimiento y archivo de la causa, dictado por el Juzgado de Instrucción núm. 1 de los de Logroño, en las Diligencias Previas 2604/2007, tramitadas en virtud de denuncia criminal presentada por los ahora reclamantes en este procedimiento administrativo. La denuncia pretendía esclarecer *“si existió algún tipo de negligencia en el cuidado del paciente durante su ingreso del 13 al 18 de julio del 2007, especialmente en su última etapa, ya que, con el antecedente de intento de suicidio y el hecho de que el paciente se suicidara nada más salir del hospital, hubo la suficiente y adecuada atención al paciente y puesta en funcionamiento de todos los mecanismos para preservar su salud”*. Pues bien, tras el informe de la Médica Forense en los términos referidos en el Antecedente de Hecho Primero, el Juez dictó el Auto de sobreseimiento, dado que *«no aparece debidamente justificada la perpetración del delito que ha dado motivo a la formación de la causa»*. Esto es, que no ha existido la alegada negligencia profesional merecedora de sanción penal en la atención asistencial prestada a D. F. en el Hospital *San Pedro* del SERIS.

Las reclamantes, excluida esta responsabilidad penal, sostienen en su escrito inicial que existe responsabilidad administrativa *“por deficiente cuidado del paciente”*. Pero estas deficiencias en modo alguno pueden referirse a los aspectos asistenciales médicos o terapéuticos, cuestión resuelta en la vía penal, cuyo pronunciamiento exculpatario determina que no pueda imputarse daño alguno a la Administración desde esta perspectiva.

Ese «deficiente cuidado» no puede referirse sino al funcionamiento del sistema de guarda y custodia de los pacientes en tanto están ingresados en el establecimiento sanitario, aspecto distinto del asistencial médico, aunque pueda tener relación con él, pues los estándares o protocolos de custodia y cuidado que debe seguir el Servicio sanitario con los pacientes internados, habrán de adecuarse a las características o patología de los pacientes. Es el caso, por ejemplo, de los pacientes con trastornos psiquiátricos ingresados en Unidades o plantas específicas con sistemas de acceso y salida controlada, cuyo defectuoso funcionamiento puede dar lugar a responsabilidad administrativa (como hemos apreciado en los Dictámenes 48/2001 y 13/2009).

Pues bien, para las reclamantes, la guardia y custodia que la Administración sanitaria debió aplicar a D. F. debía haber sido la correspondiente a una persona con trastornos psiquiátricos, como correspondía a un intento de suicidio y a los antecedente de su historial. Sin embargo, esas afirmaciones no se corresponden con los hechos

acreditados en el historial médico, ni con la sintomatología y conducta del paciente durante su ingreso hospitalario, salvo su consideración de paciente sometido a tratamiento con metadona, razón por la que fue debidamente internado en el Servicio de Digestivo, como consecuencia de la gastritis sugestiva de ingesta de cáusticos. Si son ciertas las dudas de si la ingesta fue voluntaria o accidental, el comportamiento tenido por el fallecido durante los cinco días siguientes en modo alguno denotan un trastorno psiquiátrico que requiriese medidas de contención física, química o farmacológica o, cuando solicita el alta voluntaria, de internamiento forzoso, pues su conducta fue normal, como corresponde a su condición de toxicómano sometido a tratamiento con metadona.

En modo alguno ha existido mal funcionamiento del servicio al no calificar adecuadamente la patología sufrida por D. F., como consecuencia de no haber tenido en cuenta sus antecedentes psiquiátricos, incluso los antecedentes familiares de suicidio de su padre y un tío (de imposible conocimiento al no constar antecedentes psiquiátricos distintos de la toxicomanía padecida, salvo advertencia expresa del interesado o sus allegados), pues la sintomatología de la que fue tratado en el Servicio de Urgencias se explica por la ingesta objetiva de cáusticos, y si fue voluntaria (como afirman las reclamantes), este extremo no suele ser advertido por el propio interesado y no consta que sus familiares directos (las citadas reclamantes) pusieran en conocimiento de los Facultativos esos antecedentes, en las ocasionales visitas o acompañamiento permanente que es presumible hicieran durante su ingreso.

En consecuencia, a la vista de la sintomatología padecida y de la conducta hospitalaria del paciente no estaba justificada otra actuación asistencial que la prestada, sin que interfiriera en la valoración de la misma, el desgraciado resultado del fallecimiento de D.F., al poco tiempo de salir del Hospital, tras solicitar y firmar el Alta voluntaria, pues tampoco existen pruebas de si la caída fue voluntaria o accidental.

Por lo demás, ha quedado aclarado en el procedimiento que la “consulta a Psiquiatría” que consta en el listado de Notas (folio 61) no estaba pensada para una exploración psiquiátrica del paciente fallecido (como interpretan los reclamantes), sino simplemente para ajustar la dosis farmacológica administrada (sustitución de metasedin por metadona 80mg. oral), como así se hizo.

Sólo resta por examinar la incidencia del alta voluntaria solicitada por el fallecido como elemento que quiebra el imprescindible nexo causal entre el funcionamiento del servicio y el daño supuestamente causado. Según el relato fáctico documentado por la Médico que redacta el informe de Alta voluntaria: *«el día 18 a las 23:00, el paciente avisa que quiere irse de alta voluntaria, ante lo cual el personal sanitario intenta convencerlo de que requiere cuidados del hospital, a pesar de ello el paciente posteriormente firma alta voluntaria y sale del hospital»*, firmado por la Dra B. S. el día 24 de julio de 2007 (folio 58); relato coincidente con el que aparece recogido en el Listado de Notas Evolutivas del día 18 de julio, las 23:19 (fecha de creación), donde consta que *«avisan porque el paciente está muy alterado y se quiere ir sin firmar el alta voluntaria. Se va con*

vía. Hora 23:20 h. Se avisa al Jefe de la guardia y se da parte», firmado por la Dra. L. H. (folio 62).

Para valorar este hecho, hemos de acudir a lo dispuesto en el art. 21.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre citada, de acuerdo con el cual *«en caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley...»*.

En el presente caso, el paciente fallecido manifiesta simplemente que quiere irse. Este comportamiento debe interpretarse como la no aceptación del tratamiento prescrito, en cuyo caso, *«se propondrá al paciente o usuario la firma el alta voluntaria»*. En el presente caso, consta, como afirma la Dra. B. S. y pese a la advertencia del personal de requerir cuidados del hospital, la firma del Alta por D. F. (folio 59 repetida en el folio 97), lo que, en principio, supone la ruptura del nexo causal del inmediato daño que desgraciadamente habría de producirse poco tiempo más tarde como consecuencia de la caída por el vacío de unas escaleras de un aparcamiento en construcción en la Avda. G. V.

Las reclamantes, sin embargo, en el trámite de alegaciones, manifiestan que la firma que aparece en el impreso de Alta voluntaria no se corresponde con la que consta en el Documento Nacional de Identidad de D. F., cuya copia adjuntan para que se cotejen ambas. No consta en el expediente que se haya ampliado la prueba sobre este particular, sino que la Administración ha dado por acreditado que la firma y rúbrica extendida en el Alta voluntaria los realizó D. F., como manifiesta en su informe de Alta la Dra. B. S., apreciación que (con ser evidente que una y otra firma son distintas) goza de la presunción de validez y veracidad al estar incorporada a un documento público, presunción *iuris tantum* que admite prueba en contrario. Las reclamantes se han limitado a manifestar que esa no era la firma habitual de D. F., pero no han acreditado –y la carga de la prueba en materia de responsabilidad incumbe a quien reclama– que esa firma y rúbrica (parece leerse “El Secretario...” siendo lo que sigue ilegible) no fue realizado por D. F.

A la vista de lo razonado, este Consejo Consultivo entiende que la firma del Alta Voluntaria quiebra el nexo causal, pues las consecuencias lesivas que fatalmente se produjeron son consecuencia de la autonomía de la voluntad del paciente (art. 2.1 Ley 41/2002), que tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada (como exige el art. 2.3 de la misma ley, y consta acreditado que se hizo). En consecuencia, el daño alegado no es antijurídico y los reclamantes carecen de título jurídico para imputar el daño a la Administración.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. C. G. M., en nombre y representación de D^a F. N. G., D^a R. G. N. y D^a M. P. Ga. N., por los daños y perjuicios provocados por el fallecimiento de D. F. G. N., su hijo y hermano respectivamente, por no ser imputable el daño a la Administración sanitaria.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero