



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha de registro de entrada de 23 de abril de 1998, D. J. C.M.A., en representación de D^a M.M.J.C., presenta reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida a la Consejería de Sanidad y Política Social por el fallecimiento de su compañero sentimental D. R.V.C., acaecido el día 24 de abril de 1997 en el Hospital General Universitario de Murcia, adscrito al Servicio Murciano de Salud, que basa en la, a su juicio, indebida asistencia proporcionada al mismo y, en concreto, a una dejación del deber de vigilancia del posteriormente fallecido en atención a las concretas y especiales circunstancias en que se produjo su ingreso, con un trastorno psíquico que debió haber justificado una mayor vigilancia de su comportamiento, lo que hubiera evitado su muerte al lanzarse por una ventana de dicho Hospital.

Reclama por los daños sufridos la cantidad de dieciséis millones de pesetas basándose en su ponderación de las circunstancias del caso. Adjunta a su instancia el poder de representación, documentación relativa a la relación de convivencia de su representada con el fallecido y al historial clínico de éste en el citado Hospital.

SEGUNDO.- Con fecha 14 de mayo de 1998, el Presidente del Consejo de Administración, por sustitución del Gerente, del Servicio Murciano de Salud, solicita de la Dirección de los Servicios Jurídicos un informe acerca de la legitimación de la reclamante, en razón de su convivencia de hecho con el fallecido.

TERCERO.- Sin perjuicio de lo anterior, el 19 de junio siguiente se dicta resolución admitiendo a trámite la reclamación, designando al Servicio Jurídico del citado Ente como instructor del expediente, que procede seguidamente a dar traslado de aquélla al Director Médico del Hospital, requiriéndole copia del historial clínico del fallecido; igualmente dió traslado al Director General Asistencial del Servicio Murciano de Salud y a la entidad S.S.L.

CUARTO.- Mediante diligencia de 26 de junio de 1998, se hace constar que se traen al expediente diversos documentos correspondientes a la información reservada practicada en su día a resultas del accidente en cuestión, que concluyó en un informe del Servicio Jurídico-Administrativo del Servicio Murciano de Salud en el sentido de estimar la inexistencia de responsabilidad del Ente.

QUINTO.- Remitida la historia clínica del fallecido, el representante de la actora presenta escrito en el que manifiesta que las pruebas de que intenta valerse en el expediente son la documental, constituida por lo acompañado en su día con su instancia, por copia de la Sentencia nº287, de 20 de mayo de 1998, del Juzgado de Instrucción nº3 de Murcia, que ahora presenta, en la que, por un accidente de tráfico sufrido en su día por el fallecido, se condena al responsable del mismo a indemnizar a la menor A.V., hija de aquél, en la cantidad de 734.690.- ptas., y a la aquí reclamante, D^a M.M.J.C., como compañera sentimental, *"equiparada por el baremo a la legítima esposa"*, en otras 734.690.- ptas., debiendo detraer de dichas cantidades, al cincuenta por ciento, los gastos soportados por D. A.V.G., padre del fallecido.

SEXTO.- Mediante oficio de 1 de septiembre de 1998, la instructora notifica a la reclamante, pero no a la entidad S.S.L., la apertura del trámite de audiencia por un plazo de diez días para

la presentación de alegaciones y los documentos que se estimasen pertinentes, lo que es evacuado por aquélla mediante escrito registrado de entrada el 11 de septiembre siguiente.

SÉPTIMO.- Con fecha 24 de septiembre de 1998, la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, que es remitida a la Dirección de los Servicios Jurídicos para la emisión del preceptivo informe.

OCTAVO.- Evacuado el mismo en el sentido de estimar la existencia de responsabilidad del Servicio Murciano de Salud, no obstante apreciar excesiva la indemnización solicitada, es remitido el expediente a este Consejo Jurídico para la emisión del preceptivo dictamen, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/97, de 19 de mayo.

NOVENO.- Este Consejo Jurídico, en sesión celebrada el día 25 de enero de 1999, emitió el Dictamen nº 5/99 que concluyó con el siguiente tenor literal:

"Por todo lo expuesto, procede que, con carácter previo a la emisión del dictamen sobre el fondo del asunto, se verifique la existencia de entidad aseguradora indiciariamente deducida del expediente remitido y, en su caso, darle traslado directa y personalmente del mismo, otorgándole trámite de audiencia para que deduzca las alegaciones y pruebas que a su derecho convenga o, en su defecto, comunicar a este Consejo la inexistencia de póliza aseguradora por los hechos objeto del presente expediente, así como emplazar personalmente a la hija del fallecido, cuya existencia se desprende del expediente, para que, por sí misma o su representante legal, pueda hacer uso de su derecho de audiencia, comunicando todo ello y las actuaciones subsiguientes al reclamante".

DÉCIMO.- En atención a lo anterior, la Consejería procedió a emplazar a la Compañía S.Z., con la que tenía suscrita una póliza de aseguramiento por los daños causados por el funcionamiento de los servicios sanitarios del Hospital en el que acaeció el suceso, evacuando el trámite dicha aseguradora oponiéndose a la pretensión indemnizatoria al considerar no acreditada la legitimación activa de la reclamante y, en todo caso, por estimar, al igual que la propuesta de resolución, que el fallecimiento fue un acto fortuito del enfermo, al que se le dispensó la atención necesaria, por lo que no hay nexo de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y la muerte del Sr. V.C.

Por otra parte, emplazada la hija del fallecido, se persona su madre en su representación presentando escrito en el que, sin oponerse a la pretensión de la reclamante, formula a su vez otra, por los mismos hechos y por importe de 5.337.000 ptas.

UNDÉCIMO.- Con fechas 21 de abril y 11 de mayo de 1999 se remiten sendos oficios al representante legal de la reclamante en los que se comunica la presentación de los escritos de las partes personadas, sin formular alegación alguna al respecto.

DUODÉCIMO.- Efectuado lo dispuesto por el Dictamen, no se remitió lo actuado al Consejo Jurídico porque por Auto nº 32/99, de 13 de enero, de la Sala Primera de la Audiencia Provincial de Murcia, se revocó el Auto de archivo de 18 de junio de 1997, del Juzgado de Instrucción nº 4, de las Diligencias Previas nº 1602/97, que se instruyen por la muerte de D. R.V.C., Auto que tuvo su entrada en el Servicio Murciano de Salud el 29 de abril de 1999 y que dio lugar a la Resolución del Director Gerente del Ente por la que se suspendía la tramitación administrativa del expediente de reclamación patrimonial nº 40/98, hasta que se resolvieran las citadas Diligencias Previas reabiertas, lo que fue notificado a todas las partes.

El día 10 de julio de 1999 tuvo entrada en el Servicio Murciano de Salud el Auto del Juzgado de Instrucción nº 4 de Murcia de 10 de junio de 1999, por el que se archivaban las Diligencias Previas nº 1602/97, por lo cual el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó Resolución de 22 de julio de 1999, por la que acordó el levantamiento de la suspensión de la tramitación del expediente de reclamación patrimonial y su continuación en el momento procedimental en que se encontraba cuando se acordó la suspensión, lo que se comunica a las

partes interesadas.

DÉCIMOTERCERO.- El 22 de julio de 1999 la instructora del expediente emite informe en el que, tras relatar las incidencias surgidas después del dictamen del Consejo Jurídico, se ratifica en la propuesta de resolución desestimatoria formulada en su día, tras lo cual, mediante oficio registrado de entrada en este Organismo Consultivo el 30 de julio de 1999 se reciben las actuaciones correspondientes para la emisión de Dictamen que proceda.

A la vista de lo anterior es procedente realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

La pretensión indemnizatoria formulada por la reclamante, fundada en la responsabilidad patrimonial por daños causados por el funcionamiento de los servicios sanitarios prestados a su compañero sentimental en el Hospital General, adscrito al Servicio Murciano de Salud de esta Administración Regional, motivan que el presente Dictamen tenga carácter preceptivo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12.9 de la Ley 2/97, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Cuestiones procedimentales.

La tramitación seguida en el procedimiento objeto de Dictamen, que se rige, en lo sustancial, por lo establecido en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, ha de considerarse correcta una vez se cumplimentó lo indicado en nuestro anterior Dictamen nº 5/1999, de 25 de enero, en relación con el emplazamiento de determinados interesados.

Tras ello, su posterior suspensión y reanudación debido, sucesivamente, a la reapertura de las diligencias penales y definitivo archivo, hubiera justificado que se oficiara al correspondiente Juzgado para que remitiera las actuaciones de instrucción complementariamente realizadas, pues, como hemos dicho en anteriores Dictámenes, es un material probatorio muy útil para la más adecuada resolución del expediente. No obstante, ninguna de las partes lo solicitó, ni fue el parecer de la instructora, por lo que, a la vista de las actuaciones remitidas y la duración del procedimiento, no se considera imprescindible la incorporación de esas actuaciones, procediendo ya dictaminar sobre el fondo de la pretensión indemnizatoria.

TERCERA.- La pretensión deducida y su fundamento.

La reclamante solicita la cantidad de dieciséis millones de pesetas en concepto de daño moral o "*pretium doloris*" que le causó el fallecimiento de su compañero sentimental D. R.V.C. en las dependencias del Hospital General. Alega de un lado, y por lo que respecta a su título de pedir, que su relación era análoga a la de cónyuge, para lo que presenta diversa documentación: certificado municipal de convivencia, empadronamiento en el mismo domicilio, diversas pólizas de seguros en las que aparecen ambos como tomador y beneficiario, libreta de ahorros conjunta y documentación que acredita el uso compartido de diversos bienes como vehículo, domicilio y lugar de trabajo. Asimismo, consta en el expediente la Sentencia de 20 de mayo de 1998 del Juzgado de Instrucción nº 3 de Murcia, en la que se reconoce a la reclamante una indemnización de 734.690 ptas. por los daños derivados de un accidente de tráfico que había sufrido anteriormente el fallecido, y se la equipara a estos efectos indemnizatorios con el cónyuge.

Frente a ello, la compañía de seguros impugna la documentación mencionada por ser fotocopias y, en definitiva, le niega legitimación activa a la reclamante.

A este respecto cabe indicar que la valoración de la prueba en el procedimiento administrativo es función del instructor, que no ha dudado de la veracidad de tal documentación. Por nuestra parte, consideramos que la misma acredita suficientemente la relación de convivencia análoga a la conyugal, especialmente por la prueba cualificada que supone que en un proceso penal se

haya reconocido ya tal circunstancia. Si bien podría procederse al cotejo de las citadas fotocopias con los originales, no hay indicios que permitan dudar de su autenticidad, por lo que entendemos que la cuestión de la legitimación ha de resolverse en sentido afirmativo. De igual modo que lo relativo al plazo de ejercicio de la acción, al haberse presentado dentro del plazo de un año desde que se produjo el fallecimiento, conforme con lo establecido en el artículo 142.5 LPAC.

Por lo que atañe al fundamento material de la pretensión, éste consiste en la imputación a los servicios sanitarios de cierta negligencia en el tratamiento de D. R.V., por no haberle prestado la vigilancia especial que demandaba su estado mental perturbado, vistos sus antecedentes próximos de autoagresión y su historial clínico.

A juicio de la reclamante esto hubiera justificado sin más, y sin necesidad de determinar si el salto por la ventana de su compañero fue con intenciones suicidas o de autolesión, que la vigilancia hubiera sido superior a la dispensada a un paciente sin esa patología. Se imputa, pues, un funcionamiento anormal del servicio público, una especie de culpa *in vigilando* o *in omittendo* de los servicios sanitarios o de seguridad del Hospital.

Destaca, en fin, en la reclamación la ausencia de motivación en la valoración de los daños, citando al respecto diversas sentencias del Tribunal Supremo en las que se expone su doctrina referente a la dificultad de valorar el daño moral, por su esencial componente subjetivo que escapa de toda objetivación mensurable y que la cifra debe venir motivada por una ponderación razonable de las circunstancias del caso, situándose en el plano de la equidad.

CUARTA.- La relación de causalidad entre el daño producido y el funcionamiento del servicio público. Planteamiento general.

Como ha dicho el Consejo de Estado en asuntos análogos, la imputación de negligencia en cuanto a la falta de seguimiento del interno, no proporcionándole el tratamiento psiquiátrico adecuado a su patología, denuncia una inactividad de la Administración, similar a la que, sobre supuesto próximo, ha determinado alguna reflexión del Tribunal Supremo que conviene ahora recordar. El planteamiento del artículo 139.1 LPAC, similar en este punto al antiguo artículo 40.1 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 1957, "exigente, por su propia definición, de una actuación de carácter positivo", lleva, en hipótesis como la presente, al terreno de la relación causal, y a "lo que, con acierto, ha distinguido la doctrina de los autores y ha tomado en consideración al menos implícitamente, la jurisprudencia de este Tribunal Supremo, como supuesto de "no funcionamiento", de una actitud pasiva o inactiva de la Administración, constituida por una falta de vigilancia cuando ésta resulta especialmente demandada por las excepcionales circunstancias del caso, por más que ello no incida en la culpa o negligencia que se concibe como causa de imputabilidad en las esferas penal y civil...", tratándose "tan sólo de corroborar si, abstracción hecha de tal condicionamiento, existió o no el simple descuido, desentendimiento o despreocupación por el posible hecho lesivo que la actitud de omitente acarrearía, bastando con ello para que se establezca el nexo causal entre la pasividad y el perjuicio" (STS 15-7-1991 (Sala 3ª), que recuerda, entre otras, la STS 12-3-1975 (Sala 3ª).

Asimismo, el Consejo de Estado *"ha llamado la atención acerca de que será erróneo desprender del deber de vigilancia y cuidado impuestos a la Administración la responsabilidad por todo lo que ocurra, en cuanto ahora interesa, dentro de los Centros Sanitarios, debiendo ponderarse, en todo caso, las circunstancias concurrentes. Y resulta aleccionador comprobar que en cada uno de los supuestos condenatorios, quíere-se decir afirmativos por los Tribunales de la responsabilidad administrativa, se han destacado connotaciones o elementos específicos o singulares que han llevado a afirmar la relación causal y consagrar aquella responsabilidad"*(dictamen núm. 2699/95, Sección 7ª, 1-2-96).

En este sentido, son circunstancias a considerar para la resolución de nuestro caso el historial clínico del paciente, su estado mental, el grado de voluntariedad que poseía y la conducta observada por el mismo con anterioridad al daño producido, ya sea en su estancia en el hospital como fuera de él, ponderando la importancia de dichos antecedentes en atención a su proximidad con el suceso para determinar hasta qué punto justificaban la necesidad de adoptar mayores medidas de vigilancia y cuidado sobre el enfermo que, razonablemente, debieron ser adoptadas por el centro. Se trata, claro está, como ha reiterado la Jurisprudencia, de determinar la obligación de medios y no de resultado, de la Administración Sanitaria, lo que lleva a determinar si los síntomas del enfermo hubieran requerido una vigilancia superior a la dispensada y más adecuada a los riesgos que podían ser previsibles según la "*lex artis*" aplicada a la patología del mismo.

Es claro, pues, que se impone un análisis de los hechos, historial clínico e informes, que se desprende de la documentación que se nos ha remitido.

QUINTA.- Los hechos y el informe médico sobre el suceso.

El informe-atestado del Inspector Jefe de la Policía Judicial adscrita a Tribunales, obrante en el expediente, expresa:

"Se ha comprobado que efectivamente R.V.C.,(...), cuando le estaban efectuando un electroencefalograma en el departamento correspondiente, ubicado en la segunda planta, se ha sentido mal, con mareos y ha procedido a echarse un poco de agua en la cara y acto seguido, con la estupefacción de médico y enfermera, se ha subido a una pequeña ventana abierta y se ha precipitado al vacío sin que pudieran impedirlo. Estaba siendo atendido por el doctor F.B.A. especialista en neurofisiología clínica y la auxiliar de clínica F.G.G., testigos presenciales del hecho.

Se da la circunstancia que, el fallecido, se encontraba preso bajo custodia policial en la planta quinta del Hospital y que, sobre las 12,50 horas, se le retiró dicha custodia en virtud de comunicación escrita del Centro Penitenciario de Sangonera en base al hecho de haber pasado al tercer grado. Al quedar en libertad se hizo cargo del mismo el celador A.R. que procedió a trasladarlo a la segunda planta para realizarle las pruebas médicas que, por su estado, tenía prescritas. Dicho celador lo dejó en el Departamento citado donde poco después, sobre las 13,00, se produjo el hecho.

Efectuada inspección ocular en dicho Departamento, el cual quedó cerrado a raíz de lo acontecido, se comprueba que está formado por dos salas de reducidas dimensiones, una antesala con mesa despacho que comunica con otra, con visión a través de un cristal y en donde se encuentran los instrumentos y máquina precisa para practicar encefalogramas. En esta segunda sala, donde se encontraba el fallecido, se observa un sillón colocado debajo de una ventana de reducidas dimensiones con señales evidentes de haberse subido a dicho sillón al observarse huellas de pisadas en la sabana blanca que recubre el sillón. Dicha ventana da a un patio interior y tiene una altura aproximada de quince a veinte metros. En el quicio de dicha ventana se encontraba un zapato propiedad de la víctima.."

Por su parte, el informe clínico de fecha 25 de abril de 1997, emitido por los doctores N., G.P. y B., facultativos del Hospital General, a instancia de la Dirección Médica del mismo, señala lo siguiente:

"Paciente de 37 años que ingresa en el Servicio de Urgencias de esta Hospital el día 20 de abril, remitido desde el Centro Penitenciario de Murcia tras haber ingerido dos cuchillas de afeitar y los cristales rotos de unas gafas. Es valorado de urgencias conjuntamente por los Servicios de Cirugía y Psiquiatría, decidiéndose su ingreso en la unidad de detenidos situada en la 5ª planta de este hospital.

Como antecedentes personales presenta:

1. Consumo anterior de cocaína.
2. Apendicectomía hace 20 años.
3. Úlcus péptico hace 5 años.
4. Accidente de tráfico en enero de este año con traumatismo facial sin fracturas craneales y sin pérdida de conocimiento ni amnesia peritraumática.
5. Remitido para valoración psiquiátrica desde el Centro Penitenciario, con ingreso en unidad de detenidos el día 2 de abril, tras episodio de agitación psicomotriz. Durante su ingreso, consciente y orientado, no se aprecian alteraciones de la esfera afectiva, criticando las supuestas ideas delirantes que comentaba al inicio del ingreso y no presentando otras alteraciones psicopatológicas. EEG informado de presencia de signos muy discretos de sufrimiento cerebral sobre regiones temporales izquierdas, sin repercusión clínica. Se inició tratamiento neuroléptico a dosis bajas presentando reacciones extrapiramidales que llevan a la suspensión del tratamiento neuroléptico, manteniendo el tratamiento ansiolítico. Al permanecer asintomático, es remitido al centro penitenciario con la sospecha de haber padecido un cuadro reactivo de características paranoides con la advertencia de volver a remitirlo si aparecieran nuevos síntomas psiquiátricos.

La exploración psiquiátrica al ingreso, el día 20 de abril: Consciente y orientado, lúcido y coherente; refiere no estar deprimido, encontrándose eutímico, sin ganas de llorar, aunque la facies es triste y el contacto malo; relaciona la ingesta de esos objetos con su internamiento forzoso, criticando su acción y admitiendo que no quería matarse, por lo que el psiquiatra de guardia que realiza la primera valoración lo diagnostica de "gesto autolítico" (al no haber finalidad suicida en el hecho) y recomendando su ingreso para valorar un posible cuadro depresivo. No refiere intentos autolíticos previos.

El día 21 de abril, ya ingresado, en la unidad de detenidos, es valorado nuevamente desde el punto de vista psicopatológico; el paciente aparentemente no presenta sintomatología estructurada de tipo psicótico ni depresivo, reconoce haber consumido cocaína y haber tenido sintomatología referencial, aunque no quiere hablar sobre ello. El discurso es muy críptico y en cierta medida receloso, intuimos que pueda presentar una ideación de tipo referencial.

Solicitamos test de Rorschach para confirmar posible cuadro psicótico y estudio electroencefalográfico por los antecedentes de traumatismo craneoencefálico.

En los días siguientes se muestra más colaborador, expresando su "miedo a que lo tomen por loco" y refiriendo preocupación por todo lo que le está pasando, aunque no llega a manifestarse claramente una ideación delirante estructurada. Niega en todo momento la finalidad autolítica de la ingesta de los cristales o el padecer ideas suicidas. Comenta que tras el alta del ingreso anterior, se encontraba bien en el centro pero que los días previos a este ingreso se notaba presionado, teniendo problemas de sueño pese al diazepam que tomaba.

Se inició tratamiento con ansiolíticos y neurolépticos a dosis bajas para ir aumentando la dosis en función de la tolerancia del paciente. El día 24 de abril, se nos comunica que el paciente se ha precipitado al vacío desde una ventana después de realizársele el EEG solicitado; durante ese día su comportamiento fue absolutamente normal, tanto durante la realización de las pruebas a las que fue sometido (radiología, test de Rorschach) como durante el traslado a Neurofisiología, no observando el personal que tuvo contacto con él ningún comportamiento extraño. Las características del hecho nos hacen pensar en que el suicidio fue un "acto en cortocircuito", ya que en ningún momento el paciente refirió intención suicida: La impresión clínica global, una vez conocidos los resultados de Electroencefalograma (sin hallazgos patológicos) y del test de Rorschach, es que el paciente presentaba ciertos rasgos de personalidad de carácter paranoide (rigidez afectiva y cognitiva, impulsividad, propensión a aislarse, distante en sus contactos interpersonales, etc). no puntuando en los índices de

Depresión o Esquizofrenia".

El dictamen médico, pues, afirma que, como los antecedentes que tenía no eran suicidas, se trató de un "*acto en cortocircuito*". Aun cuando los facultativos no lo dicen expresamente, la instrucción extrae de todo ello que el suceso fue completamente imprevisible, en cuanto los síntomas no hacían imaginar el suicidio, lo que justifica, en su criterio, la exoneración de responsabilidad de la Administración.

A pesar de que el informe médico no es, a nuestro juicio, todo lo preciso que el caso requiere, es evidente que, dado su carácter técnico, no podemos cuestionar las valoraciones estrictamente médicas, que no han sido desvirtuadas por la reclamante, que no solicitó a la instructora un dictamen pericial independiente. De este modo, el contraste entre la opinión de los facultativos que atendieron al enfermo y otros profesionales ajenos al caso no se ha producido en esta vía administrativa, quizá por la creencia (por otra parte habitual), de que ello es más conveniente en una posterior y eventual sede jurisdiccional. Con ello, se priva a la Administración y a este Órgano Consultivo de la posibilidad de una más completa y adecuada valoración de las circunstancias del caso y, además, se desaprovecha una excelente posibilidad de dilucidar la cuestión en sede administrativa, pues el valor de una prueba pericial independiente practicada en el procedimiento administrativo sería el mismo que si se practicara en sede judicial. Todo ello no obsta, claro está, para que debamos analizar y valorar los hechos y las pruebas obrantes en el expediente de acuerdo con las reglas de la sana crítica.

SEXTA.- Los antecedentes clínicos del paciente.

Sin perjuicio de lo expresado en el informe anterior, la determinación de una cuestión jurídica, como es la posible responsabilidad administrativa, pasa por el examen de los antecedentes clínicos del paciente:

1) Ingreso del 2-4-97

Según la hoja de admisión de urgencias y la hoja de consultas externas del Hospital, el interno atravesó con la cabeza una puerta de cristal tras escapar de la enfermería de la cárcel. En la segunda de las hojas citadas se dice que saltó por una ventana y después se produjo la rotura de los cristales. Aparece también una frase entrecomillada, previsiblemente achacable al mismo, que dice: "*Me váis a envenenar*". El diagnóstico de alta, según el informe de 14-4-97, es que el enfermo ha sufrido un cuadro de agitación psicomotriz, debido a las malas relaciones con algunos compañeros de prisión y que sus declaraciones sobre que algo le podía pasar, y que se sentía perseguido y vigilado, llevaban a la conclusión de que había tenido una reacción paranoide, recomendando su reingreso en caso de nuevas alteraciones psiquiátricas.

2) Ingreso del 20-4-97

El informe del facultativo de la prisión manifiesta que el interno tiene insomnio a pesar de estar medicado. Se le ha observado con inquietud antes de la ingesta de dos cuchillas de afeitar y cristales rotos de gafas, por lo que se le envía al Hospital.

Como se trata de un recluso, viene acompañado por vigilancia policial y se le ingresa en la unidad de detenidos de la quinta planta del Hospital.

Ya en la hoja de admisión de urgencias del día del ingreso se expresa que hay que "*vigilar eventuales conductas autoagresivas*".

Tal prescripción se traslada a la hoja de tratamiento y a la hoja de enfermería.

Al día siguiente, 21-4-97, la hoja de evolución expresa que el paciente parece tener miedo a que le pase algo y reconoce haber tenido problemas. Manifiesta que el orfidal que toma le pone nervioso y se le reduce la dosis (hoja de enfermería). El día 22 se le administra medicación contra el insomnio y refiere encontrarse preocupado por su situación y por la "presión" a la que se ve sometido. Se solicita EEG y Test de Rorschach. Al día siguiente se le practica el EEG, advirtiéndose mejoría en su actividad bioeléctrica cerebral, presentando cierta irregularidad

aunque sin significación patológica (informe de Neurofisiología Clínica de 23-4-97). La hoja de evolución señala que el paciente sigue referencial y temeroso y que no duerme bien. Se le prescribe tratamiento neuroléptico para iniciar al día siguiente.

Con fecha 24-4-97 se emite un informe psicológico por la Dra. S. en el que se indica lo siguiente:

"Como características más importantes encontramos que es una persona con dificultades en el manejo de muchas situaciones, ya que tiende a sentirse indefenso y sin recursos, por lo que tiende a descontrolarse fácilmente sobre todo en situaciones de estrés.

Es distante en sus contactos interpersonales, ya que necesita poner cierta distancia de seguridad con los demás, tendiendo a interpretar los acercamientos de los demás como algo negativo, esto lo lleva a tener serias dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales significativas y gratificantes, aunque a nivel superficial se interesa por los demás.

Es rígido y excesivamente controlado en la expresión de sus afectos, pero hay momentos en los que su afectividad es lábil.

Presenta cierto descontrol e impulsividad.

Se siente incómodo en aquellas situaciones que tenga que implicarse afectivamente.

Es propenso a aislarse y a realizar una autocrítica negativa.

Es rígido cognitivamente lo que lo lleva a aferrarse a sus valores y opiniones, por lo que le cuesta cambiar sus puntos de vista y aprender nuevas formas de funcionamiento.

Necesita abarcarlo todo, como una forma de defenderse de un entorno que vive negativamente.

Presenta un mal control y distorsión de la realidad, contándole ser convencional en sus respuestas.

No puntúa positivo en los índices de Depresión y de Esquizofrenia. Puntúa positivo en el Índice de Inhabilidad Social".

Asimismo se recibe oficio de la Prisión en el que se comunica la retirada de la escolta policial por haber pasado el interno al tercer grado penitenciario. Poco tiempo después es llevado a la segunda planta para que se le realice un electroencefalograma, dejándole el celador al cuidado de un médico y una enfermera, momento en que acaece el suceso ya relatado.

SÉPTIMA.- La relación de causalidad.

De todo lo anterior se extrae la conclusión de que hay que reconocer, como dijo el informe clínico de 25-4-97, que los antecedentes del enfermo no eran suicidas y que, en términos médicos, no era previsible su suicidio. Sin embargo, ello no obsta para reconocer la existencia de antecedentes de autolesión, y el estado de agitación e inquietud que podía apreciarse en el enfermo, si no el mismo día del suceso sí en los inmediatamente anteriores. Esto no es negado por el informe clínico que centra su atención primordialmente en su estado el día del accidente. Por ello, de haber responsabilidad no sería por el hecho de la existencia de antecedentes suicidas, sino de autolesión. Por otra parte, tampoco puede saberse a ciencia cierta si la verdadera intención del enfermo fue la de suicidarse, ya que aunque los antecedentes o síntomas no fueran de previsible suicidio, sí lo eran de autolesión, con lo cual es posible que su acción fuera nuevamente autolítica, o incluso con la finalidad de huir de la "presión" a la que se creía sometido. En efecto, el que el resultado de su acción fuera la muerte no implica necesariamente que tuviera la intención de suicidarse.

En cualquier caso, hemos de señalar que lo importante no es la intención del enfermo, cuyo juicio estaba menoscabado o dañado (aunque no eliminado) por su enfermedad, de tipo paranoide, como reconoce el informe clínico, ni tampoco es esencial el resultado final de muerte, sino constatar que existía un riesgo de nuevas acciones autoagresivas que

demandaban una vigilancia superior a la ordinaria. Y ello es, a juicio del Consejo, suficiente para generar responsabilidad patrimonial en los términos expresados en la sentencia antes reseñada, es decir, al menos a título de simple descuido de los responsables sanitarios.

En efecto, los antecedentes obrantes en el expediente revelan que el enfermo debía haber sido sometido a una vigilancia especial para evitar con singular cuidado toda situación que pudiese propiciar nuevas conductas autolesivas, como la existencia de la ventana abierta y el sillón debajo de la misma que le permitió arrojarse al vacío. Asimismo, se constata que el celador le acompañó desde la planta quinta a la segunda, dejándolo con la enfermera y el médico encargado de realizarle el encefalograma, es decir, se adoptó el tratamiento normal para un paciente normal, cuando es claro que éste no lo era.

Se hace mención en diversos informes del expediente al hecho de que en el momento del accidente no se sabían los resultados del test de Rorschach, pero ello no enerva lo anterior, no sólo porque el test no revela después ninguna nueva patología sino, además, porque ello precisamente lo que hace es ratificar la necesidad de que la vigilancia fuera, a efectos preventivos y mientras no se supieran los resultados, adecuada a los síntomas de un enfermo al que en las propias hojas de tratamiento y de enfermería se le prescribía vigilar eventuales conductas autoagresivas, y no por el hecho de pasar al tercer grado el paciente debía ser objeto de un tratamiento o vigilancia simplemente ordinaria, que es lo que sucedió una vez se retiró la escolta policial.

Así pues, en el supuesto que nos ocupa se observa un cierto funcionamiento anormal de los servicios sanitarios, a título de simple descuido, en la medida en que las obligaciones positivas o de hacer no eran absolutamente imprevisibles, por más que para algunos se pueda tratar de una exigencia de máximos en la prestación de la asistencia sanitaria. La mayor o menor previsibilidad del suceso luctuoso puede llevar a pensar que ese *"acto en cortocircuito"* del que hablan los facultativos es la versión médica de un caso fortuito, en el sentido expresado por la Jurisprudencia, el Consejo de Estado y este Consejo Jurídico, que en su Dictamen 34/99, de 8 de junio, indicó que *"la responsabilidad in vigilando no alcanza más que a los eventos dañosos razonablemente previsibles en el desarrollo del servicio. Pero esta previsibilidad razonable no es de términos medios, sino máximos. Esto es, no se refiere sólo a los eventos normales u ordinarios, más o menos habituales o frecuentes, sino también a los eventos de carácter excepcional o extraordinario que sean conocidos o al menos previsibles."*

En este sentido, el Consejo de Estado considera que la fuerza mayor se reserva a los acontecimientos extraños al campo normal de las previsiones típicas de cada actividad, según su propia naturaleza, y no comprende aquellos hechos que, aunque insólitos, tengan lugar dentro de las "virtualidades propias" de la actividad; hechos insólitos sobre los que, en consecuencia, recae también el deber de vigilancia y una eventual responsabilidad in omittendo por no disponer las adecuadas medidas de seguridad (Dictámenes nº 44931, de 22 de julio de 1982 y nº 45366, de 30 de junio de 1983).

Por otra parte, la Sentencia de la Audiencia Nacional de 17-6-98 manifiesta que *"el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de la Administración hace que sólo se excluya en los supuestos de fuerza mayor y no en los de caso fortuito, lo que implica, y así lo recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 1 de noviembre de 1989, que el carácter fortuito del hecho causante de una lesión no excluye la responsabilidad patrimonial"*.

En este sentido, el riesgo inherente al tratamiento médico del paciente en cuestión y el "acto en cortocircuito" aludido entran en las virtualidades propias y en el ámbito interno del servicio, sin que, por tanto, pueda hablarse de fuerza mayor como causa excluyente de responsabilidad.

OCTAVA.- La moderación de la responsabilidad en orden a las circunstancias concurrentes.

Como viene reconociendo la Jurisprudencia, la concurrencia de causas, el hecho de tercero o

de la víctima pueden no romper el nexo causal entre la actuación administrativa y el daño, pero modulan, matizan y pueden dar lugar a una moderación de la indemnización, lo que sólo se consigue mediante una valoración casuística de dichas circunstancias.

Por otra parte, el Consejo de Estado, cuando se trata de indemnizar daños morales, también reconoce las dificultades de su evaluación, *"dificultades que, en trance de resolver, hay que afrontar y superar mediante una cuidada ponderación de las circunstancias concurrentes. La conclusión alcanzada será tanto más razonable cuanto más aparezca como consecuente a una reflexión serena y sea más ajustada respecto de los criterios con los que la práctica común (administrativa y jurisdiccional), aun con inevitable dosis de convencionalismo, suela traducir en unidades monetarias la medida en que el complejo mundo de los sentimientos y las emociones es perturbado, a veces de modo abrupto e ilegítimo. Ninguna duda cabe que, en ocasiones, incluso el amparo que ofrece esa apelación a "lo razonable" resulta acusadamente tenue y, por lo insólito de los hechos, coloca a quien ha de decidir -siempre en pos de la justicia y de la equidad- en situación fronteriza entre la dificultad y la perplejidad"*. (Dictamen núm. 624/94, Sección 2ª, 21-4-94).

Por otra parte, la reciente Jurisprudencia del Tribunal Supremo sostiene que la legislación sobre indemnización en casos de accidente de tráfico (Ley 30/95) no es más que un criterio orientativo que debe utilizarse como uno más de los factores de ponderación. Así, por ejemplo, la STS 13-10-98 (Sala 3ª), expresa que *"la indemnización otorgada, como pone de manifiesto la Sala de instancia, se refiere en un primer aspecto, al daño moral producido a los familiares del fallecido, el cual por su propia naturaleza sólo puede ser calculado en términos estimativos. La suma de ocho millones de pesetas señalada por la Sala de instancia por todos los conceptos no parece ciertamente irrazonable en cuanto cubre los perjuicios morales sufridos por el daño corporal consistente en el fallecimiento de un familiar, al menos si se compara con las sumas ordinariamente reconocidas por los Tribunales por este concepto y, hoy, con la que procedería abonar en el marco del sistema de tasación legal del daño corporal contenido en la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro de Vehículos a Motor que fija con el carácter de indemnización básica sólo para el cónyuge (aunque ciertamente, referida al memento actual), una indemnización de doce millones de pesetas cuando el fallecido tiene menos de 65 años, sin tener en cuenta las actualizaciones procedentes por aplicación de los sucesivos índices anuales de precios al consumo, pues dicho sistema de valoración, aun sin tener carácter imperativo fuera del ámbito de los daños causados con ocasión del uso y circulación de vehículos de motor y de ámbito temporal determinado por su entrada en vigor, puede tener sin duda un carácter orientativo."*

Por su parte, el T.S.J. de Asturias, en su Sentencia de 13-3-98, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, enjuició un caso parecido al que nos ocupa, pues se trató del fallecimiento de un enfermo mental al precipitarse al vacío por una ventana de un Hospital. El Tribunal valora, de un lado, las alegaciones de la Administración, que sostiene sobre el paciente que *"sus alteraciones psiquiátricas fueron observadas por un especialista sin que en ningún momento hicieran sospechar su intención autolítica, considerando los facultativos que el tratamiento farmacológico instaurado era suficiente dados los antecedentes y aptitudes del paciente. Se trata de un supuesto accidental, un caso de fuerza mayor que excluye la responsabilidad objetiva"*; de otro, examina el historial clínico, en el que constaban estados de intranquilidad, agitación psicomotriz, cambios de carácter, antecedentes de consumo de drogas, actitudes agresivas, etc. Y concluye con la responsabilidad administrativa por culpa *in vigilando* a la vista de los antecedentes clínicos que demandaban una vigilancia especial, cifrando el daño moral por la muerte en cinco millones de pesetas.

En el supuesto que nos ocupa, entendemos que se trató de un fallecimiento en el que

intervinieron, sin duda, ciertas dosis de imprevisibilidad (en el sentido de lo insólito del caso) a consecuencia de la singular conducta de la víctima, cuyo libre albedrío estaba menoscabado, pero no eliminado, como pone de manifiesto el informe médico de 25-4-97 (lo que, en un caso similar fue considerado factor de moderación de la indemnización por el Consejo de Estado, Dictamen nº 1.475/95, de 13-7-95), pero existió también una omisión del deber de adoptar la vigilancia más adecuada dados los antecedentes autolesivos del paciente, por no haber eliminado la situación de peligro constituida por la ventana abierta y el sillón debajo de la misma, y la no adopción de otras precauciones para evitar cualquier intento autoagresivo del enfermo. Por todo ello, se estima que por parte de la Administración existió una culpa "levísima", en el sentido tradicionalmente empleado en el orden civil (SSTS, 1-10-1998 y 19-7-1996 ambas de la Sala 1ª), que aplica el artículo 1.103 del Código Civil como precepto habilitante para la facultad de ponderación de la indemnización.

Conforme con el citado Dictamen del Consejo de Estado y Jurisprudencia del Tribunal Supremo, procede una importante moderación de la indemnización por la decisiva influencia de la conducta de la víctima, debiendo cifrar su importe en la mitad de la cantidad (doce millones) que le hubiera correspondido de acuerdo con la legislación sobre seguros y responsabilidad civil derivada de accidentes de tráfico, utilizada a estos efectos, como indica el Tribunal Supremo, como criterio orientativo o de partida para fijar la indemnización fuera del ámbito propio de la Ley 30/95.

En consecuencia, entendemos que procede reconocer a la reclamante una indemnización de seis millones de pesetas, sin perjuicio de su actualización desde el día de la producción del accidente hasta la fecha de la resolución administrativa en que aquélla se fije, de acuerdo con los Índices de Precios al Consumo correspondientes, conforme con la doctrina ya sentada en este punto por el Consejo Jurídico en su Dictamen 48/99, de 19 de julio.

Todo ello, claro está, sin perjuicio de la indemnización que, en su caso, pudiera corresponderle a la hija del fallecido, cuya reclamación habrá de tramitarse separadamente, como se indicó en consideraciones anteriores.

A la vista de todo lo anterior, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Que existe relación de causalidad entre el fallecimiento de D. R.V.C. y el funcionamiento del servicio sanitario del Hospital General.

SEGUNDA.- Que los daños objeto de indemnización a cargo de la Administración Regional han de ser evaluados en seis millones de pesetas, más su actualización conforme a lo expresado en la Consideración Octava de este Dictamen, debiendo procederse a su fiscalización previa por la Intervención.

TERCERA.- Que, sin perjuicio de lo anterior, procede continuar separadamente la tramitación de la pretensión indemnizatoria formulada por Dª. L.P.A. en representación de su hija e hija del fallecido, Dª. A.P.A., obrante en el expediente.

No obstante, V.E. resolverá.