



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **111/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 23 de abril de 2018, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 29 de marzo de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **97/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Según resulta del expediente remitido, la reclamación se interpuso el 1 de febrero de 2013 por el fallecimiento de x el 10 de febrero de 2012, al arrojarse desde una ventana de la Unidad de Psiquiatría donde permanecía ingresado en el Hospital Universitario Nuestra Señora del Rosell, de Cartagena, Murcia. Valoran el daño en 200.000 euros, 150.000 para los padres, y 25.000 para cada uno de los hermanos del fallecido. Relatan los reclamantes que el fallecido estaba ingresado por orden judicial y que tenía antecedentes de autolisis, entre ellos un intento de suicidio ocho días antes y que, a pesar de ello, no hubo suficiente vigilancia del enfermo.

Para los reclamantes es clara la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por las siguientes razones: a) La Unidad de Psiquiatría del hospital se ubicaba en la cuarta planta del edificio, constituyendo una pésima decisión por parte de la Administración, que primaba más las condiciones arquitectónicas o de otra índole que las condiciones de seguridad de las instalaciones; b) los sistemas de seguridad para evitar la apertura de las ventanas resultaban a todas luces deficientes o insuficientes, y carecían de rejas; c) la zona donde se alojaba el fallecido carecía de cámaras de seguridad, pues en las fechas de ocurrencia de los hechos, éstas solo se ubicaban en las zonas comunes y en una sola habitación de la planta de psiquiatría.

Finaliza solicitando la práctica de las pruebas que considera oportunas y une, entre otros escritos, la respuesta a una reclamación presentada al hospital.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación e instruida la misma, informaron:

a) El 30 de abril de 2013 el Jefe de Servicio de psiquiatría del citado hospital. Después de exponer los más significativos datos de la historia clínica, señala que el día 2 de febrero el paciente forzó la ventana de su

habitación, al parecer con sus propias manos, ya que no se halló ningún objeto que pudiese haber sido utilizado con esa finalidad. Esta situación fue advertida por su compañero de habitación, quien sujetó al paciente y alertó al personal. Después de este suceso que fue informado a su psiquiatra y a la supervisora de la Unidad, se procedió a cursar la correspondiente solicitud de reparación, que fue efectuada en el mismo día, adoptándose medidas de sujeción mecánica con el paciente que se mantuvieron hasta que la ventana fue reparada y el paciente valorado por psiquiatra de guardia.

En entrevistas posteriores con el paciente, éste realizaba crítica de su conducta, negando repetidamente deseos de muerte o intencionalidad autolítica, centrándose sobre todo en sus dudas acerca del alta y las consecuencias de sus actos. En días posteriores la impresión clínica era de mejoría progresiva. El paciente se mostraba menos invasivo y perseverante en sus demandas de alta, y con actitud colaboradora, asumiendo las normas de la unidad y participando en las actividades propuestas, manteniendo, además, una adecuada interacción con el personal y resto de pacientes, aunque seguía resultando difícil rebatir sus interpretaciones del entorno. Según informa la Dra. x, el día 10 por la mañana, en la entrevista mantenida con el paciente en el pase de planta, éste no impresionaba de empeoramiento. En ningún momento verbalizó ideas de autolisis e incluso negó expresamente que tuviese intención de realizar otros gestos autolíticos. Se mostraba expectante ante la visita de su hermana prevista para el sábado y esperanzado en la posibilidad de alta a la semana siguiente. Tampoco el personal detectó ningún signo de sospecha de empeoramiento. La última anotación de enfermería recogida en Selene de ese día a las 13'51 horas refiere "Continúa con discurso reiterativo en torno al "juicio" y a los posibles daños que pueda causar a su familia con sus actos. Hoy, continuamente pregunta cuándo podrá irse de alta ...", mientras que su psiquiatra refería en evolución: "Algo mejor, menos irritable y perseverante, menos reiterativo con el tema del juicio, del calabozo ... etc. Conductualmente se nota mejoría".

El día 10 de febrero a las 14'45 horas la Dra. x recibe aviso de que el paciente se ha precipitado desde la ventana de su habitación. Al parecer una auxiliar del servicio que acababa de salir alertó a otros profesionales de la planta de que había un paciente que se había precipitado desde una ventana, comprobando que se tratada de x. Cuando se produce el suceso el paciente se encontraba solo ya que su compañero de habitación había sido dado de alta ese mismo día, marchándose al parecer poco antes (...) Por parte del personal que se encontraba en ese momento en la planta se constata que la ventana de la habitación donde se ubicaba el paciente había sido forzada, aunque no se encontró objeto que sirviera para ello.

Respecto a las razones que esgrimen los reclamantes para imputar responsabilidad a la Administración señala: 1) Sobre la ubicación de la unidad de psiquiatría en la cuarta planta del hospital dice que aunque es cierto que una de las recomendaciones arquitectónicas básicas para la construcción de servicios hospitalarios psiquiátricos es la ubicación preferible en planta baja, no se sigue la misma en ninguno de los hospitales de la Región; 2) sobre el sistema de seguridad de las ventanas, informa de que según el proyecto y los informes de la revisión de la carpintería exterior realizados por la empresa -- para la constructora --, empresa que realizó la reforma de la fase 111 del Hospital del Rosell, el funcionamiento de los mecanismos de apertura y cierre, así como el movimiento de las partes móviles de las ventanas es correcto y el cristal de estas es blindado, cumpliendo con la normativa NBE-AE-88 / NTE-ECV88, y en la última revisión realizada en febrero del 2010 se revisó su funcionamiento y seguridades dando un resultado de funcionamiento correcto en la zona de Psiquiatría, por lo que la ventana fue forzada por parte del paciente mediante algún sistema de palanca de manera muy brusca, ya que manualmente es imposible que una persona pueda forzar estos mecanismos. No obstante, según se informó por parte de los profesionales presentes en el servicio el día del suceso, no se encontró ningún objeto que pudiese haber sido utilizado como palanca; 3) dentro de las medidas de seguridad que se contemplan para unidades de hospitalización psiquiátrica se recomienda que las ventanas dispongan de cristales blindados y que a su vez estén dotadas de algún sistema de bloqueo que impida la apertura de las mismas por parte del paciente, medidas que fueron establecidas, estando las ventanas de la unidad certificadas para su uso en unidad psiquiátrica; 4) en la actualidad la unidad sí está dotada de sistema de vigilancia por cámaras tanto en zonas comunes como en todas las habitaciones, lo que no ocurría en la fecha del fallecimiento; 5) respecto a la afirmación de los reclamantes de que debió haberse retirado del alcance del enfermo cualquier objeto con el que pudiera forzar la ventana, afirma que existe un control estricto de los objetos que pueden tener los pacientes en su habitación, especialmente

aquellos que puedan comprometer su seguridad; 6) durante el ingreso el paciente fue sometido a las medidas de control y vigilancia habituales, pero no se adoptaron otras medidas adicionales ya que su psiquiatra en el formulario de medidas conductuales no reflejó la necesidad de vigilancia especial por riesgo de autolisis, probablemente porque en sucesivas valoraciones no se consideró que existiese tal riesgo. Si se hubiese especificado la existencia del mismo, se habrían puesto en marcha otras medidas ya establecidas para estos casos, como ubicar al paciente en una habitación cercana al control, que estuviese siempre en habitación compartida con otro enfermo, mayor supervisión directa por parte del personal, o incluso si se hubiese considerado que el riesgo era elevado, ubicación en habitación 453, que en el momento del suceso era la única que disponía de cámara de vigilancia, o incluso sujeción mecánica.

b) La psiquiatra que atendía al fallecido, en informe de 14 de marzo de 2013, indica que el paciente estaba diagnosticado de retraso mental y de esquizofrenia inerta, con antecedentes de diversos ingresos en UHP de H. Román Alberca y en este Hospital. El día 17/01/2012 el paciente acude a servicio de urgencias tras intento de autolisis arrojándose a la vía pública cuando circulaba un autobús, atropello que fue impedido por la policía quienes lo acompañan a servicio de urgencias; tras mejoría clínica el paciente es dado de alta el 24/01 /2012. El 25/01/2012 el paciente acude de nuevo a puerta de urgencias demandando ingreso, según refería por descompensación tras discusión familiar, mientras se desarrollaba la entrevista con el psiquiatra de guardia el paciente sale precipitadamente del hospital y al parecer compra alcohol en una farmacia y se rocía con él amenazando con prenderse fuego en la vía pública por lo que es acompañado de nuevo a puerta de urgencias donde se determina su ingreso para contención. Durante este último ingreso se decide dar parte al juzgado para que autoricen ingreso involuntario dados los repetidos gestos de autolisis a pesar de la insistencia del paciente en ser alta hospitalaria alegando mejoría y deseos de volver a casa. El paciente a lo largo de su ingreso mantuvo una buena colaboración en todo momento, predominaba la ansiedad secundaria a interpretaciones delirantes del entorno (temor a ser llevado al calabozo por forcejear con el policía que impidió su atropello, temor a represalias puesto que había agredido a su padre clavándole unas tijeras en una mano días previos a su ingreso, temor a que su hermano sea expulsado de la guardia civil, temor a no salir nunca de alta ...). El retraso mental del paciente suponía un importante escollo a la hora de hacerle comprender cualquier actitud que se tomara con él por lo que la mala interpretación de las circunstancias era habitual. La impulsividad y la poca reflexión en la toma de sus decisiones era otro de los síntomas predominantes en su cuadro y que lo hacía impredecible en su comportamiento. El día dos de enero el paciente fuerza la ventana de su habitación siendo advertido por su compañero de cuarto quien se encontraba con él en la habitación; después de este incidente el paciente no volvió a hacer ningún otro intento ni amenaza (...). Impresionaba de mejoría progresiva, mostrándose menos invasivo y perseverante en las demandas de alta así como colaborador con las normas de la unidad y participativo en las distintas actividades que se le proponían manteniendo una buena interacción con el personal y resto de pacientes. Recibía llamadas de los padres con frecuencia y visitas esporádicas de su hermana. Dada la mejoría que se iba produciendo a nivel clínico y de conducta, no se llevaron a cabo medidas más restrictivas de contención, el paciente no realizaba amenazas de suicidio ni su conducta hacía sospechar que se encontrara en una situación de mayor inestabilidad por lo que se le mantuvo con las mismas medidas de seguridad y vigilancia que al resto de pacientes con el mismo riesgo potencial. El día de los hechos en la entrevista que realizamos con él por la mañana, no impresionaba de empeoramiento, ni el paciente verbalizó intencionalidad autolítica ni deseos de muerte, incluso negó expresamente que tuviera intención de intentar otros gestos al ser preguntado expresamente. Estaba expectante de la visita de su hermana que recibiría el sábado y se le esperanzó en una posible alta próxima si los familiares confirmaban la mejoría durante las visitas del fin de semana. En las entrevistas mantenidas con él realizaba crítica de los gestos de autolisis, negaba repetidamente intencionalidad autolítica ni deseos de muerte, centraba su preocupación en las dudas acerca de su alta y las consecuencias de sus actos. A las 14.45h del 10 de febrero avisan de su precipitación desde la ventana de su habitación durante la hora de descanso tras la comida, sin que hubiera dado signos que pudieran hacer sospechar sus intenciones a juzgar por su comportamiento durante la mañana. El paciente se encontraba solo porque esa misma mañana su compañero de habitación fue dado de alta.

c) De la compañía aseguradora, emitido el 13 de julio de 2013 por una Doctora en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría. Después de describir la praxis aplicable al caso indica que el ingreso en la Unidad Psiquiátrica fue adecuado y la activación del protocolo de riesgo autolítico no se considera indicado dado los antecedentes del paciente y la situación clínica en ese momento. El tratamiento pautado es el oportuno para un paciente psicótico

descompensado y con Retraso Mental (...) La evolución del paciente durante el ingreso no hacía pensar en este desenlace fatal. La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional. Las evaluaciones realizadas por la psiquiatra y las medidas terapéuticas tomadas son las adecuadas y oportunas, pero la estimación del riesgo suicida en un futuro inmediato es prácticamente imposible. No es evidente desde el punto de vista pericial que fueran precisas medidas de contención adicionales durante el ingreso, y se considera que se tomaron las medidas prescriptivas y habituales en este tipo de pacientes (...) La capacidad de predicción de conductas suicidas o de suicidio consumado es muy baja, ya que se encuentran muchos falsos positivos, es decir, pacientes con varios factores de riesgo de realizar tentativas pero que finalmente no lo hacen, y falsos negativos, esto es, pacientes que aparentemente no tienen factores de riesgo pero que acaban consumándolo. En definitiva, para la informante la atención prestada por los médicos psiquiatras fue acorde a la *lex artis ad hoc* y no encuentra indicios de conducta inadecuada, ni de mala praxis, que permitan relacionar directamente el fallecimiento del paciente con la asistencia prestada por los profesionales. Finaliza señalando que carece de los datos suficientes para poder valorar las medidas de seguridad (en concreto del bloqueo de las ventanas) de la planta de hospitalización psiquiátrica de dicho hospital.

TERCERO.- Conferida audiencia a los interesados, no consta que comparecieran.

CUARTO.- La propuesta de resolución, de 21 de marzo de 2017, tras exponer los antecedentes y los fundamentos jurídicos que consideró adecuados, concluye que procede desestimar la reclamación, por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, en concreto, a vista de los informes de los facultativos y del pericial de la compañía aseguradora, considera que la atención prestada por los médicos psiquiatras a x en el Hospital Rosell, de Cartagena, durante su ingreso fue acorde a la *lex artis ad hoc* y no se encontraban indicios de conducta inadecuada ni de mala praxis que permitieran relacionar directamente el fallecimiento del paciente con la asistencia prestada por los profesionales.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen jurídico aplicable, legitimación y plazo.

I. La LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), Disposición derogatoria única, párrafo 2, letra a) la cual, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. No obstante, a tenor de lo que establece la Disposición transitoria tercera, letra a) LPACAP, a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior. Por tanto, la nueva regulación será aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados a partir del día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPAC 2015), no siendo el caso del sometido a Dictamen.

II. Los padres del fallecido, con los que, además, convivía, están legitimados para deducir la pretensión indemnizatoria por la que solicitan ser resarcidos. No obstante, en relación con los hermanos del fallecido, ambos mayores de edad a la fecha del óbito, según se infiere de la copia del Libro de Familia aportado junto a la reclamación, ha de precisarse que a tenor de lo establecido en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1 RRP, su legitimación derivará de su condición de interesados para reclamar, la cual, a su vez, vendrá determinada por la circunstancia de haber sufrido o no un daño indemnizable.

Como señalamos en nuestros Dictámenes 320/2013 y 162/2016, la efectividad de este daño se presume en grados de parentesco próximos entre reclamante y fallecido (padres, hijos, hermanos) y no está necesitada de prueba. En el mismo sentido, el Consejo de Estado ha señalado que *"el ámbito del daño moral por un fallecimiento es siempre amplio y difícil de delimitar, pues alcanza a diversos familiares, no siempre los más cercanos, además de amigos, vecinos y compañeros de trabajo o de actividades diversas. De modo necesario el ordenamiento tiene que fijar alguna regla para deslindar qué daños morales se presumen y se satisfacen sin especiales requisitos de prueba y cuáles no"* (Dictamen 1174/2011). Y tal regla la establece el sistema de valoración del daño personal en los accidentes de circulación, que aun aplicado en el ámbito de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas con carácter meramente orientativo, no contempla la indemnización a los hermanos mayores de edad en las circunstancias del fallecido, es decir, sin cónyuge ni hijos, aunque sí con ascendientes (Tabla I, Grupo IV del Anexo al Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre).

En tal situación, el indicado baremo sólo recoge como perjudicados a los hermanos menores de edad convivientes con la víctima. Ello no puede interpretarse en el sentido de que los perjudicados extratabulares (como los hermanos mayores de edad del paciente) *"no puedan ser indemnizados en ningún caso; pero será preciso para ello que, al no verse favorecidos por ninguna presunción legal o sociológica de la existencia de daño moral resarcible por la muerte de la víctima, cumplimenten satisfactoriamente la carga de probar su dependencia económica, su convivencia o sus estrechos vínculos afectivos con la persona fallecida en el momento de su muerte"* (Sentencia de la Audiencia Provincial de Sevilla, Sección 4ª, núm. 4/2004, de 21 mayo, que recoge y aplica la doctrina sentada por la STC 244/2000).

Así pues, la presunción -iuris tantum- de existencia de un daño moral efectivo y resarcible, cuando de hermanos se trata, ha de referirse a los menores de edad convivientes con la víctima, por así quedar establecido en el sistema de valoración utilizado como pauta orientativa, de modo que a los mayores de edad no les corresponde indemnización alguna, salvo que prueben que el fallecimiento les ha irrogado un perjuicio resarcible, para lo que será necesario indagar en la intensidad afectiva de la relación existente, pues sólo así podrá determinarse si existe verdadero daño moral o no, dado que éste no se identifica con un mero sentimiento de pena o pesar por la pérdida del familiar, sino que, por el contrario, ha de producir en quien lo sufre el desgarró afectivo propio de la muerte de los seres más cercanos, dotando a ese daño de una profundidad e intensidad particulares.

Así lo indica también la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª, núm. 139/2009 de 24

febrero, que rechaza la indemnización en favor de los hermanos mayores de edad de la víctima, en la medida que no acreditan la concurrencia de *"ninguna circunstancia personal justificadora del daño moral por el que se reclama (tales como su convivencia y relación de afectividad con el fallecido, su dependencia económica del mismo, su condición de herederos, etc.), sin que, entiende la Sala, se les pueda considerar perjudicados por la mera relación de parentesco (...), pues ello supondría una interpretación extensiva en demasía de dicho concepto de perjudicado"*. En el mismo sentido, el Consejo de Estado, en Dictamen 1224/2009.

Del mismo modo, aunque desde una perspectiva distinta, el Consejo de Estado restringe el concepto de perjudicado a los padres en detrimento de los hermanos mayores de edad de la víctima, cuando señala que *"la regla general no consiste en indemnizar a toda persona que alegue daños morales (aunque verosíblemente los padezca), sino en escoger aquellos en quienes los daños son de mayor intensidad, y concretar en ellos la cuantía del resarcimiento. En el presente caso, a la vista de las circunstancias concurrentes, considera el Consejo de Estado que el derecho de indemnización de los hermanos debe ceder ante el de los padres"* (Dictamen 468/2004).

Corolario de lo expuesto es que, en la medida en que los hermanos mayores de edad del fallecido no han acreditado la concurrencia de circunstancias que permitan considerar justificado y existente un daño moral resarcible en los términos expresados (ni siquiera consta que convivieran con el fallecido), y concurriendo con los padres de la víctima, no procede reconocerles la condición de perjudicados a los efectos de reclamar su indemnización.

La Administración regional está legitimada para resolver la reclamación; formalmente, al dirigirse la acción resarcitoria contra la misma; sustantivamente, por imputarse los daños cuyo resarcimiento se reclama a los servicios públicos regionales de su titularidad a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

La acción resarcitoria ha sido ejercitada dentro del plazo de un año establecido en el artículo 141.5 LPAC, vistas las fechas de los hechos y de presentación de la reclamación.

TERCERA.- Sobre el fondo del asunto.

I. Teniendo en cuenta lo instruido, es compartible el argumento sostenido en la propuesta de resolución sobre que de los informes facultativos y de la prueba pericial aportada por la compañía aseguradora se puede concluir que la atención prestada por los médicos psiquiatras a x en el Hospital Santa María del Rosell de Cartagena, durante su ingreso, fue acorde a la *lex artis ad hoc*, teniendo en cuenta que en estos casos los protocolos de cuidado y las medidas de seguridad se encuentran siempre en tensión permanente con la necesidad de respetar la dignidad y autonomía de los pacientes, debiendo el personal sanitario estar resolviendo permanentemente estas obligaciones contradictorias. Así, según se reconoce en algunas resoluciones judiciales, la única forma de asegurar que no habrá suicidio es la restricción total de libertad (atar al paciente, en habitación cerrada monitorizada o sedarlo). Esto, sin embargo, atenta contra la dignidad si no es acorde al estado médico del mismo. La finalidad del tratamiento psiquiátrico no es única y exclusivamente evitar un posible suicidio, sino tratar a un paciente de su enfermedad para la recuperación, y con este objetivo deben ponderarse las medidas, especialmente las más restrictivas, frente a los riesgos. Por ello, lo que procede es valorar el pronóstico de comportamiento futuro del paciente que se ha hecho, y ver si hubo error o no. Pero no se puede sostener una responsabilidad objetiva por el resultado porque el acto médico no consiste en evitar suicidio a toda costa, planteamiento que llevaría a actuaciones médicas defensivas y desmesuradas.

No obstante, lo que se silencia en dicha propuesta de resolución es que los reclamantes no sólo imputan el daño a la actuación médica de los servicios sanitarios, sino también a los elementos materiales en donde se presta dicho servicio, al afirmar que *"los sistemas de seguridad para evitar la apertura de las ventanas resultaban a todas luces deficientes o insuficientes"*. Se ha de recordar que cuando el elemento real presuntamente causante del daño está dedicado o afecto a un servicio público, no cabe considerarlo ajeno al servicio, pues, como ha reconocido la jurisprudencia y ha señalado este Consejo en otras ocasiones (Dictamen 26/2014, entre otros muchos), lo que distingue la actividad administrativa en el sentido de los servicios públicos a los que se refiere la ley cuando disciplina la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, es el fin a que en su conjunto se dirige dicha actividad administrativa, que es la satisfacción de los intereses generales. Desde este punto de vista no ofrece duda que la ventana del hospital donde ocurrió el siniestro se integra instrumentalmente en el servicio público.

Respecto de ella queda reflejado en el expediente que el modelo estaba homologado para esta clase de usos y que *"manualmente es imposible que una persona pueda forzar esos mecanismos"* (informe de 30 de abril de 2013), pero queda también patente que el sistema de bloqueo no funcionó como era debido, ya que el finado consiguió abrirlo en dos ocasiones, llegando con éxito en la segunda a consumir su intención suicida. Es cierto que, según informan desde el servicio de psiquiatría, estaban tales ventanas preparadas con un sistema de bloqueo revisado en fecha reciente al fatal desenlace y que sólo pudieron forzarse empleando *"palanca de manera muy brusca"* (informe de 30 de abril de 2013), pero también es cierto que el enfermo consiguió abrir la ventana, lo que implica que su mecanismo falló. Y puede fácilmente deducirse que, de no haber sido así, no se habría producido su muerte, por lo que tal fallo de la ventana, unido a la acción del enfermo, es la causa de la misma.

Desde el punto de vista de la antijuridicidad el dato clave para deslindar los supuestos indemnizables debe ser que existirá obligación jurídica de soportar el daño si la acción suicida es fruto de una libre decisión, conclusión que se matiza si tal acción resultaba evitable mediante la eficaz actuación administrativa adoptando las pertinentes medidas preventivas y terapéuticas frente al riesgo suicida.

Esta última consideración no se debe tampoco obviar ya que el suicidio está deliberadamente realizado por el paciente, que fue capaz de eludir las normas de seguridad, lo que es indicativo de que aun instaurándose protocolos y normas tendentes a un cuidado intensivo y prolijo (las expuestas por el Jefe del Servicio de Psiquiatría) el suicidio puede ser considerado, en general, un fenómeno inevitable. Así pues, el fallo del bloqueo de la ventana, que en cierto sentido se podría calificar de negligente, no es la única causa directa y precisa de la muerte del paciente y no puede ser objeto de reproche jurídico absoluto, ya que, como antes se dijo, no es procedente exigir en estos casos al sistema sanitario una obligación de resultados. Ello pone de manifiesto la necesidad de mantener el foco principal de la responsabilidad por la conducta suicida en el sujeto que la ejecuta, ya que transferirla íntegramente a los profesionales sanitarios y al sistema transformaría el cuidado de personas con trastornos mentales en un acto indeseado e incentivaría el rechazo a tratar a sujetos con gran necesidad de ayuda.

Ahora bien, atribuir al sujeto suicida parte de la responsabilidad en sentido jurídico de tal acto no implica, en nuestra jurisprudencia, una ruptura del nexo de causalidad necesario para imputar el daño a la Administración sanitaria, sino una mera ponderación del hecho para la valoración del daño. Así, y a semejanza de lo que el Consejo de Navarra expone en el Dictamen 16/2008, de 26 de mayo, citando la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 5 de febrero de 2007, era previsible que el paciente, debido a su alteración mental que era precisamente la causa de su hospitalización, se comportase creando un riesgo que cualquier persona en situación de normalidad eludiría, determinando esa omisión del deber de cuidado en el mantenimiento del mecanismo de apertura que el fallecido se lanzase por la ventana. Niega la sentencia, rectificando a la de instancia, que la conducta del fallecido constituyera una ruptura del nexo causal, pero sí reconoce que ha de tenerse en cuenta a la hora de moderar la cantidad a indemnizar (en igual sentido la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 6ª, de 21 de marzo de 2007 (rec.cas.276/2003).

Ponderando estos elementos y circunstancias, es adecuado imputar la responsabilidad por partes iguales a la propia conducta del enfermo y a la institución sanitaria, ya que difícilmente cabe encontrar un criterio que de manera objetiva y razonada deslinde una mayor incidencia de uno o de otro en el daño final. Del primero, porque aun teniendo en cuenta lo alterado de sus facultades mentales, no ejecutó la acción, al parecer, en un movimiento reflejo o "acto en cortocircuito", sino de una manera premeditada esperando el momento de encontrarse solo y habiendo dado muestras, quizás insinceras, de que su pensamiento se alejaba de tentaciones autolíticas, como expresa el informe de la psiquiatra; y respecto a la segunda, porque tiene difícil explicación que el mecanismo de seguridad de la ventana fallase por segunda vez, con el mismo enfermo, y a pesar de haber sido reparado por los operarios pocos días antes.

II. En el baremo correspondiente al año 2012 (Resolución de 24 de enero de 2012, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, BOE Núm. 31, de 6 de febrero de 2012) a los progenitores que convivieran con la víctima les corresponde una indemnización de 102.170,58 euros si el hijo tenía menos de 65 años, cantidad que ha de entender conjunta para ambos, porque, como dice la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 5 de febrero de 2015 (rec. cas. 3236/2012), cuando el sistema fija una cantidad global para "padres" por fallecimiento de un hijo, ha de entenderse que la misma es para ambos y no está prevista en su integridad para cada uno de ellos, como sí se contempla especialmente en otros supuestos de la Tabla I. Viviendo ambos progenitores sólo se podrá reclamar la cantidad total interviniendo ambos conjuntamente como demandantes, de modo que si lo hiciera uno solo podría reclamar únicamente la mitad de dicha cantidad, como especialmente aparece previsto para el caso de que existiera convivencia del hijo con uno de ellos y no con el otro, supuesto en que cada padre percibirá la mitad de la cantidad correspondiente según su situación. En cuanto a los factores de corrección, habrá que tener en cuenta los ingresos del fallecido para aplicar, en su caso, el mínimo del 10 por ciento adicional; se dice en el expediente que la madre del fallecido también presenta una discapacidad, sin aportar mayores datos, cuestión que habrá de ser aclarada al objeto de aplicar el porcentaje de incremento que corresponda; de las cantidades resultantes corresponderá al Servicio Murciano de Salud indemnizar en el 50 por ciento, según lo dicho.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada por los progenitores del fallecido, ya que se aprecia relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio sanitario, debiendo cuantificarse la indemnización según lo expresado en la Consideración Tercera, II. Se dictamina favorablemente la propuesta desestimatoria respecto a los hermanos, aunque los motivos deben adecuarse a lo expuesto en la Consideración Segunda, II.

No obstante, V.E. resolverá.