

**Expediente:** 7/2009

**Objeto:** Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria

**Dictamen:** 13/2009, de 30 de marzo

## **DICTAMEN**

En Pamplona, a 30 de marzo de 2009,

el Consejo de Navarra, integrado por don Enrique Rubio Torrano, Presidente; don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario; y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don Julio Muerza Esparza y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Enrique Rubio Torrano,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

### **I. ANTECEDENTES**

#### **I.1ª. Consulta**

El día 25 de febrero de 2009 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del que -con cita expresa de los artículos 16 y 19 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN)- se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por doña ..., en nombre y representación de don ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 24/2009, de 19 de febrero, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este Consejo, suspendiendo el plazo para la resolución durante el periodo

que el Consejo de Navarra necesite para emitir informe, y la notificación de la Orden Foral a los interesados.

## **I.2ª. Antecedentes de hecho**

### ***Reclamación de responsabilidad patrimonial***

Mediante escrito que tiene entrada en el Registro General del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea el día 16 de junio de 2008, doña ..., actuando en nombre y representación de don ..., formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Foral en relación con las lesiones sufridas por su esposo ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, solicitando una indemnización provisional por los daños y perjuicios sufridos por un importe de 436.259,22 euros.

En dicho escrito se alegan sustancialmente los hechos que a continuación se relatan:

Don ..., incapacitado parcialmente mediante sentencia dictada el 24 de septiembre de 2004 por el Juzgado de Primera Instancia nº 4 de Pamplona, padece desde el año 2003 un deterioro cognitivo de características frontales con frecuentes alteraciones conductuales. Por este motivo, en noviembre de 2006 el señor ... fue considerado candidato para su ingreso en el Centro de Día Psicogeriátrico ..., al que acudía diariamente desde el pasado día 1 de enero de 2007. Con fecha 3 de septiembre de 2007, el señor ... ingresó en el programa de ayuda familiar del área residencial del citado Centro donde se presta atención continuada y permanente a personas con demencia en fase grave, en régimen de alojamiento, manutención y atención integral.

Con fecha 13 de septiembre de 2007, sobre las 23,15 horas, don ... sufrió una caída desde la ventana de su habitación en el segundo piso del mencionado Centro. Como consecuencia de la caída descrita –dice el escrito iniciador del procedimiento-, “tuvo que ser trasladado con urgencia al Hospital ... donde fue diagnosticado de lesiones consistentes en fractura de rama pública izquierda, fractura petrocantérea conminuta de fémur derecho, fractura conminuta de pilón y diafisis tibial derecha abierta, fractura de

peroné con tercer fragmento libre derecho abierta, fractura conminuta de olecranon derecho, neumotórax izquierdo y síndrome de distres respiratorio agudo, TCE con pequeña HSA traumática y encefalipolineuropatía del paciente crítico, e ingresado en la UCI”.

Como consecuencia del siniestro y de las secuelas padecidas -sostiene la reclamación- el señor ... no es capaz de caminar por sí mismo, por lo que precisa silla de ruedas para los desplazamientos, que debe ser empujada por otra persona, y es dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria, por lo que precisa ayuda de forma permanente. Por este motivo -dice- desde que se produjo el alta hospitalaria el 17 de enero de 2008 se encuentra ingresado en el Centro Gerontológico .... La evaluación económica del perjuicio causado al señor ... y por tanto de la responsabilidad patrimonial de la Administración asciende a juicio de la reclamante a la cantidad provisional de 436.259,22 euros, de acuerdo con el siguiente desglose: 1) Periodo de curación: 8.657,20 €; 2) Secuelas definitivas: 39.540,20 €; 3) Gastos de residencia: 387.253,69 €; y 4) Otros gastos: 808,13 €. El monto total es provisional –dice la reclamación- en tanto no se resuelva el expediente de revisión de grado de minusvalía iniciado para acreditar el grado de agravamiento sufrido por el señor ... a raíz del siniestro, en cuyo caso el importe solicitado se verá incrementado por la aplicación de los correspondientes factores de corrección para las indemnizaciones básicas por las lesiones permanentes sufridas.

Así pues, en el presente caso, a juicio de la reclamante, “acreditado el siniestro, así como las lesiones y los daños derivados del mismo, concurren todos y cada uno de los requisitos para apreciar la concurrencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que el Centro Psicogeriátrico en el que el señor ... se encontraba ingresado tenía pleno conocimiento de la enfermedad concreta del paciente y, consecuentemente, en cumplimiento del deber de asistencia y cuidado, el mismo debió adoptar las medidas y cuidados necesarios para prevenir las posibles consecuencias que tuvieron lugar el día 13 de septiembre de 2007”.

Se fundamenta la reclamación de responsabilidad patrimonial en los artículos 106.2 de la Constitución Española y 139 de la ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Común (en adelante, LRJ-PAC).

Finalmente, cuantifica su reclamación en el abono de la cantidad provisional de 436.259,22.000 euros que desglosa en distintos apartados, como se acaba de señalar, a la espera de que se resuelva el expediente de minusvalía iniciado.

### ***Instrucción del procedimiento e informes***

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación a la reclamante en fecha de 20 de junio de 2008, informándole de la admisión a trámite de su reclamación, en nombre y representación de don José ..., de la identidad de la instructora del procedimiento, así como del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento (6 meses), y los efectos del silencio administrativo (desestimación de la solicitud).

Iniciada la instrucción, se solicita de la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria la remisión de la historia clínica de don ... “en relación con las lesiones sufridas por precipitación el 13 de septiembre hasta la actualidad”. De la documentación clínica aportada cabe destacar como más relevantes, a la vez que significativos a los efectos de este dictamen, los siguientes extremos:

- Por sentencia de 24 de septiembre de 2004 del Juzgado de Primera Instancia nº..., en expediente promovido por el Ministerio Fiscal, se declara a don ... “incapaz parcialmente para realizar todos aquellos actos de administración de sus bienes, que conlleven cierta importancia económica procediendo nombrar como curador del mismo a doña ...”.
- El doctor ... emitió informe para ingreso del paciente en el Centro de Día Psicogeriátrico “...” en el que se señala que “de los resultados de la exploración neuropsicológica se dedujo la presencia de un

Deterioro Cognitivo Leve, con déficits en la memoria episódica reciente y demorada, praxias constructivas gráficas, secuencias motores, la capacidad de atención, concentración y control mental. Ante los resultados de la exploración neuropsicológica, realizada el 28/9/2004, sugestiva de un proceso cortical degenerativo, las alteraciones de conducta y los cambios de personalidad señalados, los conflictos continuados en el domicilio, el peligro que supone para su integridad la ausencia de un mayor control y las dificultades de manejo en el domicilio, se consideró en ese momento que precisaba de un servicio de mayor contención (como el CD ...) con el objetivo de contener y estimular al paciente. Indicándose la idoneidad para el ingreso, aunque este ingreso no se produjo por consideración de la familia. De forma posterior y tras una nueva solicitud por parte de la familia, el paciente ingresó el día 15 de enero del 2007. Finalmente y de nuevo por petición de la familia fue dado de alta en el Centro de Día para ingresar el 3/9/2007 en una Unidad de Hospitalización y llevar a cabo un programa de descanso familiar”.

- Don ... ingresa el 13 de septiembre en el Hospital ..., procedente del Psicogeriátrico, acudiendo al Servicio de Urgencias por precipitación. Al parecer -dice el informe de este Servicio-, “se han dado cuenta que no estaba en la habitación al hacer la ronda y han visto la ventana abierta (2º piso). Se ha debido descolgar con unas sábanas cayendo desde el 1º-2º piso de altura. Viene en ambulancia convencional”. El juicio clínico es el siguiente: “Politraumatizado tras precipitación de un 2º piso con fractura de pelvis/ fémur /tibia y peroné derechos y cúbito/radio derechos. Dudoso sangrado de arteria hipogástrica. Inestabilidad hemodinámica. TCE con dudosa HSA”.
- Dentro del apartado “Interconsulta Psiquiatría”, del informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital ..., de 21 de noviembre de 2007, se lleva a cabo el siguiente apunte: “Paciente con deterioro cognitivo y alteraciones conductuales secundarias al mismo. En

este contexto realizó la fuga del centro psicogeriátrico, sin tratarse de una conducta suicida. En el momento actual se encuentra conductualmente compensado”.

- En el informe de la Policía Foral, de 30 de noviembre de 2007, en el que se reconstruyen los hechos acaecidos se afirma que “la longitud final de la cuerda confeccionada con las piezas del juego de cama es suficiente para, una vez atada al conducto superior del radiador existente bajo la ventana, alcanzar el suelo del jardín exterior del edificio”.
- El informe de la dirección del Centro Psicogeriátrico, remitido con fecha 26 de octubre de 2007, en su apartado “hechos”, dice: “Según la información verbal de los trabajadores del turno y los registros de la historia clínica, sobre las 23,15 del día 12 de septiembre el personal auxiliar de clínica inició la 1ª ronda de cuidados, que se realiza habitualmente, para cambios posturales y otras atenciones previstas en el plan de cuidados. Al llegar a la habitación de D. .... se encontraron con la puerta cerrada y bloqueada, *la abren de golpe y encuentran la ventana abierta, la cama pegada a la pared y una sábana atada al radiador y colgando por la ventana. Al asomarse ven al paciente en el suelo*”. Llamaron a la enfermera de turno, ésta puso en marcha el protocolo de emergencia y en pocos minutos se presentó el Servicio de Urgencias 112, quien atendió al paciente y lo derivó al Hospital ..., quedando ingresado y donde continúa en la actualidad. En el momento de ser atendido el paciente estaba en todo momento consciente, asustado, *al preguntarle que había sucedido, decía que iba a casa de su hermano*. Llevaba en el bolsillo la máquina de afeitar y en el suelo estaba su bastón y su gorra”.

En el apartado “antecedentes” se lee: “Paciente de 66 años, diagnosticado de deterioro cognitivo de características frontales, incapacitado parcialmente (curatela), que acude a tratamiento en el Centro de Día Psicogeriátrico ... desde el 1 de enero de 2007. La

estancia en el Centro de Día se ha venido caracterizando por manifestaciones frecuentes de trastornos de la conducta (agresiones, enfrentamientos, desinhibición) hacia sus compañeros y profesionales que le atienden. La asistencia al Centro ha venido siendo irregular, registrándose numerosas ausencias. A petición de la familia y para su descanso, de forma programada, el paciente ingresó en la Unidad de ... de este centro (ingreso temporal programado del 3 al 15 de septiembre). El día 12 por la noche, al inicio del turno de noche (sobre las 22,15h.) el paciente se encontraba físicamente bien y estaba levantado paseando por el pasillo.

Y en el apartado “sucesos” (*sic*) del informe de dirección del Centro se determina que “el incidente tuvo lugar alrededor de las 23,15 del miércoles día 12 de septiembre”, que “los profesionales expresaron que el paciente había planificado la fuga del Centro por este procedimiento y que durante estos días había manifestado en diferentes ocasiones el deseo de no estar ingresado”, que “la familia (que no se encontraba en Pamplona) fue informada esa misma noche vía telefónica”. “El día 13, desde la Dirección del Centro se volvió a contactar con la familia para proceder a informarle sobre el accidente, expresarle su pesar y ponerse a disposición de la misma en lo que reglamentariamente pudieran apoyarles. En dicha conversación se habló de una reunión entre ambas partes quedando pendiente de citarla cuando la familia le fuera bien y estuviera ya de vuelta en Pamplona, según informaron tenían previsto regresar el sábado 15 por la noche. Por parte de la Dirección, el lunes 17 de septiembre, se volvió a hablar telefónicamente con la familia para concretar una cita ese mismo día cita que por razones laborales de la hija quedó fijada para el jueves día 20 de septiembre a las 15,15h”.

- En el informe de los trabajadores que asistieron a los hechos se recoge, en síntesis, el siguiente relato: “Sobre las 22,45. El paciente se encontraba en la Unidad de ... (planta baja del edificio) y fue

acompañado por el trabajador, en ascensor, al primer piso (Unidad de ...) para que procediera a acostarse. Alrededor de las 23,20h, los Auxiliares de Enfermería procedían a dar la vuelta por las habitaciones, cuando llegaron a la de .... y no pudieron abrir la puerta, percibiendo que habría algún obstáculo que imposibilitara la apertura normal de la misma, *parece que hay algo detrás de la puerta que no nos deja abrirla...* (Don ...) empujó la puerta con fuerza y la abrió, observando que no estaba ni en la habitación, ni en el baño el paciente. Se encontraron con la cama que había sido desplazada, la ventana abierta, sábanas anudadas al radiador. El trabajador se asomó por la ventana y oyó y vio al paciente en el suelo”.

- El diagnóstico preoperatorio, tras la caída, fue: “Fractura per-subtrocantérea conminuta de cadera derecha. Fractura conminuta de pilón y diáfisis tibial; fractura de peroné con tercer fragmento libre derecho. Fractura conminuta de olécranon”. Consiguientemente lleva a cabo la siguiente intervención: “Osteosíntesis D.H.S.+P.S.T. de cadera; osteosíntesis con placa LCP y tercio de tubo en tibia y peroné; cerclaje de olécranon”.
- La directora del Centro Psicogeriátrico ... elabora el correspondiente informe del que entresacamos los siguientes apartados:
  - \* “D. ... ingresó para el *Programa de descanso de familias* el 3 de septiembre en la Unidad de ...I por segunda vez (con anterioridad a este segundo tuvo otro anterior del 5 al 19 de Marzo del 2007)”.
  - \* Se procedió a una entrevista con la esposa del paciente, “establecida con doble finalidad, por un lado para que el familiar responsable que solicita el ingreso conozca la Unidad, su funcionamiento habitual y normas y por otro lado para que éste traslade información que considere relevante sobre el paciente y los aspectos relacionados con las particularidades, gustos, costumbres o hábitos del mismo”. De la información familiar suministrada, cabe destacar algunas afirmaciones: “conviene vigilarle que tome la



medicación”; “él es autónomo para andar y se ayuda con bastón, tiene cierto riesgo de caídas, la última hace mes y medio”; “por la noche se levanta al baño solo, por lo que no utiliza barras de protección en la cama; suele dormir bien”. Sostiene el informe de la dirección que “la familia conocía de forma previa las características estructurales y funcionales tanto de la habitación como de la Unidad y durante la entrevista previa al ingreso no expresó ninguna objeción u observación al respecto de otros posibles riesgos relacionados con el accidente que se produjo, al parecer, como consecuencia de una acción voluntaria de fuga de D. ...”.

- \* “El centro en general y esta Unidad en concreto es un recinto asistencial que está dotado de las medidas de protección y de seguridad estándares... que responden a un perfil de persona dependiente con trastornos de comportamiento pero que no precisa unidades especiales, aislamientos o medios extraordinarios más propios de vigilancia intensiva... un riesgo previsible que se da es que haya personas que se desplacen a las cercanías de las puertas de acceso y busquen momentos de oportunidad para salir por ellas, motivo por el cual dichas puertas de acceso se encuentran cerradas con llave de forma sistemática. Por otro lado, si bien es cierto que las ventanas no poseen barras (medio de seguridad más propio de un centro penitenciario que de un Centro Psicogeriátrico o de las viviendas en las que habitualmente viven el resto del tiempo las personas atendidas en el Programa de Descanso de familias), todas las ventanas se encuentran a una altura mayor de la habitual (borde inferior a 1,32 mt aprox. Y mecanismo de apertura a 1,78 mt) por lo que de forma estructural o arquitectónica podríamos decir que ya existe cierta barrera de acceso, sobre todo para personas con dependencia, dificultad de movimientos o deficiente autonomía”.
- El dictamen médico a cargo de ...., suscrito por el especialista en Psiquiatría y Jefe de la Unidad de Internamiento del Hospital Universitario ... de Madrid, concluye que el accidente “fue un hecho imprevisible ocurrido en una unidad asistencial *abierta*, que la

familia no ignoraba y, se supone, que estaba por propia voluntad”. “La conducta del paciente fue muy imprevisible: la propia reclamante que era la única que podría haberlo hecho, no parece que informase de esta eventualidad. La desinhibición del paciente – se afirma en el dictamen- y para lo que la sentencia sobre incapacitación le había impuesto una curatela era debida a los gastos excesivos, y aunque según el informe del psiquiatra manifestaba ideas de fuga no era previsible que lo hiciese de esta forma”.

***Ampliación de plazo para resolver y trámite de audiencia.  
Alegaciones***

La instructora propone la ampliación del plazo para resolver en escrito de 5 de diciembre de 2008 dirigido al órgano competente “dado que no se ha recibido en su totalidad la documentación”, y el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea decide la ampliación de plazo por un periodo de tres meses a contar desde el día 16 de diciembre de 2008 mediante Resolución 3085/2008, de 9 de diciembre.

Consta en el expediente la apertura de trámite de audiencia a la reclamante, mediante escrito de 20 de enero de 2009, conforme a lo previsto en el artículo 82.1 c) de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y el artículo 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP), concediéndose un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos que estimase pertinentes, a la par que se le da traslado a la reclamante de la relación de documentos incorporados al procedimiento.

Cumplimentando el trámite, se retiran copias de los siguientes documentos: historia clínica, informe de la directora del Centro Psicogeriátrico “...”, informe del doctor ..., neuropsicólogo clínico del Centro Psicogeriátrico “...” y dictamen emitido por la asesoría médica Dictamed.

Se presenta, igualmente, escrito de alegaciones por la reclamante en el que se afirma que el “centro ejercía, por lo tanto, la función de garante de la vida, salud e integridad física” del paciente, y más cuando aquél “tenía pleno conocimiento del grado y enfermedad concreta padecida por el mismo. Así lo demuestran los informes emitidos por... la Directora del Centro..., y por el doctor ...”. Concluye el escrito de alegaciones: “Al no adoptarse estas medidas de vigilancia y control del enfermo por parte del Centro y sus empleados para evitar que un hecho, como el que finalmente ocurrió, tuviera lugar, se produjo un incumplimiento de la función de garante del centro que conlleva la concurrencia, en el presente caso, de responsabilidad patrimonial de la Administración derivada del anormal funcionamiento del servicio público”.

### ***Propuesta de resolución***

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por doña ..., en nombre y representación de don ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

## **II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

### **II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente**

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por doña ..., en nombre y representación de don ..., por los daños y perjuicios que entiende derivados de la falta de control y seguridad del paciente en el Centro Psicogeriátrico en el que se hallaba ingresado. Estamos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra será consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un

organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes; solicitud de informes necesarios; audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 LFACFN la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra. De este modo, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención prestada al esposo de la reclamante. Constan asimismo informes y declaraciones de trabajadores del Centro Psicogeriátrico “...” suficientes para valorar la misma. Por último, se ha respetado el derecho de audiencia y defensa que le corresponde, se le ha otorgado la posibilidad de conocer íntegramente las actuaciones, se han formulado las alegaciones que se han estimado convenientes, ponderándose todo ello en la propuesta de resolución elaborada por el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

## **II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos**

La función primordial de la institución de la responsabilidad patrimonial de la Administración es la reparación de los daños producidos en el tráfico

administrativo. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la LRJ-PAC, parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión, dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

### **II.3ª. En particular, causalidad e imputación objetiva del daño**

Como este Consejo ha señalado en dictámenes precedentes, el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental

principio de justicia sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado recientemente el Tribunal Supremo (SSTS 21 de marzo de 2006 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el supuesto sometido a nuestro dictamen, la reclamante sostiene en su escrito de reclamación que en el caso “concurrentes todos y cada uno de los requisitos para apreciar la concurrencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que el Centro Psicogeriátrico en el que el Sr. ... se encontraba ingresado tenía pleno conocimiento de la enfermedad concreta del paciente y, consecuentemente, en cumplimiento del deber de asistencia y cuidado, el mismo debió adoptar las medidas y cuidados necesarios para prevenir las posibles consecuencias que tuvieron lugar el día 13 de septiembre de 2.007” (el subrayado es nuestro).

En relación a esta capital afirmación que sustenta la reclamación formulada debemos comenzar por descartar la consecuencia “necesaria” que se hace derivar del conocimiento de la enfermedad del paciente; y ello a tenor de los distintos testimonios e informes que obran en el expediente. En primer lugar, se debe poner de relieve que la sentencia de incapacitación de 24 de septiembre de 2004 señala que “don ... tiene capacidad para realizar la mayor parte de los actos de la vida ordinaria debiendo únicamente en lo que a la cuestión personal se refiere que se le controle la medicación y estando incapacitado sin embargo para realizar actos de la administración patrimonial de sus bienes procede declararlo incapaz parcialmente sometiéndolo por tanto al régimen de curatela y limitando su actuación a operaciones mercantiles de envergadura y no a las pequeñas actividades diarias”. De ahí que se le declare “incapaz parcialmente para realizar todos

aquellos actos de administración de sus bienes, que conlleven cierta importancia económica procediendo nombrar como curador del mismo a Doña ...”.

En informe de 20 de noviembre de 2007 del Servicio de Medicina Interna del Hospital ... se puede leer: “Valorado por nuestro Servicio de Interconsultas durante el ingreso en M. Interna, el paciente se encuentra tranquilo, manejable y colaborador. Mantiene sueño y apetito y no ha presentado alteraciones conductuales sin haber sido preciso añadir tratamiento psicotrópico excepto Quetiapina a dosis bajas para control del sueño. Conclusión: Paciente con deterioro cognitivo y alteraciones conductuales secundarias al mismo. En este contexto realizó la fuga del centro Psicogeriátrico, sin tratarse de una conducta suicida. En el momento actual se encuentra conductualmente compensado” (el subrayado es nuestro).

La dirección del Centro Psicogeriátrico ... en informe remitido a la instructora del expediente refiere cómo el paciente “ingresó a petición de la familia en concepto de atención en el «*Programa de apoyo para descanso de familias*»”; y cómo se llevó a cabo una entrevista con la esposa del paciente “con la doble finalidad, por un lado para que el familiar responsable que solicita el ingreso conozca la Unidad, su funcionamiento habitual y normas, y por otro lado para que traslade información que considere relevante sobre el paciente y los aspectos relacionados con las particularidades, gustos, costumbres o hábitos del mismo”. De la información familiar obtenida destaca la autonomía del paciente para andar con ayuda de bastón, con cierto riesgo de caídas; el hecho de que por la noche se levanta al baño solo y de que suele dormir bien. La familia –dice este informe– conocía de forma previa las características estructurales y funcionales tanto de la habitación como de la Unidad y durante la entrevista previa al ingreso no expresó ninguna objeción u observación al respecto de otros posibles riesgos relacionados con el accidente que se produjo, al parecer como consecuencia de una acción voluntaria de fuga de D. .... Como complemento a este informe, se debe indicar que según el que emitieron los trabajadores que asistieron a los hechos, “sobre las 22,45 (del 13 de septiembre) el

paciente se encontraba en la Unidad de ... (planta baja del edificio) y fue acompañado por el trabajador, en ascensor, al primer piso (Unidad de ...) para que procediera a acostarse”.

Por último, la conclusión de la Asesoría Médica ... determina que lo acontecido “fue un hecho imprevisible ocurrido en una unidad asistencial *abierta* que la familia no ignoraba y, se supone, que estaba por propia voluntad”.

A la vista de los datos obrantes en el expediente, ¿se puede afirmar que hubo por parte del Centro inasistencia y descuido en la atención del paciente? ¿Se puede sostener que faltaron las medidas y cuidados necesarios para prevenir “consecuencias” como las derivadas de los hechos producidos en la noche del 13 de septiembre de 2007? ¿Las características de la Unidad en la que es aceptado el paciente, o el estado del mismo en el momento de ingresar, demandaban medidas que el Centro debiera haber tomado?.

Resulta conveniente en este punto recordar –como viene haciéndolo este Consejo- que las imputaciones sobre negligencia o inadecuado funcionamiento de los servicios sanitarios deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como indudablemente lo pueden ser la emisión de dictámenes médicos y, en general, de profesionales sanitarios, dado que nos encontramos habitualmente en esta clase de reclamaciones ante la necesidad de resolver cuestiones eminentemente técnicas, careciendo obviamente este Órgano Consultivo de los conocimientos sanitarios necesarios, de tal modo que debemos apoyar nuestra decisión en las pruebas que se integran en el expediente y que se nos remite tanto por los reclamantes como por la Administración, siempre conforme a la lógica y reglas de la sana crítica.

Con esas premisas, y ante la ausencia de prueba alguna facilitada por los reclamantes, este Consejo considera que se debe desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada al no haberse acreditado por la reclamante que hubiese existido desatención o negligencia en el cuidado del paciente por parte del Centro Psicogeriátrico “...”, ni que el



mismo adoleciera de unas instalaciones inapropiadas para el tipo de pacientes que acoge. Por el contrario, sólo a la conducta del paciente le es atribuible la producción del daño, rompiéndose de este modo cualquier nexo causal entre el Centro de acogida y el daño producido al paciente. En definitiva, no cabe imputar el resultado dañoso a la Administración y si sólo a la actuación de la víctima.

Este es también el criterio que se acoge en la propuesta de Resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: la participación y voluntariedad del paciente –se dice en ella- es, por tanto, fundamental en orden a la determinación de la imputabilidad de la Administración en relación a dicha causalidad. La conducta propia, singular del paciente rompe la relación de causalidad que media entre el funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria que la Administración Pública preste en el momento de producirse los hechos. Conducta –concluye la Resolución- propia y singular que es predicable a la actuación de don ... en el presente caso.

Por todo ello, este Consejo a la vista del expediente administrativo remitido, la historia clínica examinada y los informes médicos y profesionales habidos -que conforman un extenso elenco de documentos que reflejan no sólo las actuaciones sanitarias practicadas, sino también las circunstancias en las que se realizan-, no puede sino concluir, máxime ante la ausencia de material probatorio suficiente aportado por la reclamante, en la inexistencia de criterio de imputación alguno que haga derivar la responsabilidad a la Administración Sanitaria, y en la de relación de causalidad entre el daño o lesión alegados por la esposa del paciente y la actuación del Centro Psicogeriátrico y los profesionales que le atendieron.

### **III. CONCLUSIÓN**

La reclamación formulada por doña ..., en nombre y representación de don ..., en relación con los daños sufridos, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.