

Dictamen Núm. 231/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de octubre de 2022, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por mayoría el siguiente dictamen. La Consejera doña María Isabel González Cachero votó en contra:

"El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de mayo de 2022 -registrada de entrada el día 7 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a lo que considera unas deficientes medidas de seguridad en la Unidad de Psiquiatría del hospital público en el que se encontraba ingresado.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de julio de 2021 un abogado, en nombre y representación del interesado, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial -frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia de las deficientes medidas de seguridad adoptadas en el hospital público en el que estaba ingresado.

Expone que el día 8 de agosto de 2019 acude en compañía de su padre al Servicio de Urgencias del Hospital, quedando ingresado de forma voluntaria en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de dicho centro. Precisa que en el momento del ingreso el paciente manifiesta que “desde hace dos días está siendo vigilado y perseguido, así como envenenado en su trabajo”, por lo que se inicia “tratamiento antipsicótico con Paliperidona”.

Indica que “al día siguiente, 9 de agosto de 2019, sobre las 13:05 horas”, se precipita desde “una zona comunitaria” de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, sita en la planta quinta, al parecer “tras abrir una de las ventanas que el personal sanitario que desempeña sus funciones en la citada planta” advirtió que “se encontraba abierta, hecho que les llamó la atención puesto que las ventanas están siempre cerradas y no tienen sistema de apertura alguno, observando al asomarse al exterior que había una persona tendida en el suelo”.

Señala que “a consecuencia del (...) accidente por caída de cuatro pisos de altura, al caer sobre el tejado del primer piso del edificio (...), lo encuentran en decúbito prono emitiendo algún sonido incomprensible”, por lo que proceden a supinar al paciente intentando control cervical y canalizando VVP y le inician fluidoterapia, consiguiendo minutos más tarde acceder el equipo de UVI móvil, colocándole collarín cervical y observando fracturas abiertas en cúbito y fémur izquierdos y deformidad de muñeca derecha, por lo que le canalizan la vía intraósea en tibia derecha y proceden a IOT para estabilización según secuencia rápida, ante abolición de mv en hemitórax derecho, deciden colocación de válvula de Heimlich y le colocan tracción en MII y es trasladado a Urgencias, donde le realizan un TC total body de muestra: múltiples fracturas costales izquierdas, contusiones pulmonares en LID y LSI, mínimo neumotórax derecho, fractura de pala ilíaca y techo acetabular izquierdos, hematoma en hemipelvis izquierda sin signos de sangrado activo, fractura de rama isquiopubiana derecha con afectación de sínfisis pubiana (...). El diagnóstico principal es politraumatismo: múltiples fracturas costales izquierdas y contusiones pulmonares en LID y LSI y mínimo neumotórax derecho evacuado. Fractura de pala ilíaca y techos acetabular izquierdos. Hematoma en hemipelvis

izquierda sin signos de sangrado activo. Fractura de rama isquiopubiana derecha con afectación de sínfisis pubiana. Fractura en M. inferior izquierdo de trocánter mayor y fractura conminuta de tercio medio-distal femoral y de la meseta tibial. Fractura en M. superior izquierdo abierta en grado II de antebrazo izquierdo: síntesis con aguja. Fractura metafisaria de radio izquierdo: síntesis mediante aguja. Fractura en M. superior derecho de radio distal intraarticular y conminuta de radio y fijación bipolar. El tratamiento es en interconsulta de Rehabilitación para fisioterapia respiratoria y seguimiento por Psiquiatría, acompañamiento 24 horas”.

Reseña que “con fecha 4 de noviembre de 2020 la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Asturias (...) aprobó la pensión de incapacidad permanente, en el grado de absoluta para todo tipo de trabajo”, del reclamante.

Afirma que “nos encontramos con un accidente por caída a distinto nivel ocurrido en una Unidad de Hospitalización” Psiquiátrica del Hospital “donde debería resultar imposible que tuviera lugar un accidente como el expresado”, pues los pacientes “tienen que estar continuamente controlados con una vigilancia constante y sin que ninguno (...) pueda acceder a zonas donde las ventanas o puertas se puedan abrir”. Sin embargo el interesado, “a pesar del diagnóstico psiquiátrico y de su internamiento en la citada Unidad (...), ha podido abrir una de las ventanas de dicha planta sin que nadie lo vigilara o tuviese conocimiento de su caída hasta que el personal sanitario (...), al comprobar que una de las ventanas no se encontraba cerrada y tras asomarse al exterior”, pudo observar a “una persona (...) tendida en el suelo (...), sin que nadie se pueda explicar cómo ha tenido lugar el (...) suceso, por lo que fácilmente” se aprecian “las consecuencias de (...) una defectuosa asistencia sanitaria en relación al mismo que provocó su caída”. Considera que “la actuación de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (...) se aleja de una correcta *lex artis*”, y que debido a ello el reclamante “ha sufrido unos daños corporales y perjuicios que no tenía que haber soportado”.

Con base en lo expuesto, partiendo del “reconocimiento de una incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo derivada de

accidente no laboral”, y una vez aplicado el sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, cuantifica la indemnización solicitada en un importe total de seiscientos veintiún mil setecientos setenta euros (621.770,00 €), que desglosa en los siguientes conceptos: lesiones temporales, 40.000 €; secuelas, 504.000 € (300.000 € por perjuicio personal básico y 204.000 € por perjuicio personal particular); daño emergente derivado de “gastos de asistencia sanitaria futura (...), rehabilitación domiciliaria y ambulatoria y gastos de pérdida de autonomía personal”, 50.000 €, y lucro cesante, 27.770 €.

Se acompaña a este escrito, además del poder acreditativo de la representación del letrado actuante, copia de la siguiente documentación: a) Diversos informes médicos obrantes en la historia clínica del perjudicado. B) Atestado policial relativo a la caída sufrida por el reclamante el día 9 de agosto de 2019 al precipitarse por una de las ventanas del Hospital C) Auto del Juzgado de Instrucción N.º 4 de Oviedo de 10 de agosto de 2019, por el que se acuerda la incoación de diligencias previas y el sobreseimiento provisional de las mismas. d) Resolución de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Asturias de 4 de noviembre de 2020, por la que se declara al interesado en situación de incapacidad permanente en el grado de absoluta para todo tipo de trabajo.

2. Mediante escrito de 9 de agosto de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 9 de agosto de 2021, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV un informe del Servicio de Psiquiatría del Hospital y una copia de la historia clínica del episodio al que se refiere la reclamación.

La solicitud se reitera mediante oficios de 22 de octubre y 2 de diciembre de 2021.

Con fecha 19 de enero de 2022, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV atiende el requerimiento y remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente y diversos informes proporcionados por el Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital

En el primero de ellos, elaborado el 9 de agosto de 2019 por la Supervisora en Funciones de la Unidad 5.^a C de Salud Mental, se señala que "el paciente (...) fue ingresado el día 08-08-2019 a las 17:59 h (...) de forma voluntaria. Primer ingreso en la Unidad, llegó a planta acompañado de su esposa y celador, caminando. Aparentemente durmió toda la noche. Durante la mañana del día 09-08 permaneció adecuado, con tendencia al aislamiento en su habitación. En varias ocasiones el personal entra en la habitación para comprobar su estado, permaneciendo acostado. Aproximadamente a las 12.55 h se escucha un fuerte golpe y gritos de pacientes. Acude urgentemente parte del personal (...). Se observa que se encuentra abierta la primera ventana de la izquierda de la sala común y parece que el paciente la ha forzado y se ha precipitado. Tras asomarse el personal a la ventana se comprueba que se ha precipitado./ Inmediatamente avisamos a personal de seguridad (...), al 112, al teléfono de la UVI, a la Coordinadora de Enfermería de Salud Mental y a personal de mantenimiento (...). Se persona inmediatamente en la Unidad: personal de seguridad, Coordinadora de Enfermería (...), Subdirector de Enfermería (...), personal de mantenimiento, Policía Nacional, personal de (la empresa encargada del mantenimiento de las instalaciones sanitarias), Policía Científica que toma huellas en la ventana./ A solicitud de la Policía se contacta con (la empresa encargada del mantenimiento de las instalaciones sanitarias) (...) para que les faciliten las grabaciones de las cámaras de la Unidad. Nos ponemos en contacto con la Supervisora de la UVI para que nos mantenga informados del estado del paciente./ Realizamos las gestiones necesarias para garantizar la seguridad de la Unidad hasta que se arregle la ventana".

En el segundo informe, suscrito también el 9 de agosto de 2019 por una Facultativa Especialista del Área de Psiquiatría, Responsable de la Unidad de Hospitalización, se recoge, “en relación a los hechos acontecidos durante la mañana del día 09-08-2019 a las 12:56 (...) en la planta 5, Unidad de Agudos de adultos de Psiquiatría”, que “se oye un ruido y gritos de algunos pacientes./ A nuestra llegada se encuentra la primera ventana enfrente de la puerta de la sala común forzada y entreabierta. El paciente (...) se encuentra en la terraza de la primera planta supuestamente precipitado./ Se avisa entonces al 112, Servicio de Urgencias, UVI, Coordinación de Enfermería, seguridad y mantenimiento. Así mismo se pone en conocimiento de la Gerencia de este hospital./ Se mantiene la zona vigilada para preservar la seguridad del resto de pacientes./ Se informa telefónicamente a la familia (su esposa) de lo acontecido, con entrevista posterior en el Servicio de Urgencias a su llegada./ Acude la Policía Nacional para evaluar la situación./ El paciente había ingresado en esta Unidad el 8-08-2019 a las 17:59 horas (...) de forma voluntaria, con diagnóstico (de) episodio psicótico agudo. Se pauta tratamiento con Paliperidona 3 mg que (...) toma a las 20 horas. No se observan durante el ingreso conductas auto o heteroagresivas, con tendencia al aislamiento en su habitación”.

El tercer informe -“Documento técnico sobre el sistema de carpintería exterior del edificio de hospitalización del (Hospital)”-, fechado igualmente el 9 de agosto de 2019, proviene del Departamento Técnico de la empresa encargada del mantenimiento de las instalaciones sanitarias. En él consta que, “en relación con las ventanas practicables, el sistema está realizado con hoja de perfilera oculta mediante encolado de silicona estructural. Cada hoja tiene dos herrajes de sujeción mediante compás inoxidable regulable y un cierre central a través de cuatro puntos de sujeción. En las ventanas existe un pegado estructural del vidrio a la hoja, con soportes mecánicos de seguridad. El acristalamiento de la hoja de ventana está compuesto por un vidrio templado (...) de 8 mm al exterior, una cámara de aire de 16 mm de espesor y un vidrio (...) de 6 mm de espesor al interior./ En la actualidad todas las ventanas practicables en el edificio de hospitalización están inhabilitadas según una

directriz de uso del hospital. Para ello se desinstaló el manillón de apertura y se colocó una placa remachada de manera que no es posible accionar el sistema de apertura original que tiene la ventana./ Según la documentación técnica del proyecto del (Hospital), el sistema (...) tiene un ensayo de resistencia a carga de viento de 1.200 Pa y un ensayo de carga incrementada de 1.800 Pa. Este ensayo se realiza según normativa UNE EN 12179:2000 y el muro de cortina se clasifica según las directrices de la norma UNE EN 13116:2001. En consecuencia se considera que, tras los resultados obtenidos según el ensayo de deformación y el análisis realizado a los diferentes elementos de la fachada ligera, esta cumple con los requisitos exigidos en el punto 4 de la norma UNE 13116:2001, según la documentación técnica del proyecto de construcción”.

El cuarto informe, firmado el 12 de agosto de 2019 por el Jefe del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento del Área Sanitaria IV, se ocupa de “describir las características y funcionamiento de la ventana por la que se produjo el incidente”. Indica que “esta ventana pertenece al conjunto de ventanas de la fachada del edificio ‘C’ (...), correspondiente a Hospitalización. Esta fachada, junto con las ventanas, está calculada según normativa del Código Técnico de la Edificación conforme al Documento Básico ‘Acciones en la edificación’. Las ventanas constan de cuatro puntos de sujeción accionados tanto en su apertura como cierre por una manilla instalada en su lado interior que bloquean la ventana de forma solidaria y solo permiten su apertura mediante manilla al efecto. Se considera el cierre de la suficiente seguridad sobre cualquier acción externa o ajena a las personas autorizadas./ Este dispositivo de origen, dada la utilización de manera indiscriminada en el conjunto del hospital por parte de los usuarios, por motivos de seguridad y eficiencia energética fue establecida su anulación y bloqueo desde la Gerencia del Área Sanitaria en su conjunto a excepción de las habitaciones de Hospitalización, que se mantuvo, siendo su apertura únicamente realizable por parte de los responsables de cada unidad./ En nuestro caso la ventana está englobada en el grupo al que se eliminó este dispositivo. El método consistió en su retirada y en bloquear el acceso al cierre mediante chapa metálica remachada que impedía el acceso a su apertura salvo por la rotura expresa de

este dispositivo remachado. Para cualquier acción sobre una ventana en este modo es necesario taladrar los remaches hasta su eliminación, retirar la lámina de cierre, actuar sobre su apertura, etc. y posteriormente proceder a fijar el cierre y remachar de nuevo la lámina sobre su posición./ Esta orden se confirma desde la Gerencia del Área Sanitaria IV en (el) año de su apertura, 2014. Desde esta fecha hasta hoy la Unidad de Psiquiatría ha funcionado sin ningún tipo de incidente ni alteración o apertura no controlada desde la propia Unidad de Psiquiatría./ Además de este cierre, indicar que esta ventana corresponde a un local en la propia Unidad de Psiquiatría al que para su acceso se hace necesaria la apertura por parte de la misma Unidad por estar cerrada, siendo el acceso a este local y por ende a la ventana con el conocimiento de la Unidad./ Conclusión: Podemos asumir que la apertura en estas condiciones se debe a un fuerte golpe generado por el paciente en su situación de alteración que sacó de su posición los pasadores del cierre, permitiendo la apertura y (que) se lograra así abrir la ventana sin conocimiento de la Unidad de Psiquiatría donde se produjo el incidente de forma rápida y sin posibilidad de actuación por su parte. En la primera inspección visual a la espera de los resultados de la Policía Científica que acudió tras el suceso se podían percibir las huellas sobre el marco de la ventana en su perímetro./ Como propuesta desde este Servicio se plantea la clausura de forma definitiva de la ventana. En este caso y de forma preventiva hasta su confirmación definitiva se ha bloqueado atornillando la ventana sobre el marco, siendo ahora un conjunto solidario ventana fachada. Se propone hacer la misma operación tras una definición por parte de la Gerencia del Área del número de ventanas susceptibles de anular y fijar de forma definitiva a la fachada”.

En el quinto informe, elaborado conjuntamente el 16 de septiembre de 2021 por una Facultativa Especialista del Área de Psiquiatría y la Directora del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Área Sanitaria IV, se describe la atención “multidisciplinar” prestada tanto al paciente como a su “familia cercana (padres, esposa y hermana)” por el “Servicio de Salud Mental (...) de Enlace e Interconsulta desde el día 13-8-2019 al 05-12-2019”. Tras consignar como antecedente psiquiátrico del paciente “un episodio de insomnio tratado en su

médico de Atención Primaria con Stilnox, posteriormente sin tratamiento”, en el año 2010, manifiesta que “fue evaluado por el Servicio de SM de Enlace e Interconsulta por primera vez el día 13-8-2019, estando ingresado en la UCI, sedado e intubado, de cara a valorar el tratamiento psicofarmacológico. Paralelamente se mantienen entrevistas con su familia para apoyo psicológico./ Durante su estancia en UCI se modifica el tratamiento antipsicótico y ansiolítico hasta su estabilización durante el proceso de extubación y reducción de la sedación. Permanece ingresado en UCI hasta el día 28-8-2019, en (...) que se traslada a la planta de Traumatología. En las primeras 3-4 semanas la clínica predominante es confusional, donde además del tratamiento sintomático psiquiátrico se descartan otras complicaciones somáticas mediante interconsultas a los Servicios de Neurología y Medicina Interna de este hospital./ Una vez remitidos los síntomas confusionales, se aprecia aparición de ideas delirantes y posibles alucinaciones auditivas que no remiten con el tratamiento con Risperidona a dosis de 4 mg, sin tolerar dosis mayores por somnolencia excesiva, se modifica entonces la medicación a Olanzapina a dosis de 15 mg/día con buena respuesta. El 4-11-19 se decide bajar la dosis de Olanzapina tras permanecer al menos un mes sin clínica psicótica y por somnolencia excesiva, con buena respuesta./ Desde el primer momento que se traslada a planta se mantienen hasta el alta hospitalaria el 5-12-2019 medidas de observación y prevención de conductas autolíticas con acompañamiento de personal sanitario las 24 horas del día y vigilancia de objetos peligrosos, todo ello a petición de su familia, bajo indicación clínica y con autorización de la Gerencia del centro. Además, se decide evaluación diaria del paciente una vez trasladado a la planta de Traumatología por los psiquiatras, o bien de Psiquiatría de Enlace o bien por el psiquiatra de guardia correspondiente los días no laborables. Durante todo el proceso se ha ido informando, con autorización del paciente, a su familia cercana de su evolución./ Conjuntamente con el tratamiento psiquiátrico se han realizado entrevistas con familiares cercanos por parte de psicología clínica de este Servicio para apoyo psicológico./ Al alta el paciente estaba consciente, orientado en las tres esferas, colaborador, tranquilo, eutímico, con un discurso fluido y coherente, sin

síntomas psicóticos, ni ideas o planes suicidas, tenía planes de futuro adecuados, aunque se mostraba preocupado por las posibles secuelas físicas futuras./ Fue incluido en ese momento del alta, con su autorización y al objeto de mantener una intervención preventiva, en Protocolo de detención y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio, tal y como propuso el Centro de Salud Mental de referencia para su seguimiento psiquiátrico”.

En el sexto informe, emitido el 18 de enero de 2022 por la Directora del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Área Sanitaria IV, consta que “la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (...) de Agudos del (Hospital) se encuentra ubicada en la planta 5.ª C (...) del edificio de Hospitalización./ Es una Unidad cerrada por normativa legal vigente, donde las ventanas están selladas y no tienen posibilidad de apertura manual por parte del personal ni de los pacientes./ La Unidad dispone de un circuito cerrado de cámaras de videovigilancia, tanto en las salas comunes como en los pasillos y comedor, exceptuando las habitaciones./ Durante el ingreso hospitalario el paciente puede estar tanto en su habitación como en las distintas zonas comunes de la Unidad. Existen dos salas de estar dotadas de televisión y una de ellas de elípticas para realizar ejercicio físico. En estas salas se realizan las distintas actividades y talleres terapéuticos dirigidos por el personal de enfermería./ Dentro de la Unidad, entre la habitación 553 y 555 y enfrente del comedor de pacientes, se encuentra ubicada la Sala de Enfermería (lo que sería la habitación 554), lugar donde se prepara y dispensa la medicación, se realizan curas, toma de constantes y resto de técnicas enfermeras./ Esta sala, junto con las cámaras en los espacios comunes, son dos soportes de apoyo para la supervisión y observación de los pacientes a la que se añade la metodología enfermera de valoración y cuidados individuales”. Tras describir la distribución de las habitaciones de la planta y la dotación de personal y su trabajo por turnos y días, se señala que “esta plantilla está adaptada a una metodología de trabajo no custodial. La mayoría de la plantilla tiene alta experiencia en la atención y cuidado de los pacientes con patología de Salud Mental. En el caso de enfermería además de la experiencia se añade con carácter general la titulación de especialista en Salud Mental mediante el sistema EIR./ La

sistemática de trabajo de enfermería es la siguiente:/ Al ingreso en la Unidad se facilita información verbal y por escrito al familiar acompañante y al paciente sobre el funcionamiento de la Unidad: normas, horarios, visitas y pertenencias./ Posteriormente se realiza la valoración de enfermería específica de Salud Mental, ajustada a la Taxonomía NANDA-NIC-NOC. Así se establecen unos diagnósticos de enfermería y unos objetivos (NOC) a conseguir mediante unas intervenciones (NIC) establecidas en función de los diagnósticos. Dichas intervenciones se validan con la periodicidad que se estima en la valoración. Por tratarse de una Unidad de ingresos en fase aguda se suele establecer esta validación en cada turno./ Además de las actividades propias de una planta de hospitalización, en la planta de Psiquiatría se realizan talleres impartidos por el equipo de enfermería: relajación, habilidades cognitivas, psicomotricidad, hábitos de vida saludables, manualidades (existen documentos que recogen la actividad sistematizada diaria y por turnos de la enfermera y (el técnico en cuidados auxiliares de enfermería), se pueden enviar anexos)".

En cuanto a las circunstancias de la caída sufrida por el reclamante, "se informa (...) que la ventana en cuestión estaba cerrada, sin mecanismo de apertura, y que el paciente en un impulso irrefrenable y súbito, totalmente inesperado, tras carrera exagerada y desmedida se lanzó violentamente sobre ella, sacando de su posición los pasadores del cierre y en consecuencia ocasionando la apertura forzada de la ventana de forma rápida y sin posibilidad de actuación por parte del personal de la Unidad de Psiquiatría. La Policía Científica se personó tras el suceso./ El Jefe del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento emitió informe en relación con este (...), indicando y describiendo las características y funcionamiento de dicha ventana, que pertenece al conjunto de la fachada del edificio 'C' del (Hospital), correspondiente a Hospitalización", y reproduce las observaciones técnicas sobre las ventanas efectuadas en el referido informe así como las recogidas en el emitido por la empresa encargada del mantenimiento de las instalaciones sanitarias.

4. Con fecha 27 de enero de 2022, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante solicita al Juzgado Decano de Oviedo una copia del video “grabado por las cámaras de videovigilancia de la Unidad de Psiquiatría”, así “como cualquier otra información que pudiera permitirnos tener conocimiento de lo realmente ocurrido, si ello fuera posible, para la adecuada tramitación del procedimiento administrativo”.

El día 3 de febrero de 2022 una Letrada de la Administración de Justicia informa que, “consultada la base de datos de este Juzgado Decano, las diligencias policiales (...) relativas a los citados hechos se encuentran en el Juzgado de Instrucción N.º 4 (...), a donde deberán dirigirse para obtener la información interesada”.

El 10 de febrero de 2022, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios se dirige al Juzgado de Instrucción N.º 4 de Oviedo interesando una copia del “video (...), así como cualquier otra información que pudiera permitirnos tener conocimiento de lo realmente ocurrido, si ello fuera posible, para la adecuada tramitación del expediente administrativo”.

Mediante oficio de 14 de marzo de 2022, el Juzgado de Instrucción N.º 4 de Oviedo pone en conocimiento de la Consejería de Salud que “no consta remitido ningún tipo de grabación de imagen a las presentes (...) actuaciones por parte de la Policía Científica”.

5. Con fecha 16 de marzo de 2022, y a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, emiten informe pericial dos especialistas, uno de ellos en Psiquiatría y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él afirman que el paciente “en ningún momento hasta el gesto autolítico realizado presentó alteraciones de conducta que pudieran hacer prever y anticipar la conducta suicida (...). Dado el diagnóstico establecido de episodio psicótico agudo al ingreso se inicia tratamiento con fármaco antipsicótico, pues es el tratamiento de elección para dicho trastorno (...). En la nota evolutiva del primer día de ingreso el paciente se mostraba poco colaborador y hostil por lo que se aumentó la dosis del fármaco iniciado, ya que esta actitud era fruto de la ideación delirante por la que ingresó, actitud frecuente en las primeras horas de

un primer ingreso (...). Se solicitaron las correspondientes pruebas complementarias para descartar causa orgánica como etiología del episodio psicótico (...). El paciente no tenía antecedentes de gestos suicidas previos ni se habían detectado ideas de muerte estructuradas en su evaluación en Urgencias (...). No presentaba ningún factor de riesgo salvo ser varón de mediana edad para prever una conducta suicida (...). Presentaba la mayor parte de los factores protectores frente a conductas suicidas (...). El desenlace final no es consecuencia de la intervención psiquiátrica llevada a cabo por lo que no se objetiva un nexo causal directo e inmediato entre la actuación médica realizada y el intento de suicidio (...). El daño real ocasionado en el paciente no tiene conexión con la atención médica recibida (...). Los mecanismos de vigilancia y custodia fueron los adecuados a unidades de hospitalización de pacientes agudos por patología psiquiátrica, no hubo ninguna clase de negligencia en las medidas de seguridad adoptadas ya que existía una vigilancia continua por parte del servicio de enfermería, existiendo en zonas comunes circuito de cámaras de seguridad (...). Las ventanas estaban clausuradas según normativa vigente y eran suficientemente seguras, confirmado por informes técnicos facilitados al (Hospital). El gesto suicida del paciente fue voluntario, impulsivo, imprevisible, inesperado y, por tanto, impredecible, por lo que el personal sanitario de la Unidad no pudo evitar el incidente ocurrido”.

A la vista de ello, consideran que “la atención sanitaria llevada a cabo en la Unidad de Hospitalización de Agudos del (Hospital) (...) ha sido correcta y ajustada a la *lex artis*. Se concluye que no hubo asistencia sanitaria defectuosa”.

6. Mediante oficio notificado al representante del reclamante el 11 de abril de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo de la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de la documentación obrante en el expediente hasta ese momento.

El día 4 de mayo de 2022, el representante del interesado presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se reitera en todos

los términos de la reclamación formulada. En él razona que los “informes y resto de la documentación obrante en el expediente” confirman “la negligente actuación de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del (Hospital), ante la existencia de una prestación irregular por deficiente”, por lo que se discrepa del informe pericial de 16 de marzo de 2022, toda vez que el paciente “al ingreso en dicha Unidad fue diagnosticado de un ‘episodio psicótico agudo’ y desde el primer momento se mostraba poco colaborador y hostil, y al haber adoptado una serie de medidas”, como “eliminar de la ventana por la que se produjo el incidente el dispositivo de origen, procediendo a su retirada y bloquear el acceso al cierre mediante una chapa metálica remachada que impedía el acceso a su apertura, salvo por la rotura expresa de este dispositivo remachado, y que todas las ventanas practicables en el edificio de hospitalización están inhabilitadas según una directriz de uso del hospital, procediendo a desinstalar el manillón de apertura y colocar una placa remachada de manera que no es posible accionar el sistema de apertura original que tiene la ventana, pero que, tal y como ha sucedido, el efecto ha sido el contrario, ya que el (...) paciente se precipitó desde la planta quinta del edificio tras abrir la ventana, ante lo cual se puede llegar fácilmente a la conclusión de que las modificaciones introducidas en el dispositivo de origen de la ventana no han sido eficaces y han contribuido (a) que mi representado pudiese abrir la ventana en los términos indicados, y además dicha ventana corresponde a un local en la propia Unidad de Psiquiatría al que para su acceso se hace necesaria la apertura de la misma Unidad por estar cerrada, siendo el acceso a este local y por ende a la ventana con el conocimiento de la Unidad, circunstancia esta que ha fallado totalmente, dado que los pacientes de dicha Unidad tienen que estar continuamente controlados con una vigilancia constante para que ninguno (...) pueda acceder a la zona desde donde se precipitó (...). Por lo tanto, el desenlace final ha sido consecuencia de la intervención psiquiátrica llevada a cabo, existiendo un nexo causal directo e inmediato entre la actuación médica realizada y el intento de suicidio (...), por cuanto que los mecanismos de vigilancia y custodia no fueron los adecuados a una unidad de hospitalización de pacientes agudos por patología psiquiátrica,

ante lo cual existió una negligencia en las medidas de seguridad adoptadas, pues no se puede considerar la existencia de una vigilancia continua por parte del servicio de enfermería, donde hay cámaras de seguridad con circuito cerrado en zonas comunes (...), correcta y ajustada a la *lex artis*".

Mediante oficio de 6 de mayo de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo de la Dirección General de Política y Planificación Sanitarias traslada una copia de las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora de la Administración.

7. Habida cuenta de que entre la documentación incorporada al expediente consta la existencia de diligencias penales instruidas por los mismos hechos, con fecha 10 de mayo de 2022 el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita al reclamante que informe sobre "la situación en la que se encuentra el mencionado procedimiento penal a fin de poder obrar en consecuencia".

El día 17 de mayo de 2022, el representante del perjudicado presenta un escrito en una oficina de correos en el que recuerda que por Auto del Juzgado de Instrucción N.º 4 de Oviedo de 10 de agosto de 2019 "se acordó el sobreseimiento provisional de las mencionadas diligencias (...), tal y como se ha acreditado con el documento n.º 3 de los acompañados con la reclamación previa de responsabilidad patrimonial presentada".

8. Con fecha 23 de mayo de 2022, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que "el gesto suicida del paciente fue voluntario, impulsivo, inesperado y, por tanto, imprevisible por lo que el personal sanitario de la Unidad no pudo evitar el incidente ocurrido. Ningún aspecto de la conducta del paciente desde su llegada a Urgencias y en las pocas horas que permaneció en la Unidad de Psiquiatría se podía prever el gesto realizado. En los cuadros psicóticos los gestos suicidas están contemplados, pero no en un momento tan inicial del diagnóstico. El paciente no presentaba tentativas ni antecedentes de gestos suicidas previos. La ideación autolítica no estructurada reactiva a la sintomatología, descrita en el informe realizado a su llegada a Urgencias, implica deseos y pensamientos suicidas como salida a una situación

emocional desagradable, muy común en pacientes con alteración del estado de ánimo que en el paciente no era llamativa. Esta ideación no se corresponde de manera directa con los actos suicidas consumados que son realizados de manera voluntaria e impulsiva, siendo por tanto impredecibles, imprevisibles e inevitables./ No había factores de riesgo que hicieran pensar que el paciente podría perder el autocontrol, mantenía una estabilidad familiar propia, casado y con dos hijos, y con apoyo por familia de origen. Mantenía actividad laboral, no presentaba intoxicación o abstinencia al consumo de tóxicos y no habían referido un desencadenante o estresor vital. No se registran en la historia clínica antecedentes familiares de suicidio o experiencias traumáticas en la infancia. No presentaba enfermedad médica ni cuadro de dolor crónico. El desenlace final no es consecuencia de la intervención psiquiátrica llevada a cabo, por lo que no se objetiva un nexo causal directo entre la actuación médica realizada y el intento de suicidio (...). Los mecanismos de vigilancia y custodia fueron los adecuados a unidades de hospitalización de pacientes agudos por patología psiquiátrica, no hubo ninguna clase de negligencia en las medidas de seguridad adoptadas ya que existía una vigilancia continua por parte del servicio de enfermería, existiendo en zonas comunes circuito de cámaras de seguridad./ El gesto suicida del paciente fue voluntario, impulsivo, imprevisible, inesperado y, por lo tanto impredecible, por lo que el personal sanitario de la unidad no pudo evitar el incidente ocurrido dado que no había una ideación suicida estructurada que obligase a adoptar medidas diferentes a las llevadas a cabo. Por todo lo anterior, la atención sanitaria efectuada en la Unidad de Hospitalización de Agudos del (Hospital) (...) ha sido correcta y ajustada a la *lex artis*".

Respecto "al mecanismo de precipitación, podemos asumir que la apertura de la ventana en estas condiciones se debió a un fuerte golpe generado por el paciente en su situación de alteración que sacó de su posición los pasadores del cierre, permitiendo la apertura y (que) se lograra así abrir la ventana sin conocimiento de la Unidad de Psiquiatría, donde se produjo el incidente de forma rápida y sin posibilidad de actuación por su parte. En la primera inspección visual a la espera de los resultados de la Policía Científica

que acudió tras el suceso se podían percibir las huellas sobre el marco de la ventana en su perímetro./ El Servicio de Psiquiatría, en relación con el mecanismo de producción, también coincide en que la ventana en cuestión estaba cerrada, sin mecanismo de apertura y que el paciente en un impulso irrefrenable y súbito, totalmente inesperado, tras carrera exagerada y desmedida se lanzó violentamente sobre ella, sacando de su posición los pasadores del cierre y en consecuencia ocasionando la apertura forzada de la ventana de forma rápida y sin posibilidad de actuación por parte del personal de la Unidad de Psiquiatría”.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de mayo de 2022, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP),

está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante debidamente acreditado al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “Los interesados sólo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

La presentación de la reclamación el día 28 de julio de 2021, es decir cuando habían transcurrido casi dos años del intento autolítico protagonizado por el reclamante durante su ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos del Hospital, ubicada en la planta 5.^a C del edificio de Hospitalización de este centro, hecho acontecido el 9 de agosto de 2019, no determina *per se* su extemporaneidad, toda vez que nos encontramos ante un supuesto de daños de carácter físico a las personas, por lo que debemos verificar -en este caso- cuándo tiene lugar la determinación del alcance de las secuelas.

A tal efecto es obligado partir del dato de que, tal y como consta acreditado en el expediente remitido (folio 33), como consecuencia de este incidente ese mismo día 9 de agosto de 2019 se le diagnosticó al paciente en el propio hospital donde estaba ingresado un politraumatismo; en concreto, “múltiples fracturas costales izquierdas. Contusiones pulmonares en LID y LSI. Mínimo neumotórax derecho evacuado./ Fractura de pala ilíaca y techos

acetabular izquierdos. Hematoma en hemipelvis izquierda sin signos de sangrado activo./ Fractura de rama isquiopubiana derecha con afectación de sínfisis pubiana./ M. inferior izquierdo: fractura de trocánter mayor. Fx conminuta de tercio medio-distal de diáfisis femoral. Fx meseta tibial./ M. superior izquierdo: fractura abierta grado II de antebrazo izquierdo: síntesis con aguja. Fractura metafisaria de radio izquierdo: síntesis mediante aguja./ M. superior derecho: fractura de radio distal intraarticular y conminuta de radio. Fijación bipolar”.

Si bien los distintos informes incorporados al expediente, centrados todos ellos en las circunstancias en las que se produjo el episodio autolítico protagonizado por el reclamante, aportan escasos datos acerca del abordaje quirúrgico y posterior tratamiento rehabilitador de las lesiones, la historia relativa a este episodio pone de manifiesto (folio 1621) que el inicial abordaje quirúrgico -“TRA manipulación rodilla (07-11-2019). TRA osteosíntesis fractura (07-10-2019). TRA Osteosíntesis fractura (izda.) (02-09-2019). TRA osteosíntesis fractura (09-08-2019)”- quedó pendiente, a efectos de concreción de las secuelas subsiguientes, de tratamiento rehabilitador, tras el alta acordada por el Servicio de Traumatología el 5 de diciembre de 2019, que sin embargo continuó realizando un seguimiento de la evolución del paciente.

A la vista de la voluminosa historia clínica, todo apunta a que debido con alta probabilidad a la situación de crisis sanitaria desencadenada a raíz del COVID-19 este tratamiento rehabilitador ha sufrido diversas dificultades. En todo caso, según informe del Servicio de Rehabilitación (folio 1653) en la consulta de 4 de junio de 2020 se constata que está “pendiente de solicitar revisión presencial COT para valoración y posibilidad de nueva cirugía”, y en la de 21 de agosto de 2020 “refiere que ha sido valorado COT el 12-08-20. No plantean cirugía por el momento”, no estando condicionada el alta del citado Servicio de Rehabilitación con efectos del 21 de octubre de 2020 a una revisión por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología para control y seguimiento el 25 de noviembre siguiente (folio 1654). Todo ello determina la imposibilidad de que el reclamante pudiera tener conocimiento cabal de las secuelas permanentes derivadas de su acción.

En estas condiciones, debemos concluir que la reclamación presentada el 28 de julio de 2021 ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, observamos que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- En la presente reclamación de responsabilidad patrimonial el interesado, que el día 8 de agosto de 2019 había ingresado de manera voluntaria en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital con el diagnóstico de “episodio psicótico agudo”, solicita ser indemnizado de las consecuencias dañosas que para su persona se derivan del intento de suicidio que protagonizó al día siguiente, al arrojarse -todo apunta que de manera también voluntaria- desde una de las ventanas de dicha Unidad, ubicada en la quinta planta del centro hospitalario, a la terraza existente en la primera planta.

Como consecuencia de este desgraciado episodio, el reclamante sufrió un politraumatismo que motivó su inmediato traslado a la UCI del propio hospital, donde permaneció ingresado hasta el día 28 de agosto de 2019, siendo trasladado con posterioridad a la planta de Traumatología hasta su alta hospitalaria el día 5 de diciembre de 2019, con pautas de rehabilitación y revisión desde esa fecha. En estas condiciones, resulta evidente la existencia de unos daños cuya evaluación económica, a efectos de una eventual indemnización, analizaremos si concurren el resto de los requisitos legalmente exigibles para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como premisa, procede señalar que con relación a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración ante conductas suicidas este Consejo ha dictaminado (entre otros, Dictamen Núm. 145/2012) que en supuestos como el presente tan solo cabe apreciar la responsabilidad administrativa cuando al servicio público asistencial le era exigible la adopción de determinadas medidas de precaución como consecuencia de la previsibilidad de la conducta suicida; juicio médico que debe alcanzarse en función de los antecedentes y de la exploración personal practicada.

Al respecto, el Tribunal Supremo ha razonado (entre otras, Sentencia de 21 de marzo de 2007 -ECLI:ES:TS:2007:1655-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª) que para determinar si procede apreciar la "responsabilidad patrimonial es necesario, en primer lugar, analizar si el suicidio resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes del paciente, por cuanto si atendidos estos podía resultar previsible lo ocurrido hubiera devenido necesario adoptar las necesarias medidas de atención y cuidado, precisándose igualmente que a efectos de poder apreciarse si ha habido o no una ruptura del nexo causal ha de determinarse si debido a la alteración mental era previsible

que el paciente se comportase creando riesgos que en condiciones de normalidad cualquier persona eludiría, pues si esa persona no se encuentra en tales condiciones de normalidad y ello es conocido por el servicio sanitario este tiene el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento, y ello sin perjuicio de que la actuación de este último deba ser tomada en cuenta para atemperar la indemnización procedente”.

En el caso examinado, el reclamante denuncia que “un accidente por caída a distinto nivel, ocurrido en una Unidad de Hospitalización (Psiquiátrica)” del Hospital, “debería resultar imposible que tuviera lugar”, pues “los pacientes de dicha Unidad tienen que estar continuamente controlados con una vigilancia constante y sin que ninguno (...) pueda acceder a zonas donde las ventanas o puertas se puedan abrir”.

Por el contrario la Administración sanitaria, a la vista de los diferentes informes incorporados al expediente, fundamenta el sentido desestimatorio de la propuesta de resolución en que “no se objetiva un nexo causal directo entre la actuación médica realizada y el intento de suicidio (...). Los mecanismos de vigilancia y custodia fueron los adecuados a unidades de hospitalización de pacientes agudos por patología psiquiátrica, no hubo ninguna clase de negligencia en las medidas de seguridad adoptadas ya que existía una vigilancia continua por parte del servicio de enfermería, existiendo en zonas comunes circuito de cámaras de seguridad./ El gesto suicida del paciente fue voluntario, impulsivo, imprevisible, inesperado y, por lo tanto, impredecible, por lo que el personal sanitario de la Unidad no pudo evitar el incidente ocurrido dado que no había una ideación suicida estructurada que obligase a adoptar medidas diferentes a las llevadas a cabo”.

Planteada la cuestión en los términos expuestos, y a la vista de lo instruido en el procedimiento, este Consejo considera que la ubicación de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital en la quinta planta del complejo hospitalario, con el consiguiente riesgo que de tal ubicación en altura puede derivarse para este tipo de pacientes -a los que no son extrañas las conductas autolíticas-, no ha sido adecuadamente resuelta mediante las

medidas de atención y seguridad implementadas al efecto desde la Gerencia, como lo demuestra el hecho aquí constatado de que tales precauciones no han resultado suficientes para impedir el intento suicida protagonizado por el reclamante cuando se encontraba ingresado en esa Unidad.

Insiste la propuesta de resolución en la imprevisibilidad de la acción del reclamante destacando la ausencia de alteraciones que pudieran hacer prever la conducta suicida, ni factores de riesgo, ni ideas de muerte estructurada en su evaluación en Urgencias. Sin embargo, el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora reconoce que “en los cuadros psicóticos los gestos suicidas están contemplados, pero no en un momento tan inicial del diagnóstico” (folio 94); reserva esta última que se contradice con la referencia que en el mismo se efectúa al informe de ingreso voluntario en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, en el que consta que el paciente “describe ideación autolítica no estructurada reactiva a la sintomatología” (folio 77). A lo anterior se une el hecho, igualmente reconocido por la propia Administración pero huérfano de una mínima investigación seguida de la consiguiente explicación, de cómo fue posible el acceso por parte del paciente al local donde se ubica la ventana desde la que se precipitó, que permanece normalmente cerrada, de forma tal que el acceso al mismo solamente resulta posible con el conocimiento de la propia Unidad de Psiquiatría.

Por otro lado, la descripción que se realiza en la propuesta de resolución de la acción suicida destacando su carácter impulsivo e inmediato no deja de ser una mera conjetura, toda vez que no consta la grabación de las cámaras de vigilancia; la Administración no la aporta, y este extremo no puede operar en perjuicio del particular que reclama. Sí se puede afirmar, a la vista de los hechos y de las manifestaciones sobre cómo tuvo conocimiento el personal sanitario del intento de suicidio (“se escucha un fuerte golpe y gritos de pacientes”), que nadie prestaba atención a dichas cámaras, y que en una planta en la que los accesos han de estar controlados había elementos que facilitaban la concreción del riesgo que se trataba de evitar.

En estas condiciones, al apreciar la concurrencia de una situación de riesgo en orden a la evitación de posibles conductas autolíticas en la Unidad de

Hospitalización Psiquiátrica del Hospital, consideramos que se ha creado una situación de peligro objetivo de cuyas consecuencias dañosas, al materializarse tal y como lamentablemente ha sucedido en el supuesto que nos ocupa, debe responder la Administración sanitaria titular del servicio. Por ello, concluimos que existe relación de causalidad entre el irregular funcionamiento del servicio público y el daño sufrido por el perjudicado, que al resultar antijurídico no tiene obligación de soportar.

Tal como expresamos en un supuesto similar en el Dictamen Núm. 115/2006, se ha producido “una omisión de la adecuada vigilancia exigible”, así como “una insuficiencia de las medidas de seguridad físicas existentes”. Exigencias similares para fijar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se establecen en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 27 de febrero de 2006 -ECLI:ES:TSJAS:2006:183- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) al señalar que “las pretensiones resarcitorias han de juzgarse al entender de este Tribunal desde la vertiente subjetiva de la lesionada (...), en especial su tendencia e intentos de suicidio y a la capacidad de la Administración para deducir la previsibilidad de aquella tendencia, y también desde la vertiente objetiva o de puesta de medios, es decir, adecuación de las instalaciones para evitar dichos sucesos, así como la vigilancia adecuada”. El Tribunal Supremo concluyó en la Sentencia de 21 de marzo de 2007 -ECLI:ES:TS:2007:1656- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª), ante un ingreso -como en el supuesto que nos ocupa- por un cuadro psicótico, con alucinaciones auditivas e ideas delirantes, en el que el paciente se arroja por una ventana, que “no se tomaron por el centro hospitalario, que carecía de medidas de especial protección en las ventanas, aquellas otras medidas de previsión y cuidado necesarios para prevenir el intento de suicidio que finalmente tuvo lugar, sin que pueda considerarse que la conducta del actor constituyera una ruptura del nexo causal, porque sin perjuicio de tener en cuenta esa conducta a la hora de moderar la indemnización procedente, lo cierto es que debido a su alteración mental, que era precisamente la causa de su hospitalización, era previsible (...), mientras que el conocimiento de todas esas circunstancias imponía a la

Administración sanitaria el deber de vigilar cuidadosamente su comportamiento, lo que no ocurrió”; razonamiento asumido en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 23 de noviembre de 2017 - ECLI:ES:TSJAS:2007:6484- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), si bien en un supuesto en el que resultaban notorios los antecedentes autolíticos del paciente.

SÉPTIMA.- Sentado lo anterior, procede analizar la cuantía de la indemnización correspondiente.

El reclamante acude al baremo de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, solicitando una indemnización total de 621.770,00 €, cantidad que desglosa sin mayor aclaración en los siguientes conceptos: lesiones temporales, 40.000 €; secuelas, 504.000 € “(300.000 € por perjuicio personal básico y 204.000 € por perjuicio personal particular); daño emergente derivado de “gastos de asistencia sanitaria futura (...), rehabilitación domiciliaria y ambulatoria y gastos de pérdida de autonomía personal”, 50.000 €, y lucro cesante, 27.770 €.

Por su parte la Administración sanitaria reclamada, dado el carácter desestimatorio de la propuesta de resolución que formula, no ha analizado la valoración efectuada por el interesado.

Procede reiterar que el régimen de valoración de daños para los accidentes de circulación no resulta de obligada aplicación a la responsabilidad patrimonial de la Administración, si bien puede ser utilizado, con carácter subsidiario y orientativo, a falta de otros criterios objetivos, atendiendo a las circunstancias concretas de cada caso. Precisamente esas dos notas del mencionado baremo -su valor como parámetro objetivo y su carácter no vinculante- se explicitan en la vigente LRJSP, cuyo artículo 34.2 recoge que “se podrá tomar como referencia” en los casos de muerte o lesiones “la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios”.

Este Consejo se ha enfrentado a distintos supuestos en los que, por razones diversas, la aplicación rígida del baremo arroja resultados desproporcionados a la luz del conjunto de circunstancias concurrentes, incluso

aplicando un factor porcentual de corrección. Así se advierte, entre otros, en los casos en los que el daño reclamado deriva de un suicidio o una tentativa autolítica, pues esa actuación debe “ser tenida en cuenta para atemperar la indemnización procedente” (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 23 de noviembre de 2007 -ECLI:ES:TSJAS:2007:6484-, Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección 2.ª). En la misma línea, también la referida Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 23 de noviembre de 2017 -ECLI:ES:TSJAS:2007:6484- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª) toma en cuenta, en aplicación de la doctrina del Tribunal Supremo, “la realidad de que concurra en la producción del daño final la propia acción de la víctima”. No puede soslayarse, por ello, que la propia acción de la víctima concurre en la producción del daño siendo además la desencadenante del episodio lesivo, con lo que nos asomamos a la complejidad de indemnizar los daños originados por un acto voluntario de quien los sufre.

El supuesto aquí examinado se separa así de aquellos en los que quien reclama es un familiar que confió a la red pública el cuidado de un enfermo mental que se suicida, pues en esos casos no media una actuación determinante de la misma persona que interesa la indemnización.

En este contexto, a la vista de antecedentes análogos (Dictamen Núm. 115/2006 y Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 29 de julio 2008 -ECLI:ES:TSJAS:2008:4312-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), ponderando el conjunto de circunstancias y la esencial participación del perjudicado en el resultado dañoso, este Consejo estima que procede una compensación prudencial de 40.000 € por todos los perjuicios que se reclaman; cuantía que se estima actualizada a los efectos de lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de

Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos expresados en el cuerpo de este dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.