

De nuevo sobre el análisis del suicidio desde el derecho de daños

Comentario a las SSTs, 1ª, 23.2.2006 y 3ª, 21.12.2005

Marc-R. Lloveras i Ferrer

Universitat Pompeu Fabra

353

Abstract

Las dos sentencias objeto de comentario nos ofrecen el punto de partida para desde los criterios de las salas 1ª y 3ª del Tribunal Supremo destacar los elementos relevantes para el análisis de las demandas por responsabilidad civil contra personas o instituciones que no han podido evitar el suicidio de personas que tenían bajo su custodia. La solución aportada por las dos salas, aparentemente contradictoria en estos dos casos, se contrasta con la jurisprudencia reciente de las mismas. Especialmente, por lo que se refiere a la consideración del suicidio como una acción voluntaria y consciente y su relevancia como elemento de ruptura o de interferencia relevante en el nexo causal. La suficiencia y el buen estado de los sistemas de seguridad generales del centro equiparados a las infraestructuras preventivas necesarias junto con las medidas de seguridad concretas aplicadas al paciente y su control por parte del personal nos permiten avanzar en el juicio de la diligencia lo que debe completarse necesariamente con el elemento de la previsibilidad de la conducta que no se limita a la constancia de antecedentes autolíticos y debe tomar en consideración el estado concreto del paciente. Parece que ni la ausencia de antecedentes ni un estado del que no parezcan derivarse intenciones suicidas pueden comportar la exoneración de responsabilidad al tratarse de enfermos con la voluntad seriamente afectada, tratados quizá de manera correcta pero respecto de los cuales algo falla cuando consiguen su último propósito. La imprevisibilidad en concreto no debería quedar sin respuesta en este tipo de casos más cuando los sistemas de seguridad pasiva del centro se muestran insuficientes ante la realidad de los casos enjuiciados.

Sumario

- 1. Introducción**
- 2. Criterios de resolución**
- 3. La matización de la voluntariedad del suicida**
- 4. Suficiencia y buen estado del sistema de seguridad**
- 5. Antecedentes y previsibilidad**
- 6. Conclusión**
- 7. Tabla de sentencias citadas**

1. Introducción

Dos sentencias, dictadas recientemente por las salas 1ª y 3ª del TS, nos permiten volver sobre un tema tratado anteriormente en esta misma revista (MARC-R. LLOVERAS, 1999. *Suicidio y derecho de daños*) ya que resuelven, en sentido distinto y aparentemente contradictorio, sendas demandas de responsabilidad civil contra las instituciones que velaban por la salud de dos personas que acabaron sus días precipitándose al vacío.

En la primera (STS, 1ª, 23.2.2006; MP: P. GONZÁLEZ POVEDA), el TS casa la sentencia de audiencia, que había confirmado la instancia desestimatoria de la demanda, y determina la existencia de responsabilidad de una residencia geriátrica privada (*La Atalaya*, Gijón) a raíz de la muerte de una persona internada en el centro y aquejada de la enfermedad de Alzheimer. Se fija una indemnización de 20.530,57 € (14.324,13 a favor de la esposa y 6.202,44 a favor de la hija).

El fallecido (D. Rubén) había sido ingresado por sus familiares en la residencia el 23 de mayo de 1997, donde le fue asignada una de las habitaciones destinadas a enfermos psíquicos. Tan sólo seis días después, el 29 de mayo, por la mañana, tras haber desayunado en su habitación, fue acompañado por personal del centro a una dependencia común de la planta baja, de la que al poco tiempo salió, sin que ningún miembro del personal se percatase, dirigiéndose a la segunda planta desde la que, sin ser detenido por nadie, se arrojó por una ventana situada en un pasillo, contigua a un ascensor, causándose lesiones que le produjeron la muerte.

En la segunda (STS, 3ª, 21.12.2005; MP: E. LECUMBERRI MARTÍ), se descarta la demanda de responsabilidad, presentada por la hija y los padres de la fallecida, con lo que se confirma la sentencia de audiencia y la resolución administrativa desestimatoria presunta. Así pues, el TS también desestima la responsabilidad patrimonial de la administración por la muerte por suicidio de una paciente ingresada en la unidad psiquiátrica del Hospital público *Virgen de la Luz* de Cuenca.

La fallecida (D. Erica), diagnosticada de trastorno esquizofrénico y tratada anteriormente en la misma unidad, fue ingresada, a través del servicio de urgencias, el 31 de octubre de 1998, en la unidad de salud mental del hospital público citado con un cuadro diagnóstico de trastorno del sueño, hostilidad, agresividad con probable ánimo hipertímico y ideación delirante de grandiosidad. Según el escueto relato de la sentencia, la paciente tuvo una tarde tranquila hasta que, sobre las 21h del mismo día de su ingreso, empezó a llorar en su habitación, lo que motivó que le fuera adelantada, a petición propia, la medicación para dormir y que se estuviera hablando con ella, mientras fumaba un cigarrillo, hasta que se tranquilizó. Pero, pocos minutos después, la paciente se arrojó vacío por la ventana de la habitación.

La sala 1ª, parte de la obligación de guarda y asistencia que incumbe a la residencia geriátrica – que no es propiamente un centro sanitario-, y afirma claramente la negligencia de su personal (FJ 2º): “... por una falta de diligencia o más bien por negligencia del personal..., el interno eludió el control al que se hallaba sometido, salió de la estancia y deambulando por el establecimiento llegó a la planta alta de una zona distinta de aquella en que tenía su habitación, sin que su recorrido fuese advertido por personal de la residencia”. Lo que constituye: “...una conducta negligente por parte del personal de la residencia en cuanto a su obligación de cuidado y vigilancia del interno...”.

En contraposición, la sala 3ª afirma la inexistencia de nexo causal debido a que (FJ 3º): “..., es un hecho incontestable... que en la producción del letal evento... intervino exclusivamente la voluntad suicida de la enferma”. La afirmación categórica queda inmediatamente matizada por una cascada de contrafirmaciones para negar una posible falta *in vigilando*. Con ello, se apunta a las posibles circunstancias que podrían determinar la responsabilidad por más que la voluntariedad pudiera tener alguna relevancia.

Así, en primer lugar, se afirma que la enferma fue ingresada en una habitación que contaba con un sistema de seguridad adecuado según las normas de actuación de la unidad, pese a no disponer de rejas en la ventana. En segundo lugar, que no se acredita ningún defecto en la conservación ni deterioro en el sistema de seguridad, el cual se vuelve a calificar como suficiente. Y, finalmente, remacha su argumentación con la inexistencia de antecedentes suicidas.

2. Criterios de resolución

El contraste es pues evidente ya que la sala 1ª considera existente la responsabilidad pese a la inexistencia de antecedentes autolíticos derivando, por tanto, la responsabilidad simplemente de la negligencia en la custodia del paciente teniendo en cuenta su estado y de acuerdo con una premisa básica bastante clara: un paciente que debe ser vigilado no puede pasearse a sus anchas por el centro en el que está ingresado. En cambio, la sala 3ª fundamenta la exoneración de responsabilidad, basada en la inexistencia de nexo causal, al tratarse, precisamente, de una paciente que, pese a estar ingresada en la unidad psiquiátrica, no tenía antecedentes por suicidio ni su afección hacía previsible su última acción, la cual considera además imputable exclusivamente a ella misma.

En este sentido, la sentencia de la sala 1ª aparece como novedosa al entender existente la responsabilidad del centro en un caso – si es que lo podemos entender como suicidio ya que el TS no usa esta palabra en ningún momento-, a pesar de la inexistencia de antecedentes autolíticos. No obstante, cabe destacar que en el caso los posibles antecedentes como tal no eran demasiado relevantes ya que el TS fija la responsabilidad del mismo modo que la podría haber estimado por cualquier otro tipo de lesión que el paciente hubiera podido sufrir. Parece claro que la responsabilidad se determina al tener en cuenta no el hecho concreto del posible suicidio sino englobando el daño padecido en cualquier lesión o daño que el paciente sin custodia podía haber padecido. El hecho relevante en este caso es la negligencia en la vigilancia del paciente el cual podía haber caído accidentalmente o causarse cualquier otro tipo de lesión que de acuerdo con la resolución del TS sería también imputable al centro en caso de acreditarse la vigilancia insuficiente del paciente: algo que se aprecia tanto por la salida del paciente de la sala en la que se encontraba sujeto a control como en su deambulación por el centro sin ser detenido por nadie.

La diferencia en la resolución de ambos casos parece pues así perfectamente justificada si entendemos que se trata de supuestos realmente diferentes. Mas, quizá podamos, a partir de los

puntos clave que para el análisis de la responsabilidad en este tipo de casos nos ofrece la jurisprudencia, ahondar en la justificación de la resolución tomada por la sala 3ª.

Ambas sentencias nos ofrecen tres puntos clave para poder discutir la existencia o no de responsabilidad en los suicidios de pacientes producidos en el interior del recinto en el que están ingresados y sometidos a control: el carácter voluntario de la acción, la suficiencia y buen estado de las medidas de seguridad – tanto personales como en lo relativo a la infraestructura- y desde un punto de vista general de la instalación como en el sentido particular de adecuación al paciente y finalmente, la existencia de antecedentes y la posible previsibilidad de la acción derivada tanto de los mismos como de la afectación concreta padecida por la persona que comete el suicidio, lo que determina, para el TS, la corrección o no de las medidas concretas adoptadas sobre un paciente concreto.

3. La matización de la voluntariedad del suicida

Suele considerarse que la acción consciente y voluntaria de quien sufre un daño excluye la posible imputación a terceros ya que es la misma víctima quien se lo causa exclusivamente o la única persona a quien puede serle imputado al asumir el riesgo de padecerlo. La relevancia de la voluntariedad, como causa única o como culpa exclusiva, aparece en algunos pleitos sobre responsabilidad por suicidio ya que es fácil alegar que el único causante del daño es el propio suicida. Así, en línea de principio, la voluntad de autolesionarse o de suicidarse es un elemento que puede y debe descartar una hipotética responsabilidad de otras personas.

Puede verse en este sentido la reciente STS, 1ª, 25.1.2006 en la que se descarta la responsabilidad de una empresa por el suicidio de un trabajador en sus dependencias. Con anterioridad, STS, 3ª, 14.10.2003 que deniega también indemnización por el suicidio de un agente del cuerpo nacional de policía, que no había manifestado ninguna conducta que pudiera hacer previsible su conducta, con su arma reglamentaria estando fuera de servicio y en su propio domicilio.

Lo anterior es perfectamente explicable cuando el sujeto está en plenitud de sus facultades mentales ya que no existen deberes de terceros que puedan llegar a justificar una imputación de responsabilidad por su incumplimiento. También cuando pese a quizá no estarlo totalmente por estados de ansiedad, de depresión o otras afecciones ello no haya derivado en un diagnóstico y un tratamiento del que puedan surgir deberes de terceros y especialmente en estos casos si el suicida no se encuentra sujeto a ningún régimen de vigilancia o tutela específica por parte de instituciones o de terceras personas.

A partir de aquí, puede ya plantearse la existencia de deberes de terceros. Así, si el sujeto se encuentra hospitalizado, ingresado o sometido a algún tipo de tratamiento surgen inmediatamente deberes de terceros para con su vida como ocurre marcadamente en el caso de los hospitales psiquiátricos.

Ese mismo deber existe para el Estado en relación a los internos en sus centros penitenciarios basándose en su deber de velar por la vida de los internos. Sobre ello, véase, recientemente: SSTS, 3ª, 12.4.2005 y 18.7.2002. En ambos casos se estima la demanda por responsabilidad de la administración por omisión de reconocimiento médico lo que impidió el arbitrio de medidas concretas tendentes a evitar el resultado pese a que, también en ambos, se considera existente la contribución causal del suicida al daño, lo que no es lo mismo que considerar el nexo interrumpido o simplemente roto. También en el caso resuelto por la STS, 3ª, 22.10.2004, en la que se va un paso más allá y se toma en consideración el estado concreto del paciente, ingresado en psiquiátrico penitenciario y sometido a control médico, el día de su intento de suicidio para considerar de algún modo incorrecta la medida adoptada al permitirle salir al patio donde se encaramó a una canasta de baloncesto desde la que se arrojó al suelo, quedando parapléjico. En sentido desestimatorio, pese a admitir expresamente que el carácter voluntario de la acción no es impedimento para la apreciación de responsabilidad, puede verse STS, 3ª, 2.2.2004.

Como vemos, en los casos de suicidio la causalidad física, que no puede negarse dada la propia definición de la acción suicida, puede no ser suficiente para un análisis jurídico. Deberíamos, por tanto, acudir a los criterios jurídicos de la imputación objetiva. Algo que el TS no hace, al menos explícitamente, en ninguna de las dos sentencias, ya que en la primera recurre directamente a la negligencia mas no sin asumir lo que podríamos denominar posición de garante del obligado a la custodia del paciente – existencia de un deber incumplido que justifica la imputación –, mientras que la sala 3ª, al parecerle ya suficiente la voluntariedad de la acción, no supera el análisis causal que considera inexistente, con lo cual ya no busca un criterio ulterior de imputación aunque refuerza su decisión negando todos los que le parecen relevantes.

No obstante, al tratarse de enfermos mentales con la voluntad severamente afectada, se hace difícil mantener la relevancia de la voluntariedad de la acción del suicida, sin como mínimo entrar a valorar la afectación o enfermedad concreta del paciente y su posible influencia o no en la existencia de voluntad plenamente consciente de sus actos. En muchos de estos casos, y la sala 1ª parece haber tomado ya este camino claramente, particularmente tratándose de enfermos mentales, no existe nada parecido a lo que comúnmente conocemos como voluntariedad de la acción.

En el caso del enfermo de alzheimer su exclusión parece clara debido a la importancia de la afectación sobre las capacidades intelectivas y volitivas. En esta ocasión la STS, 1ª, 23.2.2006 no lo llega a afirmar como tal pero sí se refiere al “déficit cognoscitivo severo” que justifica un alcance de la obligación de custodia más amplio del que se produjo en el caso.

En los pacientes psiquiátricos debería seguirse el mismo camino y analizar la afectación concreta ya que parece difícil mantener sin más que un paciente psiquiátrico tenga su voluntad y capacidad intactas para considerarle plenamente consciente de sus actos y poder, por tanto, considerar su última acción como voluntaria y conscientemente querida, mientras está sometido a tratamiento y hasta ingresado en un centro especializado precisamente a consecuencia de la alteración de su capacidad. Mas este no es el criterio mantenido por la sala 3ª al afirmar, como hemos visto, que precisamente la voluntariedad rompe el nexo causal impidiendo, por tanto, la atribución de responsabilidad a la administración.

Con anterioridad la sala 1ª ya había afirmado en casos de personas aquejadas de alguna enfermedad mental la falta de voluntariedad relevante de su propia acción: así en STS, 1ª, 8.5.2001 se afirma la carencia de capacidad intelectual y volitiva del paciente que padecía un trastorno psicótico (esquizofrenia subcrónica paranoide) y la STS, 1ª, 3.4.2001 ya se refirió a una voluntariedad que no “merecería respeto jurídico, precisamente por la naturaleza de su enfermedad” la cual no se estima ni tan siquiera desde el punto de vista de la compensación de culpas que alegaba la parte demandada.

La sala 3ª también había matizado la voluntariedad de la acción suicida en el caso de las SSTS, 3ª, 7.10.2003 – paciente ingresada por intento de suicidio que se arroja por una ventana cercana a su habitación que carecía de rejas- y 27.1.2001 –paciente psiquiátrica ahogada en bañera de hospital- al no tenerla en cuenta para considerar roto el nexo causal y al afirmar, al mismo tiempo, en el primer caso que no fue atendida debidamente y en el segundo que el desenlace fatal se hubiera podido producir también por otros factores no relacionados con la voluntariedad de la acción suicida como una caída o una pérdida de conocimiento. La paciente no podía estar sola y fuera del tiempo asignado dándose un baño, no autorizado, a escasos metros del control de enfermería sin ningún tipo de control. La matización se produce también pese a considerar incumplida claramente la obligación de custodia en la STS, 3ª, 12.7.1999 –joven en cumplimiento del servicio militar que entra en depresión y estando ingresado en hospital psiquiátrico consigue ahorcarse- en la que se considera existente una concurrencia causal.

4. Suficiencia y buen estado del sistema de seguridad

Superado el escollo inicial de la voluntariedad de la acción suicida el siguiente paso es tener en cuenta la existencia de medidas de seguridad suficientes y su buen estado. Algo que se analiza en un primer momento desde un punto de vista general para pasar después a un criterio de adecuación de las medidas concretas tomando en consideración los antecedentes o el estado concreto del paciente.

En el caso resuelto por la sala 1ª la negligencia en la vigilancia del paciente es suficiente para considerar existente la responsabilidad de la residencia y se apunta únicamente a la falta de diligencia en el control del paciente desde un punto de vista del personal dedicado a ello. La obligación de custodia que se considera infringida se concreta en que, pese a no ser necesario tener una persona constantemente encima del paciente, sí se debía dónde se encontraba en cada momento.

En cambio, en el caso resuelto por la sala 3ª la fundamentación de la absolución toma también en consideración lo que a criterio de la sala es la corrección y suficiencia de las medidas de seguridad y, naturalmente, el buen estado de las mismas, extremo este último que no se discute, pese a que la paciente consiguió forzarlas.

Aunque pueda parecer algo chocante la sala 3ª afirma la corrección de la habitación asignada a la paciente pese a no disponer de rejas en la ventana y su suficiencia de acuerdo con las circunstancias del caso. Así, de acuerdo con su estado se considera que fue hospitalizada en una habitación que contaba con medidas de seguridad suficientes: “la habitación en la que fue hospitalizada, a pesar de que no disponía de rejas en la ventana, estaba dotada del sistema adecuado”. Una adecuación que el TS no analiza como tal y no pone en cuestión, sino que la

estima de acuerdo con las “Normas de Actuación de la Unidad de Salud Mental del Centro”, afirmándose además que no existía deterioro en el mismo.

Un análisis en concreto de las medidas que quizá no soportaría los hechos: “la paciente se arrojó al vacío por la ventana de su misma habitación debiendo para ello forzar la ventana y romper las medidas de seguridad con las que contaba la habitación”. Unas medidas de seguridad que consistían simplemente en una ventana reforzada de abertura limitada. Pese a la evidencia de su insuficiencia, el TS ratifica la consideración de la Audiencia de acuerdo con lo cual no eran necesarias otras medidas ya que la paciente no había sido diagnosticada de peligro de autolisis y por tanto las considera suficientes.

Es por tanto la previsibilidad de la acción de acuerdo con los antecedentes autolíticos del paciente o de acuerdo con su estado lo que sigue determinando para la sala 3ª esta adecuación. Un criterio de imputación quizá demasiado rígido ante la posible imprevisibilidad médica que el TS ha superado en otras ocasiones recurriendo al socorrido aumento de la diligencia - cuando el cumplimiento estricto de las normas de una determinada actividad se ha revelado insuficiente precisamente a consecuencia del daño que se produce y no por la adecuación de la previsibilidad-. Así en vez de preguntarse por la realidad de la adecuación de las medidas en el caso concreto se remite genéricamente a la cita expresa de las “Normas de Actuación de la Unidad de Salud Mental del Centro” de acuerdo con las cuales “no consta que hubiera obligación de tomar otras medidas pues éstas sólo eran adecuadas en casos de pacientes con riesgo de suicidio”.

Algo que debería hacernos preguntar si lo que realmente falló fue la apreciación de ese riesgo - lo que nos llevaría a analizar un error en el diagnóstico- o plantear, más en general, un aumento de las medidas de seguridad en este tipo de centros que pueda evitar las consecuencias de posibles errores de apreciación o de acciones absolutamente imprevisibles y, en su defecto, no considerarlas suficientes a efectos de responsabilidad. No parece poderse afirmar sin más la inexistencia de nexo causal y, por tanto, la normalidad del supuesto por la sola voluntad suicida de la paciente. Por si este criterio no parece suficiente las medidas pasivas generales quizá nos muestren más claramente lo poco defendible que puede resultar que una paciente ingresada en un psiquiátrico sea calmada por el personal y que minutos después se arroje al vacío forzando una ventana.

El criterio de las medidas generales del centro es decisivo en la STS, 3ª, 7.10.2003 que nos presenta un caso bastante similar al que años después la misma sala desestima: la paciente derivada a la unidad psiquiátrica desde urgencias del Hospital Militar Vázquez de Bernabeu de Valencia se arrojó por una ventana, situada en frente de su habitación, tras haber salido repentinamente de la misma donde se encontraba, en ese momento, en compañía de su padre. El TS estima que la acción suicida no rompe el nexo causal ya que la paciente carecía, debido a su enfermedad mental, de suficiente voluntariedad. Tiene, no obstante, en cuenta que había sido ingresada precisamente a raíz de una intentona suicida el día anterior y que no fue ni tan siquiera, una vez practicadas las maniobras necesarias para salvar su vida, atendida por un facultativo especialista en psiquiatría para valorar su estado y prescribir el tratamiento adecuado. Junto a ello, el dato más relevante parece encontrarlo el TS en el hecho que la unidad no contaba con las medidas de seguridad precisas para “... garantizar que un hecho como el que

ocurrió, y que es probable que suceda en pacientes que se hospitalizan en ese servicio, no pudiera ejecutarse del modo en que lo llevó a cabo...". Tiene especialmente en cuenta el TS: "que tanto la habitación que se asignó... como el servicio de psiquiatría en general carecía de medida alguna de seguridad que pudiera evitar sucesos como el ocurrido y que son al menos probables en enfermos psiquiátricos, y así consta que con posterioridad se instalaron rejas en todas las ventanas del servicio de psiquiatría" (FJ 5º). Más adelante, el TS admite también, además de las rejas, las ventanas de apertura limitada o dotadas de cristales de seguridad, algo que en el este caso quizá podía haber sido suficiente y que se muestra insuficiente para evitar el suicidio en el caso aquí comentado.

5. Antecedentes y previsibilidad

La constancia de antecedentes suicidas es, junto con el ingreso por una afección de la que se pueda derivar la previsibilidad de la conducta suicida del paciente, el principal elemento para determinar la corrección del tratamiento y las medidas de seguridad adoptadas tanto desde el punto de vista de la vigilancia y custodia del paciente, incluyendo medidas de seguridad sobre la misma persona –vigilancia permanente, sedación, uso de fijación mecánica, etc.- como de la habitación que le es asignada y las medidas de seguridad concretas de las que dispone.

Hemos visto cómo la sentencia de la sala 1ª no toma en cuenta los antecedentes ya que simplemente no son relevantes de acuerdo con las circunstancias del caso. La enfermedad concreta, sin necesidad de apreciar antecedentes, hacía ya necesaria una vigilancia superior a la que se aplicó. En este sentido, la previsibilidad no se limita a los antecedentes sino que incluye, como es perfectamente lógico, el estado concreto del paciente. Este mismo criterio le sirve a la sala 3ª para descartar la responsabilidad ya que la paciente además de no tener antecedentes autolíticos presentaba un estado que tampoco hacía previsible su acción, es decir, de su diagnóstico no se derivaba un riesgo de tentativa de suicidio.

Los antecedentes, especialmente claros y del todo relevantes en los ingresos hospitalarios por intento de suicidio de un paciente que consigue su propósito fatal una vez ingresado, son la principal justificación de la negligencia en la vigilancia del paciente o de su asignación una habitación no adecuada.

Así en las SSTs, 1ª, 9.3.1998 –paciente que consiguió llegar hasta el tejado del hospital una vez había salido de su habitación-; 22.7.1997 –salida incontrolada de unidad psiquiátrica del hospital y arrojamiento desde ventana de sala de televisión-; y, 11.3.1995 –ventana sin rejas del lavabo de la habitación-.

Pese a la existencia de antecedentes menos claros el estado del paciente es relevante a los mismos efectos en la STS, 3ª, 15.7.1991 –ingreso de paciente por lesiones físicas con antecedentes psiquiátricos advertidos por el marido de la enferma y que debido a su comportamiento es trasladada a una habitación no adecuada arrojándose por la ventana-. El estado psiquiátrico de la suicida determina también, pese a la inexistencia de antecedentes, la inadecuación de la habitación asignada en el caso de la STS, 3ª, 16.3.1999. En el mismo sentido, junto a una deficiencia clara en la atención prestada, se estima la responsabilidad en la STS, 3ª, 4.10.1999 en la que el paciente, que había acudido a urgencias, donde se apreciaron en parte de consulta y hospitalización sus ideas suicidas, acompañado por su hermano, quedó desatendido y sin

vigilancia, cuando su hermano se ausentó al haber recibido un aviso por tener su vehículo estacionado incorrectamente, desapareció de la dependencia y no fue hallado hasta cinco horas más tarde ahorcado en otra zona del mismo hospital.

Puede entenderse, en esta línea, cuando menos excepcional el sentido de la STS, 1ª, 1.6.1996 que consideró como caso fortuito el suicidio de un paciente psiquiátrico, sin antecedentes y en observación, que se arrojó al vacío por una ventana después de haber accedido a la sala de televisión y romper el cristal golpeándolo con una silla.

El estado del paciente evoluciona y eso también debe tenerse en cuenta al valorar las medidas adoptadas. De este modo pueda quizá entenderse la STS, 1ª, 17.2.2000 en la que pese a tratarse de un paciente con antecedentes autolíticos no se estima existente la responsabilidad del centro ya que en el momento de los hechos estaba sujeto únicamente a una terapia ocupacional con simple vigilancia visual.

El paciente se fugó del centro y se arrojó a una ría en la que ahogó. La sentencia considera roto el nexo causal y que una vigilancia más intensa no era propia de ese tipo de terapia y centro –algo que nos recuerda a la cita de las normas internas-. Sorprende, no obstante, cómo, pese a la existencia de antecedentes suicidas y pese a que como reiteradamente nos narra la sentencia el paciente ya se había fugado en dos ocasiones anteriores, no se considere de ningún modo la conducta del personal como negligente. Tiene aquí en cuenta el TS que las fugas anteriores acabaron con el paciente en su propio domicilio para considerar que una nueva fuga debería haber terminado del mismo modo, pero podría pensarse que no es más que una conducta omisiva reiterada que debería cualificarse como negligente, más si tenemos en cuenta que no se rompe la relación de tutela especial o la obligación de custodia por tratarse de una terapia ocupacional.

La sala 1ª parece, no obstante, haberse corregido, en otro caso de paciente fugado, mediante la STS 8.5.2001 al resolver en vía civil estimando parcialmente la demanda en un caso que había sido ya tratado penalmente (archivación definitiva) y administrativamente (denegación de indemnización por STS, 3ª, 13.6.1998). El TS considera ahora existente el nexo causal derivado de la omisión de las medidas concretas y necesarias sobre un paciente ingresado en régimen abierto en un psiquiátrico municipal.

La sala 3ª había considerado que la fuga del paciente rompía el nexo causal y que el paciente había pasado a la custodia de sus padres al haberse dirigido y finalmente arrojado al vacío en el propio domicilio paterno. Pero la sala 1ª fija en la omisión de las medidas que deberían haber impedido la fuga del paciente el momento relevante para considerar que existe nexo causal –sin que quepa atribuir la ruptura tampoco a la voluntad suicida al considerar al paciente carente de capacidad intelectual y volitiva- y que la omisión fue una clara muestra de negligencia en relación con un paciente que tenía antecedentes y que ya había dado muestras de necesitar una atención y vigilancia más estrechas. Teniendo esto en cuenta la sala 1ª ya no da relevancia al hecho que el paciente pasara a la custodia de sus propios padres los cuales no pudieron tampoco impedir el suicidio dada la aparente normalidad de su hijo que tras llegar al domicilio se duchó, se vistió y acto seguido, se arrojó al vacío desde el balcón.

6. Conclusión

Estamos quizá ante una doble novedad: así, la sala 1ª que ha considerado históricamente relevante la existencia de antecedentes suicidas por parte del fallecido en este tipo de casos, en esta ocasión no los toma en consideración al tratarse, según entendemos, de una falta de diligencia. Es mas, de hecho, al menos en la sentencia del Supremo, no aparece en ningún momento la palabra suicidio. La sala resuelve, por tanto, el caso como afirmando un funcionamiento claramente negligente y considerando al suicida como alguien que, de acuerdo con las circunstancias del caso, quizá no sabía ni que estaba realmente haciendo y aporta, además, un matiz interesante al estimar existente la responsabilidad del mismo modo que la podría haber estimado en caso de cualquier lesión derivada de, por ejemplo, el mal estado de las instalaciones, de algún incidente imprevisto, de cualquier daño que estando bajo tutela del centro el paciente no debería padecer nunca y menos todavía si estaba circulando incontroladamente por el interior de la residencia.

En cambio, la sala 3ª, que en otras ocasiones recurre al aumento de la diligencia exigible y que en esta lo tenía bastante a su alcance –insuficiencia de las medidas pasivas generales–, no lo considera así y se refiere expresamente a la corrección de las medidas de acuerdo con el protocolo interno de funcionamiento del centro con lo que aumenta, creemos que hasta un límite al menos discutible, la corrección de la conducta del centro sanitario validando la adecuación de la medida adoptada de acuerdo con la inexistencia de antecedentes de la paciente y su estado – pese a que la sentencia nos narra que se arrojó después de haber sido calmada por el personal–. Omite, no obstante, que la previsión, simplemente, falló y no tiene en cuenta que pueden exigirse medidas generales superiores, como en otras ocasiones ya se ha considerado (STS, 3ª, 7.10.2003) o bien que la medida concreta adoptada o el comportamiento permitido podía no ser efectivamente recomendable (vid. STS, 3ª, 22.10.2004).

Por ello parece que debería tomarse en consideración si el avance en el juicio de la diligencia llevándolo hasta el análisis de la medida concreta puede, en caso de fallar, eliminar el juicio sobre la corrección de las medidas pasivas generales. Y es que sigue sin podernos parecer ni normal ni exento de responsabilidad que una paciente ingresada en una unidad psiquiátrica, pese a no tener antecedentes suicidas, consiga suicidarse estando ahí internada.

La aplicación de las normas de responsabilidad parece en esta ocasión demasiado estrecha en un marco jurídico que ha dado sobradas muestras de flexibilidad. La comparación nos ofrece un criterio *in crescendo* de la apreciación de la negligencia aplicando claramente la noción de la diligencia de acuerdo con las circunstancias del paciente en el caso concreto en la sala 1ª mientras que la 3ª queda anclada, en este caso, en una posición restrictiva. Seguir hablando de responsabilidad objetiva de la administración parece con casos como el presente, cuanto menos, poco objetivo.

7. Tabla de sentencias citadas

*Tribunal Supremo**Sala 1ª*

<i>Fecha</i>	<i>Ref</i>	<i>Magistrado Ponente</i>	<i>Partes</i>
23.2.2006	RJ. 33	P. González Poveda	Camila y Flor vs. Residencia La Atalaya - Residencias Geriátricas de Asturias S.L.- (Gijón).
25.1.2006	RJ 264	J. A. Sejas Quintana	Elena y otros vs. Esteban Espuña S.A.
3.4.2001	LL 5310	L. Martínez-Calcerrada Gómez	Modesto T.G. vs. Instituto Frenopático S.A. (Barcelona).
8.5.2001	RJ 7379	J. Corbal Fernández	Rodolfo P.A. y Eulalia P.N. vs. José Ma C. M. Y Ayuntamiento de Barcelona.
17.2.2000	RJ 1161	L. Martínez-Calcerrada Gómez	Teresa G. M. vs Osakidetza y Winterthur
9.3.1998	RJ 1280	A. Barcala Trillo-Figueroa	Celedonia M.O. vs. Insalud (Hospital Marqués de Valdecilla, Santander).
22.7.1997	RJ 1998/221	F. Morales Morales	Baudilia L.L. y Almudena de L.L. vs. Insalud (Hospital General de Palencia, Río Carrión) y otros
1.6.1996	RJ 4717	L. Martínez-Calcerrada Gómez	José-María G. C. y Ascensión B. P. Vs. Osakidetza y otros
11.3.1995	RJ 3133	F. Morales Morales	Ramón G. G. y Rosario G. U. vs. Insalud (Hospital Clínico Universitario de Zaragoza).

Sala 3ª

<i>Fecha</i>	<i>Ref</i>	<i>Magistrado Ponente</i>	<i>Partes</i>
21.12.2005	- - -	E. Lecumberri Martí	Mari Juana y otros vs. Hospital General Virgen de la Luz (Cuenca), Insalud.
12.4.2005	RJ 4444	E. Lecumberri Martí	Encarna vs. Centro Penitenciario Las Palmas (Ministerio del Interior).
2.2.2004	RJ 1288	F. González Navarro	Juan Pedro vs. Cárcel Modelo-Barcelona (Generalitat de Catalunya).
22.10.2004	RJ 6583	M. Robles Fernández	Raquel vs. Centro Penitenciario Fontcalent (Ministerio del Interior)

7.10.2003	RJ 8228	S. Martínez-Vares García	<i>María Trini Vs. Ministerio de Defensa (Hospital militar Vázquez Bernabeu, Valencia).</i>
14.10.2003	RJ 8236	S. Martínez-Vares García	<i>María Esther y Asunción vs. Administración General del Estado (Ministerio del Interior).</i>
18.7.2002	RJ 6606	J. M. Sieira Míguez	<i>Casiano D.L. y María Teresa A. P. vs. Ministerio de Justicia e Interior</i>
27.1.2001	RJ 5377	J. E. Peces Morate	<i>Concepción V. I. y otros vs. Insalud (Hospital Central de Asturias).</i>
16.3.1999	RJ 3042	P. A. Mateos García	<i>José P. G. y otros vs. Ministerio de Sanidad (Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro).</i>
12.7.1999	RJ 7150	E. Lecumberri Martí	<i>María Teresa M. R. y otros vs. Ministerio de Defensa (Hospital Psiquiátrico Militar de Barcelona).</i>
4.10.1999	RJ 8539	J. A. Xiol Rios	<i>Teresa G.S. vs. Insalud (Hospital Marqués de Valdecilla, Santander).</i>
15.7.1991	RJ 6167	J. M. Reyes Monterreal	<i>No consta vs. Insalud.</i>
13.6.1988	RJ 6055	J. Barrio Iglesias	<i>Rodolfo P. A. y Eulalia P. N vs. Ayuntamiento de Barcelona</i>