

**24.**  
**LA OBLIGACIÓN DE VIGILANCIA DE LOS ENFERMOS  
INGRESADOS EN CENTROS SANITARIOS**

*Don Josep Corbella i Duch*  
Doctor en Derecho  
Abogado del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

## **ÍNDICE**

- 1. Presentación**
- 2. La norma general**
- 3. Doctrina jurisprudencial**
- 4. Conclusiones**

### **1.PRESENTACIÓN**

Aunque no son las más habituales, podemos constatar que existe un número considerable de reclamaciones de responsabilidad civil dirigidas contra los centros sanitarios y sus empleados, que no derivan de la prestación médica propiamente dicha, teniendo su fundamento en la omisión de los deberes de vigilancia, control y/o custodia de los enfermos ingresados.

Me refiero a supuestos de lesiones y/o muertes por caídas, incendios o producidas fuera del centro sanitario, por citar sólo algunos supuestos, y de las que son víctima el mismo enfermo o un tercero.

Y dado que, por regla general, los ingresos hospitalarios se producen por decisión libre y voluntaria del enfermo, y que a toda persona mayor de edad se le supone la plena capacidad jurídica y de obrar, sólo estaríamos contemplando la existencia de un deber de custodia, impuesto a los centros sanitarios y a sus empleados cuando se produce el ingreso de menores e incapacitados, derivado de la posición de garante de la vida e integridad física de las personas que no pueden valerse por sí mismas, en aplicación del principio "*neminem laedere*".

Partiendo de esta premisa, cabe preguntarse si es coincidente con la doctrina jurisprudencial, y si existen argumentos suficientes para exigir el deber de custodia de forma indiscriminada, en todos los supuestos de ingreso en un centro sanitario.

### **2. LA NORMA GENERAL**

El art. 8 de la Ley 41/02, de 14 de noviembre, mejorando lo anteriormente dispuesto por el art. 9.9 de la Ley General de Sanidad, establece que "*toda*

*actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado”, y en las disposiciones que le siguen se ocupa de regular la forma y condiciones en las que debe prestarse dicho consentimiento, así como de los supuestos de consentimiento por representación, y de las actuaciones sanitarias que pueden efectuarse sin el previo consentimiento del enfermo.*

De ahí que, por regla general, salvo excepciones[i], debemos considerar que todo ingreso en un centro sanitario se produce por decisión libre y voluntaria del enfermo, quien dispone también de la facultad de darlo por terminado mediante la denominada alta voluntaria.

Por ello, y salvo en las excepciones apuntadas, descartamos que el ingreso en un centro sanitario coloque al enfermo en una situación de sujeción especial respecto del mismo, como ocurre con los internos penitenciarios (ver sentencias del T.C. 129/90, 57/94, 129/95 y 60/97, entre otras), puesto que la relación se establece por decisión libre y voluntaria del enfermo y el centro sanitario, aunque sea un órgano dependiente de una Administración pública, ya que, en esta caso, no ostenta un poder superior y más intenso del que es normal y ordinario en toda entidad administrativa.

Por consiguiente, sólo en los supuestos de internamiento forzoso, y en aquellos en los que el enfermo, por cualquier causa, ya sea permanente o transitoria, se halle privado de conocimiento y de razón, el centro sanitario y sus empleados se constituyen en sus guardadores de hechoii[ii], asumiendo las obligaciones inherentes a tal condición, cuya determinación viene escasamente establecida en el Código Civil, siendo de aplicación el principio general *“neminem laedere”* que obliga a no hacer daño a nadie, imponiendo un actuar atento y diligente según las circunstancias de cada caso, cuyo quebrantamiento puede desembocar en una declaración de responsabilidad en base a lo dispuesto por el art. 1.902 del Código Civil.

En este sentido el T.S., en sentencia de 02/12/04 (1ª), ha establecido una doctrina que va más allá del cumplimiento de las concretas exigencias reglamentarias en la exigencia de responsabilidad, y la concreta en la infracción del deber general de diligencia, diciendo: *“La responsabilidad no se circunscribe a los supuestos de infracción reglamentaria, pues no basta acomodar la actitud diligente a las exigencias normativas, sino que hay que agotar la diligencia socialmente exigible en atención a las circunstancias que concurren en cada caso”*.

### **3. DOCTRINA JURISPRUDENCIAL**

Es criterio de que los centros sanitarios ejercen la función de garante, como guardadores de hecho, de la vida, salud e integridad física de los enfermos psiquiátricos asistidos y/o ingresados en los mismos.

Dicha función de garante se incumple cuando se produce una omisión culposa de los deberes de vigilancia y de control de los enfermos por parte del centro

sanitario y de sus empleados, tal como señalan diversas sentencias dictadas en los distintos órdenes jurisdiccionales (civil, penal, contencioso-administrativo) y, en este sentido son significativas las siguientes:

- **CIVIL**

**S.T.S., de 30/07/1991.** Enfermo que se introduce en la bañera del cuarto de baño de la misma habitación, abriendo el grifo de agua caliente, produciéndole quemaduras que le ocasionan la muerte.

Condena al sanatorio a satisfacer una indemnización a los familiares del enfermo, moderando su importe por entender que existe concurrencia de culpas del demandante (hijo que se aceptó la exigencia de la clínica de permanecer en la habitación acompañando al enfermo, dado el estado de irritabilidad y excitación nerviosa en que se hallaba).

La sentencia de condena se basa en el siguiente argumento: *“entre las obligaciones del personal de un centro hospitalario se encuentra la de prestar la adecuada vigilancia, cuidado y asistencia a los enfermos internados en el mismo, según requiera el estado de cada uno, sin poder, en principio, hacer caer en el cumplimiento de dichas obligaciones en los familiares del enfermo”*.

Pero no cita ninguna norma legal que, de forma expresa, imponga dichas obligaciones.

**S.T.S., 11/03/1995.** Enferma que ingresa para recibir asistencia psiquiátrica y, estando en compañía de sus padres en la habitación, pasa al baño arrojándose por la ventana del mismo y muriendo.

Condena del INSALUD en base al art. 1.903.4 del C.C., con el argumento de que: *la más elemental prudencia, no ya sólo sanitaria, sino incluso estrictamente humana, aconseja ingresar a dicha enferma en una habitación o departamento específico en que no existieran medios que le facilitaran la repetición, fácilmente previsible, de sus propósitos suicidas, lo que, en el caso que nos ocupa, no se verificó por el personal sanitario correspondiente, pues fue ingresada en una habitación no idónea para enfermos psíquicos, ya que el cuarto de baño disponía de una ventana abierta (o fácilmente abatible) y sin reja de hierro”*.

Esta resolución no se basa en la infracción del deber de vigilancia, sino en la omisión de la diligencia debida, en una organización deficiente, lo que implica culpa o negligencia de la institución. Aunque bien es cierto que el argumento no está alejado de la anterior.

**S.T.S., de 17/02/2000.** Desestima la demanda de indemnización de la madre de un enfermo mental, interno, sometido a vigilancia visual, al que se ordena bajar a sesión de terapia, y que se escapa del centro, tirándose a la ría y ahogándose, con la tesis de que no se puede *“imponer a toda costa y permanentemente, al interesado, personal y exhaustiva vigilancia casi determinante de la privación total y absoluta de libertad del paciente que trasladaría la custodia a un modelo de cómo lo pudiera ser el ‘hortus clausus’ acaecible dentro de un establecimiento penitenciario donde impera la privación absoluta de libertad”*.

Y termina diciendo, *“la vigilancia visual y su asistencia a la terapia ocupacional adoptada por el centro en cumplimiento de la orden médica, no determina la*

*escapada y el suicidio, sino que la voluntad del paciente quebró por completo esa supuesta causalidad”.*

Sorprende esta argumentación que, en cierta forma, es contraria a la S.T.S., de 30/07/91, puesto que considera suficiente la vigilancia visual de un enfermo psiquiátrico internado, y con antecedentes suicidas, quien, por razón de la propia enfermedad, es de suponer que tiene mermadas las facultades volitivas y cognitivas, pero esta sentencia reconoce pleno valor y efecto a la voluntad suicida del paciente, cual si se tratara de un acto consciente y libre, y, en este sentido, es excepcional.

**S. Aud. P. Guipúzcoa de 06/06/02.** Enferma que cae de la camilla al finalizar una sesión de rehabilitación y sufre un aplastamiento de la vértebra L.3, que motiva su ingreso en el centro.

Después de un largo y minucioso estudio sobre la responsabilidad sanitaria (25 fundamentos jurídicos) condena al centro sanitario a satisfacer los gastos producidos por la caída, en base a que *“la obligación a que se comprometió la entidad se concreta en la prestación sanitaria dentro de los parámetros de normalidad, y claro es que dentro del parámetro de normalidad y adecuación de la prestación se encuentra el de la vigilancia y el control del paciente durante el tratamiento en el centro...”*.

La caída de la camilla *“pone de relieve lo irregular de la prestación, y defectuosa organización, pues claro resulta que algún empleado sanitario debía controlar y vigilar que los movimientos de la pacientes no abocaran a su caída mediante el control y la supervisión, lo que en el presente caso no sucedió”*.

Parece que, sin decirlo expresamente, la condena se basa en el incumplimiento del tenor de la obligación impuesta al deudor (art. 1.101 C.C.) y de la diligencia impuesta por su naturaleza (art. 1.104) de la que forma parte el deber de vigilancia y control del enfermo, en general, y no sólo el psiquiátrico, siendo extensible tanto el que se halla ingresado, como al tratado ambulatoriamente, según expone la sentencia transcrita.

- **PENAL**

Cabe señalar como significativas, las siguientes:

**S.T.S. 15/07/94.** Enfermo que presente un cuadro paranoide con ideas de persecución y amenaza ingresado anteriormente por disposición judicial, es nuevamente reingresado por orden de la Audiencia de San Sebastián, sin que se tomara ninguna medida de precaución por el centro psiquiátrico, fugándose del mismo y causando la muerte de una persona.

La sentencia confirma la condena de la CC.AA., titular del establecimiento psiquiátrico a quien correspondía la guarda legal del enfermo, estimando que obró con culpa o negligencia manifiesta por falta de vigilancia que tenía que haber observado en cuanto a un enfermo tan peligroso.

La condena se fundamenta en el art. 20 C.P. y el art. 211 del Código Civil (actualmente art. 763 L.E.C.), cita la doctrina de las sentencias de 16/03/92 (Ar.

2.268) y 06/10/89 (Ar. 8.450) reiterando que: *“al ingresar un paciente en un establecimiento psiquiátrico surge un deber legal de custodia sobre la persona del interno con objeto de evitar los males que de su incontrolada conducta pudieran seguirse”*.

**S. Aud. Palencia, de 27/07/00.** Condena por asesinato intentado por enfermo mental ingresado en centro psiquiátrico, que se encontraba de permiso de fin de semana en el domicilio familiar, con la finalidad de dispensarle un tratamiento rehabilitador.

Inexistencia de responsabilidad civil de los padres, y ausencia de culpa del centro psiquiátrico al no existir infracción del deber de custodia.

Reitera la doctrina de las sentencias del T.S. de 06/10/89, 16/03/92 y 15/07/94 en relación al deber de custodia de los establecimientos psiquiátricos sobre los internos, y señala que para la existencia de responsabilidad debe existir culpa o negligencia de las personas que ejercen la guarda legal o de hecho, que, en este caso, no se da.

La culpa consiste en no adoptar las precauciones necesarias para evitar un evento dañoso previsible que pudiera ejecutar una persona que presente alguna alteración psíquica.

En este caso, el enfermo realizaba un curso de aprendizaje profesional fuera del centro, mantenía un trato correcto y amable con sus compañeros, y disponía de la medicación adecuada, por lo que *“no cabe exigir otro control que en último término se haría imposible, además de incluso perturbador de la propia finalidad que persigue el permiso de salida, que es la integración en el ámbito familiar y social”*.

**Auto Aud. P. Madrid 20/09/02.** Confirma el sobreseimiento y archivo de las actuaciones penales incoadas por la caída de una enferma recién operada, que hallándose sentada en un sillón de la habitación del hospital donde estaba ingresada, se levanta para volver a la cama, desmayándose y cayendo al suelo produciéndose lesiones (pérdida de pieza dentaria).

El Tribunal estima que la posible existencia de una falta de atención por parte de la persona que debía trasladar a la enferma desde el sillón a la cama, no tiene relevancia penal, ni siquiera con el carácter de imprudencia leve, en aplicación del principio de mínima intervención del Derecho Penal, lo que no impide que se puedan ejercitar las acciones civiles que correspondan.

Con ello, parece claro que la exigencia del deber de vigilancia y de custodia de los enfermos ingresados no se limita a los que sufren alteraciones psíquicas, pero, debe acomodarse a las circunstancias de cada caso.

- **CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO**

**S.T.S. (3ª) 07/10/03.** Enferma que ingresa en hospital militar con sobredosis de *“midazolam”*, se muestra reticente a permanecer en el servicio, levantándose de la cama y deambulando por la Unidad. Es alta y remitida al Servicio de Psiquiatría, se la asigna habitación y, estando en la misma en compañía de su padre y de otro enfermo, sale inesperadamente de la misma y se arroja al exterior desde una ventada sufriendo diversas contusiones y fractura vertebral C.6 y D.8.

Declara el derecho de la enferma a ser indemnizada por responsabilidad patrimonial de la Administración derivada del anormal funcionamiento del servicio hospitalario.

El Tribunal considera que existe relación de causalidad entre el funcionamiento indebido del servicio hospitalario, que no reunía las condiciones suficientes para garantizar que un hecho probable no aconteciera, y las lesiones padecidas por la demandante.

La conducta de la víctima no rompe la relación de causalidad porque su enfermedad le privaba de la conciencia necesaria para superar el impulso suicida que le embargaba.

Este razonamiento se aleja considerablemente del expresado por la S.T.S. (1ª) de 17/02/00, antes comentada, y se inscribe en la línea que podemos considerar tradicional.

#### **4.CONCLUSIONES**

No cabe duda de que se impone a los centros sanitarios un deber de vigilancia y custodia de los enfermos psiquiátricos ingresados en los mismos, ejercitando así la función de garante de su vida e integridad en tanto se mantenga el internamiento, ya que el propio enfermo no puede ejercitarla.

Dicho deber se impone en aplicación de las normas reguladoras de la guarda de hecho (art. 303 C.C.) y de las normas generales contenidas en los arts. 1.902 y 1.903 del mismo Código.

Existe una clara tendencia a exigir un deber de vigilancia y de control sobre los demás enfermos ingresados, entendiéndose que el mismo forma parte de la prestación a la que se obliga el centro hospitalario, con lo que nos hallaríamos ante un supuesto claro de exigencia de responsabilidad en base al art. 1.101 C.C., por incumplimiento del tenor de la obligación.

Sin embargo, tanto en uno u otro supuesto, enfermos psiquiátricos o no, deben valorarse las circunstancias de cada caso para conocer el alcance del deber de vigilancia y de custodia impuesto al centro sanitario.

*Barcelona, septiembre de 2005*

---

iii[i] Quedarían exceptuados los supuestos de internamiento forzoso ordenados en aplicación de la L.O. 3/86, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública y los impuestos como medida de seguridad en sentencia penal conforme a los arts. 101 y siguientes del C.P., y, los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico acordados conforme al art. 763 L.E.C.

iv[ii] Ver *“La guarda de hecho”*, Rogel Vide, C., Ed. Tecnos, Madrid, 1986, páginas 35 y siguientes.

---

