

# CRÍTICA A LA CALIFICACIÓN COMO FUGA DE PACIENTE A TODA SITUACIÓN DE ABANDONO DEL CENTRO SIN FIRMA DE ALTA VOLUNTARIA Y SIN COMUNICAR LA DECISIÓN

**Equilibrio entre el riesgo y el respeto a la decisión del paciente  
de entrar y salir libremente del centro.**

*María Luisa Albelda de la Haza*  
*Abogada especializada en Derecho Sanitario*  
*Asjusa Letramed SL*

## RESUMEN

Fuga de pacientes, protocolo de fuga, ingreso no voluntario, ingreso voluntario, capacidad, respeto a la autonomía del paciente.

En el ámbito sanitario se habla de cuatro tipos de egreso de un paciente de un hospital: el fallecimiento, la derivación, el alta médica y el abandono del paciente sin alta, que es lo que califica como fuga.

Parece por tanto que, el abandono voluntario sin firma de documento de alta significa que el paciente se ha fugado y lo que vamos a tratar de exponer es que no sólo no consideramos que se trate de una calificación terminológicamente correcta, sino que, implica, una falta de respeto de la autonomía del paciente cuando el paciente presenta plena capacidad y ha ingresado voluntariamente.

Resulta obligado, como punto de partida, de la presente comunicación, referirnos al concepto de fuga según el Diccionario de la Real Academia Española, fuga se define como:

*(Del lat. fuga).*

*1. f. Huida apresurada.*

*2. f. Abandono inesperado del domicilio familiar o del ambiente habitual.*

Por tanto, son notas definitorias del concepto: la huida, o la escapatoria respecto al entorno no familiar o habitual y el carácter de imprevisible o súbito respecto a entornos conocidos.

Ahora bien, trasladando este concepto al ámbito administrativo, ¿cabe utilizar este término cuando el paciente se marcha tranquilamente de la sala de urgencia cuando está esperando ser atendido, o cuando se encuentra en el área de observación? Imaginemos la relación del administrado con otra Administración, si pido una cita con un técnico del Ministerio de Economía y Hacienda para hacer una consulta sobre tributos y decido abandonar el edificio antes de ser atendido o incluso en mitad de la entrevista, nadie va a calificar dicha decisión como fuga ni existirá especial preocupación por informarme de cuáles son las consecuencias de mi decisión ni porque firme documento alguno.

Sin embargo, en el ámbito sanitario, el concepto de fuga se emplea de manera amplia, tanto para referirse a la situación del paciente, respecto al que la Administración tiene un especial deber de custodia por su falta de capacidad o por el carácter del ingreso no voluntario o porque exista riesgo para el propio

paciente o terceros y para referirse aquellos otros casos de abandono libre y voluntario de quien voluntariamente accedió al sistema y sin firma de documento alguno ni comunicación.

El tema puede parecer banal pero en ocasiones da lugar a situaciones jurídicas indeterminadas o la activación de protocolos de fuga en casos en los que son de dudosa aplicación. De hecho, en los distintos protocolos de fuga que hemos analizado destaca la preocupación porque **no siempre están claros los límites de responsabilidad ética y legal de los sistemas sanitarios** hacia el paciente que se valora con riesgo de fuga o que haya abandonado la unidad sin consentimiento, así como la necesidad de intervención judicial o de las fuerzas del orden público.

Asimismo, debemos tener en cuenta que, la Administración Sanitaria, ejerciendo un paternalismo que no le corresponde puede incurrir en vulneración del principio básico de respecto a la autonomía de la voluntad de la persona. Así, debemos recordar la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece en el artículo 2 como **principio básico en la obtención, utilización, archivo, custodia y transmisión de la información y documentación clínica el respeto a la autonomía de la voluntad de la persona.** *¿Realmente podemos entender observado tal principio de respeto por la Administración cuando se deja registro en la historia clínica como fuga, la expresión de la voluntad de la persona de abandonar el centro, sin siquiera conocer los motivos de dicha decisión?*

Existen dos situaciones claramente diferenciadas:

1. Supuestos de ingreso no voluntario, por razón de trastorno psíquico y supuestos de dudas acerca de la capacidad.
2. Supuestos de acceso voluntario del paciente al Sistema sin dudas de capacidad.

En el primero de los casos, el concepto fuga está bien empleado por la Administración. Se trata de supuestos en los que el abandono supone un riesgo para la seguridad del paciente o de terceros, que debe tratar de evitarse, minimizarse y, en caso de tener lugar, activar los oportunos protocolos.

En relación con esta cuestión, queremos referirnos a la traducción española del informe del NHS

británico “*Con la seguridad en la mente: servicios de salud mental y seguridad del paciente*”, 2º informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente/julio de 2006, que ofrece un análisis detallado de sucesos en seguridad del paciente en el área de salud mental, y en el que se hace especial hincapié al volumen de incidentes de fuga y desapariciones, que suman 3474 casos (9%) en dispositivos de agudos. El citado estudio señala que: fuga hace referencia al paciente que está detenido bajo la Ley de Salud Mental y que deja la unidad sin permiso o rompe los términos del permiso y que se utiliza el concepto de desaparición y sólo a efectos de seguridad de efectos adversos, para notificar el evento, incluso cuando el paciente no está detenido bajo la citada Ley y ha desaparecido de la unidad sin el conocimiento o permiso del personal y el personal teme daños para el paciente.

Las conclusiones de este informe sobre esta materia que, son recogidas en prácticamente todas las guías y protocolos de fuga que existen en nuestro país son:

- “*Los incidentes en los que el usuario se ha fugado o desaparecido son considerados por el personal como incidentes de seguridad del paciente por la vulnerabilidad del paciente y el riesgo que corren tanto ellos y como el resto. Los pacientes pueden desaparecer incluso estando vigilados o en observación.*”
- *Las unidades de hospitalización deben realizar auditorias del entorno para evaluar el riesgo de abandono del usuario sin conocimiento del personal. Sin embargo, es importante equilibrar este riesgo y la necesidad de mantener salidas de incendio y los derechos del paciente de entrada y salida.*
- *Los planes individuales de atención al paciente deben incluir una valoración del riesgo de fuga y también un plan desarrollado conjuntamente con los usuarios sobre como manejar el riesgo y que deben ser conocidos por todo el personal incluyendo personal no sanitario. Los cuidadores, sin es pertinente y usuarios deben ser parte de la discusión y planificación y también estar atentos a como manejar el riesgo.*
- *El análisis de causas básicas de los incidentes de fuga o desaparición puede dar información muy útil sobre pacientes con riesgo de desaparición.”*

De todas estas conclusiones destacamos lo que es objeto de nuestro estudio, esto es, **el equilibrio entre el riesgo que asume el paciente y el respeto de los derechos del paciente de entrada y salida.**

Pues bien, en los protocolos analizados, en los casos de abandono de paciente con ingreso no voluntario, el psiquiatra de guardia notifica la fuga o desaparición al Juez de Guardia y al Juzgado que autorizó el internamiento. En ocasiones, incluso cuando no se considera necesario mantener el tratamiento bajo hospitalización u observación en urgencias, el médico puede tratar de contactar con el paciente (“persona fugada” en estos protocolos) o con sus familiares para preguntar las razones de su marcha y renegociar la mejor solución para continuar el tratamiento.

En estos supuestos, de ingreso involuntario, la razón de aplicar estos protocolos es que con carácter previo al ingreso se ha asumido por la Administración el papel de garante de la seguridad de la paciente, y se ha valorado la falta de capacidad para decidir por sí, además los tribunales en estos casos equiparan el ingreso hospitalario al ingreso penitenciario en términos de atención y vigilancia de la Administración.

Entre otras, la sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, sección 10<sup>o</sup>, 176/2013, dictada en el recurso 493/2011, siendo Ponente: Francisca María de Flores Rosas Carrión (referencia LA LEY 185360/2013) que tras recordar que son escasas las sentencias del Tribunal Supremo en las que el caso litigioso versa sobre un hecho como el que nos ocupa, **acontecido en un centro en que la persona fallecida se encontraba ingresada contra su voluntad, considera que, aunque con matices, resulta aplicable al caso la doctrina jurisprudencial relativa a los centros penitenciarios, siendo de destacar al efecto la sentencia del Tribunal Supremo de 22 de octubre de 2004.** Pues bien, en aquella de 22 de octubre de 2004, se trataba de dilucidar si existió nexo causal entre el intento de suicidio de un interno, del que se siguieron consecuencias lesivas para su integridad física, y la actuación de la Administración penitenciaria, concretada en la valoración de la atención, cuidados y vigilancia que le prestaron, siendo conocido por dicha Administración que el interno padecía trastornos psiquiátricos, con periodos de mayor agudización en su desestabilización mental.

La sentencia, con cita de las de 23 de Marzo de 2000 y de 5 de Mayo de 1.998 relativas a supuestos de fallecimiento de internos en establecimientos

penitenciarios, declaró que la jurisprudencia era constante al **exigir la presencia de algún elemento de anormalidad en el servicio penitenciario suficiente para establecer un nexo de causalidad entre la omisión administrativa y el fallecimiento, y determinar con ello el carácter antijurídico del daño producido** -incluso en el caso de haber intervenido terceras personas en su producción (sentencia de 13 de junio de 1.995, 25 de enero de 1.997, 18 de noviembre de 1.996, 4 de enero de 1.991, 5 de noviembre de 1.997, 26 de abril de 1.997, 13 de marzo de 1.989 y 22 de julio de 1.988, entre otras) y concluía que, aun siendo cierto que a la producción del resultado dañoso contribuyó de forma trascendente la conducta del interno, producto de su tendencia suicida, **la Administración penitenciaria no había adoptado todos los cuidados especiales que hubieran podido evitar el intento de suicidio, concurriendo un elemento de anormalidad en el servicio público prestado, determinante de la responsabilidad patrimonial**, pues en el Centro se conocía la enfermedad psiquiátrica del interno, con altos y bajos en su evolución, así como que había experimentado un retroceso y agudización en los días anteriores, pese a lo que la vigilancia por parte de los funcionarios fue deficiente, por todo lo cual estimó que procedía declarar la responsabilidad patrimonial y determinar el importe de la indemnización de acuerdo con todas las circunstancias concurrentes. También, recuerda el fallo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, la más reciente sentencia del **Tribunal Supremo de 2 de noviembre de 2011**, igualmente referida a un suicidio en establecimiento penitenciario de un interno con antecedentes de problemas psiquiátricos y de autolisis. En este caso, la sentencia de instancia había considerado que la causa inmediata de la muerte fue la voluntad del suicida del interno y que, para determinar si a dicho resultado había coadyuvado una deficiencia en el servicio público, era preciso demostrar que **se habían omitido los cuidados que el interno requería para evitar el resultado producido, concluyendo que, como la Administración no había valorado adecuadamente las circunstancias que habían quedado acreditadas, existía relación causal entre la anormalidad en el funcionamiento del servicio penitenciario y el daño producido, si bien apreció una concurrencia de culpas al considerar que, junto a la voluntad del interno de poner fin a su vida, concurrió, como concausa, la circunstancia de que la Administración había incumplido sus deberes al no aplicar las medidas adecuadas, cuestión que tuvo su consiguiente reflejo en la determinación del quantum indemnizatorio.**

Pues bien, la sentencia 176/2013 dictada en casación recuerda la regla de concurrencia de causas a los efectos de valorar la relación causal con el daño aplicable en centros penitenciarios y en centros sanitarios para casos de suicidios:

*“La toma en consideración de la regla de la concurrencia de causas a los efectos de valorar en qué proporción contribuyeron al resultado final, minorando o eliminando la responsabilidad del demandado y, por ende, la indemnización debida o a cargo de éste, es un criterio de aplicación general a todos los supuestos en que aquélla se aprecie, no limitado, por tanto, a los de responsabilidad por fallecimiento de internos en Centros Penitenciarios. En este sentido, algunas de las sentencias de este Tribunal Supremo que trae a colación el motivo de casación ponen de relieve, al contrario de lo que argumenta, que aquella regla se aplica también en supuestos de fallecimiento por suicidio de pacientes ingresados o que acaban de ser atendidos en Centros sanitarios (así, por todas, en la sentencia de 21 de marzo de 2007 (LA LEY 8640/2007), dictada en el recurso de casación núm. 6151/2002, que cita a su vez las de 27 de enero de 2001 y 5 de febrero de 2007, dictadas, respectivamente, en los recursos de casación números 6360/1996 y 4067/2003)”.*

Por tanto, los tribunales exigen responsabilidad de custodia a la Administración Sanitaria como si los pacientes fueran internos de un Centro Penitenciario, en el caso de ingreso no voluntario es clara la procedencia de la expresión fuga.

El Tribunal Supremo, también se ha ocupa de este tema en una sentencia anterior, dictada el 27 de marzo de 2007 y relativa a un suicidio de enfermo psiquiátrico que no había sido debidamente atendido en una de sus crisis y que se encontraba en libertad, ya que en esta sentencia se recoge la doctrina jurisprudencial reiterada sobre la responsabilidad de la Administración sanitaria en supuestos de suicidios, a cuyo fin se citan las sentencias del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2001 y de 5 de febrero de 2007, en las que se razonaba que, para determinar la procedencia de la responsabilidad patrimonial, habría de considerarse si el suicidio resultaba, o no, previsible a la vista de los antecedentes del paciente porque, de ser así, habría sido necesario adoptar medidas de atención y cuidado, 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 suma, en los casos de falta de capacidad y de ingreso no voluntario la Administración debe activar los oportunos protocolos de fuga por cuanto tiene el deber de vigilar y de responder por el daño sufrido por el paciente bajo su tutela, es garante durante el ingreso de la integridad física del paciente y de la heteroagresividad del paciente.

Ahora bien, incluso en caso de ingreso involuntario con resultado lesivo para el paciente, no siempre debe responder la Administración. Así, la sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, sección 3ª, sentencia 163/2014, de 3 de marzo, en recurso 1149/2011 (publicada en LA LEY 127866/2014) desestima la pretensión indemnizatoria porque:

*“Se trata pues de determinar **si un efecto lesivo** que el servicio público, aquí sanitario, debió, dentro de sus competencias evitar; **se produjo**, no obstante **rebasando el rendimiento exigible al servicio en relación a la puesta en funcionamiento de unos medios que no pueden calificarse como extraordinarios en relación a un estándar aceptable**, y en este caso concreto además no incompatibles con la terapéutica, en su sentido más amplio, que precisaba el desdichado paciente que acabó con su vida. Pues bien, la paciente fallecida se encontraba ingresada en el Hospital de Zamudio mediante un ingreso involuntario acordado por el Juzgado de Instancia nº 14 de Bilbao, y se le aplicaban desde el inicio medidas de vigilancia ante el riesgo de fuga, ya que había protagonizado varias durante su ingreso en el Hospital de Basurto, pese a lo cual el día 10 de mayo de 2007 cuando paseaba con su marido se escapó en un descuido de éste, siendo localizada por la Policía y vuelta a ingresar en el Hospital de Zamudio. El 24 de mayo de 2007 volvió a eludir la vigilancia existente y salir del centro psiquiátrico hasta que el 11 de junio de 2007 apareció muerto tras caer de la planta diecinueve de un edificio. Pues bien, **resulta oportuno concluir que no se pusieron en práctica las debidas actuaciones tendentes al control del paciente para impedir su salida del centro en el que se encontraba internado en régimen de no***

***autonomía, lo cual es suficiente para atribuir la responsabilidad de la huida al propio centro sin que pueda aceptarse que la vigilancia y cuidado del enfermo puedan estimarse adecuados a las características de la enfermedad que padecía y las múltiples fugas que había llevado ya a cabo.***

***Ahora bien, en ningún caso el evidente riesgo de fuga que se llegó a materializar, puede, sin embargo, relacionarse de forma directa con la muerte de la paciente como pretende la parte actora, ya que en primer lugar no existe ninguna constancia de que la fallecida tuviera ideas suicidas o autolíticas a lo largo de sus múltiples ingresos. Además se había fugado varias veces y nunca había atentado contra su vida. Por otra parte, en el momento de su fuga el 25 de mayo no había indicios de que la paciente pudiera atentar contra su vida, y el hospital desde el momento de la fuga había activado el protocolo de fuga avisando tanto al juzgado de primera instancia nº 14 de Bilbao que había acordado su ingreso involuntario, como a la ertzaintza y su familia.***

***En suma, aun reconociéndose que el Hospital de Zamudio no adoptó todas las medidas necesarias para la vigilancia de la paciente lo que motivó su fuga, no puede establecerse una relación de causalidad entre dicha fuga y el fallecimiento de la paciente, tanto por la inexistencia de indicios que pudiera sospechar que la misma fuera a atentar contra su vida, ya que realizó varias fugas del Hospital de Basurto y del Hospital de Zamudio, dos de ellas estando con un hermano y su marido, y en ninguna de ellas realizó ningún acto autolesivo o atentatorio de su vida.***

***Es por ello que no concurre el elemento de nexo causal entre el funcionamiento de la Administración y el fallecimiento de la paciente, por lo que debe desestimarse el recurso interpuesto”.***

El hecho de presentar un ingreso no voluntario no atribuye la responsabilidad automática de la huida al centro, si no que además del carácter no voluntario hay que valorar el riesgo para la propia integridad del paciente o de terceros. Así, en el caso citado la Sala desestima la pretensión porque **no hay valoración de riesgo de autolisis en el ingreso en cuestión ni otros previos.**

En definitiva, lo que valoran los Tribunales es que, exista una relación causal clara entre el riesgo

valorado y el daño así como que las medidas de seguridad adoptadas durante el ingreso sean acordes con la situación clínica del paciente y con su capacidad. Por ello, también cuando en el contexto de un ingreso involuntario, no hay factores de riesgo previo, el acto se considera imprevisible y sin responsabilidad. Este también es el caso de la sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de Sevilla, Sección 2ª, Sentencia 735/2014 de 11 Sep. 2014, Rec. 272/2014 Ponente: Arenas Ibáñez, Luis Gonzaga (publicada en. LA LEY 209632/2014) que desestima asimismo la demanda entiendo que: ***“La acción fue imprevisible, instantánea y repentina, y sin que, una vez producida, nada quepa reprochar al personal sanitario del hospital que nada más suceder los hechos avisaron al personal de seguridad que consiguieron localizar al paciente, si bien no lograron evitar que se precipitara por una tapia”;*** ***no mediando así nexo causal entre esa actuación asistencial y el resultado lesivo por el que se reclama”.*** En este caso, el paciente, ***“tras valoración por el psiquiatra de guardia, fue internado en la USM con carácter urgente e involuntario; y no tenía antecedentes de fugas en los tres ingresos previos, no se hacía precisa más medicación sedante y sólo se valoraron como necesarias las medidas generales de vigilancia que son habituales en estas Unidades: puertas cerradas, ventanas clausuradas, vigilancia visual del paciente etc.; que el aislamiento y la sujeción mecánica son medidas extremas y puntuales no constituyendo una praxis adecuada a la sintomatología; que la huida del paciente no era previsible dada la conducta que presentaba; y que la salida del paciente de la Unidad se produjo por la fuerza empujando a la salida de su turno a un miembro del personal de enfermería al que golpeó.”***

De ahí que a partir del resultado de esos medios de prueba se colija de manera lógica y razonada que ***“ha quedado probado que nada hacía prever la huida del paciente del centro hospitalario y posterior actitud de tirarse por una tapia, pues si bien es cierto que existía el precedente inmediato de haberse autolesionado con un arma blanca, queda acreditado que en el momento de ingreso el paciente se mostró tranquilo, sin alteración psicomotora, ni agitación ni clínica depresiva. Por ello, no es extraño que todos los especialistas en la materia, (perito de la codemandada, Coordinador de la Unidad de Salud Mental, y Doctores que atendieron al paciente) hayan informado que la conducta de huida del paciente fue un acto imprevisible. Así mismo hay que destacar que todos los especialistas también***

***coinciden a la hora de indicar que la medicación que se administró al paciente en Motril fue suficiente”.***

En conclusión, no todo paciente que es ingresado por razón de trastorno psíquico y que no está en condiciones de decidir dicho ingreso, presenta riesgo de fuga, y desde luego aún con dicho riesgo no todo paciente tiene intención de atentar contra su salud o la de terceros tras la fuga, y es definitiva, este riesgo cuando es valorado lo que justifica la activación de los protocolos de fuga.

Nosotros nos vamos a centrar en los casos de ingresos voluntarios y no referidos a casos de trastorno psíquico y en los que no hay duda acerca de la capacidad.

En estos casos, ante el abandono del paciente también se aplican los protocolos de fuga, y así se considera por alguna de estas guías de actuación que: *“un paciente se ha fugado del centro, cuando el alta se produce a instancias del propio paciente, abandonando este el hospital donde esta ingresado, sin que exista indicación médica y sin conocimiento del personal del hospital”*, aunque se añade que: *“no siempre que no encontremos a un paciente en la unidad, daremos por hecho que se ha fugado, teniendo en cuenta que a veces los pacientes salen de la planta o del servicio de urgencias para ir a la cafetería, a comprar la prensa, sin avisar, valoraremos la situación individualmente, activando el protocolo de fuga, cuando los recursos de búsqueda del paciente se hayan agotado (preguntar a los compañeros de habitación, si es urgencia preguntar en la salita..)”*.

Además, se prevé la activación del protocolo de fuga cuando el paciente que está en urgencias, en observación abandona el servicio sin notificarlo y sin alta, o cuando estando en cualquier servicio asistencial se ha hecho el triaje y es reclamado por el personal del área correspondiente sin encontrarse en la sala a la que se había dirigido y sin notificación o cuando se vaya del área de urgencias estando en situación de detenido o de ingreso involuntario por orden judicial. Se equiparan las tres situaciones de alta por fuga y se indica que se activará el protocolo cuando el abandono del servicio suponga un riesgo para la salud del propio paciente o de la comunidad.

Este es el punto en el que nos queremos detener, y es que el acento está no en la ausencia de capacidad sino en la valoración del riesgo para la salud del propio paciente o de terceros.

Un paciente puede decidir abandonar el centro existiendo riesgo para su salud sin que exista el deber de la Administración Sanitaria de recuperar al paciente para el sistema, entonces porque la Administración se resiste al abandono del paciente. Esta situación esta relacionada con la ausencia de constancia escrita de la decisión. El derecho del paciente a salir del sistema parece condicionado a la forma escrita, lo que en absoluto debería ser así, así como a la información acerca de las consecuencias del abandono.

De hecho, si bien, se reconoce en el artículo 2.4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre el derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la ley, **se viene a exigir que la negativa al tratamiento conste por escrito.**

El abandono del paciente, se trata en todo caso como un incidente de seguridad del paciente y como tal se registra por escrito.

Ahora bien, si cuando el mismo cuerpo legal regula el alta del paciente, en el artículo 21, únicamente se indica que si no acepta el tratamiento prescrito **se le propondrá** la firma del alta voluntaria, no cabe ir más allá de esta facultad de propuesta y activar un protocolo que incluya actuaciones tales como: aviso a la familia del paciente por si éste al salir del hospital acude a su domicilio o intento de localización del paciente para tratar de renegociar la vuelta o dejar constancia de que se ha fugado si no en su caso que ha desaparecido.

Según la sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, de 13 de julio de 2000, en recurso 8182/1999, Ponente: Francisco González Navarro, *“desde que un paciente “entra en el sistema” queda sometido a las directrices del equipo médico correspondiente. Es este equipo el que tiene potestad de adoptar las decisiones correspondientes, asumiendo- por supuesto- la responsabilidad de estas decisiones. Ciertamente es que el paciente es libre para adoptar la decisión de “salir del sistema”. En cuyo caso asume la responsabilidad por las consecuencias que de esta decisión puedan seguirsele, consecuencias que el equipo médico actuante debe explicitarle como aquel hizo, y consta acreditado en el expediente”*.

La misma sentencia con carácter previo se refiere a la obligatoriedad de la firma del documento de alta voluntaria, pero en este caso, el paciente ha comunicado su voluntad de abandonar el hospital, ahora bien, ¿Qué ocurre cuando directamente se va? ¿por

qué se infiere que es obligatoria la firma del alta voluntaria cuando el legislador en la Ley 41/2002, en el artículo 21, tan sólo señala que: si el paciente no acepta el tratamiento prescrito solo cabe la propuesta de la firma del alta voluntaria.

**El hecho de que el paciente ingrese en una institución hospitalaria, con carácter general no determina una obligación de custodia de la institución ni una relación de especial sujeción. El paciente es libre en todo momento de abandonar el sistema, igual que es libre de rechazar el tratamiento,** ahora bien, parece que hay un exceso de paternalismo administrativo respecto a que el paciente acepte las consecuencias de su decisión.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, en sentencia de 7 de mayo de 2013, recurso 177/2013, desestima un recurso de casación para la unificación de doctrina sosteniendo que *no cabe exigir a la Administración que intentará vincular a un paciente con la institución para controlar su evolución mental cuando desde que el paciente se fugó hasta que tuvo un comportamiento violento transcurre tiempo y el paciente desarrolló actividad normal y sin que en las valoraciones médicas posteriores se apreciar agravación de su patología o peligrosidad susceptibles de motivar su internamiento.*

En la sentencia, se confirma la apelada que señalaba a su vez, que *“el paciente había ingresado de manera voluntaria en un hospital y fue alta por fuga del paciente, aclarándose que la expresión “alta por fuga” significa médicamente que no fue con el acuerdo del médico, de modo que la circunstancia de no haberse puesto la fuga en conocimiento de la autoridad, no puede tener tanta trascendencia, dado que su ingreso no se debió a orden gubernativa o judicial, y ni siquiera a indicación médica, sino que lo fue por la propia voluntad del paciente, que son los tres medios de ingreso, a tener del artículo 8º del Decreto 3 de julio de 1931, sobre asistencia a enfermos mentales.....de todo lo cual se deduce que pueda haber una salida o alta a voluntad de quien voluntariamente ha ingresado, sin la conformidad o disposición del Médico Director, siempre y cuando no se den los supuestos excepcionales determinantes de una retención o de una conversión del ingreso voluntario en involuntario, por consiguiente, una vez aclarada la situación de fuga, como salida voluntaria de quien de tal forma ingresó, aunque el alta o salida, no cuente con la conformidad o disposición de Médico Director....”*

En nuestro ordenamiento sólo existe regulado el alta voluntaria o forzosa, en ningún caso el alta por fuga, de manera que es bastante significativo que el Tribunal Supremo, se vea en la necesidad de clarificar el concepto y estimar que si el ingreso fue voluntario y no se valoró pérdida de capacidad, la salida es voluntaria y por tanto no es relevante la manera en la que el paciente abandona el centro.

En este sentido, también la sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona, Sección 8º, Auto 322/2004, de 30 de septiembre de 2004, dictada en el recurso 343/2004 desestima el recurso de apelación interpuesto por el familiar de un paciente que estando ingresado voluntariamente en un hospital no regresa tras un permiso, y la médico psiquiatra no comunica a la Autoridad Judicial ni al Ministerio Fiscal el no retorno al hospital ni al domicilio familiar, cursando alta por fuga. Esta sentencia declara que, dado que el ingreso era voluntario, **su libertad de movimientos no se encontraba en modo alguno limitada ni restringida y ningún facultativo, tampoco la psiquiatra que la atendía, podía lícitamente limitar su libertad ambulatoria ni, por tanto, impedir lícitamente su salida del hospital.** La medida terapéutica consistente en el “permiso de salida” no era de cumplimiento coercible ni asegurable por la médico sin contar con el consentimiento del paciente.

La sentencia, por lo que aquí interesa recuerda que: **“habrá que negar cualquier posición de garante en relación a los peligros que puedan derivarse para bienes jurídicos penalmente protegidos por la actuación de un paciente con ocasión de una salida del hospital que el correspondiente médico psiquiatra no está en condiciones de impedir, al carecer de facultades para limitar por sí mismo la libertad ambulatoria de sus pacientes”.**

Y se añade que: *“una vez negado que pueda afirmarse que un médico psiquiatra se encuentra en una posición general de garante (con el consiguiente deber especial de evitación) en relación a cualquier peligro o conducta antisocial que puedan emanar de aquellos pacientes que se hayan sometido voluntariamente a su cuidado y atención médica, también habrá de negarse cualquier relevancia penalmente típica a la conducta consistente en no dar aviso a la Autoridad Judicial, al Ministerio Fiscal o a la Policía, por el no retorno del Sr. Cosme al Hospital tras el fin de semana, pues tal conducta sólo alcanzaría a fundar una responsabilidad en comisión por omisión imprudente por las lesiones sufridas por doña Victoria, si por un lado, cupiera afirmar un deber*

*especial de evitación de raíz jurídica por parte de la Dra. Gabriela-premisa que ha quedado negada al tratarse de un paciente que se mantuvo ingresado en dicho hospital voluntariamente, y si, por otro lado, admitida que fuera en términos hipotéticos la indicada posición de garantía, cupiera además establecer con la suficiente certeza o probabilidad una relación de causalidad hipotética entre la omisión de aviso por parte de la Dra. Gabriela y el resultado lesivo finalmente producido, lo cual resulta imposible en el presente caso, pues no cabe en modo alguno asegurarse la eficacia evitadora que hubiera podido tener la simple comunicación a la Policía o a la Autoridad Judicial del no reingreso de un paciente psiquiátrico ingresado voluntariamente, tras una salida terapéutica de fin de semana”.*

En definitiva, si bien es complejo el equilibrio entre la responsabilidad del sistema en casos de fuga cuando el riesgo o la capacidad no están suficientemente valorados por la Administración, dado que el pilar del sistema es la libre autodeterminación del paciente no cabe imponer límites a este derecho, ni siquiera terminológico. Entendemos que no cabe aplicación de protocolo alguno de fuga en casos de ingresos voluntarios en pacientes con plena capacidad. El ordenamiento parece demandar garantías acerca de la comprensión del paciente del alcance del rechazo del tratamiento o abandono sin comunicación, esto es, el paciente en estos casos de abandono no comunicado priva al sistema de la posibilidad de cumplir con su deber de informar acerca de los riesgos de la decisión del paciente. Finalmente entendemos que la expresión.

## **BIOBLOGRÁFIA**

- Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006). Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º informe del Observatorio del a Seguridad del Paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad\\_en\\_mente.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf)
- TRIVIÑO CABALLERO, R (2010). “Autonomía del paciente y rechazo del tratamiento por motivos religiosos. A propósito de la STC 154/2002 de 18 de julio de 2002 en *InDRET*, 3/2010.
- BARRIOS FLORES, LF: “*La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales*”. *Derecho y Salud*, Vol.22. núm.1, Ene.Jun.2012. pp 31-56. ISSN 1133-7400.

- TAMAYO SALABERRIA. G. “La enfermedad mental y la ley” . Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 3 (1994). Pp.53-70.ISSN 1133-5661

- GONZALEZ GRANDA, P. “Reforzamiento de la protección jurídica de la incapacidad en las últimas manifestaciones normativas” *Diario La Ley*, N° 6521, Sección Doctrina, 7 de Julio de 2006, Ref. D-166, Editorial LA LEY