

**Resolución 2014-R-2316-11 del Ararteko, de 11 de julio de 2014, por la que concluye su actuación en el expediente de queja en el que un ciudadano denunciaba la falta de respuesta de la Administración y la actuación de los servicios de inspección de la Diputación Foral de Bizkaia con relación al fallecimiento por precipitación de su madre, persona mayor atendida en un centro residencial, y se recomienda a la administración foral la adopción de una serie de medidas**

### Antecedentes

1. El 27 de diciembre de 2011, el reclamante denunciaba ante esta institución la falta de respuesta del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia a la solicitud que con fecha 3 de mayo de 2010 le había trasladado a dicho Departamento, con relación a la necesidad de depurar responsabilidades como consecuencia de lo que -en opinión de este ciudadano- había resultado ser una omisión injustificada de los servicios de inspección con relación a las circunstancias que rodearon el trágico suceso acontecido el 2 de diciembre de 2004 a las 00:30 horas de la madrugada, en un centro residencial de Bizkaia, y que tuvo como resultado el fallecimiento de la madre del reclamante al precipitarse desde el balcón de la segunda planta de dicho centro residencial.
2. Denunciaba también que en la inspección realizada al centro residencial el 15 de noviembre de 2004, poco antes de producirse el óbito, no se hubieran hecho constar lo que, en su opinión, constituían múltiples deficiencias con relación a los cuidados dispensados a la residente.

En resumen, estas deficiencias a las que aludía se concretaban en los siguientes términos:

- Falta de profesional sanitario con cualificación de enfermería en horario nocturno.
- No aplicación de la sujeción nocturna prescrita por el facultativo del centro residencial.
- Inadecuación de la cualificación profesional de la trabajadora para aplicar sujeciones físicas.
- Ausencia de información por la Dirección del centro a la trabajadora de aspectos clínicos relevantes relativos a la situación médica de la residente (diagnóstico de su enfermedad psiquiátrica; evolución, riesgo y consecuencias de la enfermedad; protocolo de actuación, tratamiento médico, orden médica de sujeción nocturna y consecuencias derivadas de su no aplicación, así como ausencia de mecanismos para que dicha trabajadora accediera a la historia clínica de la residente).
- Inexistencia de reuniones periódicas, plan de cuidados preventivos o protocolo de actuación; ausencia de profesional de referencia para cada residente.



- Falta de derivación a las consultas de psiquiatría a pesar de las prescripciones del facultativo del centro residencial en tal sentido.
  - Suministro de medicación no adecuada a las prescripciones facultativas recogidas en el historial clínico.
  - Períodos superiores a un mes sin que el médico del centro residencial fuera sustituido en períodos vacacionales.
  - Existencia de fugas de toda una mañana de la residente.
3. Por último denuncia que no se realizara una inspección extraordinaria en el centro residencial con motivo del luctuoso suceso acaecido.
4. Queda acreditado mediante expediente de inspección OFIC CA IN 987 correspondiente a la inspección realizada el 15 de noviembre de 2004 que la fallecida constaba en la relación de personas usuarias con la calificación de asistida/dependiente, que el centro contaba con 25 plazas ocupadas (7 personas autónomas y 18 dependientes) y 17 profesionales con las siguientes categorías profesionales:
- Director general (1)
  - Médico (1),
  - ATS (1)
  - Gerocultor (8)
  - Personal de limpieza (2)
  - Personal cocina (1)
  - Otros atención directa (1).
5. Mediante Sentencia 161/2008 del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo N° 4, en el proceso ordinario n° 284 del año 2006, seguido en materia de responsabilidad patrimonial de la administración pública, se desestimó el recurso presentado por el reclamante contra la resolución desestimatoria de la petición de indemnización en concepto de responsabilidad patrimonial por no acreditar los requisitos exigidos (actuación administrativa, resultado dañoso no justificado y nexo de causalidad entre aquella y este) y se declaró ajustada a derecho aquella resolución que se fundamentaba en la no existencia de *"nexo causal alguno entre la actividad que en este supuesto ha desarrollado la Diputación Foral de Bizkaia, y el fallecimiento de ..., en tanto en cuanto, (...), la actividad administrativa en estos casos, se limita a la concesión de una ayuda económica o subvención, al abono de la misma de conformidad con la Orden Foral n° 11.698/2004, de 24 de junio, y a la verificación del cumplimiento por parte del centro residencial de los requisitos legalmente establecidos para su funcionamiento como tal, no siendo función de la Administración la prestación directa del servicio residencial ni el deber de vigilancia (también llamado "ius vigilandi") de la fallecida que en este supuesto correspondía en todo caso al centro asistencial"*.



6. Como consecuencia del recurso presentado por el reclamante y sus hermanos/as frente al resultado del procedimiento civil llevado a cabo contra la entidad titular del centro residencial (Sentencia 189/2010 de 27 de octubre de 2010), mediante Sentencia nº 872/11 de la Sección Cuarta de la Audiencia Provincial de Bizkaia, de 2 de diciembre de 2011 se condenó a dicha entidad al abono de una determinada cuantía en concepto de responsabilidad contractual al *“estimar acreditado que la demandada no cumplió de forma diligente las obligaciones pactadas, no adoptando medida alguna en protección de la residente, poniendo en riesgo su integridad siéndole por ello imputable el resultado dañoso acaecido”*.

A continuación describiremos resumidamente los hechos probados y conclusiones en sede judicial:

- La demandada se obligó a prestar el grado de asistencia que por sus características de dependencia requiriera la usuaria y a prestarle la asistencia sanitaria, y asumió esta obligación conociendo sus antecedentes médicos (trastorno bipolar, dos previas ingestas medicamentosas con posible ánimo suicida hacía diez años, diversas hospitalizaciones psiquiátricas) y su situación psíquica al momento de su ingreso (embotamiento, apatía y tendencia al abandono y aislamiento precisando supervisión para su cuidado, higiene y control farmacológico).
- El 27 de octubre de 2004 es ingresada en el Hospital por problemas digestivos. Se le detecta una intoxicación por litio (elemento base de la medicación antidepresiva que tomaba) por lo que el cuadro médico pauta una disminución de la dosis. El 4 de noviembre es dada de alta y regresa al centro residencial. A partir del 14 de noviembre -18 días antes del fallecimiento- se observaron cambios en el comportamiento de la residente que quedaron recogidos en su ficha individualizada y en su historial clínico.
- La Dirección del centro residencial, conocedora de los antecedentes psíquicos de la residente y el carácter crónico de estos no transmitió a las personas directamente involucradas en su cuidado ninguna indicación especial.
- El centro residencial no aseguró la integridad física de su residente a pesar de las señales que el comportamiento de dicha residente emitió, lo cual le era exigible. Debió adoptar alguna medida personalizada para detectar una posible alteración en su estado, comunicándoselo a sus cuidadoras directas y ante la evolución del estado de la residente, debió adoptar medidas especiales de vigilancia, cuyo cumplimiento debió exigir a las cuidadoras.
- La obligación de prestar asistencia sanitaria no se hizo de forma diligente pues durante su estancia en la residencia no fue derivada directamente al especialista en psiquiatría para realizar un control de su enfermedad.
- El riesgo para la integridad física de la residente se presentaba como real y evidente a la vista de la enfermedad psiquiátrica



diagnosticada, la evolución de su comportamiento y el estado que presentaba el día de los hechos.

- La noche de los hechos únicamente se encontraba de guardia una auxiliar para la atención de las dos plantas del centro residencial.
- Esta profesional le suministró una dosis doble de orfidal por entender, como consta en los registros, que la residente “estaba muy alterada”. Ante el estado de alteración que presentaba la residente, y conocedora de la posibilidad de aplicar una sujeción nocturna, como se había hecho en otras ocasiones, no lo hizo, dejándola sola en el pasillo (ante la llamada que se le realizó desde la primera planta), con riesgo para su integridad.

Las sentencias a las que hemos hecho referencia en este apartado y en el anterior han sido proporcionadas por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ) del Consejo General de Poder Judicial previa solicitud por esta institución.

7. Tras analizar la documentación aportada por el ciudadano, sus manifestaciones y la documentación judicial correspondiente, el 17 de mayo de 2012 remitimos al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia una petición de información en los siguientes términos:

“(...):

*Se ha recibido en esta institución un escrito de queja promovido por ..., hijo de ..., fallecida en el centro residencial ... el 2 de diciembre de 2004, como consecuencia de la actuación negligente de la Dirección de dicho centro, tal y como resultó probado mediante Sentencia nº 872/11 de la Audiencia Provincial de Bizkaia, de 2 de diciembre de 2011.*

*El pasado 3 de mayo de 2010, ... dirigió un escrito ante el Departamento de Acción Social. Según refiere el interesado, no ha recibido respuesta alguna hasta la fecha.*

*Analizada la documentación que nos aporta aquel (copia de la Sentencia referida, escrito presentado ante el Departamento, extracto del historial clínico de la fallecida) parece procedente solicitarle información sobre las actuaciones de inspección que hayan podido llevarse a cabo con relación al centro residencial mencionado.*

*Además, sería de nuestro máximo interés conocer:*

- *Si se ha efectuado alguna inspección en el referido centro relacionada con los hechos que derivaron en el fallecimiento de ...*
- *Si ello ha dado lugar a la adopción de alguna medida concreta.*



- *Si se ha realizado alguna actuación conducente a revisar la inspección que –según se nos refiere- fue realizada por los servicios forales 15 días antes de que se produjera el trágico suceso. En su caso, consecuencias de dicha revisión.*
- *Si el ente foral ha solicitado al centro el cumplimiento de determinadas condiciones que impidan que en el futuro pueda volver a darse una situación de negligencia como la ocurrida.*
- *Perfil profesional de las personas que en dicho centro se encargan de aplicar sujeciones físicas a la persona usuaria.*
- *Si le consta que se ha producido una mejora de los cauces de información sobre la situación, tratamiento y especiales cuidados que precisa la persona usuaria, entre la Dirección, el equipo sanitario y las y los trabajadores de atención directa de dicho centro. Si se ha impulsado alguna actuación por parte del ente foral dirigida al logro de este objetivo.*
- *Existencia de protocolos de actuación del personal en el centro residencial y grado de cumplimiento de éstos, en opinión del ente foral.*
- *Existencia y acceso del personal al manual de buena práctica para la atención a las personas residentes.*
- *Medidas adoptadas por el centro para garantizar el correcto suministro de la medicación prescrita a la persona usuaria.*
- *Si en la actualidad se incluye la evolución y planificación de cuidados de enfermería en el historial clínico de la persona usuaria.*
- *Grado de cumplimiento de las prescripciones médicas en cuanto a derivación a las y los facultativos especialistas correspondientes.*

*Con el fin de dar un tratamiento adecuado a esta queja, intereso su colaboración y le ruego que, en el plazo de 30 días, nos remita un informe en el que se haga constar la información pertinente sobre las cuestiones anteriormente planteadas, así como sobre lo que motiva la ausencia de respuesta al ciudadano.*

*Se formula esta petición a tenor de lo previsto en el artículo 23 de la Ley 3/1985, de 27 de febrero, por la que se crea y regula esta institución que establece "el deber de aportar, con carácter preferente y*

*urgente, cuantos datos, documentos, informes o aclaraciones le sean solicitados."*

*(...)"*.



8. El 11 de junio de 2012 la Diputación Foral de Bizkaia emitía el correspondiente informe que era recibido por esta institución el 18 de junio.

En un primer apartado aludía a las actuaciones de inspección llevadas a cabo en el centro residencial. Como nota previa al abordar esta cuestión el Departamento nos señalaba *“que desde la Sección de Inspección se realiza con carácter anual una inspección de oficio a cada residencia sita en Bizkaia. En las inspecciones de oficio se analizan determinados ítems que han sido previamente definidos por la Sección de Inspección en el correspondiente plan anual, elegidos entre aquellos requisitos exigidos a las residencias en el Decreto 41/98, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad. Algunos ítems se repiten en el tiempo, como son aquellos que se consideran muy relevantes o los que todavía no se han instaurado en los centros de forma plena y efectiva. En cambio, los que se entienden implantados dejan paso al análisis e inspección de nuevos ítems. El contenido de ese plan no se publicita, y las visitas nunca se conciertan”*.

A continuación, presentamos un cuadro en el que sistematizamos la información ofrecida por el Departamento con relación a los ítems examinados en cada una de las inspecciones anuales realizadas en el período 2004-2012. Se nos informa que en todos los casos la inspección finalizó con informe favorable, *“no encontrándose en las visitas ningún elemento que, estando fuera de los ítems a inspeccionar, hubiera llamado la atención del personal inspector”*.



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
capacidad									
ratio de personal									
existencia de copias de contratos individualizados									
tarifa de precios									
exposición en lugar visible del documento de autorización de funcionamiento									
existencia de un programa anual de animación socio cultural									
alimentación proporcionada por el centro									
Plan de autoprotección									
Plan individualizado de atención									
existencia de un procedimiento regularizado de reclamaciones y sugerencias									
verificación de las titulaciones referentes al personal ATS									
existencia de servicio de enfermería,									
existencia de revisiones periódicas del plan de atención individualizado									
nivel de experiencia o titulación del personal gerocultor así como la formación continua de este último colectivo									
realización de reuniones periódicas entre el personal									
existencia de protocolos de actuación									

El Departamento señala que *"tampoco se ha realizado al centro ninguna inspección derivada de denuncia"*. Asegura que el reclamante no formuló denuncia alguna, indicándonos que *"para tramitar una denuncia el Servicio exige que se realice por escrito y con identificación de la persona denunciante, aunque en las actuaciones posteriores se guarde confidencialidad sobre su persona"*.

Informa que el primer contacto que se mantuvo con el reclamante fue en febrero de 2006, tras su solicitud de entrevista con el entonces diputado de Acción Social, quien delegó la atención en el director de Planificación, Estudios e Inspección; la reunión *"versó en torno a la reclamación patrimonial que, para esa fecha, ya tenía interpuesta contra la Diputación"*. Añade que el reclamante *"no planteó en esa reunión una denuncia de los hechos, pero en caso de que se hubiera formalizado, el tiempo transcurrido desde el fallecimiento de su madre hubiera dificultado sobremanera cualquier actuación inspectora al respecto"*.

Nos indica que previa solicitud del interesado, este mantuvo una reunión con el jefe de la Sección de Inspección y la jefa del Servicio de Inspección y Control y otra con el primero en abril de





2010, en las que se le aclararon las dudas que planteó sobre la normativa relativa a servicios sociales residenciales.

Alude a la interposición por el reclamante de tres escritos en abril de 2010 a los que se responde en un único escrito. Añade que *“el 3 de mayo de 2010 remite otro escrito, en el que además de volver a mencionar cuestiones que ya habían sido respondidas, solicita la dimisión del Director de Planificación, Estudios e Inspección, por entender que no había atendido la solicitud verbal que le realizó en la entrevista del 23 de febrero, consistente en iniciar una inspección extraordinaria”*.

Continúa el Departamento que *“se presentan nuevos escritos el 30 de noviembre de 2010, el 11 y 18 de enero de 2011, así como el 1 y 15 de marzo de 2011. Algunos escritos se responden desde el propio Servicio de Inspección y Control, otros se derivan al Servicio de Personas Mayores, y otros se archivan, ya que lo único que hace en los mismos es poner en nuestro conocimiento la actividad judicial que está llevando a cabo contra la residencia y algunos de sus profesionales. El último escrito del que tenemos constancia lo envió el 27 de diciembre de 2011. En el mismo hace una valoración personal de la última sentencia judicial relacionada con el caso y señala que no se le ha contestado al escrito remitido el 3 de mayo de 2010. Finaliza volviendo a solicitar, entre otras cuestiones, la dimisión del Director de Planificación, Estudios e Inspección. Esta Administración había dado por contestado el escrito, ya que como anteriormente se ha señalado, algunas demandas de información planteadas en ese escrito de 3 de mayo ya se habían contestado previamente, y en lo que respecta a la dimisión se entendió que, tal y como indica él mismo en el propio escrito, la finalidad era la de poner en nuestro conocimiento, y a los efectos oportunos, su deseo de que se produjera la dimisión. No obstante, y para zanjar cualquier cuestión que pudiera querer trasladar el Sr...., el 25 de enero de 2012 se le da cita para mantener una reunión con el Director de Planificación, Estudios e Inspección y con la propia Diputada de Acción Social. Entendemos que con esta entrevista se da sobradamente respuesta a cuantas demandas ha planteado en sus numerosos escritos, incluido el fechado el 3 de mayo de 2010”*.

Finaliza el Departamento señalando que *“a pesar de los numerosos escritos que a lo largo del tiempo ha remitido el Sr...., en ninguno se efectuó denuncia alguna por los hechos sucedidos en diciembre del 2004 por lo que no se procedió a la incoación de un expediente de inspección contra el centro. Sin perjuicio de lo anterior, sí que es cierto que en los últimos años desde la Inspección se viene trabajando con todos los centros en cuestiones que Ud. apunta en su solicitud de información, como son el programa de atención individualizado, las*



*reuniones del personal y los protocolos de actuación. A día de hoy, y con carácter general, se puede afirmar que las residencias de Bizkaia cuentan con un programa de atención individualizado para cada persona usuaria, y ese programa se revisa al menos una vez al año y siempre que las circunstancias lo aconsejen. En ese programa consta la valoración social, sanitaria, psicológica y asistencial de la persona, así como los objetivos planteados y las acciones concretas que se van a realizar para su consecución. En lo que atañe a los protocolos, indicar que en el plan de inspección de 2012 se incluye la verificación de la existencia de protocolos de actuación. Cada centro puede tener sus propios protocolos, pero en las visitas a los centros se está repartiendo una publicación, realizada por el propio Departamento, que incluye los protocolos más relevantes, con idea de darles difusión y que puedan servir de guía”.*

9. Tras informar al reclamante del contenido de la respuesta del Departamento de Acción Social con el fin de que nos señalara las cuestiones que estimara oportunas, este presentó escrito de alegaciones en el que incidía sobre los aspectos que no habían sido valorados en la inspección realizada el 15 de noviembre de 2004 así como en una serie de extremos ya tenidos en cuenta a la hora de formular nuestra petición de información y en otros que habían sido planteados en sede judicial.
10. Otra serie de actuaciones realizadas por esta institución han ido encaminadas a conocer determinados aspectos relativos a la aplicación de las restricciones físicas, por las dudas que nos suscitaba el análisis de la queja.

### Consideraciones

1. La primera cuestión sometida a nuestro análisis es la relativa a la supuesta falta de respuesta de la Administración a la solicitud presentada por el reclamante el 3 de mayo de 2010.

De la información ofrecida por la Administración se deduce que no existió una respuesta formal y por escrito a dicha solicitud y sí diversas entrevistas que propiciaron una interlocución con el reclamante, con la que aquella entendió haber cumplido su deber de responder al ciudadano.

Si bien es cierto que los contactos informales favorecen la comunicación entre la Administración y los particulares, fomentan la participación de estos y permiten la detección por aquella de las necesidades y demandas ciudadanas, celebrándose en el marco de la propia potestad organizativa de las administraciones públicas, que comprende un conjunto de facultades que permiten a cada Administración configurar su estructura y llevar a cabo su autoorganización, dentro de los límites impuestos por la Constitución y las leyes ordinarias (artículos 103 de la CE y 3 de la Ley de Régimen



Jurídico y del Procedimiento Administrativo Común (LRJPAC), no es menos cierto que el deber de resolver de las administraciones públicas recogido en el artículo 42.1 de la LRJPAC constituye la garantía del derecho de la ciudadanía a obtener una resolución expresa, motivada, debidamente notificada y coherente con lo solicitado que asegure la posibilidad de acceso a la jurisdicción como contenido esencial del derecho a la tutela judicial efectiva recogido en el artículo 24.1 de la Constitución Española (CE).

Así pues, la garantía de la existencia de unos trámites procedimentales y de una respuesta efectiva al ciudadano deriva de la propia CE (artículos 103.1 y 105) y forma parte del derecho de la ciudadanía a una buena administración que configura el artículo 41 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, introducida por el Tratado por el que se establece una Constitución para Europa.

2. Tampoco ha resultado acreditado que en un plazo razonable se informara al interesado del resultado obtenido en la inspección llevada a cabo poco antes de producirse el fallecimiento.

*El Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas establece en su artículo 8.2.1 que el ejercicio efectivo del derecho a la información reconocido a la persona usuaria implica para esta el ser informada de forma precisa y clara acerca de "los resultados obtenidos por los servicios en las inspecciones y en las evaluaciones de calidad más recientes".*

Habría resultado oportuno facilitar esta información al interesado en sus primeros contactos con el Departamento.

3. Con carácter previo a abordar las cuestiones de fondo planteadas por el reclamante, hemos de pronunciarnos sobre el ámbito al que se ha de circunscribir nuestra intervención, dada la existencia de un pronunciamiento judicial previo y los límites que en virtud del artículo 13.1 (*"el Ararteko no entrará en el examen individual de aquellas quejas sobre las que haya recaído sentencia firme o esté pendiente resolución judicial"*) de la Ley 3/1985, de 27 de febrero, se nos imponen.

No analizaremos, pues, las cuestiones concretas reservadas al conocimiento de la jurisdicción civil y contencioso-administrativa, ni nos pronunciaremos acerca de ellas, teniendo por probados los hechos que las sentencias firmes han declarado como tales (antecedentes quinto y sexto).

Sin embargo, el precepto citado no nos impide valorar la actuación de la inspección -al no haber sido objeto de procedimiento judicial- ni operar en el terreno preventivo en el que situamos nuestra intervención.



4. Abordaremos, a continuación, la cuestión relativa a las actuaciones de inspección llevadas a cabo en el centro residencial.

La Administración nos informa de las inspecciones ordinarias de carácter anual realizadas en el centro y de los aspectos sometidos a su valoración en cada una de ellas. En el antecedente séptimo ofrecíamos un cuadro en el que sistematizábamos esta información.

Por lo que se refiere a la inspección realizada el 15 de noviembre de 2004, alrededor de dos semanas antes de producirse el fallecimiento de la residente, el reclamante alude a una serie de aspectos que deberían haberse valorado por parte del servicio de inspección y que no se tuvieron en cuenta.

El *Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad* establece los requisitos mínimos de carácter material y funcional que han de cumplir dichos servicios –sean de titularidad pública o privada- con el fin de garantizar el correcto ejercicio de los derechos de las personas usuarias.

En el caso de los centros residenciales, se estará a los requisitos comunes a todos los servicios residenciales, recogidos en el Anexo I de dicho decreto, y a los específicos para las residencias, establecidos en su Anexo II.

Al margen de la necesidad de actualizar los contenidos de este decreto, cuestión sobre la cual esta institución ya se ha pronunciado en anteriores ocasiones, los requisitos en él recogidos son los exigibles desde su entrada en vigor hasta nuestros días.

En opinión de esta institución, tanto en aquella inspección como en las posteriores debió haberse analizado el cumplimiento de tales requisitos, excepción hecha de aquellos que se hubieran tenido en cuenta para autorizar la apertura del centro residencial, hecho que tuvo lugar en el mismo año. Ha quedado acreditado, a la vista de lo indicado en el antecedente séptimo, que tal análisis no se realizó.

El artículo 50.1 del *Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco* establece que *“todos los servicios y centros registrados serán inspeccionados al menos una vez al año”*. Alude, pues, a un deber de inspección anual de carácter total frente a la previsión recogida en el apartado segundo de este mismo artículo sobre la posibilidad de que la actuación inspectora sea total o parcial en casos puntuales en que la autoridad competente lo considere oportuno o exista alguna denuncia que así lo aconseje.



Así pues, sin perjuicio de la potestad de la administración en materia de planificación del proceso de inspección del conjunto de los recursos residenciales de la red, con carácter general, será preciso valorar el cumplimiento de la totalidad de los requisitos referidos, excepcionando aquellos cuya comprobación no resulte necesaria por haber sido tenidos en cuenta en el momento de la autorización del centro y permanecer invariables.

Especial atención habrá de ofrecerse a aquellos que resulten fundamentales en la evolución del servicio y en la atención a la persona usuaria (especificaciones técnicas nº 10 y 11):

- Ratio personal/residentes.
- Reuniones periódicas de personal.
- Disposición de manual de buenas prácticas por el personal.
- Programas de atención directa individualizada con asignación a cada residente de un/a trabajador/a clave o de referencia.
- Disposición de protocolos de actuación del personal.
- Disposición de programa de prevención y tratamiento para las personas con confusión mental.

De la información ofrecida por el Departamento de Acción Social (último párrafo del antecedente octavo) se deduce que en los últimos años se está prestando una especial atención a todas estas cuestiones, lo que permite objetivar una clara mejora de la actuación inspectora.

En el caso que nos ocupa, de los requisitos indicados únicamente se atendió al primero, el relativo a las ratios de personal. A pesar de ello, hemos de indicar que las ratios recogidas en la normativa de 1998 -aún vigente- requieren de una actualización; se trata de ratios mínimas que únicamente permiten garantizar unos criterios asistenciales básicos. De un lado, es preciso elevarlas, de otro, se hace necesario establecer ratios de presencia física del personal de atención directa (así como elevar la proporción de este personal con relación a la plantilla total), con el fin de adecuar todas ellas a los requerimientos derivados de la individualización de la atención, principio básico que rige el sistema de servicios sociales.

Esta mejora de las ratios ha de ir necesariamente unida a la mejora de los estándares de atención aplicados, lo que ha de tener también su reflejo normativo.

5. El artículo 39 del *Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco* establece las funciones que comprende el ejercicio de la actividad inspectora. Además de la función indicada en los párrafos anteriores relativa a la verificación del cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales que se establezcan reglamentariamente para cada tipo de servicio o centro, se contempla en el apartado f) la de elaborar informes con indicación de aquellos aspectos que,



aun respondiendo a la norma, se consideran cualitativamente mejorables, estableciéndose al efecto las recomendaciones oportunas.

Entendemos que hubiera sido deseable el ejercicio de tal función en las inspecciones anuales realizadas, con el fin de determinar, más allá de las verificaciones materiales y de ratios profesionales, si las pautas asistenciales venían siendo las adecuadas para garantizar la calidad de la atención y el respeto de los derechos de las personas usuarias, máxime en aquellas inspecciones posteriores al luctuoso suceso, pues la producción de este suscitaba, cuando menos, una duda razonable sobre la idoneidad de tales pautas o sobre la concurrencia de las medidas adecuadas.

Nos estamos refiriendo a una serie de pautas y medidas que analizaremos con detalle en el siguiente apartado.

6. Otra de las cuestiones que el reclamante somete a nuestra consideración es la ausencia de una inspección extraordinaria en el centro residencial con motivo del luctuoso suceso acaecido.

La Administración, con relación a este aspecto, incide en la falta de denuncia formal por parte del interesado.

Al margen de lo discutible de la cuestión, pues no podemos obviar que una adecuada interpretación del principio de libertad de forma en las actuaciones del administrado ante la Administración podría llevarnos a entender que, en los sucesivos contactos que aquel tuvo con esta y en los numerosos escritos a ella dirigidos, sí se produjo, en algún momento, tal denuncia, en el ejercicio del derecho que le correspondía de acuerdo con los artículos 11.2.a) y 12 del Decreto 64/2004 anteriormente referido; al margen de ello, como decimos, en opinión de esta institución, el hecho en sí revestía la suficiente gravedad y generaba tal preocupación y alarma social que hubiera sido esperable el ejercicio de una actuación inspectora de oficio por los servicios de inspección, dirigida a esclarecer las posibles causas del suceso y si estas tenían relación con algún tipo de incumplimiento o praxis inadecuada; así como a precisar las medidas que habrían debido adoptarse para evitar que situaciones de este tipo se dieran de nuevo en el futuro.

La inmediatez en la inspección habría sido determinante para que este instrumento que supone la labor inspectora cumpliera con unas mínimas garantías de eficacia en su función de aclarar lo sucedido, descubrir y corregir posibles actuaciones incorrectas, así como adoptar medidas preventivas y cautelares (artículo 48 del Decreto 40/1998 referido).

Una actuación inspectora posterior, especialmente cuando el interesado puso en conocimiento de la Administración el resultado de la contienda judicial, también hubiera sido oportuna.



Así pues, los hechos probados en el procedimiento civil –descritos en el antecedente sexto– evidencian que habría sido preciso incidir en una serie de medidas correctoras en ambos momentos:

- Garantizar el acceso de las personas encargadas del cuidado directo a la información clínica de las personas usuarias.
- Cumplir con las especificaciones técnicas señaladas en el considerando cuarto, relativas a la necesidad de celebrar reuniones periódicas de personal; contar con un manual de buenas prácticas; disponer de programas de atención directa individualizada<sup>1</sup> con asignación a cada residente de un/a trabajador/a clave o de referencia; manejar protocolos de actuación del personal y contar con un programa de prevención y tratamiento para las personas con confusión mental.
- Cumplir de manera rigurosa las prescripciones médicas en cuanto a la administración de fármacos.
- Garantizar la presencia de, al menos, dos profesionales del cuidado geriátrico en los turnos de noche, dada la existencia de dos plantas en el centro.
- Asegurar el cierre de ventanas y balcones.
- En especial, disponer y hacer uso de un protocolo de actuación sobre restricciones físicas, contando en todo momento con el perfil profesional para la ejecución de estas medidas.
- En especial, asegurar la existencia de un expediente personal de cada persona usuaria, en el que hacer constar la información sobre sus características y necesidades de atención, así como la que pueda derivarse del plan que se haya elaborado, los informes técnicos correspondientes, diagnósticos, tratamientos prescritos, así como el seguimiento y evaluación del plan fijado y las incidencias producidas en el desarrollo del mismo.
- En especial, garantizar un flujo adecuado de la información sobre cuestiones de autoprotección de la persona usuaria con problemas de salud mental.
- Establecer medidas de protección y control necesarias para las personas usuarias, especialmente en aquellos casos en que, por sus condicionamientos de índole física o psíquica, puedan preverse situaciones de riesgo para su integridad.
- Establecer medidas que garanticen el cumplimiento de las derivaciones a psiquiatría correspondientes en los casos pautados.

Lo expuesto resulta plenamente coherente con uno de los principios que han de inspirar el ejercicio de la actividad inspectora (artículo 38.2 d) del Decreto 40/1998): *“atribuir a la inspección un carácter evaluador y pedagógico que involucre a los profesionales de los servicios y centros en el*

---

<sup>1</sup> El artículo 10 del Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco y el régimen de sugerencias y quejas, describe el derecho a disponer en plazos razonables de tiempo, de un plan individual de atención ajustado a las necesidades detectadas durante la evaluación y lo que su elaboración implica



*análisis de su funcionamiento y de las medidas idóneas para mejorar la calidad de la atención”.*

7. Uno de los hechos probados (concretamente el que se describe en el octavo punto del antecedente sexto, relativo a la no aplicación de la sujeción nocturna por la profesional) motivaba nuestro análisis sobre si efectivamente una profesional con el perfil de gerocultora debería asumir la responsabilidad de aplicar este tipo de restricciones físicas.

Se trata de actuaciones que tienen como finalidad aplicar aquellas medidas terapéuticas necesarias y de carácter excepcional, mediante el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de la persona usuaria.

Las personas mayores sometidas a restricciones físicas se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima que exige regular y protocolizar estos supuestos para garantizar que tales restricciones únicamente sean pautadas como último recurso, en supuestos tasados y con las debidas garantías.

A la vista del documento publicado por la Diputación Foral de Bizkaia en 2010 bajo el título *“Protocolos de actuación. Residencias de personas mayores. Servicio Foral Residencial”* en el que se incluye en el proceso de atención integral continuada (subproceso atención biosanitaria) el *Protocolo de restricciones físicas*, la responsabilidad de este tipo de actuaciones recae en el área asistencial sanitaria.

En dicho protocolo, de manera expresa, se indica que el/la médico/a prescribe la medida terapéutica y las pautas de aplicación por parte del resto de profesionales sanitarios. De lo que se deduce que su aplicación habrá de realizarse, en todo caso, por profesional sanitario.

8. Por último parece oportuno insistir en que, de acuerdo con sentada jurisprudencia, la mera observancia de las exigencias administrativas y reglamentarias (que a menudo se muestran insuficientes en la práctica para evitar eventos lesivos) no exime a los centros residenciales de su obligación de adoptar todas aquellas medidas tendentes a garantizar la integridad de sus residentes, siendo de absoluta aplicación la teoría del riesgo, dados los serios compromisos de salud de tales residentes, habiéndose de garantizar en todo caso una correcta atención y cuidado en función de las características de cada persona usuaria.

### Conclusiones y recomendaciones



1. A pesar de la acreditada atención personal ofrecida al interesado por la Administración, esta debió dar respuesta expresa y motivada a la solicitud de aquel, contenida en su escrito de 3 de mayo de 2010.
2. La Administración debió informar al interesado, en un plazo razonable, del resultado obtenido en la inspección llevada a cabo poco antes de producirse el fallecimiento de su madre.
3. Tanto en aquella inspección como en las posteriores debió haberse analizado el cumplimiento de los requisitos incluidos en los anexos I y II del *Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad*, excepción hecha de aquellos que se hubieran tenido en cuenta para autorizar la apertura del centro residencial -hecho que tuvo lugar en el mismo año-, con especial atención a los siguientes:
  - Reuniones periódicas de personal.
  - Disposición de manual de buenas prácticas por el personal.
  - Programas de atención directa individualizada con asignación a cada residente de un/a trabajador/a clave o de referencia.
  - Disposición de protocolos de actuación del personal.
  - Disposición de programa de prevención y tratamiento para las personas con confusión mental.
4. Conviene incidir en la necesidad de que los servicios de inspección analicen el cumplimiento de todos requisitos incluidos en los anexos mencionados, en sus inspecciones anuales, a excepción de aquellos cuya comprobación no resulte necesaria por haber sido tenidos en cuenta en el momento de la autorización del centro y permanecer invariables, con especial atención a los cinco requisitos destacados en el apartado anterior. Con relación a estos últimos hemos de hacer constar que en los últimos años están recibiendo una creciente atención, lo que permite objetivar una clara mejora de la actuación inspectora.

En igual sentido, resulta conveniente recomendar a los servicios de inspección que hagan mayor uso de su potestad para incluir en sus informes aquellos aspectos que, aun respondiendo a la norma, se consideran cualitativamente mejorables, estableciendo al efecto las recomendaciones oportunas.

5. Los servicios forales debieron iniciar de oficio una actuación inspectora tras producirse el deceso de la residente, con el fin de esclarecer las causas del suceso, determinar si estas tenían relación con algún tipo de incumplimiento o praxis inadecuada, aplicar -en su caso- el régimen sancionador e identificar las medidas que habrían debido adoptarse para evitar que situaciones de este tipo se dieran en el futuro, instando al centro a cumplirlas.



Esta pauta debería aplicarse, cuando menos, en todos los casos de autolisis con resultado de muerte.

6. Procede emplazar al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia para que, en la próxima inspección anual que realice en el centro residencial en el que se produjo el luctuoso suceso, atienda a las cuestiones recogidas en el considerando sexto, mediante la comprobación de que las medidas correctoras allí propuestas se vienen implementando; en caso contrario, corresponderá instar al centro a cumplirlas.
7. El análisis de la presente queja ha permitido identificar una serie de medidas adecuadas para prevenir este tipo de sucesos y mejorar la calidad de la atención en los centros residenciales; los servicios de inspección habrán de incidir en la necesidad de que dichos centros adopten estas medidas:

- Comprobar la puesta a disposición del personal de los centros de los protocolos de actuación elaborados por el ente foral y su correcta aplicación, en especial, el protocolo de actuación terapéutica, el de prevención y tratamiento de la agitación psicomotriz, el de restricciones físicas y el de fugas.

Elaborar e implantar el registro asociado al protocolo de restricciones físicas.

Dotar de la formación adecuada al profesional sanitario encargado de aplicar las medidas de restricción física.

- Comprobar la puesta a disposición del personal de los centros de los documentos *Manual de Buena Práctica (Residencias de personas mayores)* y *Plan de Atención Individual (Servicio Foral Residencial)* elaborados por el ente foral, así como su correcta aplicación.
- Comprobar que efectivamente se ofrecen cauces de información y participación al personal, mediante la organización de reuniones (con presencia de dirección, equipo sanitario y trabajadoras/es de atención directa) en las que se transmita y comparta la información relativa a la situación, tratamiento y especiales cuidados que precisa la persona usuaria, y en las que las y los profesionales pueden plantear dudas, sugerencias y preocupaciones en cuanto a la práctica de su trabajo o solicitar aclaraciones sobre las mejores pautas de actuación para determinadas personas en situaciones específicas.

Mantener actualizados los registros de las reuniones de equipo mantenidas por las y los profesionales.

Comprobar que se establecen los cauces adecuados para informar al personal de atención directa de la importancia de respetar las



pautas habituales de atención directa previstas en el plan de atención personalizada para garantizar una atención de calidad.

Mejorar los cauces de comunicación entre el personal de atención directa y el resto de las y los profesionales, con el fin de que las pautas que se apliquen resulten coherentes.

- Favorecer la participación de las personas usuarias y sus familias en las evaluaciones internas y externas, en los procesos de mejora de la calidad, así como en los procedimientos de inspección que se realicen sobre el funcionamiento del centro.
  - Establecer en balcones y ventanas dispositivos de apertura y cierre que incorporen los elementos de seguridad que resulten necesarios en los casos en los que se estime que existe riesgo, en particular, en el caso de las personas con deterioro cognitivo o problemas de salud mental.
  - Comprobar que se establecen cauces para garantizar el cumplimiento de las prescripciones médicas en cuanto a derivación a las y los facultativos especialistas correspondientes.
8. La tramitación de la queja ciudadana evidencia, una vez más, la necesidad y conveniencia de abordar una actualización de los contenidos del *Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad*, mediante una modificación normativa que recoja unos requisitos y criterios de calidad acordes con las necesidades de atención individualizada y una adecuada tipología de los servicios, todo ello en coherencia con los preceptos de la *Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales* y su desarrollo normativo.

Procede, por tanto, dar traslado de este aspecto al Departamento de Empleo y Políticas Sociales, dada su competencia en la materia.