

Dictamen Núm. 231/2023

V O C A L E S :

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

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 8 de noviembre de 2023, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 15 de junio de 2023 -registrada de entrada el día 23 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del suicidio de un familiar mientras se encontraba ingresado en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 27 de octubre de 2022, los interesados -esposa e hijos de un paciente- presentan en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su familiar “a causa de las lesiones sufridas por autolisis”.

Según refieren, su esposo y padre, respectivamente, estaba ingresado el 29 de octubre de 2021 en el Hospital “X” tras haberse sometido a una cirugía de

cadera, y la misma mañana en que le iban a dar el alta su esposa lo encuentra ahorcado con el cable de la luz de la cabecera de la cama. Reproducen a continuación el contenido de diversas anotaciones clínicas de las que resulta cómo se desarrollaron los acontecimientos; en concreto, que “al entrar lo encuentro ahorcado con el cable de la luz. Habrían pasado 10-15 min que lo había visto caminando por la habitación. En PCR. Avisado médico se inicia RCP. Se coloca el DESA y está en asistolia. Se realiza maniobra de RCP durante 15-20 min, con administración de 3 adrenalin. Luego aparece ritmo. Avisada UVI móvil, se traslada al (Hospital ‘Y’). Informada familia”, y que “estando en planta, haciendo el pase de visita de Orto geriatria, escucho un grito en la habitación y acudo a ver qué sucede. Me encuentro al paciente colgado por el cuello de un cable que tenía enrollado (cable de cabecera de la cama) y ya con el personal de enfermería asistiéndolo. Se comprueban signos vitales y (...) estaba en PCR, se libera del cable y se inicia maniobra de RCP básica y avanzada. Se avisa a anestesia y a la UVI móvil, continuando las maniobras de ECP, incluida intubación por parte de anestesia, recuperando el pulso. Se traslada en UVI móvil” al Hospital “Y”.

Tras indicar que fallece al día siguiente a consecuencia de las lesiones padecidas, señalan que “sufría depresión desde 1998”, viéndose “especialmente deteriorado” su estado “físico y mental” tras el “confinamiento derivado del COVID-19”, de tal forma que “llegó a tener que ser ingresado en los meses de junio y agosto de 2022 por intentos autolíticos, realizándosele seguimiento en el Servicio de Salud Mental”.

Destacan que los responsables del centro conocían los antecedentes autolíticos del paciente, como demuestran las anotaciones obrantes en la historia clínica, por lo que entienden que las “medidas de prevención del suicidio” que se adoptaron fueron “insuficientes” toda vez que se limitaron a “sellar la ventana de su habitación”.

Señalan que “han solicitado (...) los protocolos existentes en el Principado de Asturias para evitar este tipo de sucesos” y que no se les han entregado, por

lo que afirman desconocer “las precauciones que se tomaron y las que se debieron tomar”.

La viuda solicita ser indemnizada en la cuantía de ciento cuarenta y seis mil setecientos catorce euros con sesenta y ocho céntimos (146.714,68 €), la hija con cuarenta y dos mil novecientos trece euros con noventa y cinco céntimos (42.913,95 €) y el hijo con cuarenta y dos mil ochocientos noventa y tres euros con noventa y cinco céntimos (42.893,95 €).

Proponen prueba documental, consistente en la incorporación al expediente de la copia de la historia clínica completa del interesado y de “los protocolos establecidos por el Principado de Asturias a fin de evitar los suicidios, en especial en lo relativo a la permanencia de los pacientes en los centros dependientes” del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y en particular el establecido para la estancia del paciente en el Hospital “X”.

Adjuntan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Certificado de defunción, libro de familia y testamento. b) Diversa documentación médica. c) Certificado de rentas del fallecido. d) Protocolo de atención a pacientes con riesgo de suicidio en el Hospital General, elaborado por el Servicio Extremeño de Salud. En él se establecen una serie de medidas preventivas que, según afirman, no se cumplieron en el caso de su familiar. Si bien reconocen que el citado protocolo “no es de obligado cumplimiento por el Principado de Asturias”, señalan que sus “especiales cuidados deberían ser de cumplimiento obligatorio y, de no existir este tipo de protocolos en nuestro ordenamiento autonómico, su simple falta debe hacer responsable a esta Administración de sucesos como el que nos ocupa, derivando en el nacimiento de la responsabilidad patrimonial”.

2. Mediante oficio de 10 de noviembre de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el día 14 de noviembre de 2002 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital "X", el Hospital "Y" y Salud Mental, así como los informes emitidos por la enfermera responsable de la Unidad 2.º derecha/CMA y del Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital "X". En el primero de estos informes, fechado el 16 de noviembre de 2022, se indica que al "ingreso (...) la enfermera realiza la valoración de enfermería y tras revisar la historia del paciente se comenta a la esposa la posibilidad de acompañarle. Del mismo modo se procede al sellado de ventanas de la habitación (...) y se recoge la medicación crónica aportada por la familia (...) para ser custodiada por el personal./ El paciente es visto por el médico de guardia, al que se avisa por encontrarlo algo nervioso. Durante el ingreso se va reflejando en las observaciones de enfermería el estado del paciente y se administra Orfidal, según tiene prescrito, cuando es preciso", reseñando "en la historia que es efectivo./ El día del suceso y tras el pase de visita del traumatólogo se informa a su esposa del alta (...) vía telefónica y se le comunica que cuando acuda a la unidad se le entregará el informe de alta, así como las recomendaciones para el tipo de intervención a la que ha sido sometido. Durante los momentos previos había entrado en la habitación el enfermero responsable para ver cómo se encontraba y había hablado con el paciente unos 10-15 minutos antes del suceso. Tras la llegada de la esposa del paciente y (...) encontrar al mismo colgado del cable del timbre se avisa inmediatamente al médico y a anestesia, se coloca DESA y se inicia RCP, aproximadamente 15-20 minutos, se administran 3 adrenalin, apareciendo ritmo cardíaco y se traslada" al Hospital "Y" "en UVI móvil. Se informa a la familia (esposa e hijos) ya que en ese momento habían llegado ambos hijos". En el segundo informe, emitido el 22 de noviembre de 2022, se deja constancia de que el paciente había sido intervenido el 25 de octubre de 2021 para implantarle una prótesis de cadera y que se siguieron "cuidados por parte del Servicio de Enfermería que se ajustaban a los protocolos de prevención de suicidio".

4. Con fecha 14 de marzo de 2023, y a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, emiten informe pericial dos especialistas, uno de ellos en Psiquiatría y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él, tras describir los antecedentes del paciente, señalan que estaba recibiendo un “seguimiento muy estrecho en consultas ambulatorias del (centro de Salud Mental), con diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos” y tratamiento con diferentes antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y antipsicóticos que “rebajan el nivel de ansiedad, las rumiaciones y las ideas de perjuicio”. Refieren que “pese a lo crónico y tórpido de su trastorno emocional nunca había precisado de ingresos en planta de hospitalización de Psiquiatría hasta el año 2021”, ingresando voluntariamente en la Unidad de Psiquiatría el día 29 de mayo por “episodio depresivo con ideación autolítica (...), siendo dado de alta por mejoría tras ajuste farmacológico el 16-06-2021”. Indican que con fecha 1 del mes siguiente “el paciente realiza una ingesta medicamentosa voluntaria en su domicilio, precisando nuevo ingreso en la unidad de hospitalización de Psiquiatría, recibiendo el alta con diagnóstico de “trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin rasgos psicóticos y aislamiento social”.

Reseñan que “tras el alta hospitalaria acudió a revisión al (centro de Salud Mental) el 02-08-2021, donde su mujer y el paciente confirman mejoría clínica y se mantiene el mismo tratamiento pautado al alta, por lo que se asume estabilidad clínica. Recogen que no hay ideas de muerte o autolisis./ El 18-08-2021 (...) acude a cita con Traumatología del Hospital ‘X’, recomiendan estudio de patología lumbar, derivan a Unidad del Dolor de manera preferente y hacen preingreso para prótesis total de cadera izda. (...). El 02-09-2021 el paciente acude a consulta (...) de Neurología del (Hospital ‘Y’) acompañado de su mujer, donde fue derivado desde hospitalización en Psiquiatría para descartar deterioro cognitivo”, diagnosticándosele “deterioro cognitivo multidominio con afectación disejecutiva y mnésica de probable causa degenerativa”. En la revisión del centro de Salud Mental de 7 de octubre de 2021, a la que acude “con su esposa e hijo”, está nervioso, con temática delirante de perjuicio,

aceptando mínima confrontación. No ideas de muerte. Mantienen tratamiento añadiendo Haloperidol en gotas que son mal toleradas y retiradas en consulta telefónica realizada el 08-10-2021./ En revisión del 19-10-2021 acude con su esposa e hijo. Refieren estar mejor tras retirada del Haloperidol pero mantiene contenido delirante en discurso, por lo que se añade pimocida al acostarse y se reducen las benzodiacepinas, resto sin cambios. No vuelven a contactar con el (centro de Salud Mental)./ El paciente ingresa voluntariamente en el Hospital 'X' el 24-10-2021 para cirugía programada de cadera el 25-10-2021./ En el acogimiento por parte de enfermería se recogen antecedentes personales, dada la historia de intentos de suicidio previos (mayo y julio de 2021) se sella la ventana y se recoge la medicación psicofarmacológica para que no esté al alcance del paciente. Se ofrece a la esposa la posibilidad de acompañamiento (...). La tarde poscirugía precisa de 1 comprimido de lorazepam por nerviosismo, estaba pendiente de micción tras retirada de sonda objetivándose en sondaje posterior retención aguda de orina. Nervioso por la noche y a la mañana siguiente, respuesta habitual en pacientes ancianos hospitalizados tras cirugía. No se recogen ni acreditan otras incidencias ni alteraciones conductuales./ Día 26-10-2021 no se recogen notas relevantes./ Dos días después de la cirugía, el 27-10-2021 (...), refiere dolor controlado e inicia micción espontánea y deambulación./ El 28-10-2021 precisa de 1 cp de lorazepam al mediodía por ansiedad, resto de tarde caminando por la habitación, sin dolor ni otros comentarios a destacar./ En la mañana del 29-10-2021, tras valoración por su traumatóloga y dada la buena evolución del paciente se decide alta. Registran que (...) está desconfiado, actitud habitual en pacientes mayores hospitalizados que están fuera de su entorno conocido. Es visto por personal de enfermería caminando por su habitación sin incidencias 10-15 minutos antes de que llegue su mujer, sobre las 10-10:15 h para recogerle. En ese momento (...) es hallado en situación de parada cardiorrespiratoria por ahorcamiento con cable de luz".

Explican que "las conductas de aislamiento y desconfianza hacia el personal sanitario son habituales durante el ingreso de pacientes de edad avanzada, y más si tienen cierto componente de deterioro cognitivo, pues están

con personas que no conocen./ En la evolución clínica (...) desde el último alta hospitalaria no hay datos que hicieran prever del desenlace ocurrido./ Acudió a citas de revisión en las que no verbalizó ideas ni deseo de muerte, acudió a cita de Traumatología, acudió a consulta de Neurología, ingresó como estaba previsto para cirugía de cadera y ningún comentario refleja que el paciente no estuviera allí de manera voluntaria; de hecho, su familia no acompañaba al paciente permanentemente durante el ingreso pese a que desde el centro hospitalario se le ofertó (...), lo que sugiere que (...) no presentaba rechazo ni oposición a mantener el ingreso, el dolor estaba controlado y no se registran alteraciones de conducta disruptivas”.

Entienden que “el gesto suicida del paciente fue voluntario, impulsivo, inesperado y, por tanto, imprevisible por lo que el personal sanitario de la unidad no pudo evitar el incidente ocurrido./ La ideación autolítica reactiva a ánimo depresivo, dolor crónico (...), puede implicar deseos y pensamientos suicidas como salida a una situación emocional desagradable, pero no era la situación del paciente en ese momento, en el que el mayor factor que limitaba su actividad funcional había sido tratado y presentaba una evolución favorable. No es coherente pensar que un paciente con planificación suicida estructurada se someta a una intervención quirúrgica programada, lo que conlleva asistencia a varias consultas previas para valoración clínica, realización de pruebas complementarias y el dolor de alto grado relacionado con la propia intervención quirúrgica de colocación de prótesis de cadera./ No había otros factores de riesgo que hicieran pensar que el paciente podría perder el autocontrol, mantenía una estabilidad familiar, su familia le apoyaba y queda demostrado en su evolución clínica la no dificultad para pedir ayuda cuando se había sentido desbordado por elevada ansiedad o bajo tono anímico. No había clínica sugerente de sintomatología confusional”.

Señalan que “la inmovilización o contención terapéutica es, según la OMS, `un método extraordinario de finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre derechos humanos referentes a psiquiatría, solo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza

urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no pueden conjurarse por otros medios terapéuticos'. Es pues una medida consistente en la limitación de la movilidad física ante la existencia de un cuadro de agitación psicomotriz, en el que existen una serie de movimientos irreflexivos y desordenados, de inicio generalmente brusco o en ocasiones reactivos a una situación de estrés emocional agudo y que pueden llevar a conductas de auto o heteroagresividad física./ La definición en sí misma deja suficientemente clara la naturaleza excepcional del procedimiento, ya que puede suponer una situación donde se enfrenta un derecho fundamental, como es la pérdida de libertad del paciente en contra de su propia voluntad y el principio bioético de beneficencia o deseo bienintencionado sanitario de protección del paciente, de su entorno o de terceros. Debe ser, por tanto, el último recurso terapéutico para control conductual después de que hayan fracasado la contención verbal y el abordaje farmacológico./ No existían datos clínicos sugestivos para anticipar el gesto autolítico que llevó a cabo (...), por lo que esta medida de control extremo que le hubiese privado su capacidad de movilidad y actuación no estaría indicada en el caso a estudio, donde el gesto suicida no era previsible ni evitable, considerándose como un hecho fortuito. No había presentado en las noches previas ni en los ingresos previos alteraciones comportamentales que justificasen la privación de libertad únicamente para controlar su conducta (...). Los mecanismos de vigilancia y custodia fueron los adecuados a unidades de hospitalización no psiquiátricas, no hubo ninguna clase de negligencia en las medidas de seguridad adoptadas, incluso se realizó sellado de la ventana, existiendo supervisión y vigilancia por parte del personal sanitario. No hubo asistencia sanitaria defectuosa".

5. Mediante oficio notificado a los interesados el 26 de abril de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de la documentación obrante en el expediente.

El día 17 de mayo de 2023, presentan estos un escrito de alegaciones en el que afirman que, pese a que no se registra en la historia clínica, “la noche del 28 sí se encontraba especialmente nervioso a pesar de la compañía de la familia, quien lo animó ante la ya posibilidad cercana de alta”, y que al día siguiente se registra en las anotaciones “la actitud desconfiada del paciente”. Entienden que lo que le pasaba a su familiar es que “se encontraba en un estado de ansiedad que no fue advertido ni por los doctores que le dieron el alta ni por el personal de enfermería que pasó poco antes del suceso. No es creíble que 10-15 minutos antes de suicidarse no se le notara más que una desconfianza como la de cualquier otro paciente mayor hospitalizado (...). No se encontraba en una desconfianza habitual, se encontraba tan nervioso que 10 minutos después se quita la vida”.

Niegan asimismo que en la evolución clínica “no hubiera datos que hicieran prever el desenlace ocurrido”, pues “las citas con el Servicio de Psiquiatría del centro de salud fueron reiteradas antes del ingreso” en el hospital. Subrayan que, “de hecho, acudió el 7 y el 19 de octubre, lo cual da una idea de su situación. Si bien no manifestaba verbalmente el ánimo autolítico, lo cierto es que ello era por la continua atención de su mujer y sus hijos, incluso como acompañantes en estas 2 visitas, pero claramente en ambas se refleja contenido delirante en su discurso. Lo cierto es que insistía en que era perseguido continuamente y que quería desaparecer para evitar este sufrimiento./ Ninguna referencia se hace en el informe pericial a los delirios que constan en su historial médico”.

Respecto a la afirmación de que “la familia no lo acompañaba durante el ingreso”, señalan que “la esposa pasaba todo el día allí y los hijos acudían cuando podían, porque aún se encontraba en vigor el protocolo derivado del COVID-19 que no permitía a más de una persona como acompañante. En cualquier caso, no es motivo de minoración, y mucho menos de exención de responsabilidad de la Administración, el hecho de que su familia estuviera o no 24 horas junto a él”.

Niegan que el suicidio fuera inesperado o imprevisible pues, según entienden, “existían los mismos factores de riesgo que, pocos meses antes, le llevaron 2 veces a ingresar en la planta de Psiquiatría por intentos de autolisis”.

Rechazan que los mecanismos de vigilancia y custodia del paciente fuesen adecuados ya que -según afirman- “el hecho, claramente previsible, se dio”, y reprochan al servicio de salud que no disponga de “un protocolo de actuación concreta, limitándose el mismo a un documento de 2018 que es más un desiderátum que un verdadero protocolo”.

No consideran incoherente que el paciente aceptase someterse a la cirugía de cadera si deseaba morir, pues “la operación era una mínima esperanza, tanto para la familia como para el propio paciente, de que su situación mental mejorara al mejorar su situación física”.

Sostienen que “es obvio que los mecanismos de vigilancia y custodia no fueron los adecuados. Si las unidades de hospitalización general no son unidades de Psiquiatría lo que debe hacer el Principado de Asturias es facilitar los medios y protocolos necesarios para el internamiento (...) en una unidad como esa. Obviamente también, la vigilancia por parte del personal de enfermería no fue suficiente”.

Reprochan al servicio sanitario que se mantuviera al paciente “solo en una habitación de 2 camas, en la habitación más alejada del control de enfermería y, desde luego, no se proporcionó al paciente un ambiente de seguridad que lo protegiera de potenciales comportamientos autolesivos, como comprobar los útiles y enseres de que dispone. Tras reconocer el riesgo, se cerró la ventana como única aplicación de estas medidas, resultando que se quitó la vida ahorcándose con el cable de la luz instalado en el propio hospital”.

6. Con fecha 24 de mayo de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que “el paciente ingresó para una cirugía traumatológica en una planta normal. Es decir, no estamos ante un ingreso psiquiátrico en una planta de Salud Mental con un diagnóstico de riesgo autolítico (...). Tenía antecedentes de tratamiento

en Salud Mental pero cuando ingresa en Traumatología para implante de una prótesis de cadera no existía un riesgo suicida detectado, ni durante su ingreso se dan circunstancias que hagan pensar en una concreción de la ideación suicida./ El gesto suicida del paciente fue imprevisible e inesperado por lo que el personal sanitario de la unidad no pudo evitar el incidente ocurrido. Los mecanismos de vigilancia y custodia fueron los adecuados a unidades de hospitalización general, unidades de hospitalización no psiquiátricas, no hubo ninguna clase de negligencia en las medidas de seguridad adoptadas ya que existía vigilancia por parte del personal de enfermería y se permitía el acompañamiento por parte de la familia”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 15 de junio de 2023, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica -en tanto que esposa e hijos del fallecido- se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 27 de octubre de 2022, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del familiar de los reclamantes- el día 30 de octubre de 2021, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, se observa que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo

91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

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

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

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

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

SEXTA.- Interesan los reclamantes el resarcimiento del daño derivado del suicidio de su esposo y padre, respectivamente, el día 29 de octubre de 2021 cuando estaba ingresado por una patología no psiquiátrica en el Hospital “X”, al considerar que su muerte se debió al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

No existiendo duda respecto al hecho del fallecimiento por el que se reclama, hemos de presumir la realidad del daño padecido por los interesados.

Ahora bien, dando por acreditada la existencia de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y materializado en el curso de la actividad del servicio público sanitario, ello no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio

imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar -con las modulaciones que impone el principio de disponibilidad y facilidad probatoria- que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el caso de que se trata, los perjudicados no han desplegado actividad probatoria alguna para desvirtuar los informes médicos emitidos en vía administrativa, que sólo pueden enervarse mediante informes del mismo tipo. En este sentido, el argumento principal sobre el que construyen su reproche -esto es, la previsibilidad del suicidio- no sólo es una mera afirmación de parte no avalada por ningún informe médico sino que, además, está construida sobre la consideración *ex post* de los hechos, pues se basa exclusivamente en el análisis retrospectivo de la asistencia médica a partir del resultado más tarde conocido, incurriendo en la prohibición de regreso desde acontecimientos posteriores desconocidos al momento de la prestación asistencial a la que venimos haciendo referencia de forma reiterada (por todos, Dictámenes Núm. 75 y 230/2022). Tal prohibición implica que en sede de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria no es factible cuestionarse el diagnóstico o tratamiento de un paciente si el reproche se realiza sólo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el enfermo, ya que la valoración de la asistencia sanitaria ha de efectuarse según las circunstancias del momento en que tuvieron lugar; en definitiva, el parámetro de corrección de la prestación de servicios sanitarios viene determinado por el estado del paciente en el momento de la asistencia, de forma que debe valorarse si atendiendo a los síntomas y signos clínicos que presentaba se pusieron a su disposición todos los medios disponibles y adecuados, no siendo válido que a partir del desenlace final se consideren los medios que pudieron haberse dedicado al enfermo aun en ausencia de dicha clínica, toda vez que ello implicaría objetivar la mecánica de la

responsabilidad patrimonial hasta el extremo de pretender deducirla siempre que se produjera un resultado lesivo por el mero hecho de haber actuado los servicios públicos sanitarios.

Tanto los tribunales como los órganos consultivos coinciden en señalar que para que pueda apreciarse la responsabilidad patrimonial en caso de suicidio es preciso que se cumplan dos requisitos: que la autolisis fuera verdaderamente previsible a la vista de los antecedentes del paciente y que, según los medios disponibles, fuera inadecuada o insuficiente la vigilancia aplicada. En este sentido cabe recordar, como manifestamos en los Dictámenes Núm. 111/2015 y 106/2023, que en casos como este solo cabe apreciar la responsabilidad administrativa cuando al servicio público asistencial le era exigible la adopción de determinadas medidas de precaución como consecuencia de la previsibilidad de la conducta suicida; juicio médico que debe alcanzarse en función de los antecedentes y de la exploración personal practicada.

En efecto, el Tribunal Supremo viene reiterando (por todas, Sentencia de 21 de marzo de 2007 -ECLI:ES:TS:2007:1655- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª), “en relación a la responsabilidad de la Administración sanitaria, en supuestos de suicidios (...), que para determinar si procede apreciar tal responsabilidad patrimonial es necesario en primer lugar analizar si el suicidio resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes del paciente, por cuanto si atendidos estos podía resultar previsible lo ocurrido hubiera devenido necesario adoptar las necesarias medidas de atención y cuidado, precisándose igualmente que a efectos de poder apreciarse si ha habido o no una ruptura del nexo causal ha de determinarse si debido a la alteración mental era previsible que el paciente se comportase creando riesgos que en condiciones de normalidad cualquier persona eludiría, pues si esa persona no se encuentra en tales condiciones de normalidad y ello es conocido por el servicio sanitario, este tiene el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento, y ello sin perjuicio de que la actuación de este último deba ser tomada en cuenta para atemperar la indemnización procedente”.

En el caso de que se trata, los informes obrantes en el expediente, que son los únicos disponibles para formar nuestro juicio, coinciden en señalar que la autolisis fue un hecho inesperado e imprevisible, pues el paciente, tras diversos ajustes de la medicación pautaada, se encontraba mejor -según consta en las anotaciones correspondientes a las últimas visitas de Salud Mental- y además abordaba esperanzado -tal y como asume la propia familia en el trámite de audiencia- una cirugía que permitiría mejorar su calidad de vida y, por ende, su estado anímico. Los episodios limitados de nerviosismo que presentó durante el último ingreso se controlaban mediante administración de medicación que resultaba efectiva, y ni el paciente ni su familia solicitaron durante la estancia hospitalaria asistencia por parte del Servicio de Psiquiatría. En definitiva, no existían indicios ni signos en el paciente que hubieran orientado a los servicios sanitarios a deducir o prever una intención autolítica, y tampoco su estancia hospitalaria, asociada a una patología traumatológica adecuadamente tratada y con buena evolución, habría evidenciado un comportamiento o conducta que anticipara una voluntad autolítica estando ingresado, tras una cirugía de cadera, a la espera del alta inmediata.

Pese a que el suicidio no era un hecho verdaderamente previsible, según se acaba de argumentar, se consideraron los antecedentes del paciente -depresión mayor crónica con dos ingresos hospitalarios en la planta de Psiquiatría en los meses anteriores, el primero por ideación autolítica y el segundo por intento de suicidio mediante ingesta medicamentosa- para terminar adoptando, con la mayor diligencia, todos los medios razonables y disponibles para evitar un intento autolítico, teniendo en cuenta además que estaba ingresado en una planta de Traumatología y no de Psiquiatría; esto es, se selló la ventana de la habitación, se sometió la medicación a custodia por parte del personal y se brindó a la familia la posibilidad de acompañamiento permanente del paciente. En este escenario no se adecúa al principio de razonabilidad la realización de obras para retirar el cableado de la luz y el timbre en una habitación que el enfermo iba a ocupar durante unos pocos días, ni el sometimiento del mismo a vigilancia continuada por parte del servicio sanitario,

para la que no se dispone de medios suficientes, o la atención en la planta de Psiquiatría habida cuenta del motivo de ingreso hospitalario, una cirugía de cadera. Por otro lado, no puede tenerse por probado que ciertas medidas invocadas por la familia, como la atención del paciente en una habitación doble situada más cerca del control, hubieran evitado el fatal desenlace.

En definitiva, la naturaleza imprevisible de este desgraciado suceso determina la inexistencia de nexo causal entre la actuación del servicio público sanitario frente al que se reclama y el daño que se imputa a la Administración, lo que conduce a la desestimación de la presente reclamación.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.