

Dictamen Núm. 28/2024

**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 22 de febrero de 2024, 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 11 de septiembre de 2023 -registrada de entrada el día 15 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 su hija bajo tratamiento en la sanidad pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 15 de diciembre de 2022, la interesada presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su hija, que atribuye a la incorrecta atención dispensada por el servicio público sanitario.

Expone que la menor fue diagnosticada “a finales de 2020 y principios de 2021” de “trastorno grave de síndrome de Tourette, con grave afectación funcional, crisis de angustia y conductas propias de un trastorno obsesivo-

compulsivo”, por lo que acudía “desde noviembre de 2020 al Centro de Salud Mental Infantil .....”, al que había sido derivada desde Atención Primaria “por ansiedad”.

Indica que “ya en esa fecha fue ingresada en cinco ocasiones en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes por ansiedad y desvanecimientos (...), habiendo realizado intentos autolíticos”. Detalla el tratamiento farmacológico prescrito, así como la realización de consulta (en el mes de marzo de 2021) en el Servicio de Neurología del Hospital ..... “para valoración del síndrome de Tourette”, que declina tratar esta patología al relacionar “los tics fónicos y motores con el síndrome depresivo reactivo a acoso escolar”.

Señala que en el año 2021 el cuadro clínico de la menor “fue empeorando” hasta el punto de producirse “reiterados ingresos por pérdida de conciencia” e “ideaciones e intentos autolíticos”, el último de los cuales tuvo lugar entre los días 6 y 23 de diciembre de 2021, momento en el que se le da de alta hospitalaria, falleciendo el día 30 de diciembre de 2021 tras precipitarse al vacío desde su domicilio.

En cuanto al nexo causal, considera que “a pesar de la gravedad de la enfermedad y de los reiterados episodios en ningún momento se acertó con un tratamiento que mejorara (su) situación clínica (...), ni en cuanto a su trastorno depresivo ni en lo que se refiere al síndrome de Gilles de la Tourette”, sin que se comprenda que una menor, con la situación clínica que presentaba (...), no haya sido derivada al programa Survive, Prevención e Intervención en Suicidio, al que se incorporan adolescentes en los diez días siguientes al intento autolítico. De hecho, en febrero de 2021 se firmó la solicitud de incorporación al mismo”.

Solicita una indemnización por importe de un millón quinientos mil euros (1.500.000 €).

Adjunta diversa documentación clínica relativa a la asistencia dispensada.

**2.** Con fecha 2 de febrero de 2023, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la paciente.

Mediante oficio de 22 de marzo de 2023, le envía el informe emitido el día 3 de ese mismo mes por una facultativa del Centro de Salud Mental Infantil en el que fue atendida, y el 5 de abril le traslada el suscrito dos días antes por el Jefe del Servicio de Neurología del hospital en el que se le prestó asistencia.

**3.** El día 19 de mayo de 2023, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe pericial una especialista en Psiquiatría. En él, tras analizar la asistencia prestada por parte de los Servicios de Salud Mental, de Neurología, de hospitalización en unidad específica y de los servicios sociales, incluidas las actuaciones llevadas a cabo con familiares tras el fallecimiento, aclara la metodología del “proyecto Survive, proyecto de investigación nacional encaminado a evitar recidivas en gestos autolíticos en adolescentes entre 12 y 18 años”, cuya inclusión deciden “los investigadores del estudio” y no el personal autonómico de Salud Mental.

Considera que “la atención recibida tanto por el Servicio de Neurología y por el Servicio de Salud Mental fue en todo momento correcta y adecuada para las necesidades de la paciente, ajustada a la *lex artis* en la indicación farmacológica y dispositivo de seguimiento”. En relación con el episodio autolítico consumado, destaca el transcurso de “8 días desde la última valoración en planta de hospitalización previo al alta de un ingreso de 16 días de duración, desconociendo (el) estado de la paciente tras el alta del hospital y circunstancias intercurrentes que pudieran haber podido pasar en esos días y empeorar su estado mental”, sin que en esa “última exploración” por parte del servicio público sanitario el psiquiatra objetivara “ideación ni intención autolítica”, y subraya que, “según se recoge en la historia clínica, el padre de la paciente informó que el día después del último alta hospitalaria (...) fue valorada por psiquiatra ajeno al Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias (...), quien modificó su tratamiento basal”, desconociéndose “el cambio farmacológico realizado”.

Concluye que “el gesto suicida realizado fue voluntario, impulsivo e imprevisible y por tanto impredecible, por lo que no existe responsabilidad por parte de los facultativos que le prestaron atención sanitaria”, añadiendo que “la evolución tórpida (...) tiene que ver con las características psicológicas de la paciente, su psicopatología, sus rasgos de personalidad y su discapacidad intelectual, todo ello contribuyó a la refractariedad a los tratamientos psicofarmacológicos y psicológicos realizados y no la desatención que señala la reclamante”.

**4.** Mediante oficio notificado a la interesada el 5 de julio de 2023, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 26 de julio de 2023, la perjudicada presenta un escrito de alegaciones en el que se reitera en su reclamación; en particular, considera necesaria la realización de una resonancia magnética en relación con la patología neurológica diagnosticada (síndrome de Tourette), e insiste en la existencia de una pérdida de “oportunidad terapéutica” por la falta de inclusión de su hija en el programa Survive.

**5.** Con fecha 7 de agosto de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes incorporados al expediente.

**6.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de septiembre 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), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**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 caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas".

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 15 de diciembre de 2022, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la paciente el día 30 de diciembre 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 del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia 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.-** Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de la hija de la interesada, que atribuye al deficiente funcionamiento del servicio público sanitario que venía atendiendo su patología psiquiátrica.

Acreditado el óbito por el que se reclama, presumimos la existencia de un daño moral en la reclamante habida cuenta de su cercano parentesco con la víctima.

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.

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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, tiene la carga de acreditar 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre la asistencia dispensada u omitida y el resultado dañoso.

En el caso que analizamos, la interesada atribuye al servicio público una responsabilidad por omisión cuando afirma, en su escrito inicial, que a lo largo de 2021 pese al tratamiento recibido el estado de la menor fue empeorando (requiriendo varios ingresos hospitalarios en la unidad especializada en Salud Mental infantil-juvenil), culminando esa situación con su suicidio el día 30 de diciembre del mismo año, "apenas unos días después de ser dada de alta" de un ingreso entre el 6 y el 23 de diciembre de 2021. Señala que "a pesar de la gravedad de la enfermedad y de los reiterados episodios en ningún momento se acertó con un tratamiento que mejorara la situación clínica" de la paciente, "ni en cuanto a su trastorno depresivo ni en lo que se refiere al síndrome de Gilles de la Tourette", que -entiende- debió ser objeto de tratamiento específico por parte del Servicio de Neurología, razonando que tal devenir "fue lastrando la situación clínica global de la menor". Singularmente, reprocha que "no haya sido derivada al programa Survive, Prevención e Intervención en Suicidio, al que se incorporan adolescentes en los diez días siguientes al intento autolítico. De hecho, en febrero de 2021 se firmó la solicitud de incorporación al mismo".

En el trámite de audiencia concreta la doble imputación realizada, referida tanto a la asistencia prestada por el Servicio de Neurología como por los Servicios de Salud Mental. En relación con la primera, considera que existió una "desatención absoluta al no haber sido tratado de ninguna manera por el Servicio de Neurología el síndrome de Tourette del que había sido diagnosticada, dado que además de los tics motores y fónicos presentaba frecuentes episodios de desmayo y pérdida de conciencia, e incluso problemas motores que motivaron también ingresos hospitalarios como el de 13 de octubre de 2021". Al efecto, reseña que "una prueba tan sencilla como una resonancia magnética (...) habría arrojado luz sobre la situación clínica de la paciente". En cuanto a la segunda, reitera su reproche en la falta de derivación al citado programa "Survive", añadiendo que ello ha supuesto una privación de "esa oportunidad

terapéutica”, impidiendo conocer cómo hubiera respondido a la inclusión en el mismo.

En todo caso, la reclamante no acompaña prueba pericial alguna que refrende las imputaciones indicadas, sin que tampoco aporte la totalidad de informes correspondientes a la asistencia privada recibida, pese a que el informe pericial elaborado a instancias de la Administración aluda a la existencia de una consulta el día antes del fallecimiento en la que el especialista privado habría modificado la medicación -aspecto sobre el cual no se pronuncia aquella en el trámite de audiencia-. Al respecto, este Consejo viene reiterando que no resulta suficiente pretender la verosimilitud del nexo causal alegado desde la única perspectiva del fatal desenlace, siendo preciso analizar, en cuanto a las específicas denuncias realizadas, la atención recibida por la paciente.

A falta de tal prueba en el caso examinado, el juicio de este Consejo debe formarse a la vista del conjunto documental constituido por los informes médicos librados a instancias del servicio público y el resto de documentos obrantes en el expediente, incluida la historia clínica. Así, estimamos que pese a la omisión de información relativa a la asistencia privada recibida, que impide ponderar su alcance o incidencia puntual en el nexo causal que la propia interesada plantea, la documentación incorporada al expediente es suficiente para realizar un análisis completo del supuesto sometido a nuestra consideración. Idéntica conclusión alcanzamos respecto a la falta de aportación del proyecto “Survive”, que la perjudicada invoca en apoyo de una de las líneas de su argumentación, sin contradecir en ningún momento la explicación que sobre los criterios de inclusión en ese proyecto de investigación nacional facilitan tanto la Administración como los facultativos que informan a instancia de la compañía aseguradora.

No obstante conviene señalar, como manifestamos en los Dictámenes Núm. 111/2015 y 106/2023, que en supuestos como el presente tan sólo 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 caso de existir una asistencia próxima temporalmente al acto suicida, pero que en el supuesto planteado y atendiendo a la imputación realizada se extiende además al conjunto de la atención desplegada por el sistema público sanitario durante el período en que duró aquélla.

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 tenida en cuenta para atemperar la indemnización procedente”.

El análisis del comportamiento de la Administración sanitaria en este caso concreto debe partir de la consideración de que la fallecida no se encontraba bajo la guardia y custodia de ninguna Administración pública; es decir, que no se trataba de una interna en un centro sanitario o, atendiendo a su edad, en un centro de menores, circunstancia determinante de la concurrencia de una relación de sujeción especial entre la Administración y la fallecida.

Sentado lo anterior, debemos distinguir entre la genérica imputación planteada en la solicitud, en la que de forma difusa se advierte de un empeoramiento pese al tratamiento recibido a lo largo del año 2021, y los

concretos reproches que se reiteran en el trámite de audiencia, referidos a la atención dispensada por el Servicio de Neurología, por una parte, y a la falta de inclusión de la menor en el programa específico “Survive”, por otra.

En relación con el primer aspecto, el detalle de la historia clínica de la paciente evidencia una atención constante por parte del servicio público sanitario, complementada por la recabada a instancias de su familia a través de medios privados. Así resulta que, después de una primera asistencia en un centro de Salud Mental infanto juvenil en el mes de febrero de 2018 -en la que la menor fue valorada por problemas de alteración del comportamiento, de adaptación escolar y manifestaciones compatibles con patología psicósomática, siendo remitida a un programa de aprendizaje de técnicas de relajación cuya incorporación no llegó a producirse (según se reseña, por falta de consentimiento informado de uno de los progenitores)-, fue valorada por el Servicio de Neurología del Hospital ..... tras acudir al Servicio de Urgencias el día 13 de octubre de 2020 por sintomatología física (pérdida de fuerza en miembros inferiores, cefalea, mareo y cansancio) que determinó la realización de pruebas (entre ellas, un tc craneal en el que “no se observan signos de patología intracraneal aguda”), informando las mismas de ausencia de patología neurológica y siendo derivada a Salud Mental. A partir de ese momento se suceden, de forma intercalada en el tiempo, una serie de consultas en un centro especializado infanto juvenil, en un hospital de día (recurso también especializado de Salud Mental calificado como “dispositivo para tratamiento intensivo de los trastornos mentales”) y diversos ingresos en la unidad hospitalaria especializada de Psiquiatría. En concreto, la paciente acude a consulta en el centro especializado infanto juvenil tras una primera asistencia el día 4 de noviembre de 2020 y a lo largo de varias ocasiones durante 2021, atención que se compatibiliza con la prestada en el hospital de día infanto juvenil para primera valoración el 23 de junio de 2021. Respecto a esta última, consta anotado el día 17 diciembre de 2021 (folio 258 de la historia Millennium) que el proceso para su incorporación a dicho recurso se vio paralizado al trasladarse la menor al domicilio paterno en otra localidad durante varios meses, con “mejoría

clínica significativa”, valorándose retomar dicha incorporación. Asimismo la actuación se vio complementada con asistencia privada, en la que consta que recibió atención, al menos y de acuerdo con los informes hospitalarios, en diciembre de 2020 y en mayo de 2021, ingresando en septiembre de 2021 dos días en una clínica privada. También se constata la intervención de los servicios sociales, instancia desde la que se le ofreció tanto la posibilidad de ingresar en un centro de menores -al estar vinculados los episodios de alteración con disputas intrafamiliares-, como la derivación a un programa específico de intervención socio-educativa para la autonomía personal, social y laboral dirigido a jóvenes con problemática grave de salud mental; propuesta que tiene lugar en diciembre de 2021. Todo ello, sin perjuicio de la atención recibida en otras ocasiones en el Servicio de Urgencias y que fue resuelta sin ingreso.

En cuanto a los ingresos en la Unidad de Psiquiatría de un hospital público, nueve en total a lo largo de 2021, se observa que los mismos tuvieron lugar en los meses de febrero, marzo, abril, mayo, junio, septiembre, noviembre y diciembre, siendo comunicados todos ellos a la Fiscalía de Menores y autorizados por el órgano jurisdiccional competente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

En cinco de tales ingresos, de varios días de duración, consta como motivo intento autolítico -en concreto, en los de febrero, marzo, abril y mayo-, mientras que en los restantes figura como tal la presencia de auto y heteroagresividad en domicilio (hacia su madre, y puntualmente hacia vecinos, personal sanitario e incluso fuerzas de seguridad que acuden a la vivienda) -como ocurre en el segundo ingreso de mayo; en el de junio, de solo un día de duración, al solicitar la madre el alta y no cumplirse criterios para ingreso en contra de la voluntad de la paciente y de su madre, y en los de septiembre y noviembre de 2021-. En todos ellos, con independencia del motivo de ingreso, se refleja expresamente la ausencia de ideación suicida o autolítica en el momento del alta, y el acuerdo con la madre y la paciente para proceder a esta, y así consta en el informe de alta correspondiente al último ingreso en diciembre de

2021. Además en varios de ellos se recoge la petición de interconsulta al Servicio de Neurología, si bien dada la imputación separada que realiza la reclamante en relación con la actuación de dicho Servicio será objeto de referencia diferenciada a continuación. En particular, en el informe de alta correspondiente al último ingreso consta que se realizó “ajuste de tratamiento psicofarmacológico, así como apoyo psicoterapéutico centrado en el trabajo de la gestión emocional y entrenamiento en pautas de control y manejo de la ansiedad”, que se detallan, encontrándose al alta “tranquila y abordable. Colaboradora. Ánimo estable (...). No ideación ni intención autolítica ni heteroagresividad en este momento. Verbaliza planes realistas de futuro a medio-corto plazo”, reflejándose también en el informe el contacto con la familia (madre).

En suma, la documentación clínica y los informes correspondientes al proceso asistencial permiten sostener la corrección de la atención dispensada, pues constata la valoración detallada de sintomatología, causas, adaptación constante de medicación y, especialmente dada la evolución del caso, atención continuada a la presencia de ideación autolítica. En este sentido, resulta determinante comprender que la afirmación realizada en el informe pericial de que “el Servicio de Salud Mental en todos sus dispositivos atendió a la paciente de manera exquisita, frecuente y adecuada a las necesidades de cada momento”, procediéndose “siempre que se consideró que presentaba un riesgo autolítico con potencialidad suicida o conductas auto/heteroagresivas (...) a un ingreso hospitalario”, y que las altas fueron consensuadas, así como “ajustada a *lex artis* (...) la indicación farmacológica y dispositivo de seguimiento”, se basa en la bibliografía médica que citan, relativa tanto a guías y protocolos de actuación a nivel nacional y autonómico como a estudios extranjeros o clasificaciones procedentes de la Organización Mundial de la Salud. Ello sin perjuicio de que, según se expresa en el informe pericial, “ningún estudio de impacto relevante ha demostrado que un ingreso hospitalario prevenga el suicidio posterior”.

A nuestro juicio resulta igualmente destacable, a efectos de valorar la existencia de una actuación administrativa orientada al correcto tratamiento y

superación de la problemática de la menor, el abordaje multidisciplinar de su situación, procediéndose a la activación de recursos de servicios sociales disponibles, entre los que cabe subrayar la asistencia a un hospital de día (intermitente, en función de convivencia puntual de la menor con el padre) y, especialmente, la concesión de la posibilidad de cesión de la guarda e ingreso en un centro de menores, motivada por la situación de desbordamiento de la progenitora con la que convivía (la madre) y con la finalidad exclusiva de contribuir a la estabilización emocional de la menor, condicionada por el conflicto intrafamiliar subyacente, destacado como factor relevante en cuanto desencadenante de los episodios de auto y heteroagresividad por los informes obrantes en el expediente. En particular, el informe emitido por la responsable de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto Juvenil en la que fue tratada la paciente expone que, con ocasión del último ingreso en la misma en diciembre de 2021, “se informa de nuevo a la madre de las opciones de abordaje existentes por parte de los servicios de Salud Mental, así como de la necesidad de coordinación con servicios sociales de cara a estructurar plan terapéutico conjunto y garantizar la continuidad de cuidados al alta, y se le informa de los pasos siguientes desde (el centro de Salud Mental infanto juvenil) y Trabajo Social mostrándose conforme”. De forma expresa, y ante el rechazo materno de “la posibilidad propuesta” desde servicios sociales “para que ceda la guarda y tramitar un centro de menores (...), se incide de nuevo en la necesidad de proporcionar un entorno pautado y normativo que permita la contención conductual de la paciente”; aspecto con el que la madre se muestra conforme, habiéndose citado a la menor nuevamente para consulta de seguimiento en el centro de salud mental infantil juvenil el día 3 de enero de 2022, fallida tras el suicidio de aquélla.

En segundo lugar, y en cuanto a la falta de inclusión de la menor en el proyecto “Survive”, citado por la reclamante a efectos de invocar una supuesta pérdida de oportunidad terapéutica, cabe destacar que en ningún momento se rebate lo indicado por la Administración sanitaria, que explica (folio 102) que aquél consiste en un “estudio de prevención e intervención en suicidio: estudio

de cohorte y ensayos clínicos controlados anidados de programas de prevención secundaria para intentos de suicidio”, vinculado al Instituto Carlos III, y que si bien la paciente y su madre firmaron efectivamente los consentimientos informados para formar parte del mismo en febrero de 2021, la afectada “fue aleatorizada en la rama de control”. El informe pericial emitido a instancias de la entidad aseguradora aclara que se trata de un proyecto de investigación nacional “encaminado a evitar recidivas en gestos autolíticos en adolescentes entre 12 y 18 años”, que “busca evaluar la eficacia de distintos programas de intervención y detectar factores de riesgo con el objetivo de poder elaborar un programa de intervención que logre la prevención de las conductas suicidas”, así como que el dato de que fuera “aleatorizada en la rama de control (...) implica la no intervención más allá de la realizada por los servicios de Salud Mental”. En todo caso, la falta de concreción respecto a la pérdida de oportunidad terapéutica impide entender, en interpretación extensiva de la voluntad de la reclamante, que se cuestiona la labor de los investigadores del estudio, que son quienes deciden la rama de seguimiento o intervención asignada al paciente en el marco del mismo (y no en el de su asistencia sanitaria, al constituir dos realidades distintas).

Finalmente, y en cuanto a la atención dispensada por el Servicio de Neurología, la historia clínica permite comprobar que la paciente acudió a consulta en el mes de marzo de 2021 y en varias ocasiones durante los ingresos en la Unidad de Psiquiatría, la última de ellas en diciembre de 2021. Las anotaciones en la historia clínica corroboran lo establecido tanto el informe del Jefe del Servicio de Neurología como en el informe pericial emitido por una especialista en Psiquiatría, explicando el primero que su ajuste a la praxis médica radica en que “en todas las ocasiones (en) que fue valorada por parte de los facultativos especialistas (...) se constató que la exploración somatoneurológica era rigurosamente normal, excepto por la presencia de múltiples tics motores y fonatorios que se controlaban y llegaban a desaparecer por completo de manera espontánea a medida que la paciente se tranquilizaba durante las consultas, al igual que también fueron normales los resultados de los estudios de



electroencefalografía realizados en dos ocasiones, y los de neuroimagen craneal practicados mediante tac y resonancia magnética”. Respecto a esta última, prueba cuya realización omite la reclamante, figuran en la historia clínica los resultados de la efectuada el día 15 de abril de 2021 a petición de la Unidad de Psiquiatría “para descartar patología orgánica subyacente”, que informa de un “estudio dentro de límites normales”; asimismo, consta la práctica de un tac craneal en octubre de 2020 y de electroencefalogramas. En todo caso, y al margen de que la afirmación sobre la falta de realización de la resonancia magnética resulte desmentida por los datos obrantes en la historia clínica (refiriéndose también varios informes de alta a dicha prueba), su pretendida utilidad para proporcionar información sobre “la situación clínica” de la paciente carece de sentido desde un punto de vista científico, toda vez que “no existe una prueba específica que pueda diagnosticar el síndrome de Tourette”, que se determina con base “en la historia clínica de los signos y síntomas”. A ello añade el informe pericial que esta patología “no tiene tratamiento específico”, a excepción del farmacológico orientado a controlar los tics asociados o la psicoterapia, y en todo caso el Servicio de Neurología es taxativo al señalar la ausencia de “patología neurológica primaria específica”, habiéndose concluido que la sintomatología consistente en “tics, `bloqueos motores´, episodios de pérdida momentánea de conocimiento y movimientos involuntarios en extremidades, con recuperación *ad integrum* de todos ellos de manera espontánea y sin ninguna secuela”, que presentaba la paciente “era secundaria a la patología funcional por la que estaba siendo seguida de manera rutinaria por parte del Servicio de Salud Mental”, correspondiendo a este último la aplicación de las medidas terapéuticas procedentes para el control de los síntomas. En definitiva, a la vista de lo actuado en el procedimiento este Consejo considera que no existen hechos, ni pruebas suficientes, ni tampoco indicios claros, que avalen la afirmación genérica de que la intervención no evitó el empeoramiento, ni, en particular, que la menor debió ser incluida en el proyecto Survive o que existió patología neurológica concurrente con incidencia en el desenlace que no fuera atendida por el servicio especializado competente. Singularmente, y

respecto a la corrección de la asistencia prestada desde los servicios especializados de Salud Mental, tanto en su modalidad ambulatoria como en la hospitalaria, resulta reseñable que frente a la convicción de la madre el informe emitido por la responsable de la Unidad de Hospitalización refleja la percepción paterna, expresada con ocasión de diversas reuniones posteriores a la defunción a las que se invitó a ambos progenitores (si bien sólo acude el padre) y en las que se encontraban tanto la Directora de Atención de Gestión Clínica de Salud Mental del Área Sanitaria IV como la Responsable de la Unidad de Hospitalización. En ellas, aparte de abordarse aspectos relativos al apoyo en el duelo, se contesta “a todas las preguntas realizadas” por el padre, que solicita “información sobre el proceso asistencial” de la menor a fin de “poder comprender mejor lo sucedido”, recogándose expresamente que “se muestra conforme y agradecido”.

En definitiva, considerando que la actividad exigible a la Administración sanitaria dentro del parámetro de la *lex artis ad hoc* consiste en poner a disposición de los pacientes los medios necesarios para tratar adecuadamente la patología mental sufrida, realizando de manera continuada y con ocasión de cada asistencia motivada por un intento autolítico la evaluación concreta del riesgo suicida, así como las intervenciones necesarias (con un abordaje interdisciplinar, en caso de ser necesario) a fin de minimizar el grado de posibilidad de que se materialice, ponderándose también otras alternativas de internamiento de la menor, hemos de concluir que la enferma es correctamente atendida en todas las ocasiones en las que demanda atención sanitaria del servicio público; adecuación predicable del conjunto de la asistencia desplegada a lo largo del tratamiento seguido, lo que a nuestro juicio descarta una responsabilidad por omisión.

Singularmente, los datos relativos al último ingreso de la paciente no hacían previsible, según refleja la historia clínica e interpretan los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora, una conducta suicida inminente, por más que las medidas dispuestas (que incluyeron propuesta de cesión de la guarda y traslado a un centro de menores) se hayan revelado a la

postre lamentablemente ineficaces para evitar la voluntaria decisión con la que puso fin a su vida.

En consecuencia, la naturaleza imprevisible del suceso determina la inexistencia de nexo causal entre la actuación de los servicios públicos asistenciales, que juzgamos conforme al criterio de la *lex artis*, y el daño que se imputa a la Administración.

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.