

Expediente Núm. 93/2006
Dictamen Núm. 129/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de junio de 2006, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 10 de marzo 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, don y doña, como consecuencia de la defectuosa asistencia médica prestada a don en el Hospital

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 13 de septiembre de 2005, doña, don y doña, como madre y hermanos, respectivamente, de don, presentan ante el Servicio de Salud del Principado de Asturias (en adelante SESPA) una reclamación de responsabilidad patrimonial como consecuencia de la defectuosa asistencia médica prestada a este último en el Hospital

El escrito de los reclamantes, remitido por el Secretario General del SESPA a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios con fecha 16 de

septiembre de 2005, señala lo siguiente: “D. (...), fue trasladado el día 22 de junio de 2005 por funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía al Servicio de Urgencias del Hospital, tras haber sido encontrado a las 13 h. tumbado delante de una unidad de tren, estacionada en la vía 6, con la intención de suicidarse (...)./ Tras la exploración en el S. de Urgencias, el paciente refiere haber intentado suicidarse ‘como un impulso’ al no encontrar sentido a la vida. Se le aprecia contenido delirante y se destaca como antecedentes que estuvo ingresado durante unos días en el mes de abril”.

Señalan los reclamantes en su escrito que “en su largo historial psiquiátrico, consta haber estado ya ingresado en el S. de Urgencias en el año 1998, así como el 19/01/2005 acompañado por su madre, tras la ingesta de 100 pastillas de frankimacín. Seguía controles periódicos en el Centro de Salud Mental de y de forma privada con los Drs. (...)./ Sobre el mes de marzo de 2005, ingresó voluntariamente y acompañado por su madre en la Unidad de Psiquiatría del Hospital, debiendo de firmar el alta su madre a quien se le exigió por la Dra. hacerse cargo de su hijo, y ser acompañado por ella en el momento del alta./ A pesar del motivo por el cual fue llevado al S. de Urgencias acompañado por la Policía Nacional, del aspecto psíquico que presentaba, de sus antecedentes psiquiátricos y del resultado de la exploración llevada a cabo en dicho Servicio, se hace constar como recomendaciones que solicitará el propio paciente consulta con su psiquiatra habitual y que no se realiza cambios de tratamiento, siendo dado de alta sin compañía./ Una vez en su domicilio y ya por la tarde, D. se ausenta del mismo, diciendo a su madre que va a pedir consulta para el psiquiatra, cosa que no realiza, dirigiéndose por el contrario a las 19 h. al puente de desde el cual se arrojó al vacío./ La madre del fallecido fue avisada del suceso por la policía, desconociendo totalmente que su hijo había intentado suicidarse en las vías del tren esa misma mañana y que con posterioridad había estado ingresado en el S. de Urgencias del Hospital, datos que pudo conocer al día siguiente tras la lectura del suceso en el diario (...)./ Es decir, a pesar de que el fallecido se encontraba perfectamente identificado y que además consta en el informe de Urgencias que vive con su

madre (...), no se realizó una llamada desde el hospital para avisar a su madre para que fuese a recogerlo y se hiciese cargo de él, confiándole la custodia que en ese momento su hijo precisaba, así como para ser informada por los médicos sobre el estado psíquico de su hijo y las recomendaciones pautadas. Tampoco se procedió a su ingreso en la Unidad de Psiquiatría para seguimiento, control y tratamiento del estado delirante en que se encontraba (...), todo ello a pesar de que era totalmente previsible que el paciente persistiese con su idea de suicidio, por lo que de haber prestado una correcta asistencia sanitaria y no haber dejado a su suerte al paciente, responsabilizándole de acudir al psiquiatra, con absoluta seguridad se hubiese evitado el fatal desenlace”.

Después de exponer los fundamentos jurídicos que entienden de aplicación, terminan solicitando una indemnización de “ciento cincuenta mil doscientos cincuenta y tres euros (150.253 €) para doña, treinta mil cincuenta euros (30.050 €) para D. y treinta mil cincuenta euros (30.050 €) para doña, por lo que la cantidad total que se reclama asciende a doscientos diez mil trescientos cincuenta y tres euros (210.353 €)”.

A modo de “Otro sí”, los interesados señalan, a efectos de notificaciones, el despacho profesional de una letrada en Oviedo.

Junto con el escrito de reclamación acompañan copia del Libro de Familia y de los informes del Servicio de Urgencias del Hospital, de 19 de enero y 22 de junio de 2005.

2. Mediante escrito fechado el día 22 de septiembre de 2005, notificado el día 29 del mismo mes, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias notifica a la primera firmante del escrito de reclamación la incoación del oportuno expediente, señalándole expresamente la fecha en que ha tenido entrada la reclamación, la normativa aplicable al procedimiento y que el mismo será tramitado “en este Servicio de Inspección Sanitaria”. Mediante escrito del día 22 de septiembre de 2005, el mismo Servicio comunica al Inspector de las Prestaciones Sanitarias que ha sido designado para elaborar el informe técnico de evaluación correspondiente. Finalmente, el día 26 de septiembre de 2005, el

mismo Servicio reitera la misma comunicación a la abogada señalada en el escrito de reclamación.

3. El día 26 de septiembre de 2005 el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, considerando que “se encuentran en curso actuaciones penales ante el Juzgado de Instrucción N° de (...) y habida cuenta que la fijación de los hechos por este orden jurisdiccional puede tener, razonablemente, incidencia sobre el procedimiento de responsabilidad patrimonial”, dicta resolución de “suspensión del procedimiento administrativo en tanto recaiga resolución firme en el orden penal”; resolución que se notifica a la abogada señalada en el escrito de reclamación el día 5 de octubre de 2005.

4. El día 26 de septiembre de 2005, el Secretario General del Hospital remite al Inspector de las Prestaciones Sanitarias designado al efecto una copia de la reclamación presentada, del parte de reclamación al seguro de responsabilidad sanitaria y de la historia clínica del paciente. Entre dicha historia clínica figura documentado un único ingreso (de carácter voluntario) el día 1 de abril de 2005 por “intoxicación de opiáceos + alcohol con ideación autolítica”, y un alta voluntaria, el día 3 del mismo mes, donde se indica, a la exploración psicopatológica, “no síntomas psicóticos; no ideación heteroagresiva; no ideación autolítica”. Pese a ello, el día 4 del mismo mes, figura suscrito un documento de alta voluntaria, a petición de la madre, en el que se hace constar lo siguiente por el médico de guardia: “en contra de la opinión del médico que suscribe, que estima debe continuar la hospitalización por posible riesgo autolítico”. Entre la documentación correspondiente a dicho ingreso voluntario, figura un informe de un psiquiatra privado que recomienda su ingreso, “para romper abuso de tóxicos e ideación autolítica persistente”. En dicho informe, entre otras cuestiones, se indica “apoyo familiar insuficiente por estar solo muchas horas al día por necesidad de trabajo de la madre con la que convive”.

5. El día 7 de octubre de 2005, la letrada señalada en el escrito de reclamación indica al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, en relación con las “Diligencias previas nº, seguidas ante el Juzgado de Instrucción Nº 3 de Oviedo (...), que con fecha 28 de junio de 2005, se decretó el sobreseimiento y archivo (...), al considerar que los hechos no revestían la consideración de infracción criminal”. Junto con el escrito acompaña una copia del Auto judicial, de fecha 28 de junio de 2005, decretando el sobreseimiento libre y el archivo de las Diligencias. El Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias notifica a la abogada, el día 14 de octubre de 2005, que se “inicia” de nuevo el procedimiento administrativo.

6. Con fecha 17 de octubre de 2005, el Secretario General del Hospital remite a la Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias una copia del informe elaborado por el Servicio de Urgencias donde se atendió al paciente. En dicho informe se indica que “fue atendido en el Servicio de Urgencias (...) el día 22 de junio de 2005, llegó acompañado por la policía tras haber sido encontrado en las vías del tren./ (...) se solicitó consulta a Psiquiatría para valoración del paciente, por el intento de autolisis que había sufrido el paciente./ (...) fue atendido por el Dr. (...), residente de psiquiatría de segundo año, el cual realiza una anamnesis de unos 45 minutos, valorando la conducta autolítica del paciente./ (...) se desprende, según consta en el informe de alta, que el paciente intentó suicidarse ‘como un impulso’ ... que no presentaba trastornos formales del pensamiento, no se apreció contenido delirante, y que en el momento de ser visto no presentaba ideación autolítica./ Por todo ello el paciente es remitido a la consulta de su terapeuta habitual y no se realizó ningún cambio en el tratamiento./ (...) el paciente había estado ingresado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del uno al tres de abril de 2005, solicitando el alta voluntaria que él mismo firmó, estando su madre en la entrevista. Que acudió con normalidad la víspera a su Centro de Salud Mental y que se comprometió a acudir de nuevo esa misma tarde”.

7. Con fecha 21 de octubre de 2005, el Secretario General del Hospital remite a la Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, una copia del informe del Servicio de Psiquiatría, suscrito por el Jefe del Servicio y por la Coordinadora de Salud Mental del Área En dicho informe se detalla la historia clínica del paciente, relatando las seis ocasiones en las que fue atendido por ese Servicio, la primera de ellas, el 30 de agosto de 1998. Se hace constar un único ingreso “en la Unidad de Psiquiatría por haber sido solicitado por su psiquiatra privado”, causando “alta voluntaria el día 03/04/05, constando en el informe clínico de alta ‘no síntomas psicóticos’; ‘no ideación heteroagresiva’, ‘no ideación autolítica’. La impresión diagnóstica al alta fue episodio depresivo (...) y abuso de alcohol”.

Sobre el último proceso asistencial prestado, señala el informe que “fue atendido en Urgencias el 22/06/05. El médico que le atiende por parte del Sº de Psiquiatría es el doctor (...) (MIR II de Psiquiatría), el cual realiza una anamnesis y exploración de unos 45 minutos teniendo presente los datos existentes en su historia clínica. En la exploración mental se constata que no existen síntomas psicóticos, que su estado de ánimo es subdepresivo, que presenta ansiedad psíquica, valorando así mismo la inexistencia de ideación autolítica actual. Con los datos de la anamnesis y la exploración realizada, teniendo en consideración que la víspera había realizado una consulta en su Centro de Salud Mental y el compromiso e insistencia del paciente de solicitar consulta esa misma tarde con su psiquiatra privado, el doctor (...) tomó la decisión de mantener el tratamiento que tenía pautado y no realizar su ingreso hospitalario. La impresión diagnóstica fue de síndrome depresivo./ Que a la vista de estos datos cabe destacar el que en las diferentes atenciones que tuvo en Urgencias solamente en una ocasión se consideró oportuno su ingreso, al tener en consideración la solicitud realizada por su psiquiatra privado”.

Señalan, posteriormente, los informantes que “la madre (...) conocía las diversas alteraciones y diferentes diagnósticos que habían realizado los psiquiatras que le atendieron”. Refiriéndose a una entrevista que mantuvieron con la madre del paciente los dos firmantes del informe, el día 28 de junio (ha

de entenderse, aunque no se señala expresamente, de ese año 2005, una vez acaecido el suicidio), señalan que la madre “nos manifestó que había sido su propio hijo quien la había comunicado el que había estado en el Sº de Urgencias del hospital por la mañana, a la vez que nos comunicó que tenía información suplementaria que no conocían los profesionales pues su hijo le había entregado una carta unas dos semanas anteriores, en las que comentaba ‘que había encontrado un sitio para hacer puenting en Oviedo’. Esta información acerca de la carta, no fue conocida por su psiquiatra del CSM de ni hay constancia en su historia clínica del Hospital”.

Finalmente, sobre la formación del doctor que atendió al paciente (“MIR II de Psiquiatría”), señalan que “en el momento actual de formación conoce las enfermedades que cursan con riesgo autolítico. Así mismo, tiene conocimientos y entrenamiento en la valoración de riesgo autolítico, por haber sido acompañado y autorizado por los psiquiatras (...) en la valoración de múltiples pacientes con tentativa autolítica y haber seguido el programa de formación de especialista en psiquiatría de forma regular”.

8. Con fecha 31 de octubre de 2005, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente informe técnico de evaluación, en el que, después de detallar los antecedentes del caso, señala lo siguiente en el apartado de valoración: “se trata de un paciente de 25 años que fue llevado al Servicio de Urgencias del Hospital por funcionarios del Cuerpo de Policía Nacional tras un intento de suicidio. Valorada detenidamente su situación clínica por el Servicio de Psiquiatría y tras una larga exploración y evaluación del enfermo, se llegó a la conclusión de que no existían síntomas psicóticos, que su estado de ánimo era subdepresivo, que presentaba ansiedad psíquica y que no existía en aquel momento ideación autolítica. Con el compromiso del paciente de solicitar consulta esa misma tarde con su psiquiatra privado, se tomó la decisión de mantener el tratamiento que tenía pautado y no realizar su ingreso hospitalario, dándosele el alta con el diagnóstico de síndrome depresivo. Tras

ello, unas horas después, abandonó su domicilio manifestando que iba a pedir consulta al psiquiatra y se dirigió a un viaducto arrojándose al vacío”.

Finaliza su informe señalando que “en este caso concreto el paciente había pactado con el médico pedir consulta a su psiquiatra privado esa misma tarde, no siendo previsible en aquel preciso momento que fuese a incumplir su compromiso y suicidarse ya que no presentaba ideación autolítica y ese fue el motivo por el que se decidió permitir al enfermo no ingresar manteniéndole el tratamiento que tenía pautado”, por lo que concluye que la reclamación de responsabilidad patrimonial “debe ser desestimada ya que la actuación de la Administración sanitaria fue correcta”.

9. Mediante oficio fechado el día 4 de noviembre de 2005, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del SESPA y a la correduría de seguros

10. El día 9 de febrero de 2006 se notifica a la letrada señalada en el escrito de reclamación la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, remitiéndole una copia de la relación de documentos obrantes en el mismo.

11. Según una diligencia de “comparecencia personal” suscrita el día 23 de febrero de 2006 por la interesada y un funcionario del Servicio de Inspección Sanitaria de Prestaciones Sanitarias, doña comparece personalmente en las dependencias administrativas y otorga poder de representación en este procedimiento a favor de doña, que ese mismo día solicita, y obtiene, una copia del expediente, compuesto en ese momento por ochenta y cuatro (84) folios.

12. El día 28 de febrero de 2006 la representante de la interesada presenta un escrito de alegaciones analizando los informes incorporados al expediente. En relación con los informes emitidos por el Director Gerente del Hospital y por

el Inspector de Prestaciones Sanitarias, señala que “el intento de suicidio no fue consecuencia de una ejecución automática que sobrevino en un momento determinado y de forma aislada y espontánea, sino por el contrario esta idea había sido planeada de antemano, idea que presentaba desde hacía mucho tiempo de forma fija y persistente, haciéndose constar en todo su historial (véanse folios 26, 28, 47, 51, 52, 55, 58 y 61) las ideas autolíticas del paciente, los riesgos de autolesión y los diferentes intentos”, a lo que añade que “el historial clínico hace repetidamente mención a que el enfermo no encontraba sentido por la vida (...) y que el suicidio era la única solución posible para resolver sus problemas. Es por ello, que de haber explorado debidamente al paciente y de haber revisado su historial clínico, fuese imposible llegar a dicha conclusión (se refiere a la inexistencia de ideación autolítica en el momento del análisis por el Servicio de Psiquiatría del Hospital), ya que en diferentes ocasiones había intentado quitarse la vida autolesionándose o mediante la ingesta de fármacos y alcohol”.

Sobre la existencia de una carta del perjudicado en la que habría indicado a su madre “su deseo de hacer puenting desde la pasarela”, en el escrito de alegaciones se niega su existencia, señalando que “sólo se trataba de un comentario hecho a su madre en medio de una conversación”.

Finaliza su escrito reiterando que “existió negligencia por parte del personal del Servicio de Urgencias del Hospital al no ingresar al paciente, o bien al dejarle abandonar solo el hospital, existiendo cuanto menos una valoración diagnóstica errónea y una ausencia de medios, al entender que no existía en el paciente ideas autolíticas y no tomando decisiones terapéuticas alguna, a la vez que responsabilizó al paciente para que acudiese a su psiquiatra privado, derivando en este último facultativo la función médica que a dicho centro le correspondía (tratamiento, observación, evolución, etc.)”.

13. Con fecha 2 de marzo de 2006 el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias eleva propuesta de resolución, proponiendo “desestimar la reclamación” por los daños y perjuicios ocasionados con motivo de la muerte

de don, razonando, como señala el informe técnico de evaluación, que “la obligación de vigilancia del enfermo que padece una afección psiquiátrica debe admitir matices dadas las serias dificultades existentes para garantizar un resultado frente a la inestabilidad psicológica de los pacientes”, y que la jurisprudencia fija, en supuestos similares a éste, “unos estándares en el funcionamiento de los servicios públicos para apreciar la responsabilidad patrimonial de las Administraciones”, siendo el criterio establecido la valoración de “la capacidad de la Administración para prever y advertir esas tendencias suicidas, a partir de lo cual se deduciría un deber de actividad, de puesta de medios concretada en una vigilancia inmediata, continua, eficaz y adecuada (...). En este caso concreto el paciente había pactado con el médico pedir consulta a su psiquiatra privado esa misma tarde, no siendo previsible en aquel preciso momento que fuese a incumplir su compromiso y suicidarse ya que no presentaba ideación autolítica y ese fue el motivo por el que se decidió permitir al enfermo no ingresar manteniéndole el tratamiento que tenía pautado”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de marzo de 2006, registrado de entrada el día 14 de marzo de 2006, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

15. Con fecha 26 de abril de 2006, notificado el día 27 del mismo mes, el Presidente del Consejo Consultivo, y al amparo de lo dispuesto en el artículo 37.3 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, interesó el envío de antecedentes para mejor proveer, en concreto “el protocolo de actuación correspondiente a un MIR II de Psiquiatría”.

16. Con fecha 23 de mayo de 2006, V.E. remite un escrito de la Coordinadora de Salud Mental Área, en el que, en relación con la información solicitada para mejor proveer, adjunta el Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría para el Programa MIR de esta especialidad, así como el Programa Específico para los residentes de primero y segundo año de los Servicios de Salud Mental de Asturias, Área, en concreto, el realizado por el residente que intervino en el caso sometido a consulta del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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 Consultivo del Principado de Asturias, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, de conformidad con 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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados 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 en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo”. En el presente caso, se presenta la reclamación con fecha 13 de septiembre de 2005, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 22 de junio de 2005, por lo que es claro que fue ésta presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo que rige la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). Procedimiento al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, están sujetas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites legal y reglamentariamente establecidos de incorporación de informe de los servicios afectados, trámite de audiencia y propuesta de resolución.

No obstante, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que si bien se comunica a los interesados, por el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, la incoación del expediente y la normativa aplicable, dicha

comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado.

Además, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Habiéndose registrado la reclamación en el SESPA el día 13 de septiembre de 2005, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 14 de marzo de 2006, sin computarse el breve espacio de tiempo en que el procedimiento ha estado suspendido (5 de octubre a 14 de octubre de 2005), el plazo de resolución y notificación prácticamente se ha rebasado antes del preceptivo plazo de dos meses para emitir el presente Dictamen. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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 139 de la LRJPAC, ya citada, dispone 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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”.

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 un daño o lesión antijurídica, 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.- A la vista de todo lo actuado, hemos de dar por probado que el perjudicado fue conducido al Servicio de Urgencias del Hospital a las 13 horas del día 22 de junio de 2005, al haber sido encontrado tumbado delante de una unidad de un tren estacionado en la vía. En el Servicio de Urgencias es atendido por un MIR II del Servicio de Psiquiatría, que concluye que no existe "ideación autolítica" en ese momento y, con el compromiso de solicitar consulta con su "terapeuta habitual, con quien mantiene buena relación", decide no realizar el ingreso del paciente, manteniendo el tratamiento que tenía pautado. Una vez dado de alta, el paciente regresa al domicilio en el que convive con su madre, y "ya por la tarde" -según relatan los reclamantes- "diciendo a su madre que va a pedir consulta para el psiquiatra", se dirige en realidad a un viaducto, desde el que se arroja al vacío, produciéndose la muerte.

Los reclamantes sostienen que existe un nexo causal entre la atención sanitaria recibida por su familiar el día 22 de junio de 2005 en el Hospital y el acto voluntario posterior de quitarse la vida.

En el procedimiento instruido queda probado que el fallecido era un paciente que venía siendo tratado de sus dolencias psiquiátricas desde hacía años por un facultativo privado y que sólo acudió a la red sanitaria pública con carácter ocasional, la última, la referida del día 22 de junio. A esta prestación

sanitaria del servicio público imputan los reclamantes la responsabilidad de la Administración en relación con el suicidio de su familiar.

La carencia de pruebas por parte de los reclamantes acerca de la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el fallecimiento voluntario de su familiar es total, limitándose a argumentar la imputación sobre la base de la omisión de dos deberes que, con carácter alternativo, entienden eran exigibles a la Administración: o bien debió ésta “avisar a su madre para que fuese a recogerlo y se hiciese cargo de él, confiándole la custodia que en ese momento su hijo precisaba, así como para ser informada por los médicos sobre el estado psíquico de su hijo”, o bien debió proceder “a su ingreso en la Unidad de Psiquiatría”, porque según exponen “era totalmente previsible que el paciente persistiese con su idea de suicidio”.

Por tanto, y puesto que se imputa a la Administración una responsabilidad por omisión, debemos comenzar por analizar cuáles son las obligaciones exigibles a la Administración sanitaria, puesto que la jurisprudencia resulta unánime al considerar que para que exista responsabilidad como consecuencia de la inactividad administrativa, es preciso que exista un deber jurídico de actuar por parte de la Administración y que tal deber sea incumplido, es decir, que exista una situación de anormalidad en el servicio administrativo. Así lo señala la STS de 27 de marzo de 1998 (Sección 6ª, Sala de lo Contencioso-Administrativo) “el funcionamiento anormal de los servicios públicos puede partir, no solamente de actos positivos (...) sino también y a la inversa, por el incumplimiento de una obligación de hacer o la omisión de un deber de vigilancia (...) siempre que pueda decirse que la Administración tenía el concreto deber de obrar o comportarse de un modo determinado”. A lo que debe añadirse que, “el carácter objetivo de la responsabilidad de la Administración determina que la anormalidad en el servicio no debe necesariamente estar conectada a la existencia de una infracción subjetiva de los deberes de los funcionarios, sino que basta con demostrar (...) que objetivamente existió una deficiencia (...) determinante de la omisión de

cuidados que pudieron evitar el fallecimiento” (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª, de 28 de marzo de 2000).

En consecuencia, la primera cuestión que debemos resolver consiste en analizar cuál es el comportamiento exigible a la Administración sanitaria en este caso concreto, y si, como sostienen los reclamantes, omitió en su actuación alguno de los deberes exigibles en relación con el perjudicado o su familia.

Para ello, debemos partir de la consideración de que el fallecido no se encontraba bajo la guardia y custodia de ninguna Administración pública, es decir, que no se trataba de un interno en un centro psiquiátrico o institución similar, sino que, como señalan los propios reclamantes, convivía con su madre y seguía la terapia psiquiátrica que su médico particular le había prescrito. En el informe del psiquiatra privado que le atendía, incorporado al expediente con ocasión del único ingreso en la red sanitaria pública, fechado el 1 de abril de 2005, se señala este dato, aunque se advierte de un “apoyo familiar insuficiente por estar solo muchas horas al día por necesidad de trabajo de la madre con la que convive.” Por tanto, y en una primera aproximación, debemos señalar que el perjudicado gozaba de hecho de una absoluta autonomía en el desenvolvimiento ordinario de su vida, de modo que podía pasar solo muchas horas del día, y acudía, también solo, a la consulta de su psiquiatra particular, como los propios reclamantes indican que sucedió (o al menos eso habría contado a su madre) el día que finalmente decidió acabar con su vida.

Esta primera conclusión, que se deduce de los antecedentes que obran en el expediente, debe servirnos para valorar la actuación de la Administración sanitaria cuando el perjudicado fue conducido al Servicio de Urgencias del Hospital Resulta reiterado señalar, pero debe hacerse, que la obligación exigible a los servicios sanitarios es una obligación de medios y no de resultados, es decir, que deben proporcionarse al enfermo los medios necesarios, lógicamente entre los posibles, con la finalidad de alcanzar la sanación. En este caso, el Servicio de Urgencias del Hospital actuó proporcionando al paciente la asistencia especializada que la situación demandaba y fue analizado por los responsables del Área de Psiquiatría. Allí fue

sometido al correspondiente análisis (anamnesis) que, según detallan los responsables del Servicio, fue realizada por un MIR II de dicha especialidad, con formación que juzgan adecuada (“con conocimientos y entrenamiento en la valoración de riesgo autolítico”), constatándose, según los mismos responsables, que “no existen síntomas psicóticos, que su estado de ánimo es subdepresivo, que presenta ansiedad psíquica, valorando así mismo la inexistencia de ideación autolítica actual”.

Si esta fue la valoración realizada, cabe preguntarse entonces cuál era la actitud exigible al centro hospitalario. Los reclamantes, como ya hemos relatado, entienden que era exigible un doble deber (al menos de forma alternativa): debió ser ingresado o debió darse cuenta de la situación a la madre, y, hay que suponer, reteniéndole en el servicio sanitario hasta que la madre “se hiciese cargo de él”, y ello, según señalan, porque “era totalmente previsible que el paciente persistiese en su idea de suicidio”.

Es evidente que con un informe como el que se ha realizado por el Servicio de Psiquiatría ninguno de esos deberes era exigible y, por ello, en el razonamiento de la familia reclamante se acude a señalar que existió, además, un error en el diagnóstico, error que, según indican en el escrito de alegaciones, se habría producido porque el doctor encargado del paciente, “bien por encontrarse aún en periodo de formación y no ser por tanto el responsable máximo del alta ni de la decisión tomada, no poseía los conocimientos necesarios, o bien de poseerlos, incurrió en un error diagnóstico, equivocándose en un dato esencial para llegar al mismo”.

Pues bien, aunque los conocimientos médicos, y con más razón los propios de una especialidad (en este caso la psiquiátrica), son ajenos al Consejo Consultivo, ello no implica, sin embargo, que no debamos entrar en el análisis del alegado error y, en consecuencia, pronunciarnos sobre la corrección de la práctica médica. Este análisis ha de desarrollarse, necesariamente, con una lógica prudencia, teniendo en cuenta los diferentes informes médicos aportados, contrastándolos con las alegaciones de los reclamantes, y teniendo presente que, de acuerdo con los principios jurídicos *“necessitas probandi*

incumbit ei qui agit" y *"onus probandi incumbit actori"*, pesa sobre los interesados la carga de la prueba. En el presente caso, la familia reclamante no ha aportado ningún informe médico que ponga en cuestión el realizado por la Administración, pese al hecho de que el tratamiento del fallecido se efectuaba por un psiquiatra particular y, en consecuencia, debemos partir de una presunción de acierto del único informe incorporado al expediente, no contradicho por los interesados.

Los reclamantes sostienen que el error resulta evidente puesto que era "totalmente previsible" (y así debió apreciarse por lo servicios del Hospital) "que el paciente persistiese con su idea de suicidio" y, en el trámite de alegaciones, manifiestan que "en todo su historial (véanse folios 26, 28, 47, 51, 55, 58 y 61)" aparecen recogidas "las ideas autolíticas del paciente, los riesgos de autolesión y los diferentes intentos, así como la reincidencia en la ingesta de alcohol y pastillas con fines autolíticos".

Sin embargo, frente a lo afirmado por los reclamantes, sólo en una ocasión el perjudicado fue ingresado en la Unidad de Psiquiatría del Hospital, y por iniciativa de su psiquiatra particular; en el resto de ocasiones en que entró en el Servicio de Urgencias no fue derivado a la referida Unidad. Asimismo, en su historial clínico no siempre existe referencia a la persistencia de las ideas autolíticas, así durante el ingreso de 4 de octubre de 1998; en otras ocasiones estas ideas autolíticas son negadas por el paciente, así en su ingreso voluntario de abril de 2005, en el que incluso su madre afirma "que no cree que vaya a hacer ningún intento autolítico", firmando el alta voluntaria junto con su hijo.

Por otro lado, pese a que el ingreso en la Unidad de Psiquiatría anteriormente reseñado se realizó atendiendo al juicio de su psiquiatra particular, que lo recomendó para "romper el abuso de tóxicos e ideación autolítica persistente", lo cierto es que después del alta voluntaria el perjudicado continuó con su tratamiento privado, se supone que con plena capacidad de movimientos, pese al diagnóstico antes referido, manteniéndolo durante más de dos meses hasta el día en que se produjo su fallecimiento. Esta

circunstancia ha de tenerse en cuenta a la hora de examinar lo adecuado del diagnóstico, toda vez que el psiquiatra que le atiende en el Hospital, ante la inexistencia de ideas autolíticas, conclusión alcanzada tras una prolongada anamnesis, no hace sino coincidir con el diagnóstico del psiquiatra que lo atendía habitualmente y mantener idéntica terapia a la que éste recomendaba: atención periódica por parte de su psiquiatra, confiando su cuidado al círculo familiar. En definitiva, lo que decide el psiquiatra de la red sanitaria pública es continuar con el tratamiento pautado por el psiquiatra particular, de acuerdo con el propio paciente, que, como ya se ha resaltado, era una persona con plena libertad de actuación, no encontrándose bajo la custodia de ninguna institución, ni constando que tuviera restringida en cualquier modo su libertad de actuación; es más, el mismo día de su fallecimiento le dijo a su madre que iba a la consulta, sin que ésta notara nada extraño en la conducta de su hijo.

Además, aunque la madre en su reclamación pone de manifiesto que no tenía conocimiento del ingreso de su hijo en Urgencias el día que se produjo su suicidio, en el informe suscrito por el Jefe del Servicio y por la Coordinadora de Salud Mental del Área, refiriéndose a una entrevista que mantuvieron con ella el día 28 de junio (6 días después del fallecimiento de su hijo), señalan que la madre “nos manifestó que había sido su propio hijo quien la había comunicado que había estado en el Sº de Urgencias del hospital por la mañana”. Esta afirmación, aparte de contradecir lo ahora afirmado por la madre, corroboraría la ausencia de riesgo autolítico apreciada por el psiquiatra en la anamnesis practicada, toda vez que es de suponer que cuando su hijo anunció que iba a la consulta de su psiquiatra particular, la madre, conocedora de sus alteraciones y de los diferentes diagnósticos que le fueron efectuados, no advirtió ni previó intención autolítica alguna.

Por todo ello, este Consejo entiende que no resulta acreditada la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el acto suicida, pues la atención prestada, tanto en el diagnóstico de la crisis que padecía el paciente, como en las medidas terapéuticas puntualmente recomendadas, era adecuada y concordante con la dispensada por el médico

particular que le venía atendiendo, de modo que se garantizaba así la continuidad del tratamiento que tenía pautado, aunque, lamentablemente, se haya, a la postre, revelado ineficaz para evitar la decisión con la que puso fin a su vida.

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 formulada por doña, don y doña"

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.