

Expediente Núm. 264/2006
Dictamen Núm. 277/2006

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de diciembre 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 2 de octubre 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, en nombre y representación de doña, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su hijo en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de noviembre de 2004, don, en nombre y representación de doña, madre de don, presenta en las oficinas de Correos (con entrada en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 26 del mismo mes) una reclamación de responsabilidad patrimonial como consecuencia del fallecimiento de este último en el Hospital

Expone en su escrito que, “con fecha 24 de noviembre de 2003 D., hijo de mi representada, fue ingresado en el Hospital (...). Asimismo el

motivo del ingreso fue debido a tratamiento con inmunoglobulinas, señalándose como diagnóstico de entrada una "dermatomiositis". Sin embargo, "con fecha (...) 27 de noviembre de 2003 D. falleció por caída desde la 7ª planta del (.....), según parecen indicar todas las circunstancias, así como los informes relativos al finado".

Continúa relatando el representante de la reclamante que "al fallecido se le había diagnosticado ya con fecha de octubre de 2000 la enfermedad antes mencionada como dermatomiositis, la cual viene conceptuada como afección grave y que, según terminología forense, se define como enfermedad autoinmune que cursa con poliomiositis asociada a lesiones cutáneas, edema, tumefacción y dolor violento./ En este sentido, y durante los días en que el Sr. permaneció ingresado en el (.....), en los cuales se le aplicó un tratamiento de inmunoglobulinas, que duraba cinco días, aquél presentó múltiples episodios de ansiedad, sudoración, mareos, pérdida de visión e insomnio, como consta en su documentación médica./ Tan es así que el propio fallecido, en conversaciones mantenidas con su madre y hermana, les manifestó que, desde su ingreso en el hospital, no podía dormir. Y ello además de otras circunstancias que estaba sufriendo y que más arriba han quedado expuestas, lo cual puede ser indicativo de la posible y efectiva incidencia o relación de causalidad entre el tratamiento médico a que estaba siendo sometido el Sr. y su fallecimiento".

Además, expone que don era "socio de una cooperativa metalúrgica sita en (.....), donde el fallecido desempeñaba funciones de carpintería metálica" y que "llevaba una vida absolutamente normal, se encontraba en situación de incapacidad laboral transitoria derivada de sus dolencias cuando fue ingresado en el (.....)".

A continuación, explica que los hechos acaecidos "constituyen un supuesto evidente de responsabilidad patrimonial de esta Administración pública a la que me dirijo./ Existe una lesión, cual es el fallecimiento del hijo de mi representada; y esta lesión es consecuencia del funcionamiento normal o anormal del Servicio Público de Salud del Principado de Asturias; el daño

alegado, y sufrido por mi mandante, es efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona, que ésta no tiene el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley, según disponen los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992". Después define la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas y menciona dos sentencias del Tribunal Supremo respaldando el carácter objetivo de dicha responsabilidad.

Con relación a la indemnización solicitada, tiene presente el principio de reparación íntegra de los daños y el principio sancionado en la Resolución 75/7 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, según la cual "la persona que ha sufrido un perjuicio tiene derecho a la reparación del mismo, en la medida que debe ser reintegrada a una situación (lo) más próxima posible a la que tendría si el hecho dañoso no se hubiera producido". Por ello "y dadas las circunstancias en que se produjo el fallecimiento del hijo de mi representada, con la cual convivía, y que se encontraba ingresado en el (.....) donde estaba siendo sometido a tratamiento médico, debería indemnizarse a D^a por los daños patrimoniales sufridos como consecuencia del fallecimiento de su hijo (incluidos daños morales), y derivados del funcionamiento normal o anormal del Servicio de Salud del Principado de Asturias, en la cantidad de 130.000 euros".

Por medio de "Otrosí", el representante solicita, "como proposición de prueba, la práctica de los siguientes medios:/ 1.) Que se aporte por el Servicio de Salud del Principado de Asturias al procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial que se inicie todo el historial clínico de D. (...). 2.) Que se aporte por el Servicio de Salud del Principado de Asturias al expediente o procedimiento derivado de esta reclamación copia de la póliza de responsabilidad civil que tenga suscrita (...). 3.) Que se aporte por el Servicio de Salud del Principado de Asturias al expediente o procedimiento todos los datos relativos a la persona que compartía habitación con el fallecido D. para que, llegado el momento, pueda esta persona prestar declaración sobre los hechos y circunstancias por ella presenciados en cuanto a la situación en que se encontraba el finado durante su estancia hospitalaria con el mismo, y cualquier otro dato o información que sea de interés al respecto. 4.) Que se

aporte por el Servicio de Salud del Principado de Asturias al expediente o procedimiento los datos identificativos del personal médico y sanitario del (.....) que atendió a D. (...). 5.) Que se aporte por el Servicio de Salud del Principado de Asturias al expediente o procedimiento informe comprensivo -en el que se incluyan fotografías- de la exacta ubicación de la habitación que el fallecido ocupaba en el (.....), con mención expresa de las medidas de seguridad existentes en la planta de hospitalización, características de las ventanas, distancia a la sala de espera, descripción exacta del lugar de la caída, personal encargado de la vigilancia de los pacientes, posibilidad de caída desde esa planta al vacío, etc. 6.) Que se informe por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, con incorporación al expediente o procedimiento, de las causas por las que no se trasladó al paciente fallecido a otro lugar dentro del (.....) con mayores medidas de seguridad, dadas las graves dolencias y situación sufrida por D. a raíz del tratamiento médico a que estaba siendo sometido (...). 7.) Cualquier otro medio de prueba que se considere oportuno”.

Junto con el escrito de reclamación presenta copia de los siguientes documentos: escritura de poder general para pleitos otorgada por doña a favor de diversos procuradores de los tribunales y letrados, entre los que figura don, y certificación literal del Registro Civil de Oviedo, Sección 3ª, de 11 de diciembre de 2003, declarando la defunción de don el día 27 de noviembre de 2003, a las 12 horas cero minutos.

2. Mediante escrito de fecha 14 de diciembre de 2004, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al representante de la reclamante, la fecha de recepción de su reclamación y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

3. Con fecha 13 de diciembre de 2004, el Secretario General del remite al Servicio de Inspección Sanitaria copias de la reclamación presentada y de la historia clínica del fallecido y ejemplar del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria.

Consta en la historia clínica un informe clínico-asistencial del SAMU Urgencias, del día 27 de noviembre de 2003, a las 11.55 horas, indicando que “parece que se trata de un paciente ingresado (lleva pulsera Hab.) que saltó desde el 7º piso” y que estaba “tendido en el suelo. Atendido (por) (...) (Guardia SAMU HG) que acaba de llegar y dice que le impresiona de PCK. Exitus./ Dada lluvia y situación se decide meter al paciente en UME para valoración completa. El paciente presenta gran trauma toraco. abdominal (...). Dada naturaleza y severidad de las lesiones se contraindica RCP y se Dg. exitus”, de modo que el juicio clínico es de “exitus por politraumatismo por precipitación”. En parecidos términos se pronuncia el registro de enfermería del SAMU Urgencias del mismo día, señalando “aviso (por) pacto. ingresado en (.....) precipitado. A nuestra llegada médico de guardia SAMU (...) nos confirma exitus (...). Paciente precipitado (...). Protocolo exitus”.

Asimismo se incorpora un informe del Servicio de Medicina Interna del, el cual confirma que el ingreso tuvo lugar el 24 de noviembre de 2003 y que la fecha de alta aconteció el 15 de enero de 2004 (*sic*) por exitus. En la explicación de la enfermedad actual se señala que “es remitido desde Hospital de para tratamiento con inmunoglobulinas por persistencia de la clínica”, mientras que en la exploración física se indica “COC. Buen estado general”, concluyendo con el comentario de que “el paciente inicia tratamiento con inmunoglobulinas con buena tolerancia, sin presentar ningún problema con la administración. Horas después de la primera dosis, el paciente refiere disminución de las molestias musculares y sensación de bienestar. El día 27 tras ser visitado y sin que refiera ningún tipo de problemas ni mostrara ningún signo depresivo ni de ansiedad ni trastorno de conducta, el paciente sale de la planta y se precipita desde una ventana, siendo exitus”, de modo que el diagnóstico principal es “dermatomiositis./ Exitus”.

Se adjunta un escrito de fecha 9 de enero de 2004, del (...) Jefe del Dpto. Medicina Interna-I al Servicio de Atención al Paciente confirmando que don padecía de dermatomiositis y que vistos sus antecedentes “se considera oportuno iniciar el tto. con inmunoglobulinas dividiendo la dosis de 2

g por kg de peso, en 5 días./ Tras la primera administración ya refería el paciente, al día siguiente, una clara mejoría y nunca evidenció sospecha alguna de psicopatía (...), en su historia clínica no se observaron datos sugestivos en su comportamiento ni por el control de enfermería ni por los médicos que le atendieron en la misma mañana 30 minutos antes del accidente./ No tenemos conocimiento, ni se constata en la literatura médica habitual, que las inmunoglobulinas tengan como efectos secundarios repercusiones psiquiátricas que puedan derivar hacia actitudes como la que tomó el paciente”.

En cuanto al curso clínico, destaca que el paciente, con anterioridad al 27 de noviembre, estaba “estable, sin molestias”, aunque ese mismo día se anota que “no ha dormido durante la noche. Pero no ha tenido ninguna disnea” y que “se comenta que recibirá 5 días de tto. y después será alta”, concluyendo que “avisan que se ha tirado por una ventana de la planta 7ª y que ha caído al exterior”, siendo trasladado a Urgencias con politraumatismo. En términos muy parecidos se presentan las observaciones de enfermería, donde, el 27 de noviembre, a las 10 horas, figura la anotación de que “se encuentra bien (...), incluso (...) mejor y mueve el hombro izdo.”, si bien a las 12 horas “avisan que se tiró por la ventana. Se avisa a la familia que el paciente está grave”.

Por otro lado, también se han incorporado diversos informes de consulta externa del Hospital del (.....), de fechas 27 de octubre de 2000, 20 de agosto y 7 de septiembre de 2001, con la impresión diagnóstica de poliomiocitis en los dos primeros y en el último de dermatomiocitis. Dicho diagnóstico se mantiene en el informe clínico de alta del mismo hospital, de fecha 10 de marzo de 2003, así como en el realizado con ocasión del alta, de fecha 28 de agosto de 2003, en el que se solicita revisión en Medicina Interna para la última semana de septiembre.

4. Mediante escrito de 5 de enero de 2005, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias solicita a la Dirección Gerencia del que aporte: “La exacta ubicación de la habitación que el fallecido ocupaba en el, con mención expresa de la existencia o no de medidas de seguridad, características de las

ventanas, distancia a la sala de espera, descripción del lugar de caída, personal encargado de la vigilancia de los pacientes, posibilidad de caída desde esa planta al vacío, etc. Datos identificativos de la persona que compartía habitación con el fallecido para que pueda prestar declaración sobre los hechos y circunstancias por ella presenciados, en cuanto a situación en que se encontraba el finado durante su estancia hospitalaria con el mismo, y cualquier otro dato o información que sea de interés al respecto”.

Igualmente, con fecha 5 de enero de 2005, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias solicita al Juzgado de Instrucción N° de Oviedo que “aporten sentencia recaída en los Autos, que se siguieron en ese Juzgado por la misma causa”. En consecuencia, el citado Juzgado remite, el 17 de enero de 2005, “Diligencias Previas Proc. Abreviado,”, seguidas ante el Juzgado de Instrucción N° de Oviedo que, con fecha 30 de diciembre de 2003, decretó el sobreseimiento libre y archivo al considerar que “los hechos que dieron lugar a esta instrucción carecen de relevancia penal alguna, no pudiendo incardinarse en ninguno de los tipos penales vigentes en nuestro Código Penal”.

5. Con fecha 22 de diciembre de 2004, el Secretario General del remite a la Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias una copia del informe elaborado por el Servicio de Medicina Interna I que atendió al paciente. Dicho informe, de fecha 20 de diciembre de 2004, confirma que el paciente, don, había ingresado ante solicitud de traslado desde el Hospital de para valoración y tratamiento con inmunoglobulinas y que padecía de dermatomiositis, bien diagnosticada, por lo que se le trató “según las normas adecuadas a su proceso con corticoides y azatioprina. A lo largo del tto. no se objetivó una respuesta adecuada por lo que precisaba (...) inmunoglobulinas (...). Tras la primera administración, según consta en el informe diario tanto de enfermería como del servicio médico, ya refería el paciente al día siguiente una clara mejoría sin ningún efecto secundario. Desde luego, ni en la historia clínica ni en su actitud y comportamiento de ese día mostró ningún dato sugestivo de repercusión psiquiátrica que tampoco consta como posible efecto secundario en

la bibliografía". Para probar la última aseveración se acompaña de diversa bibliografía (en realidad, son impresiones de distintas páginas de internet sobre los efectos de la inmunoglobulina y la ficha técnica del producto).

6. Con fecha 23 de febrero de 2005 la Inspectora de Prestaciones Sanitarias reitera la solicitud de ciertos datos, realizada al Director Gerente del en fecha 5 de enero de 2005.

7. El día 7 de marzo de 2005, el Secretario General del remite al Servicio instructor una copia del informe del Servicio de Medicina Interna I, suscrito por el Jefe del Departamento. En dicho informe se detalla que el fallecido "estuvo ingresado en la cama del Hospital y el paciente que le acompañaba en la habitación se llama (don)", señalando también el teléfono de este último.

8. Con fecha 18 de marzo de 2005, la Directora de Gestión y Servicios Generales del remite a la Inspectora de Prestaciones Sanitarias un informe en el que se concreta que "La habitación en la que estaba ingresado el paciente (...) es la número del edificio `Hospital´ y está situada a una distancia de 50 metros de la ventana de la sala de estar (...). La ventana está situada a un metro del suelo, construida en aluminio con una hoja practicable batiente y una apertura de 40 cm./ Estas ventanas no son de fácil acceso por el mecanismo empleado, aunque existe la posibilidad de asomarse". Asimismo, se adjunta un plano detallado de la planta del hospital en el que se encontraba la habitación del paciente, así como indicación de la ventana desde la que se produjo la caída.

9. Con fecha 30 de marzo de 2005, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación, en el que, después de detallar los antecedentes del caso, señala en el apartado dedicado al estudio del nexo causal que "la dermatomiositis es un proceso inflamatorio de base autoinmune caracterizado por debilidad muscular y lesiones cutáneas

características./ El tratamiento se apoya fundamentalmente en la administración de corticoides, inmunoglobulinas, antipalúdicos, metrotexate y ciclosporina (...). La combinación de datos clínicos en esta enfermedad, hace que, a veces, se solape con otros síndromes./ El fallecimiento del Sr. fue debido, probablemente, a que portaba un síndrome depresivo grave no evidenciado, ni tratado posiblemente en relación con este solapamiento de síntomas que recogemos. El nexo causal en este caso es inexistente, ya que el diagnóstico fue realizado de forma correcta, así como la indicación del tratamiento (...). La evolución de la enfermedad del actor, según datos subjetivos del propio paciente y así reflejados en su historial clínico -hoja de observaciones de enfermería- dice: que el tratamiento no le causó ningún trastorno y que se acompaña de mejoría (...), y en las observaciones del servicio médico, reflejadas en términos similares (...). Se deduce por los hechos ocurridos a posterior que el Sr. era portador de un síndrome depresivo sin clínica aparente, sólo ahora valorado, pero que ni su actitud ni su comportamiento hizo sospechar./ Por tanto el fallecimiento fue debido a causa mayor, proceso inevitable e imprevisible ajeno al hacer médico”.

Con todo, y ya en el apartado de conclusiones, se insiste en que “se considera que el nexo causal no es determinante ya que el fallecimiento del Sr. no es achacable a la actuación médica, que actuó conforme a (la) lex artis y sí es achacable a la patología de base sufrida por el perjudicado no evidenciada, pero que, por alguna razón, modificó la conducta del individuo con el resultado adverso descrito. Posiblemente el estrés sufrido al estar hospitalizado, la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad, la efectividad o no del tratamiento nuevo administrado esté relacionado con la enfermedad psiquiátrica que sufría, y que conlleva una tasa alta de mortalidad cuando se desestabiliza, y que es un daño que el propio paciente ha de soportar./ El resto de consideraciones hechas por la reclamante en relación con medidas de seguridad hospitalaria, ubicación de locales o aptitudes de personas que compartían habitación con el finado, no son a mi criterio precisas, entendiéndolo así igualmente el responsable del Juzgado de Instrucción N°

de (...), al fallar que en las actuaciones seguidas en este caso a petición de la reclamante, se deduce no haber indicios penales y acordar el sobreseimiento libre y archivo de los autos por falta de ilícito penal”, por lo que concluye que la reclamación de responsabilidad patrimonial debe desestimarse “al no encontrar responsabilidad de la Administración sanitaria”.

10. Con fecha 31 de marzo de 2005, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la correduría de seguros.

11. El día 23 de junio de 2005, don, actuando en nombre y representación de doña, presenta en las oficinas de Correos un escrito, dirigido al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, poniendo de manifiesto que, desde que se presentó la reclamación de responsabilidad patrimonial de referencia, “esta parte no ha tenido conocimiento de ninguna actuación llevada a cabo por esta Administración”, insistiendo también en la práctica de las pruebas que en la mencionada reclamación se indicaban y que “se me dé traslado, vista y copia de toda la documentación obrante al expediente señalado, de conformidad con lo dispuesto en el art. 35.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre”.

12. Con fecha 7 de agosto de 2005 emite dictamen una asesoría privada, suscrito colegiadamente por tres médicos especialistas en Medicina Interna. En el apartado de “consideraciones médicas” señalan que don “falleció a consecuencia de las graves lesiones producidas al caer desde el séptimo piso del Hospital, donde estaba ingresado para tratamiento con inmunoglobulinas de una dermatomiositis resistente al tratamiento convencional”. Después, tras defender el correcto diagnóstico y tratamiento que recibía el fallecido, se resalta que “la forma en la que el enfermo cayó por la ventana del séptimo piso indica un deseo autolítico, ya que era una ventana que no estaba en su habitación y que exigía una cierta habilidad para abrirla. El

suicidio aparece ligado a la presencia de patología psiquiátrica y/o de enfermedad física grave. No obstante existe un porcentaje, pequeño pero significativo, de suicidios cometidos por personas en las que no se evidencian trastornos mentales o físicos. Se estima que aproximadamente el 5% de los suicidios son de este tipo (suicidio "racional" o "consciente"). Después se exponen las patologías asociadas a los suicidios, para subrayar que "este enfermo no refería en ningún momento trastorno psiquiátrico alguno, no era alcohólico y aunque padecía una enfermedad crónica, la dermatomiositis, en la reclamación presentada se indica que el enfermo hacía vida absolutamente normal, aunque estaba de baja laboral desde que había empezado el último brote(...). Por otro lado las inmunoglobulinas no producen ninguna alteración psiquiátrica ni potencian otros fármacos (que el enfermo tomaba) para producir alteración psíquica. El paciente tomaba de forma habitual corticoides, azatioprina y un hipolipemiente desde hacía tiempo y no habían producido hasta entonces ninguna alteración psíquica./ Por todo ello no era previsible (que) hiciese un intento autolítico y por tanto no eran necesarias medidas especiales para evitarlo".

Por último, en las conclusiones, se destaca que "las inmunoglobulinas no tienen ningún efecto secundario significativo y específicamente no producen alteración psíquica", así como el hecho de que "no aparece en la historia ninguna referencia a alteración psíquica, depresión, toxicomanía o alcoholismo o cualquier otra alteración que constituyera un factor de riesgo autolítico", de modo que "la ausencia de estos factores de riesgo justifican la no adopción de medidas especiales para evitar el suicidio en una persona que hacía previamente una vida absolutamente normal". En consecuencia, "la actuación médica seguida con este paciente ha sido en todo momento acorde a *lex artis ad hoc*".

13. Mediante escrito de 10 de febrero de 2006, notificado el día 20 del mismo mes, se comunica al representante de la reclamante la apertura del trámite de

audiencia y vista del expediente, por un plazo de quince días, adjuntándole la relación de documentos obrantes en el mismo.

14. Con fecha 3 de marzo de 2006, don, en nombre y representación de doña, presenta escrito de alegaciones en las oficinas de Correos. En el mismo da por reproducidas las expuestas en su escrito de noviembre de 2004, reiterando la solicitud de la práctica de todos los medios de prueba allí propuestos y requiriendo copia del expediente de referencia.

Además figura una diligencia de "tramite de audiencia", suscrita el día 16 de marzo de 2006 por el representante legal de la reclamante y por un funcionario del Servicio, indicando que el mencionado representante comparece personalmente en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente, compuesto en ese momento por ciento dos (102) folios.

15. Con fecha 24 de abril de 2006 se notifica al representante de la reclamante que el Jefe del Servicio instructor acordó, mediante escrito del día 17 del mismo mes, denegar la práctica de algunas de las pruebas solicitadas. En concreto, la petición de que "se aporte por el SESPA la copia de la póliza de responsabilidad civil que tenga suscrita, en su caso, con mención expresa de la cía. aseguradora, coberturas, vigencia y pago de la prima en curso y, demás datos relativos a la misma, así como del hecho de haber comunicado a aquélla el fallecimiento del hijo de mi representada", ya que "su práctica no se había considerado necesaria en primera instancia, persistiendo el mismo criterio actualmente, al considerar que las condiciones particulares de la póliza no son de interés para el reclamante". Asimismo, se deniega la solicitud de que "se informe por el SESPA por qué no se trasladó al paciente fallecido a otro lugar dentro del, con mayores medidas de seguridad, dadas las graves dolencias y situación sufrida por don" pues "no pueden tomarse precauciones sobre algo que no se manifiesta al no haber clínica de síndrome depresivo, ni en la actitud del actor ni en el comportamiento, siendo por tanto el fallecimiento

debido a causa de fuerza mayor, proceso inevitable e imprevisible que no exigía en primera instancia, adoptar medidas especiales de seguridad”.

Asimismo, con fecha 17 de abril de 2006, el Jefe del Servicio instructor remite a la compañía aseguradora las alegaciones presentadas en el procedimiento de responsabilidad patrimonial de referencia, así como copia del acuerdo de denegación de prueba solicitada por el representante legal de la madre del perjudicado.

16. Con fecha 18 de septiembre de 2006 el Jefe del Servicio instructor eleva propuesta de resolución en el sentido de “desestimar la reclamación” por el fallecimiento de don, razonando que, a pesar de que la reclamante “fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, en una supuesta falta de diligencia por parte del Hospital, ya que, en su opinión, de haber tomado las medidas de vigilancia y atención oportunas, se hubiera evitado el suicidio del paciente”, se considera que “la reclamante no aporta prueba concluyente que permita relacionar el exitus con la asistencia y tratamiento recibidos por el fallecido en el centro hospitalario. Es preciso tener en cuenta que no se pueden tomar medidas preventivas de vigilancia sobre un paciente que no ha dado muestra de ser un enfermo de riesgo por patología psiquiátrica”. Ciertamente, “la reclamación imputa al tratamiento para la dermatomiositis el origen de los síntomas que según alega presentó el paciente: ansiedad, sudoración, insomnio y pérdida de visión. Dando lugar a un desarrollo de patología psiquiátrica que llevó al paciente al suicidio”. No obstante, “todos los informes coinciden en que, tanto el diagnóstico de la patología base como el tratamiento instaurado al efecto fueron correctos y se administró en dosis adecuadas, sin que dicho tratamiento pueda producir como efecto adverso alteraciones psicológicas o psiquiátricas”. Además, se trae a colación la Sentencia número 210/2000, del Tribunal Superior de Justicia de Baleares, de fecha 21 de marzo, “en la que se desestiman las pretensiones de la demandante, por cuanto la ausencia de una relación existente entre la medicación utilizada en la patología base y la ideación autolítica de un paciente, así como la ausencia de antecedentes

suicidas, constituye un óbice a la hora de señalar la responsabilidad de la Administración". Por todo ello se defiende que el fallecimiento "deriva de un hecho imprevisible sin relación alguna con el motivo de ingreso y tratamiento administrado por los servicios sanitarios, una patología psiquiátrica silente" y que "la actuación de los profesionales del Hospital fue correcta en todo momento, ya que utilizaron los medios terapéuticos pertinentes para la sintomatología que presentaba el paciente y que motivó su ingreso, sin que fuera posible detectar la existencia de una patología psiquiátrica subyacente ni, por tanto, imponer medidas de vigilancia o restrictivas al paciente, al no estar justificadas".

17. En este estado de tramitación, mediante escrito de fecha 2 de octubre de 2006, registrado de entrada el día 4 de octubre 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 núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

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 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), 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.

Sin embargo, hemos de advertir que no consta fehacientemente acreditada en el expediente la relación de parentesco que invoca la reclamante. Tal circunstancia sería ya suficiente para desestimar la reclamación; si bien, teniendo en cuenta que la Administración no ha cuestionado en ningún momento la realidad de dicha relación, procede, en aplicación del principio de eficacia, reconocido en el artículo 103.1 de la Constitución Española y recogido en el artículo 3 de la LRJPAC, analizar el fondo de la cuestión controvertida, a fin de que pueda la Administración pronunciarse sobre la reclamación. No obstante, si en el pronunciamiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que, por el procedimiento legal oportuno, se verificara previamente dicho parentesco.

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 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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 23 de noviembre de 2004, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 27 de noviembre de 2003, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en 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 (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación 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, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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, no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a la interesada, en los términos de lo dispuesto 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 la reclamante por el Servicio instructor la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

Por último, 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. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 26 de noviembre de 2004, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 4 de octubre de 2006, el plazo de resolución y

notificación ha sido sobrepasado. 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 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 139 de la LRJPAC, ya citada, 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, 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”.

Por otra parte, el artículo 141 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.- A la vista de todo lo actuado, hemos de dar por probado que el perjudicado falleció por caída desde la 7ª planta del a las 12 horas del día 27 de noviembre de 2003.

La reclamante sostiene, basándose en la responsabilidad objetiva de la Administración, que estamos en presencia de un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su hijo, derivado del funcionamiento normal o anormal del Servicio de Salud. Así pues, probada la efectividad del daño alegado, procede examinar la posible relación de causalidad entre la actuación de la Administración sanitaria y el mencionado fallecimiento.

En el procedimiento instruido queda probado que el fallecido era un paciente que venía siendo tratado de sus dolencias, desde octubre del año 2000, en el Hospital del, donde se le diagnosticó una dermatomiositis y se le dispensaba el tratamiento habitual de la enfermedad, sin que hubiera experimentado una mejoría relevante. Con estos antecedentes, el 24 de noviembre de 2003 ingresa en el para tratamiento con inmunoglobulinas, que se inicia el 26 de noviembre del mismo año -con una duración prevista de cinco días-, produciéndose al día siguiente el suicidio del paciente.

Con base en lo anterior, exige la reclamante la responsabilidad de la Administración en relación con el suicidio de su familiar, poniendo de manifiesto que, una vez ingresado en el, se le aplicó un tratamiento de

inmunoglobulinas en el que el fallecido presentó “múltiples episodios de ansiedad, sudoración, mareos, pérdida de visión e insomnio, como consta en su documentación médica”, considerando que ello “puede ser indicativo de la posible y efectiva incidencia o relación de causalidad entre el tratamiento médico a que estaba siendo sometido el Sr. y su fallecimiento”.

En cambio, la propuesta de resolución afirma que “tras las primeras dosis, el paciente refiere disminución de las molestias musculares y sensación de bienestar”, de modo que el 27 de noviembre, “sin detectar ningún tipo de problema de ansiedad, depresión o trastorno de conducta, el paciente (...) se precipita desde una ventana de la séptima planta al vacío, siendo exitus”.

Así pues, no existe coincidencia acerca de los síntomas que el paciente revelaba en los días previos a su fallecimiento. Ahora bien, de la lectura de su historia clínica -documentación en la que dice apoyarse la reclamante para probar sus alegaciones- se comprueba que, en relación con los problemas del fallecido que describe la interesada -“múltiples episodios de ansiedad, sudoración, mareos, pérdida de visión e insomnio”-, sólo aparece anotado (folios 36-37 del expediente, relativos al “curso clínico”) que el paciente se encontraba el día 26 de noviembre, el primer día del tratamiento con inmunoglobulinas, “clínicamente estable”, “sin molestias” (sólo refería “mucho sequedad de boca”), y que el día 27 amaneció “subjétivamente asintomático”, con tolerancia al tratamiento, “sin ninguna molestia”, si bien manifestaba que “no ha dormido durante la noche”, aunque “no ha tenido ninguna disnea”. A su vez, en el documento “observaciones de enfermería” (folios 47-48 del expediente), se anota el día 26 que, una vez iniciado el tratamiento a las 12.00 horas, el paciente refiere a las 13.00 horas mareo, sudoración y pérdida de visión, si bien a las 14.00 horas se afirma ya “buena tolerancia”, terminando a las 19.00 horas la perfusión “sin incidencias, ni sintomatología”; las anotaciones se reanudan el día 27 de noviembre a las 10.00 horas con la aseveración de que el paciente, si bien no durmió durante la noche, “se encuentra bien, me dice que el tratamiento no le causó ningún trastorno, que incluso se encuentra mejor y mueve el hombro izquierdo”. Las anotaciones se interrumpen a las

12.00 horas de ese día, tras dejar constancia de la caída y de sus consecuencias.

Con los datos que acredita el expediente, hemos de concluir que la tolerancia al tratamiento parcialmente dispensado fue buena, sin otros efectos secundarios que un episodio de mareo, sudoración y pérdida de visión de una hora de duración, y que únicamente hubo una noche de insomnio, la del 26 al 27 de noviembre, de modo que, frente a lo indicado por la reclamante, no se produjeron “múltiples episodios de ansiedad, sudoración, mareos, pérdida de visión e insomnio”.

En cuanto a la relación con el suicidio del paciente del conjunto de síntomas acreditados, la reclamante afirma que “puede ser indicativo de la posible y efectiva incidencia o relación de causalidad entre el tratamiento médico a que estaba siendo sometido el Sr. y su fallecimiento”. Tal hipótesis se formula por la interesada sin aportar prueba concluyente alguna. En cambio, el informe del Jefe del Departamento de Medicina Interna-I del, adjuntando diversos documentos al respecto, señala que no consta en ninguna bibliografía la repercusión psiquiátrica como posible efecto secundario por tratamiento con inmunoglobulinas. A la misma conclusión llega el informe emitido por los especialistas en Medicina Interna a solicitud de la compañía aseguradora. El informe técnico de evaluación, por su parte, estima que “el nexo causal no es determinante ya que el fallecimiento del Sr. no es achacable a la actuación médica, que actuó conforme a (la) *lex artis*, y sí es achacable a la patología de base sufrida por el perjudicado (...). Posiblemente el estrés sufrido al estar hospitalizado, la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad, la efectividad o no del tratamiento nuevo administrado esté relacionado con la enfermedad psiquiátrica que sufría, y que conlleva una tasa alta de mortalidad cuando se desestabiliza, y que es un daño que el propio paciente ha de soportar”.

Aunque no hay indicio científico alguno que asocie el tratamiento con inmunoglobulinas con la aparición de trastornos psíquicos ni con intenciones autolíticas, la reclamación postula la existencia de nexo causal entre la

asistencia sanitaria prestada al paciente y el suicidio de éste. Con este hilo argumental, sólo resultaría posible, aun a título de hipótesis, imputar a la Administración una responsabilidad por omisión, la de no adoptar medidas que hubieran podido evitar el suicidio.

En efecto, como afirmamos ya en nuestro Dictamen Núm. 129/2006, en un caso como el presente es necesario analizar cuáles son las obligaciones exigibles a la Administración sanitaria, puesto que la jurisprudencia resulta unánime al considerar que para que surja 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 se produzca una situación de anormalidad en el servicio administrativo. Así lo señala la Sentencia del Tribunal Supremo 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” (Sentencia del Tribunal Supremo, 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 sostiene implícitamente la reclamante, omitió en su actuación alguno de los deberes exigibles en relación con el perjudicado.

Lo cierto es que en el propio escrito de reclamación, en su alegato cuarto, se afirma que el fallecido convivía con su madre y llevaba una vida

absolutamente normal, sin dato objetivo alguno de que padeciera trastornos psíquicos o albergara tendencias suicidas -que, de existir con antelación, estarían larvadas-, de modo que ninguna medida extraordinaria de seguridad cabía exigir que se estableciera en el momento de su ingreso y con ocasión de su estancia en el hospital, tal y como la propuesta de resolución considera, puesto que no existían datos en el historial clínico del paciente relacionados con esa hipotética patología psiquiátrica, ni su conducta en el hospital fue indicativa de ese tipo de padecimientos. No obstante, es necesario advertir también de la limitada eficacia de una medida de esta naturaleza, ya que para conseguir evitar el suicidio tendría que haber conllevado una personal y exhaustiva vigilancia del paciente, rayana en la privación de libertad, lo que en modo alguno podía justificarse por razones clínicas acordes con los padecimientos explícitos del fallecido, puesto que la alusión ahora a un hipotética depresión que se cree debía padecer constituye una explicación o juicio diagnóstico *ex post facto*. Esta primera conclusión debe servirnos para valorar la actuación de la Administración sanitaria respecto al perjudicado. En concreto, de todos los datos disponibles se deduce que el Servicio de Medicina Interna del actuó proporcionando al paciente la asistencia especializada que la situación demandaba, es decir, la correspondiente a la dermatomiositis que padecía el fallecido y que motivó su ingreso, sin que la Administración sanitaria estuviera obligada a adoptar medida alguna para prevenir las posibles consecuencias de una no manifestada patología psiquiátrica subyacente que se materializó en un acto suicida. Al no existir obligación alguna de obrar, resulta imposible configurar una omisión sobre la cual articular la existencia de un nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el suicidio del hijo de la reclamante.

En definitiva, toda la literatura científica aportada en el curso del procedimiento acredita que los únicos efectos secundarios constatados de un tratamiento con inmunoglobulinas son las apariciones episódicas de jaquecas, nauseas, vómitos, taquicardias, rubor facial, escalofríos, rara vez tromboembolias o necrosis tubular renal, pero en ningún caso la aparición de

alteraciones psíquicas, y menos aún de tendencias suicidas. Este dato, y el hecho de que la patología que presentaba el fallecido fuera la de una dermatomiositis, y los síntomas manifestados, los propios de esta enfermedad, de la que fue médicamente atendido de forma correcta (lo que ni siquiera cuestiona la interesada), nos llevan a concluir que el suicidio que motiva la reclamación tuvo lugar como consecuencia de una decisión libremente adoptada por el fallecido y que no guarda relación alguna con el funcionamiento del servicio público sanitario.

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 don, en nombre y representación de 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.