

Expediente Núm. 184/2011  
Dictamen Núm. 388/2011

**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*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de diciembre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de esa Presidencia de 20 de junio de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar tras la asistencia sanitaria prestada.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 6 de octubre de 2010, el representante de los interesados -viudo, hijos y padres de la fallecida- presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los

daños y perjuicios sufridos con ocasión del suicidio de su familiar, debido, a su juicio, a una deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital .....

Relata que la perjudicada, “con antecedentes por episodio depresivo y de intentos de suicidio, acudió el día 23 de octubre de 2009” a la consulta de un psicólogo privado, quien advirtió a la persona que la acompañaba sobre “la gravedad de la situación” y la necesidad de que “fuese conducida al Servicio de Psiquiatría de Urgencias del hospital correspondiente”. Refiere que ese mismo día, y mientras su esposo la trasladaba al hospital, la perjudicada “intentó arrojarse del vehículo en marcha”.

A las “23:25 horas es atendida” en el hospital, donde se “descarta su ingreso hospitalario, es dada de alta el mismo día, y se le recomienda tratamiento con medicamentos y derivación preferente al Centro de Salud Mental, citándola para el día 26” de ese mismo mes. No obstante, “hacia las 12 hora del día 24 de octubre” la perjudicada “se precipita desde una ventana de su domicilio”, concluyendo la autopsia que se trató de un suicidio.

Expone que el viudo fue parte en las diligencias previas de orden penal incoadas por el Juzgado correspondiente, procedimiento “archivado mediante Auto de fecha 24 de noviembre de 2009”.

Sobre el nexo causal entre el fallecimiento y la actividad asistencial pública, el representante de los interesados, con apoyo en el “informe médico parcial” de un especialista de Medicina Legal y Forense que acompaña, sostiene que “los antecedentes que presentaba” la perjudicada “encajan con los factores que pueden influir” en un acto suicida; que “el tratamiento con medicamentos prescrito no era el correcto, puesto (que) las dosis recomendadas eran subterapéuticas, menos de lo adecuado”; que “las circunstancias concurrentes (...) aconsejaban” el ingreso hospitalario, por lo que así debió hacerse “el mismo día 23 de octubre de 2009 (...) para tratarla adecuadamente y prevenir un suicidio”. De todo ello, “el perito concluye que existe relación directa entre el suicidio (...) y la asistencia médica dada” por el hospital.

Solicitan una indemnización por importe de “quinientos cincuenta mil euros (550.000 €), de los cuales 250.000 € se atribuyen al cónyuge, 200.000 € a los hijos y 100.000 € a los padres”, razonando que los importes que fija el “baremo vigente (...) establecido por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones” tienen carácter “orientativo”.

Como prueba, solicitan “que se aporte (...) la historia clínica completa” de la perjudicada.

Junto con el escrito de reclamación, presentan los siguientes documentos: a) Poder general para pleitos y especial para otras facultades, otorgado por el viudo a favor, entre otros, del letrado que suscribe la reclamación. b) Certificaciones de matrimonio, del nacimiento de los dos hijos y del fallecimiento de la perjudicada, expedidas por el Registro Civil ..... c) Copia del Libro de Familia. d) Dos informes del hospital, de fechas 24 de febrero de 1997 y 24 de octubre de 2009. e) Informe psicológico privado, de fecha 4 de noviembre de 2009. f) Atestado policial, de 24 de octubre de 2009. g) Informe médico forense de autopsia, de 24 de octubre de 2009. h) Autos del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Pravia de 24 de octubre de 2009, de incoación de diligencias previas, y de 24 de noviembre de 2009, acordando el sobreseimiento provisional y el archivo de las mismas. i) Declaración del viudo ante el Juzgado de Instrucción N.º 1 de Pravia, el día 12 de noviembre de 2009, con reserva de las “acciones civiles y penales que puedan derivarse” de los hechos. j) Acta de declaración de herederos, de fecha 30 de marzo de 2010, y de declaración de notoriedad de herederos abintestato, de fecha 24 de mayo de 2010. k) Informe médico privado, suscrito por un especialista en Medicina Legal y Forense el 7 de julio de 2010.

**2.** Mediante escrito notificado al representante de los interesados el día 21 de octubre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el Principado

de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Con fecha 19 de octubre de 2010, un Inspector de Prestaciones Sanitarias del Servicio instructor solicita a la Gerencia del hospital una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe de los Servicios de Urgencias y de Psiquiatría.

**4.** El día 15 de noviembre de 2010, la Directora Médica del hospital envía al Servicio instructor la documentación clínica y un informe del Servicio de Psiquiatría, suscrito por su Director, un Psiquiatra y un MIR de Psiquiatría. En este último se indica que “la actuación (...) correspondió en todo momento a los parámetros habituales de funcionamiento de nuestro Servicio (...) tras una exploración adecuada que conllevó un correcto diagnóstico y un adecuado tratamiento”, remitiéndose al contenido de la historia clínica.

La historia que se remite contiene una única intervención correspondiente a la consulta efectuada en Urgencias el día 23 de octubre de 2009, a las 23:26 horas. En los antecedentes se consigna que con “17-18 años acudió a Salud Mental (...) por episodio depresivo. Actualmente no toma ningún tratamiento psicofarmacológico/ Acude a Urgencias acompañada por su esposo por una clínica de ánimo bajo y una importante inhibición”.

En el apartado relativo a la exploración se indica que está “consciente, orientada, colaboradora, abordable”, con “importante inhibición y bloqueos durante la entrevista”. Expresa “sentimientos de culpabilidad” en relación con la atención que presta a sus hijos -“no estoy cuidando bien a los nenos”- y también respecto al cuidado de su abuela. En el informe se refleja que no existe “clínica de ansiedad durante la entrevista” ni “síntomas psicóticos” y que “refiere ideas de muerte ocasionales e incluso pensar en el suicidio, pero ‘me frenan los nenos y mi abuela’”. Finalmente, recoge la existencia de un “buen

soporte familiar, comprometiéndose el esposo a hacerse cargo de la medicación y pasar el mayor tiempo posible con ella”.

Como impresión diagnóstica se consigna “episodio depresivo (posparto) con predominio de la clínica de inhibición”. Se le pauta “cipralax 15, ½-0-0 durante una semana y luego pasar a 1 entero”, y “derivación preferente” al Centro de Salud Mental.

5. Con fecha 17 de noviembre de 2010, un Inspector de Prestaciones Sanitarias del Servicio instructor solicita a la Dirección Médica del hospital un nuevo informe “sobre el contenido concreto de la reclamación presentada, en la que se imputa un nexo causal directo entre la asistencia prestada y el no ingreso de la paciente con su suicidio al día siguiente, basándose para ello en el informe pericial” que acompañan. A su vez solicita el envío de toda la documentación sobre las atenciones prestadas a la perjudicada.

6. El día 3 de diciembre de 2010, la Directora Médica del hospital remite el informe solicitado, así como una copia de los informes existentes en el Centro de Salud Mental “donde había recibido asistencia en 1997” y el formulario de solicitud de consulta que realiza su médico de cabecera el día 23 de octubre.

El informe, de fecha 22 de noviembre de 2010, lo suscriben tres integrantes del Servicio de Psiquiatría y analiza “la atención prestada en el Servicio de Urgencias” del hospital “por parte del psiquiatra de guardia (a la perjudicada) el día 23 de octubre de 2009”. Concluyen que “la entidad clínica diagnosticada no precisa de una intervención distinta de la pauta y que la exploración del riesgo y de la sintomatología es adecuada”, por lo que “habría que valorar posibles factores psicosociales que podrían haber desencadenado el acto suicida con posterioridad a la evaluación” en el hospital.

Entre la documentación que se remite figura el “formulario” para consulta en Salud Mental realizado por su médico de Atención Primaria el día 23

de octubre de 2009, a las 12:20 horas. Recoge manifestaciones de la perjudicada, tales como “estoy mal, no me encuentro bien, no les puedo ayudar en las cosas de casa...”.

Como antecedente se incorpora un episodio de atención en el Servicio de Salud Mental entre los años 1996 y 1997 en el que figuran una consulta el 19 de febrero de 1997 y una anotación el día 3 de marzo de 1997 en la que se indica que “no acude”.

7. El día 20 de diciembre de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él sostiene que, “de acuerdo con la documentación obrante en el expediente (...), en la exploración clínica no había síntomas suficientes como para concluir el diagnóstico de episodio depresivo grave (según la CIE-10)”. Podría “etiquetarse como episodio depresivo leve, ya que (...) había mantenido hasta entonces su actividad habitual (...). La CIE-10 señala como criterios a reunir para el diagnóstico de un episodio depresivo leve el ánimo depresivo, la fatigabilidad y la pérdida de interés, así como la capacidad de disfrutar. Dos de estos tres síntomas deben estar presentes y además deben darse dos síntomas menores: ideas de muerte o de culpa y alteraciones del sueño”.

Sobre los antecedentes, señala que “llevaba 12 años sin tratamiento farmacológico, habiendo sido tratada” por su médico de Atención Primaria “de un cuadro ansiosodepresivo (...) en 1996”. Fue evaluada por su psiquiatra de cupo como CIE-9, “perturbaciones específicas de la infancia y adolescencia” sin que se objetivase clínica depresiva franca”. Solo fue en dos ocasiones al Centro de Salud Mental y dejó de acudir a los 18 años. No volvió a tener cita en él “hasta que el día 23-10-2009” su médico de Atención Primaria la deriva con carácter preferente (...). Se la cita para el día 30-10-2009”.

Señala, asimismo, que “la ausencia de un apoyo social sólido, los antecedentes de conducta impulsiva y un plan de suicidio estructurado son

indicación de ingreso hospitalario, pero esas condiciones no se daban en este caso, ya que la paciente presentaba un apoyo social y familiar adecuados, sin antecedentes de conductas impulsivas que constasen en su historia ni en la exploración en Urgencias". También sostiene que el tratamiento fue correcto, pautándose "un fármaco antidepresivo de última generación, adecuado y de rápido inicio de acción, y se indicó seguimiento con carácter preferente".

Concluye que "no es posible establecer un nexo causal directo" entre la atención prestada y el posterior suicidio, por lo que la reclamación "debe ser desestimada".

**8.** Mediante escritos de 20 y 21 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del expediente completo a la correduría de seguros y del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

**9.** Con fecha 20 de enero de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Psiquiatría. Después de analizar las circunstancias del caso y de realizar una serie de consideraciones médicas sobre la conducta suicida, el autor del informe -Jefe de Sección de una Unidad de Internamiento Hospitalario- señala que, "desde un punto de vista clínico, el examen mental realizado, que incluyó exploración de ideas suicidas, no reveló que la paciente tuviese planificación suicida"; al contrario, concurrían factores "que no podían presagiar su suicidio: el hecho de ser mujer, su edad, estar casada, tener unas circunstancias familiares favorables y estar dispuesta a realizar el tratamiento". Entiende que "el antecedente de tentativa suicida era muy lejano, por lo que como factor de riesgo era menos importante". Concluye que "el suicidio es un raro evento muy impredecible, resultado de múltiples factores./ La paciente fue evaluada desde un punto de vista psiquiátrico adecuadamente, incluyendo su situación

personal, considerándose que la buena situación familiar, la existencia de factores protectores (sus hijos), junto a unas ideas suicidas poco firmes y no planificadas (...), la hacían candidata, a ojos de su evaluador, al tratamiento ambulatorio. Actuación que debe considerarse según *lex artis*".

**10.** El día 13 de abril de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al representante de los interesados la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Asimismo, le requiere para que en un plazo de 10 días justifique su capacidad de representar a los padres de la perjudicada, con advertencia de apreciar el desistimiento de tales interesados si no se atiende a lo requerido.

**11.** Mediante escrito de 26 de abril de 2011, el representante de los interesados expone que le ha sido denegada la vista del expediente, pese a ostentar poder de representación otorgado por el viudo de la perjudicada, por lo que solicita que se le remita una copia del mismo.

En cuanto al requerimiento efectuado, aporta una copia del poder general para pleitos otorgado a su favor por los padres de la perjudicada el 19 de abril de 2011.

**12.** Con fecha 9 de mayo de 2011, el Jefe del Servicio instructor remite al representante de los interesados una copia del expediente, compuesto en ese momento por 135 folios, otorgándole un plazo de quince días para efectuar alegaciones.

**13.** El día 19 de mayo de 2011, el representante de los reclamantes presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirma en los términos de su escrito inicial.



Señala, además, que el expediente “no está completo y, de hecho, en el mismo no se hace referencia alguna a la tentativa de suicidio (...) ocurrida en febrero de 1997” -documento número 6 que se adjunta a la reclamación-, añadiendo que el día 23 de octubre de 2009 “es atendida (...) por el facultativo de guardia, no por los Servicios de Salud Mental del hospital”, y que se le “dio el alta sin ser examinada por especialistas”. No consta, por tanto, “informe psiquiátrico alguno, sino del Servicio de Urgencias”.

A continuación relata “más acontecimientos de importancia que avalan las pretensiones de esta parte”, pues “el mismo día 23 de octubre de 2009 el psicólogo (...) aconsejó que de forma inmediata fuera tratada por el Servicio de Psiquiatría de Urgencias (...). Ese día (...), durante el itinerario (...), intentó arrojar del vehículo en marcha, y así consta en el atestado de la Guardia Civil (...). En la exploración por el Servicio de Urgencias del hospital se hace constar que “refiere ideas de muerte ocasionales e incluso pensar en el suicidio”. También señala que “el tratamiento con medicamentos prescrito no era el correcto, puesto (que) las dosis recomendadas eran subterapéuticas, menos de lo adecuado”, y que, dada “la gravedad de los síntomas apreciados en la paciente, lo aconsejable hubiera sido acordar su ingreso hospitalario inmediato y prescribir una medicación adecuada, manteniéndola en observación en el Servicio de Psiquiatría al menos durante un tiempo hasta controlar los síntomas”, lo que, a su juicio, podría haber evitado “el suicidio de la paciente”.

**14.** Con fecha 25 de mayo de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

Sobre el reproche que efectúan los interesados en el trámite de audiencia, sostiene el autor del informe que la historia clínica sí está completa, dado que en febrero de 1997 aparece descrita una “ingesta medicamentosa con antiepilépticos” -folio 86-. En cuanto a la afirmación de que la perjudicada no

fue examinada por especialistas en Psiquiatría, manifiesta que de la documentación obrante en el expediente -folios 73, 74, 79, 80 y 81- se desprende que la asistencia fue “prestada en el Servicio de Urgencias por el psiquiatra de guardia”, siendo “atendida y valorada por el Servicio de Psiquiatría” del hospital.

Alegan los interesados “que en el centro hospitalario no se tomaron las medidas de previsión (...) necesarias, pues debido al estado mental de la paciente (...) era previsible un suicidio”.

Al respecto, se señala en la propuesta de resolución que “en la exploración clínica no había síntomas suficientes como para concluir el diagnóstico de episodio depresivo grave (según la CIE-10)”, que la dosis del antidepresivo pautado está “dentro de la dosis terapéutica del fármaco, en contra de lo que sostiene el perito” de los reclamantes, y que “la enferma era candidata, de acuerdo con la evaluación hecha por el psiquiatra de guardia, a un tratamiento ambulatorio controlado por el Centro de Salud Mental, tras el tratamiento inicial impuesto ese mismo día; actuación que debe considerarse adecuada a la *lex artis*”.

**15.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de junio de 2011, registrado de entrada el día 23 del mismo mes, esa Presidencia 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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), 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; interesados que pueden actuar legítimamente a través de representante con poder al efecto.

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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 6 de octubre de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la perjudicada- el día 24 de octubre de 2009, por lo que es claro que fue formulada 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, 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 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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 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.-** Los interesados, viudo, hijos y padres de la perjudicada, pretenden ser indemnizados como consecuencia de la muerte de esta, que imputan al anormal funcionamiento del servicio público sanitario.

A la vista de la documentación incorporada al expediente, no existe duda respecto al suicidio alegado, que tuvo lugar, aproximadamente, doce horas después de haber sido atendida en los servicios asistenciales de urgencia de un centro hospitalario público. Por ello, presumimos que los reclamantes habrán sufrido unos daños cuya evaluación económica realizaremos si concurren los requisitos para declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario 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 de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, 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 concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los interesados 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.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

Los interesados imputan a la Administración sanitaria una errónea evaluación del estado mental de la perjudicada, y más en concreto del riesgo

de suicidio inminente que, a su entender, presentaba en el momento en que fue atendida en los Servicios de Urgencias, lo que habría impedido la adopción de precauciones necesarias ante dicho riesgo -el ingreso hospitalario-. También le achacan un error en el tratamiento, al sostener que la dosis del fármaco pautado era “subterapéutica”. En apoyo de tales imputaciones aportan un informe médico privado suscrito por un especialista en Medicina Legal y Forense.

La Administración, sobre la base del informe conjunto suscrito por tres integrantes del Servicio de Psiquiatría del hospital y del realizado a instancia de la compañía aseguradora por un especialista en Psiquiatría -Jefe de una Sección de Internamiento Hospitalario-, sostiene, por el contrario, que la evaluación que se realizó a la enferma en los Servicios de Urgencias fue correcta y adecuada a los criterios de la *lex artis*, y afirma, igualmente -con cita de la ficha técnica del medicamento-, que se pautó una dosis adecuada.

Como ya hemos indicado con ocasión de dictámenes anteriores, no corresponde a este Consejo Consultivo valorar directamente controversias propias de la ciencia médica, sino alcanzar un pronunciamiento sobre la asistencia prestada, en atención al criterio de la *lex artis* expuesto, en función de la prueba incorporada al procedimiento. Por tanto, debemos valorar las imputaciones que se realizan a la luz de los datos e informes que figuran en la historia clínica de la perjudicada y de los emitidos por los diferentes especialistas que analizan y dan respuesta a las mismas. En este caso concreto la controversia se contrae, en lo que atañe al error diagnóstico que implícitamente proclaman los interesados, en resolver si, de acuerdo con los antecedentes analizados por el psiquiatra de guardia, resulta adecuado el diagnóstico de trastorno depresivo leve y la valoración del riesgo de suicidio, que aconsejó su tratamiento ambulatorio y descartó su internamiento.

Por lo que se refiere a los síntomas y antecedentes que se valoran en la asistencia prestada, llama la atención de este Consejo que en la exploración realizada el día 23 de octubre de 2009 no se recoja, como antecedente



inmediato, el intento de “arrojarse del vehículo en marcha, reteniéndola el marido por la fuerza”, cuando este la trasladaba al hospital, según relata el atestado que levanta la Guardia Civil, que refiere tal dato de conversaciones mantenidas con “el entorno familiar” de la fallecida. No existiendo otras discrepancias de orden fáctico sobre lo ocurrido, consideramos que este dato reviste singular importancia a la hora de valorar el riesgo de suicidio, que en definitiva resulta ser la divergencia fundamental que sostienen los informes médicos que analizamos, y ello porque en el informe pericial que presentan los interesados, entre otros datos y antecedentes, se presta atención al hecho de que “intentó arrojarse del vehículo en marcha”, lo que para el perito constituye un indicador de “ingreso urgente en Psiquiatría”. Sin embargo, como acabamos de señalar, en la hoja correspondiente a la exploración realizada el día 23 de octubre por el psiquiatra de guardia -folio 73- no se refiere tal antecedente, tan solo se recoge que acude, acompañada por su esposo, “por una clínica de ánimo bajo y una importante inhibición”. Este dato podría explicar, al menos en parte, la diferente conclusión que alcanzan los informes técnicos aportados por los interesados y por la Administración sanitaria sobre el concreto riesgo de suicidio, y en consecuencia sobre las medidas a adoptar.

Por otra parte, respecto a la dosis del fármaco antidepresivo pautado, sobre lo que también observamos discrepancia, parece claro que la respuesta pudiera venir condicionada igualmente en función del diagnóstico alcanzado, según se desprende de la ficha técnica del medicamento que cita la Administración, dado que establece diferentes dosis en función del mismo, con valores que oscilan entre 5 y 20 mg/día.

A la vista de tales antecedentes, este Consejo considera que no ha quedado suficientemente acreditado el error diagnóstico imputado, o si se quiere, la necesidad de proceder al ingreso urgente de la perjudicada. En primer lugar, porque, ante la discrepancia entre distintos informes técnicos, es doctrina reiterada que excusa su cita que debe otorgarse mayor fuerza

probatoria a los que suscriban técnicos especialistas en la materia, y en este caso tanto los emitidos por el Servicio de Psiquiatría como el elaborado por un psiquiatra a instancia de la compañía aseguradora muestran, *prima facie*, mayor poder de convicción frente al realizado por un especialista en otros campos del conocimiento médico. Al margen de ello, la propia argumentación y coherencia interna de los informes llevan a este Consejo a la misma conclusión. En efecto, sostiene el perito privado de los interesados que tanto la edad como la situación personal -en paro-, la tentativa previa de suicidio y la confesión de un plan de acción suicida debieron conducir a la adopción de medidas precautorias, que en este caso consistirían en el internamiento de la perjudicada. Sin embargo, se informa de contrario que los antecedentes no refieren circunstancia estresante alguna en relación con la situación de paro laboral de la fallecida, que las tasas de suicidio aumentan con la edad, que es más alta en los hombres y en personas solteras, divorciadas o viudas y que ninguno de estos factores se daba en la paciente, de 30 años, casada y con importante apoyo familiar, según se recoge en el informe de la atención prestada. También se consigna en los informes aportados por la Administración que aquella refería la existencia de “factores protectores” de un riesgo autolítico, como lo eran sus hijos y su abuela, y que las ideas suicidas eran “poco firmes y no planificadas”, siendo el antecedente de tentativa suicida muy lejano en el tiempo (en el año 1997), y por tanto poco importante como factor de riesgo.

En definitiva, siendo muy compleja la predicción de una conducta suicida, la actividad exigible a la Administración sanitaria, dentro del parámetro de la *lex artis ad hoc*, consiste en poner a disposición de la paciente los medios humanos y materiales, en su caso, necesarios para realizar la evaluación concreta del riesgo suicida y minimizar el grado de posibilidad de que se materialice. En este caso, se presta la atención cuando es solicitada, en un Servicio de Urgencias hospitalarias y por un miembro del Servicio de Psiquiatría

que se encuentra de guardia, lo que a nuestro juicio descarta una insuficiencia de medios personales. Por otra parte, la valoración realizada y la impresión diagnóstica que se alcanza se muestran coherentes y razonadas en función de los síntomas que se describen en ese momento, entre los que no figura, como ya hemos puesto de manifiesto, el muy inmediato intento de arrojarse de un vehículo en marcha, que sí se refiere a la Guardia Civil.

En asuntos similares al que analizamos, la jurisprudencia y el Consejo de Estado -en doctrina que compartimos y que hemos sentado en anteriores dictámenes- resultan unánimes al señalar que tan solo cabe apreciar la responsabilidad administrativa cuando al servicio público asistencial le era exigible la adopción de determinadas medidas de precaución como consecuencia de la previsibilidad de la conducta suicida, juicio médico que debe alcanzarse en función de los antecedentes y de la exploración personal practicada. En este caso, ni los antecedentes de la víctima, que no consta se encontrase a tratamiento desde el episodio sufrido a los 18 años, ni los datos de la exploración efectuada hacían previsible, a juicio de los especialistas en Psiquiatría, una conducta suicida inminente, sino que más bien apunta todo a una reacción imprevisible de la paciente, teniendo en cuenta que el proceso, desde la primera atención privada por parte de un psicólogo hasta el suicidio, se desenvuelve en el breve lapso temporal de dieciséis horas, aproximadamente, que son las que median entre las ocho de la tarde del viernes 23 de octubre de 2009 y las doce horas del día siguiente.

En consecuencia, la naturaleza imprevisible del suceso determina la inexistencia de un 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

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.