

Expediente Núm. 94/2015
Dictamen Núm. 111/2015

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 12 de junio de 2015, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de mayo de 2015 -registrada de entrada el día 20 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 4 de febrero de 2014, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de lo que consideran una deficiente asistencia prestada por parte del servicio público sanitario a la que atribuyen el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente.

Exponen que su familiar “prestaba servicios laborales como trabajador por cuenta ajena” desde el año 1973 en una empresa, sufriendo el 27 de septiembre de 2012 un “accidente laboral por caída de altura sobre extremidad superior derecha cuando realizaba la tarea de soldar estructuras metálicas subido a un caballete”. Fue diagnosticado por los servicios médicos de la mutua de una “contusión de hombro derecho y esguince/torcedura de muñeca de sitio no especificado, prescribiéndose tratamiento ambulatorio y cabestrillo”, si bien tras “realizar rehabilitación” se le detectó una “extensa rotura de espesor parcial del tendón del subescapular. Rotura del tendón del supraespinoso (...). Fractura trabecular en la parte posterior de la cabeza del húmero”.

Señalan que se sometió a una intervención quirúrgica el 6 de noviembre de 2012 para el tratamiento de la “rotura completa de SP e IP”, realizándose una nueva cirugía el 15 de marzo de 2013. Añade que “con fecha 29 de mayo de 2013 (...) la mutua le extiende parte médico de alta por curación, y disconforme con la misma, por cuanto continuó con importante dolor y gran limitación de movilidad, inicia procedimiento de impugnación de dicha alta médica, que finaliza por (...) Sentencia del Juzgado de lo Social N.º Seis de Oviedo de fecha 29 de julio de 2013 que desestima dicha petición (...). Al mismo tiempo, y a propuesta de la mutua, se inicia un expediente de lesiones permanentes no invalidantes que finaliza por Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de (...) 27 de septiembre de 2013, que le declara afectado de invalidez permanente parcial para su profesión habitual derivada de accidente de trabajo, con derecho a percibir la correspondiente indemnización legal”.

Mientras tanto, dado que el afectado había “sido dado de alta médica en fecha 29 de mayo de 2013 y no podía trabajar dado su estado, la empresa le concede el disfrute de sus vacaciones anuales./ A la vista de su estado de ansiedad y agitación, dado que tenía que volver a trabajar y no podía como consecuencia de las secuelas físicas a raíz del mencionado accidente de trabajo, con fecha 21 de junio de 2013 el Servicio de Salud del Principado de Asturias le

da de baja por enfermedad común con el diagnóstico de `depresión reactiva´ (...). Durante todo el tiempo en que permaneció en situación de incapacidad temporal derivada de la depresión reactiva únicamente fue visto una vez y durante breves minutos por un psiquiatra”, cuyo informe transcribe, reflejando que se trata de la “primera consulta” del paciente, que este carece de “antecedentes de tratamiento psiquiátrico” y que sufrió un “accidente laboral el 28-09-12” que precisó incapacidad temporal “hasta mayo 13”, iniciando nueva incapacidad temporal “a las pocas semanas”; su médico de Atención Primaria “considera que sufre una depresión reactiva (...). El paciente refiere clínica predominantemente emocional y reactiva. I. D.: F43.2, CIE 10. Exploración: no signos endogeneidad./ Pautas: continúa con tratamiento puesto por (Atención Primaria). Control por (Atención Primaria)./ No se le volvió a controlar ni a diagnosticar ni a medicar, ni mucho menos volvió a ser visto por psiquiatra alguno (...). Con fecha 22 de noviembre de 2013 se le entrega parte médico de alta de su proceso de baja por depresión reactiva por `mejoría que permite trabajar´ (...). Ese mismo día (...) el padre y esposo de los que suscriben entrega el parte de alta en la empresa, se marcha y se ahorca produciéndose la muerte”.

Afirman que “no es posible que una persona se encuentre de baja por enfermedad `depresión activa (*sic*)´ desde el 21 de junio de 2013, que sea tratada exclusivamente por el médico de Atención Primaria, que solo sea vista una vez por un psiquiatra que no le pauta ningún tipo de tratamiento ni medicación, ni mucho menos revisión, y que el mismo día en que le entregan el alta por `mejoría que permite trabajar´ se suicide, salvo que, como en el presente caso, se haya producido una asistencia médica totalmente deficiente, insuficiente e inexistente”. Razonan que “si el padre y esposo de los que suscriben hubiese sido mínimamente tratado por el psiquiatra o, al menos, escuchado, claramente hubiese detectado sus síntomas suicidas”, pues “todos los psiquiatras coinciden en afirmar (...) la facilidad de detención (*sic*) de dichos síntomas; máxime teniendo en cuenta sus antecedentes de accidente de

trabajo, los dolores que padecía y la incapacidad para trabajar que tenía, con la consiguiente angustia de la pérdida de su puesto de trabajo y de su medio de vida de siempre en las actuales condiciones de crisis económica y desempleo generalizado”, que “hacía prácticamente imposible que encontrase nuevo empleo”.

Solicitan una indemnización por importe de trescientos cincuenta mil euros, de los cuales 200.000 € corresponderían a la viuda y 150.000 € a su hijo.

2. Mediante escrito notificado a los perjudicados el 27 de febrero de 2014, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del 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.

Asimismo, les indica que no se ha acreditado el vínculo de parentesco entre los reclamantes y el fallecido, concediéndoles un plazo de diez días para la subsanación de la falta, con advertencia de que de no cumplimentarse lo requerido se les tendrá por desistidos de su reclamación.

Con fecha 7 de marzo de 2014, la interesada presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias al que acompaña una copia del Libro de Familia y el certificado de defunción.

3. Mediante oficio de 14 de marzo de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital

4. El día 28 de marzo de 2014, la Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el “informe y documentación clínica” facilitados por el Médico de Familia del perjudicado.

En el informe, fechado el 26 de marzo de 2014, se indica que, “según consta en su historia clínica”, el paciente “fue visto en consulta el día 21-06-2013, mostraba clínica de ansiedad y preocupación debida a conflicto laboral, ya que según refiere fue dado de alta por su mutua de a. de trabajo sin encontrarse capacitado para la vida laboral./ Se prescribe ansiolítico, Alprazolam 0,5 cada 8 horas, y se tramita baja laboral por depresión reactiva./ En las semanas siguientes acude a por el parte de confirmación, experimentando cierta mejoría pero persistiendo el fondo de ansiedad./ El día 06-09-2013 es visto por Psiquiatría, que no ve signos de endogeneidad, califica el proceso F 43.2 (CIE-10) y mantiene el tratamiento./ El paciente continúa semanalmente acudiendo a consulta para recoger parte de confirmación y seguimiento de evolución./ En estas sucesivas visitas se aprecia una mejoría del proceso, por lo que es dado de alta laboral el 22-11-2013”.

La documentación clínica remitida consta de: a) Petición de interconsulta efectuada por el médico de Atención Primaria a Psiquiatría e informe emitido por el especialista en el que se consigna “1.ª consulta (...). Sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico./ Accidente laboral el 28-09-12 (...). Inició nueva (incapacidad temporal) a las pocas semanas, su (médico de Atención Primaria) considera que sufre una depresión reactiva y prescribe tratamiento con Trankimazin (...). El paciente refiere clínica predominantemente emocional y reactiva. ID: F 43-2. CIE-10. Explora.: no signos endogeneidad./ Pautas: continuar con tratamiento prescrito por (Atención Primaria). Control por (Atención Primaria)”. b) Hoja de episodios en Atención Primaria. c) Cuestionario cumplimentado por el facultativo de Atención Primaria, con fecha 21 de agosto de 2013, a petición del Área de Inspección del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios.

5. Con fecha 14 de abril de 2014, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el informe elaborado por el Director del Área

de Gestión Clínica de Salud Mental del Área IV el 11 de abril de 2014. En él expone que el paciente “fue atendido en una única ocasión en el Centro de Salud Mental por el Facultativo Especialista en Psiquiatría”, que “informa de los siguientes extremos:/ `Nacido el 10-01-1957, sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico./ Derivado por (...) (Atención Primaria) (04-09-13)./ Evaluado en este (Centro de Salud Mental) el 06-09-13./ En la exploración presentaba clínica emocional y reactiva compatible con (F 43.23 CIE 10). No presentaba agitación, depresión, delirios, alucinación ni ideación autolesiva./ Se trataba de un cuadro clínico de entidad limitada susceptible de control y seguimiento en (Atención Primaria)./ Tenía prescrito Trankimazin 0-0-1./ Se recomendó mantener el tratamiento prescrito y seguimiento por (Atención Primaria)´”.

6. El día 21 de abril de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que los interesados “sostienen que existe un nexo causal entre la atención sanitaria recibida por su familiar y el acto voluntario de quitarse la vida. 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 del deber que entienden era exigible a la Administración, y que concretan en no haberle derivado más veces al psiquiatra y haber sido tratado por el médico de Atención Primaria y no haberle suministrado la medicación adecuada”.

Manifiesta que “una de las funciones más comprometidas del psiquiatra y del médico en general es la evaluación del riesgo suicida de un paciente”, pues “en materia de prevención de las conductas suicidas se consideran, entre otros, criterios de alto riesgo: tentativa suicida seria, plan suicida claramente letal, historia reciente de conductas autolíticas graves, incremento en la seriedad de los pensamientos suicidas y circunstancias sociales de alto riesgo./ Según

recoge el estudio multicéntrico de la OMS/EURO, que se inició en 1989, la incidencia de los intentos de suicidio asistidos en urgencias hospitalarias de la Unión Europea se estima en 165-200 tentativas de suicidio por 100.000 habitantes mayores de 15 años. En el 50% de la muestra estudiada constaban antecedentes de uno o varios intentos de suicidio, y el 1% consumó el suicidio en el curso de los 12 meses siguientes. Los autores Harris y Barraclough, en 1997, tras revisión realizada sobre 23 estudios, indican que el riesgo de suicidio consumado en un paciente con antecedentes de tentativa por intoxicación medicamentosa o por otros métodos es 38-47 veces superior que el riesgo suicida en la población general./ En las recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales del Comité de consenso de Cataluña”, publicadas en 2005, “en el capítulo de conducta suicida, se indican los factores de riesgo de tentativas: mujer, menor de 45 años, divorciada o con conflictos conyugales, problemas interpersonales, desempleo, trastorno de adaptación/trastorno de la personalidad, abuso de sustancias, tentativas de suicidio previas, medio urbano y sobreingesta de medicamentos./ En el presente caso la ausencia de agitación, depresión, delirios, alucinación y cualesquiera otros factores de riesgo, incluida especialmente la ideación autolesiva, no aconsejaban actuar de manera diferente a como se hizo, siendo la actuación de los profesionales intervinientes adecuada a los criterios de la *lex artis*. La única forma de conocer la ideación suicida es que el paciente la manifieste; hecho que en el presente caso no se dio”. En consecuencia, propone desestimar la reclamación.

7. Mediante escritos de 29 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 27 de octubre de 2014, un especialista en Psiquiatría emite un informe médico-pericial a instancia de la compañía aseguradora. En el apartado

relativo a la “descripción de la praxis aplicable al caso”, indica que “según la descripción de la CIE-10 los pacientes clasificados con trastornos adaptativos se clasifican en el epígrafe F43 con `estados de malestar subjetivo acompañados de estados emocionales como consecuencia de la adaptación a un cambio biográfico o acontecimiento vital significativos´. El riesgo de presentación de estas reacciones psicológicas está condicionado por la predisposición individual, pero hay que aceptar que `no se habría presentado en ausencia del desencadenante´. Las manifestaciones de estos cuadros pueden ser muy variadas, pero ninguno de los síntomas es, por sí solo, de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. Para el diagnóstico de este tipo de trastornos hay que considerar: 1) la forma, el contenido y gravedad de los síntomas; 2) los antecedentes y la personalidad, y 3) el acontecimiento o crisis desencadenante. Si se satisfacen las pautas del trastorno adaptativo, la forma clínica o manifestación predominante puede ser especificada mediante un quinto dígito que corresponde, en este caso, a F43.23 `con predominio de otras emociones´ en las cuales la presencia de ansiedad, depresión, tensiones o ira no son lo suficientemente importantes como para requerir un diagnóstico más específico. El riesgo suicida en los trastornos adaptativos es muy variable”.

Afirma que “el paciente cursó baja laboral por cuadro diagnosticado de un cuadro adaptativo con alteración de otras emociones y fue correctamente tratado con Alprazolam por su médico de Atención Primaria (...) que, no obstante, solicitó también opinión a los servicios de salud mental correspondientes. De ese modo, fue valorado por el psiquiatra (...), que encontró clínica compatible con el diagnóstico establecido, sin ideación autolesiva ni otros factores de riesgo de suicidio, y recomendó continuar con el tratamiento pautado y control por el médico de asistencia primaria. No había, pues, evidencia (de) ideas o planes suicidas de corte psicopatológico ni por acción impulsiva, y es por eso que la actuación médica debe considerarse correcta: el paciente fue adecuadamente diagnosticado y tratado; se valoró por

especialista en Psiquiatría que corroboró el diagnóstico, confirmó el tratamiento y consideró, en base a la anamnesis, que se trataba de un episodio leve (de entidad limitada) y, por tanto, susceptible de seguimiento por el médico de cabecera al que volvió a remitir al paciente. En estas circunstancias, y sin información clínica ulterior, puede afirmarse que el suicidio (...) era clínicamente impredecible, porque no estaba asociado a una enfermedad mental que condicionase riesgo suicida explícito”.

Concluye que “no encuentra en la documentación aportada indicios de negligencia o mala práctica en relación con los diagnósticos psiquiátricos referidos ni con los síntomas que el paciente parecía presentar. No encuentra tampoco vínculo alguno entre la atención psiquiátrica recibida por el paciente y su decisión de ahorcarse; decisión esta que, al parecer, el paciente no comunicó en ningún momento, ni podía derivarse directamente del diagnóstico psiquiátrico que presentaba ni (...) fue claramente advertida a los médicos por familiares o allegados. La actuación médica fue, pues, conforme a la *lex artis ad hoc* y, en mi opinión, una mayor precaución o cautela médica al respecto no era exigible por las características del diagnóstico (...). La ausencia de ideación autolesiva y la entidad clínica limitada del episodio permiten también afirmar que el suicidio de este paciente no era predecible y, en todo caso, no se derivó causalmente de la intervención llevada a cabo por los médicos que le atendieron”.

9. El día 19 de febrero de 2015, emite informe un gabinete jurídico privado a instancias de la compañía aseguradora en el que propone la desestimación de la reclamación. Sostiene, con base en los informes incorporados al expediente, que “no existe ningún tipo de acción u omisión imputable” al Servicio de Salud del Principado de Asturias “que haya causado el fallecimiento por suicidio del paciente”, destacando que “no consta en el expediente administrativo ningún dato que indique una actuación incorrecta” por parte del Servicio de Salud del

Principado de Asturias, “por lo que no cabe imputar a este ningún acto médico contrario a la *lex artis* en la asistencia prestada”.

10. Mediante oficio notificado a los reclamantes el 25 de marzo de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 13 de abril de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios pone en conocimiento de la correduría de seguros que ha transcurrido plazo señalado al efecto sin que se hayan formulado alegaciones.

11. Con fecha 17 de abril de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los argumentos expuestos en los informes incorporados al expediente.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de mayo de 2015, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, 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), en relación con lo establecido en el artículo 31.1.a), 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 como 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 4 de febrero de 2014, habiéndose producido el hecho por el que se reclama -el fallecimiento, por suicidio, del esposo y padre de los interesados- el día 22 de noviembre de 2013, 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, advertimos la existencia de determinadas irregularidades formales que, aun no implicando la necesidad de retrotraer el procedimiento para su subsanación, deben ser puestas de manifiesto.

En primer lugar, apreciamos que no figura en el expediente el informe o documento que recoge las manifestaciones vertidas por el psiquiatra que atendió al paciente, transcritas en el emitido por el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Área IV en el mes de abril de 2014. Ahora bien, atendiendo a los principios de eficacia y de economía procesal, no consideramos necesaria -como acabamos de indicar- la retroacción de las actuaciones para su incorporación al expediente, pues estimamos que, de acordarse esta, no se alterarían los elementos de juicio disponibles para la resolución del asunto analizado.

Por otra parte, observamos que el facultativo de Atención Primaria señala, el día 26 de marzo de 2014, que "el paciente continúa semanalmente acudiendo a consulta para recoger parte de confirmación y seguimiento de evolución./ En estas sucesivas visitas se aprecia una mejoría del proceso, por lo que es dado de alta laboral el 22-11-2013". Pese a ello, lo cierto es que la hoja de episodios de Atención Primaria del paciente no evidencia la expedición de los partes de confirmación a partir del 14 de agosto de 2013, ni del de alta, aunque sí hay anotaciones el día 21 de agosto de 2013 (en que se refleja su estado y la

pendencia de la visita al psiquiatra) y el 4 de septiembre de 2013 (en que se consigna la petición de interconsulta). En cualquier caso, los reclamantes centran sus objeciones en la atención prestada por el psiquiatra, reprochando que la “depresión activa” (*sic*) había sido “tratada exclusivamente por el médico de Atención Primaria”. Por tanto, e independientemente de que aquellas omisiones no afecten al sentido de nuestro dictamen, no puede dejar de advertirse a la autoridad consultante respecto a la anomalía que representan, debiendo insistirse en la necesidad de dejar constancia, de manera fidedigna, de las consultas que se llevan a cabo.

Por último, 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.

SIXTA.- Los reclamantes atribuyen a la deficiente atención sanitaria recibida por parte de los servicios de salud mental el suicidio de su esposo y padre, respectivamente.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditado que el paciente padeció un episodio de depresión reactiva que originó un proceso de incapacidad laboral temporal desde el día 21 de junio de 2013, habiendo sido atendido por tal patología tanto por su médico de Atención

Primaria como por un especialista en Psiquiatría (este último, en el mes de septiembre del mismo año). Siendo alta laboral el 22 de noviembre de 2013, consta igualmente que falleció ese mismo día, figurando en la hoja de episodios de Atención Primaria como causa la de "autolisis". Dado el vínculo de parentesco que une al difunto con los reclamantes, hemos de presumir que el óbito ha ocasionado en estos un daño moral.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión 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 en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que

ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También hemos de señalar que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Sin embargo, en el presente supuesto los interesados no acreditan en modo alguno el nexo causal que vincula la defunción de su familiar con la actuación de la Administración sanitaria. Concretan su imputación en que consideran insuficiente una única consulta con el especialista en Psiquiatría para tratar la patología (“depresión reactiva”) que aquel padecía, y afirman que no fue “mínimamente tratado” ni “escuchado” por el psiquiatra, pues en tal caso este “claramente hubiese detectado sus síntomas suicidas”, cuya “facilidad” de apreciación, unida a los antecedentes del paciente, permitían advertir el riesgo de conductas autolíticas en el perjudicado.

Dado que los interesados no aportan informe médico o elemento de juicio de orden fáctico en sustento de sus argumentos, hemos de formar nuestro juicio sobre la base de los incorporados al expediente a instancia de la Administración (que no han sido discutidos por aquellos, pues no comparecen durante el trámite de audiencia), así como de los datos obrantes en la historia clínica.

Al respecto, debemos señalar, como ya hicimos en nuestro Dictamen Núm. 145/2012, que en supuestos como el presente 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 efecto, es doctrina constante del Tribunal Supremo (como recuerda la Sentencia de 21 de marzo de 2007, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª), que “reiterada jurisprudencia de esta Sala en relación a la responsabilidad de la Administración sanitaria, en supuestos de suicidios, a cuyo fin citaremos, por todas, las Sentencias de 27 de enero de 2001 y 5 de febrero de 2007, en las que se razona que para determinar si procede apreciar tal responsabilidad patrimonial, es necesario en primer lugar analizar si el suicidio resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes del paciente, por cuanto si atendidos estos podía resultar previsible lo ocurrido, hubiera devenido necesario adoptar las necesarias medidas de atención y cuidado, precisándose igualmente que a efectos de poder apreciarse si ha habido o no una ruptura del nexo causal, ha de determinarse si debido a la alteración mental era previsible que el paciente se comportase creando riesgos, que en condiciones de normalidad cualquier persona eludiría, pues si esa persona no se encuentra en tales condiciones de normalidad y ello es conocido por el servicio sanitario, este tiene el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento, y ello sin perjuicio de que la actuación de este último deba ser tenida en cuenta para atemperar la indemnización procedente”.

Sentado lo anterior, debemos partir del hecho 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 de una persona que, como reconocen los propios reclamantes, convivía con su esposa e hijo y padecía una “clínica de ansiedad y preocupación” asociada a su vuelta al trabajo tras haber sufrido un accidente con ocasión del desempeño del mismo. Cabe reseñar que, según manifiestan los interesados, el afectado había impugnado el alta correspondiente a la incapacidad temporal derivada de aquel accidente laboral, siéndole reconocida

una situación de invalidez permanente parcial para el ejercicio de su profesión habitual.

Está acreditado que el episodio de depresión reactiva diagnosticado en el mes de junio de 2013 ocasionó la baja laboral del perjudicado, y que en el mes de agosto de 2013 el médico de Atención Primaria que le atendió cumplimentó, a petición del Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios, un cuestionario sobre la situación de incapacidad temporal del paciente en el que, en el apartado relativo a "evolución", consignó "sin mejoría", y, en el de "posibilidades de recuperación y fecha probable de alta", señaló que "en función" del "informe de Psiquiatría", especialidad a la que había sido remitido y en cuya consulta fue atendido el 6 de septiembre de 2009.

Del resultado de la misma, reflejado en el correspondiente informe, así como de lo reseñado por el psiquiatra que le atendió en la transcripción incorporada al expediente, el especialista autor del informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora concluye que la actuación de este profesional (cuestionada por los reclamantes) fue correcta, pues la clínica era "compatible con el diagnóstico establecido, sin ideación autolesiva ni otros factores de riesgo de suicidio", sin que se apreciaran "ideas o planes suicidas de corte psicopatológico ni por acción impulsiva". Sostiene, por ello, que "se trataba de un episodio leve (de entidad limitada) y, por tanto, susceptible de seguimiento por el médico de cabecera al que volvió a remitir al paciente", y que, en definitiva, "en estas circunstancias, y sin información clínica ulterior", el suicidio "era clínicamente impredecible, porque no estaba asociado a una enfermedad mental que condicionase riesgo suicida explícito".

Hay que destacar que los "síntomas suicidas" que, según expresan los familiares, debieron alertar al psiquiatra ("antecedentes" consistentes en "accidente de trabajo", padecimiento de "dolores" y miedo a perder su puesto de trabajo por la incapacidad sobrevenida en un contexto de crisis económica) no constituyen, a tenor de los informes obrantes en el expediente, factores o criterios que incidan en el riesgo de suicidio. Además, no consta que durante el

periodo que media entre la consulta psiquiátrica de septiembre de 2013 y el suicidio (en noviembre del mismo año) el paciente demandara a su médico de cabecera una nueva cita en Salud Mental, ni que sus familiares efectuaran advertencia alguna sobre la presencia de intención autolesiva alguna, que de haber existido habrían puesto en conocimiento del médico que le trataba; es más, ni siquiera alegan haberse percatado de indicios en ese sentido. Por último, tampoco justifican qué medicación distinta a la prescrita por el médico de cabecera entienden debió recetar el psiquiatra

Tal y como expresa la propuesta de resolución, “la única forma de conocer la ideación suicida es que el paciente la manifieste, hecho que en el presente caso no se dio”. Como ya hemos señalado en ocasiones precedentes, 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 del 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 el supuesto analizado estimamos adecuada la derivación al especialista en Psiquiatría, dado el padecimiento de una depresión de tipo reactivo, sin apreciación de signos de endogeneidad, e igualmente pertinente la decisión de este profesional, a la vista de la impresión diagnóstica consignada en su informe, de la continuidad en el “control por (Atención Primaria)” del paciente.

Atendiendo a lo anterior, debemos concluir que los datos obrantes en el expediente y la sintomatología que presentaba el paciente (sin antecedentes psiquiátricos hasta el mes de junio de 2013), reflejada en la consulta del día 6 de septiembre de 2013, no permitían alcanzar un diagnóstico que previera el fatal desenlace, dado que a lo largo de la atención dispensada no existe constancia alguna de la presencia de tendencia suicida; antes bien, los elementos de juicio disponibles sugieren que se trató de una reacción de todo punto imprevisible, por lo que no cabe imputar el suicidio al servicio público sanitario, que prestó una asistencia ajustada a la *lex artis ad hoc*.

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.