

Expediente Núm. 320/2017  
Dictamen Núm. 17/2018

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa 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 1 de febrero de 2018, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 27 de noviembre de 2017 -registrada de entrada el día 30 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por el fallecimiento de su madre tras un intento autolítico, que atribuye a la omisión de medidas por parte del sistema sanitario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 29 de marzo de 2017, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su madre, que atribuye a la incorrecta atención dispensada por el servicio público sanitario. En su

escrito especifica que comparece “representada” por un letrado, sin que se reseñe a quién pertenece la firma que consta en aquel.

Expone que su madre era paciente “conocida del Servicio de Psiquiatría por anteriores episodios similares”, y que “ingresó en las últimas horas del día 30 de marzo de 2016 en el Servicio de Urgencias del Hospital ..... tras intento autolítico por ingesta masiva de diversos fármacos”. Precisa que estaba “a tratamiento por depresión mayor y trastorno ansioso depresivo al menos desde 1999, constando en su historial distintos episodios de intoxicación medicamentosa (así, p. ej. 27-07-2001, 08-09-2001 y 28-05-2008)”.

Señala que “el día 30 de marzo de 2016 es trasladada (...) al Servicio de Urgencias del Hospital ..... en UVI móvil sobre las 22:00 tras ser encontrada por su familia en el suelo de la vivienda, siendo ingresada por Urgencias, donde pasa la noche sin incidencias (...). Comentado con Psiquiatría, es alta por parte de dicho Servicio, pasando a su domicilio con la simple recomendación de acudir al centro de Salud Mental para valorar el tratamiento actual (recomendación que ni tan siquiera fue de carácter preferente o urgente) (...). En el mismo vehículo auto taxi en que la recoge su hermano al alta se desplazan al centro de salud sin tan siquiera cambiar la indumentaria hospitalaria, donde rehúsan atenderla, limitándose a darle una cita, supuestamente preferente, para varios días más tarde. Acto seguido se personan en el Centro de Salud Mental ..... con igual interés, recibiendo igualmente respuesta negativa y citación para fecha posterior, sin que se instaure tratamiento o se tome medida alguna (...). Ante la falta de cualquier otro tratamiento o medida de precaución, y tras haber sido reiteradamente rechazada allí donde solicitó auxilio, el mismo día 31 de marzo de 2016 la paciente realizó un nuevo intento de quitarse la vida, esta vez efectivo, falleciendo a las 00:45 horas del día 1 de abril de 2016”.

Alude a continuación al “inadecuado tratamiento recibido y sus consecuencias”, y razona que “habida cuenta su historial médico, en el que ya constaba estar a tratamiento por depresión mayor y trastorno ansioso

depresivo desde hacía más de una década, y asimismo la existencia de varios episodios similares” (los ya referidos de los años 2001 y 2008), considera “absolutamente increíble que, tras su ingreso de 30 de marzo de 2016, no se activara ningún protocolo o medida de precaución, teniendo en cuenta que en todos los episodios se habían repetido los intentos autolíticos en las horas subsiguientes”.

Afirma que, “como ya vienen poniendo de manifiesto los profesionales de la especialidad y asociaciones implicadas, es imperdonable que Asturias, la Comunidad Autónoma con más alta tasa de suicidios del país, carezca de un plan preventivo para tratar de mejorar dicha situación”, que compara con la existente en otras Comunidades Autónomas que sí cuentan con tal instrumento, el cual también posee el Ministerio de Sanidad -“Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, orientada al ámbito sanitario” y publicada en 2011-. Considera relevante la existencia de tales documentos, pues el desarrollo de políticas de prevención en otros países ha supuesto una disminución de “las tasas de suicidio”. En el caso de la paciente, estima que recibió un alta prematura que determinó su fallecimiento, al no tomarse “la más mínima precaución ni aplicar ningún protocolo ni seguimiento (...), incluso rechazando la específica ayuda y atención” demandada por ella.

Solicita una indemnización de cincuenta y siete mil ciento cincuenta y siete euros (57.157 €), que calcula de acuerdo con el baremo de “daños corporales sufridos con ocasión de accidentes de circulación”.

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Informe pericial emitido el 7 de marzo de 2017 por un especialista en Valoración del Daño Corporal e Incapacidades Laborales. En el resumen del historial clínico que efectúa refiere los precedentes autolíticos de la perjudicada, y explica que el día 27 de julio de 2001 fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital ..... por una intoxicación medicamentosa, siendo alta ese mismo día tras los tratamientos oportunos “de lavado gástrico y antiquelantes habituales”; momento en el que se le “da cita preferente para consultas externas en el CS .....”. Reseña que el

segundo intento tiene lugar el 8 de septiembre de ese mismo año, y que consistió en una nueva intoxicación medicamentosa, decidiéndose “alta e ingreso en la Unidad de Salud Mental .....”, donde, “según refieren, estuvo durante un periodo de 48 horas”. Indica que acudió el día 3 de diciembre de 2001 a Salud Mental del Hospital ....., causando “alta para continuar con (tratamiento) ambulatorio”. Precisa que con fecha 28 de mayo de 2008 se produjo una nueva ingesta de “medicación y alcohol” y que fue tratada con “las medidas oportunas habituales”, habiendo sido valorada por Psiquiatría. Manifiesta que sufrió un nuevo intento el día 31 de mayo de 2008, en el que, además de la “toma de pastillas y alcohol”, se produce “heridas incisas en muñeca izda.”, siendo trasladada desde el Hospital ..... a la Unidad de Psiquiatría de la Fundación Hospital ....., donde se establece la “medicación oportuna”, tras lo cual es atendida de nuevo en el Hospital ..... Refleja la existencia de revisiones en Salud Mental entre los años 2013 y 2016, precisando que en la que tuvo lugar el día 29 de marzo de 2016 (un día antes del episodio por el que se reclama) había acudido sola manifestando encontrarse “muy cansada con insomnio y ansiedad ocasional”, lo que le impide “acudir al trabajo”, por lo que “se informa sobre las limitaciones terapéuticas por problemática laboral”. Tras comparar el tratamiento de los intentos autolíticos, destaca que solamente existió un ingreso hospitalario (en la Fundación Hospital ..... y en el Hospital ..... en 2008), y que en el resto de ingresos por el Servicio de Urgencias del Hospital ..... “se tomaron las medidas oportunas propias de este tipo de patologías y se remitió a consulta; eso sí, preferente del S. de Salud Mental .....”. Considera llamativa la última atención hospitalaria, pues tras su ingreso en Urgencias del Hospital ..... el 30 de marzo de 2016, “también por intento de autolisis y una vez solventado el problema agudo, se le da de alta hospitalaria, pasando la paciente con su hermano por su (centro de salud), donde le dieron un volante para Salud Mental; tampoco, y a pesar de todas las circunstancias mencionadas, se le dio” el parte de incapacidad temporal, “rehusándose, según se refiere, cualquier tipo de

atención médica, citándola para fechas posteriores, lo que desembocó en que ese mismo día 31-03-16 la paciente realizase otro intento de autólisis, esta vez efectivo, determinando el fallecimiento de la misma". Entiende que, de acuerdo con el modelo de Triage Manchester, la paciente debía clasificarse como "de alto riesgo de repetición conducta suicida", por lo que "debería haber sido" ingresada en la Unidad de Salud Mental del centro hospitalario con el tratamiento "oportuno del S. de Psiquiatría". b) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital ....., de 30 de marzo de 2016, y hoja de atención del SAMU, de 1 de abril de ese año, en la que figura que se recibió aviso "por paciente inconsciente en la calle", que a su llegada estaba "en PCR" siendo fallido el intento de reanimación y "exitus *in itinere*". c) Certificado de defunción de la paciente.

**2.** Mediante oficio de 7 de abril de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios requiere a la interesada para que acredite su parentesco con la paciente, así como la representación del letrado en el caso de que este vaya a actuar como su representante.

Igualmente, le comunica la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Con fecha 24 de abril de 2017, la interesada presenta una "copia de la declaración formulada a efectos del Impuesto de Sucesiones que acredita" su "condición de única hija y heredera de la fallecida", y el poder notarial otorgado a favor del letrado actuante.

**3.** Mediante oficio de 25 de abril de 2017, el Gerente del Área Sanitaria VIII envía al Inspector de Prestaciones Sanitarias una copia de la historia clínica de la paciente y el informe librado por el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital ..... con fecha 24 de abril de 2017. En él, tras resumir la atención prestada, explica que "a lo largo de la historia constan 55 actos

clínicos”, apreciándose “un cumplimiento de las citas irregular (17 de los actos clínicos fueron cancelados) y en varias ocasiones fue atendida de urgencia./ Durante la historia la paciente ha presentado síntomas de malestar psicológico inespecíficos (ansiosos y depresivos, relacionados con problemas vitales, fundamentalmente familiares y laborales). En ningún caso los síntomas tuvieron entidad suficiente para diagnosticar un trastorno depresivo o ansioso./ Durante su evolución ha tenido varios episodios de intoxicación con medicamentos, que en ocasiones mezclaba con alcohol, que en ningún caso fueron considerados actos suicidas por carecer de intencionalidad, sino como `conducta autolesiva/autolesión deliberada´./ En el último episodio la paciente presentó un episodio similar a los anteriores y a la mañana siguiente fue valorada por el psiquiatra, que no detectó psicopatología alguna y dio el alta para seguimiento de acuerdo con la paciente. Posteriormente (...) fue a su médico de Atención Primaria que refleja que la paciente presenta malestar, sin ninguna referencia al suicidio y (la) deriva (...) de forma preferente para seguimiento en Salud Mental (las consultas preferentes pueden tener una demora de hasta 7 días)”. Afirma que “en ningún momento se evidenció intencionalidad suicida”, y que “en el día previo al fallecimiento (...) fue valorada por médico de Urgencias, psiquiatra y médico de Atención Primaria sin encontrar variaciones en la situación clínica (...) ni psicopatología que justificase una intervención urgente”.

Concluye que “no existe ningún método fiable de cuantificar el riesgo suicida, ni tampoco una estrategia médica que disminuya totalmente la posibilidad de que alguien voluntaria o accidentalmente se quite la vida. Por ello, la intervención a tomar en el caso de comportamientos relacionados con el suicidio depende del juicio clínico. En el caso actual parece que en ninguno de los episodios denominados `autolíticos´ se consideró que hubiese intencionalidad, por lo que el riesgo es el mismo que (en) el resto de las personas y no cabe plantearse intervenciones excepcionales, menos en contra de la voluntad de la paciente, como podría ser un ingreso forzoso que, por otra parte, tampoco anula totalmente la posibilidad suicida”.

4. El día 25 de agosto de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe un especialista en Psiquiatría. En él expone que la paciente tuvo “un seguimiento clínico muy irregular lo que contribuyó, seguramente, a una evolución negativa del caso: en octubre de 2008, pocos meses después de su ingreso hospitalario por ingesta de fármacos, dejó de acudir al centro de Salud Mental./ Inició, de nuevo, contacto con el Servicio de Salud Mental en febrero de 2011, con seguimiento hasta agosto de 2012. En ese tiempo no se detectó ideación suicida, según aparece anotado en el evolutivo de la paciente (...). En septiembre de 2013 reinició seguimiento tras reaparición de síntomas de ansiedad en relación al proceso de su divorcio. No presentaba ideación suicida (...). No aparecen nuevas anotaciones evolutivas hasta el 6 de marzo de 2014. Hace revisiones en mayo y octubre de ese año, donde se recoge mejoría progresiva hasta su estabilización completa en octubre. No presentaba ideación suicida. Se le mantuvo el tratamiento y se le citó para revisión en junio de 2015. En citas programadas de octubre y diciembre de 2015 la paciente no acudió”.

Señala que el diagnóstico “mantenido a lo largo de todo el proceso ha sido el de ‘trastorno adaptativo’ (reacción vivencial de la antigua psicopatología) (...) con ansiedad (a veces con estado de ánimo depresivo)”; trastorno que “no es considerado (...) un importante factor de riesgo suicida”, y sin que el diagnóstico de “trastorno de depresión mayor” aparezca en ningún momento. Añade que los “rasgos caracteriales” recogidos en el informe del Director del Área de Gestión Clínica para valorar “la intencionalidad suicida” vienen “a señalar que habría una intencionalidad movilizadora del entorno de la paciente. Eran, pues, para sus médicos evaluadores, meros gestos suicidas de la paciente./ Por otra parte (...), la buena situación física y sociolaboral de la paciente hacía difícil prever una verdadera intencionalidad suicida: ausencia de enfermedades médicas graves o invalidantes, contar con trabajo y con apoyo familiar, por lo que parece (...). El hecho de ser mujer es un factor protector

frente al suicidio (se suicidan 4 veces más los hombres). No sufría un trastorno mental grave (psicosis) (...). El último episodio tuvo las mismas características que los precedentes en los que nunca se llegó a ingresar, salvo una breve estancia de 48 horas en una Unidad de Psiquiatría tras repetición de conducta autolesiva de la que salió diagnosticada de `reacción vivencial´. Añade que "la conducta suicida es muy impredecible y no existen síntomas patognomónicos que puedan identificar a los pacientes suicidas. Tampoco existen formas estandarizadas de evaluación. Escalas sobre suicidio tienden a ser excesivamente sensibles (falsos positivos) pero carecen de especificidad (ver referencia bibliográfica de Simón)./ El suicidio es un acontecimiento raro y factores de riesgo suicida pueden tenerlos pacientes que no llegarán nunca a suicidarse. De hecho, la gran mayoría de los pacientes depresivos no lo hace".

Por otra parte, recuerda que "en los centros de Salud Mental no se atienden, por lo general, consultas urgentes, para eso están los servicios de urgencias hospitalarias, lugar de procedencia de la paciente. En este caso, se dio cita con carácter preferente, que según el caso o la disponibilidad se dan como máximo 7 días después de su solicitud. El (médico de Atención Primaria) que la había reconocido el día del alta hospitalaria", según cita el informe del Servicio, "no había encontrado motivos que justificasen una actuación urgente, pues acababa de ser dada de alta (...) hospitalaria ese mismo día con no indicación de ingreso y sí con seguimiento ambulatorio con carácter preferente".

Concluye que "el suicidio de la paciente se produjo de forma muy impredecible a pesar del conocimiento que se tenía (...) en el circuito asistencial que le correspondía, actuándose según *lex artis*".

**5.** Mediante escrito notificado a la reclamante el 10 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta la personación de su representante en las dependencias administrativas para examinar el expediente.

**6.** En fecha ilegible, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que cuestiona el contenido del informe emitido por el especialista en Psiquiatría, pues considera que afirmar que el suicidio era impredecible es incongruente con los antecedentes de la paciente, "hasta 55 actos clínicos" y cinco intentos de suicidio en todos los cuales "se habían repetido los intentos autolíticos en las horas subsiguientes".

Reitera que la paciente pidió "ayuda insistentemente en varios centros" tras el último episodio y que le fue denegada.

**7.** Con fecha 13 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios emite propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes incorporados al expediente.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de noviembre de 2017, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo

18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de marzo de 2017, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen (el fallecimiento de la paciente) el día 1 de abril de 2016, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las

especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, observamos que no se ha solicitado informe a los dos centros sanitarios a los, según el relato de la reclamante, acudió la perjudicada tras el alta hospitalaria recabando “ayuda y atención”. Pese a tal omisión, estimamos suficientes los elementos de juicio disponibles a efectos de analizar el fondo de la cuestión sometida a nuestra consideración.

Asimismo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Se somete a nuestra consideración una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de la madre de la interesada, que atribuye al deficiente funcionamiento del servicio público de salud en el que recibió atención horas antes de su muerte.

Acreditado el óbito de su familiar, presumimos la existencia de un daño moral en la interesada que reclama, hija de la fallecida.

Ahora bien, dando por acreditada la existencia de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y materializado en el curso de la actividad del servicio público sanitario, ello no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento del servicio público.

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

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

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*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En el caso que nos ocupa la interesada adjunta a su reclamación un informe pericial suscrito por un especialista en Valoración del Daño Corporal e Incapacidades Laborales, si bien debe advertirse, a efectos de dirimir las discrepancias en que incurre respecto a los incorporados al expediente a instancia de la Administración, que estos últimos presentan *prima facie* mayor poder de convicción frente al realizado por un especialista en otros campos del conocimiento médico, lo que implica su superior fuerza probatoria, según doctrina reiterada que excusa su cita.

La primera cuestión que observamos es que la Administración no cuestiona el relato de la reclamante en cuanto a la atribución del fallecimiento a un suicidio; dato que debe aceptarse pese a que ningún informe médico de los obrantes en el expediente lo afirme expresamente.

En segundo lugar, y por lo que se refiere a la imputación concreta que se efectúa, la interesada sostiene que los antecedentes de la paciente obligaban a la aplicación de algún “protocolo” o “medida de precaución” distinta a la derivación a Salud Mental con carácter preferente; medidas que no concreta y que no fueron adoptadas pese a su invocada insistencia tras el alta hospitalaria, que manifestó en los dos centros (un centro de Atención Primaria y un centro de Salud Mental) a los que acudió. Al tiempo, califica el alta como “prematura”, de lo que cabe inferir que, a su juicio, una prolongación del ingreso hubiera evitado la muerte.

El análisis del comportamiento de la Administración sanitaria en este caso concreto, y si, como sostiene la reclamante, omitió en su actuación alguno de los deberes exigibles en relación con la perjudicada, debe partir de la consideración de que la fallecida no se encontraba bajo la guardia y custodia de ninguna Administración pública; es decir, que no se trataba de una interna en un centro psiquiátrico o institución similar, sino que, como consta en el expediente, convivía con su madre y seguía el tratamiento prescrito (si bien con cierta irregularidad a lo largo de los años).

A ello debemos añadir, en esta primera aproximación, que gozaba de autonomía en el desenvolvimiento ordinario de su vida, pues trabajaba; hecho que el especialista en Psiquiatría valora, junto a otras características personales (apoyo familiar, ausencia de trastorno mental grave, sexo), para afirmar la dificultad de la predicción de un comportamiento suicida.

Sentado lo anterior, debe advertirse que tanto el reproche formulado por la reclamante, como el informe pericial en el que se sustenta, no tienen en cuenta que, de acuerdo con lo informado por los especialistas a instancia de la Administración, los intentos autolíticos previos respondían a gestos cuya intencionalidad no era suicida, sino que estaban orientados a llamar la atención de sus familiares, por lo que su consideración como antecedentes debe tener presente esta matización. Así se refleja en el informe emitido el 3 de diciembre de 2001 por el Servicio de Salud Mental en relación con la “autointoxicación

medicamentosa” ocurrida un mes antes, que se califica como “gesto autolítico sin intencionalidad suicida real en el contexto de reacción ante una cita fallida con ex marido”. Igualmente, el informe emitido por el psiquiatra del Hospital ..... el 3 de junio de 2008 recoge que la paciente “insiste en su ideación suicida poco estructurada”.

Parte también la interesada de que “en todos” esos episodios se había repetido el intento en las horas siguientes; afirmación que no corrobora los datos obrantes en la historia clínica, de los que solo resulta la existencia de “dos tentativas suicidas en las últimas 48 horas” en el caso del episodio que tiene lugar en el mes de junio de 2008. Tampoco avalan esos datos el diagnóstico de “depresión mayor”, que debe descartarse según lo razonado por los especialistas. El perito que informa a instancia de la interesada afirma que en la asistencia por los intentos previos “se tomaron las medidas oportunas para este tipo de patologías y se remitió a consulta (...) preferente”, y ambas fueron también adoptadas en la última ocasión. El examen del tratamiento dispensado en los intentos anteriores revela que solo en dos ocasiones (2001 y 2008) fue ingresada, aunque el perito (que ahora lo reclama como medida necesaria) únicamente tiene en cuenta como ingreso hospitalario el de 2008.

En cuanto a su manifestación sobre el “alto riesgo de repetición conducta suicida”, debemos considerar, teniendo presente la especialización de los autores de los otros dos informes incorporados al expediente, que lo niegan, que ese riesgo no existía. En relación con este extremo, cabe destacar que el psiquiatra de Urgencias no valoró psicopatología alguna, y que la paciente se mostró conforme con el alta.

Respecto a la petición de “ayuda” que, según la perjudicada, se habría realizado al acudir al centro de salud y al centro de Salud Mental, el informe del Área de Gestión Clínica de Salud Mental del hospital reseña que la paciente no manifestaba, cuando acudió al primero, ninguna referencia al suicidio; dato que no se contradice en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia. Tampoco se especifica qué tratamiento consideraban oportuno

realizar, al margen del ingreso hospitalario, al que sí alude el perito de parte, sin que se haya desvirtuado la idoneidad del prescrito en el informe de alta de Urgencias tras la atención prestada ese día.

A la vista de tales antecedentes, este Consejo considera que no ha quedado suficientemente acreditada la omisión imputada o, si se quiere, la necesidad de prolongar el ingreso urgente de la perjudicada.

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 los pacientes 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, lo que a nuestro juicio descarta una insuficiencia de medios personales. Tampoco resulta fundamento suficiente el esgrimido en relación con la ausencia de un plan autonómico de prevención del suicidio, pues no se justifica de qué manera su mera existencia habría podido evitar el fatal desenlace.

En asuntos similares al que examinamos, la jurisprudencia y el Consejo de Estado -en doctrina que compartimos y que hemos sentado en anteriores dictámenes (por todos, Dictamen Núm. 111/2015)- 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, según lo informado, ni los datos de la exploración efectuada hacían previsible, a juicio del especialista en Psiquiatría que informa a instancias de la compañía aseguradora, una conducta suicida inminente, sin que las medidas dispuestas

se hayan, lamentablemente, revelado a la postre ineficaces para evitar la decisión con la que puso fin a su vida.

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.