

Dictamen Núm. 278/2023

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de diciembre de 2023, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 22 de septiembre de 2023 -registrada de entrada el día 27 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su padre 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 14 de noviembre de 2022, la hija del finado presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su padre, que atribuye a la incorrecta atención dispensada por el servicio público sanitario.

Expone que su padre, que “falleció al ser atropellado por un camión” en la Autovía A66 el día 15 de noviembre de 2021, “estaba diagnosticado de un

trastorno muy grave de ansiedad con ideación suicida y con anterioridad a los hechos había tenido varios intentos de suicidio”.

Señala que en el mes en que se produjo el siniestro “fue tratado en tres ocasiones en la Fundación Hospital:/ El 02-11-2021 por reacción negativa al tratamiento que estaba tomando para su patología de salud mental./ El 05-11-2021 (...) se decide ingresarlo para contención por riesgo suicida y para ajuste de tratamiento, permanece ingresado durante 5 días y se le da de alta el 09-11-2021./ El 12-11-2021 se le ingresa en Urgencias (...) por la ingesta voluntaria de 25 cápsulas de Lorazepam (...) y se le da el alta a pesar de manifestar `que está desesperado porque no le sienta bien ninguna medicación´”.

Considera que “no se adoptaron las medidas necesarias para prevenir una autolisis a pesar de los reiterados ingresos en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital y había precedentes inmediatos de intentos de suicidio (...), obviando absolutamente el `Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio´”, y estima que “podemos hablar de (...) responsabilidad de la Administración a partir de, como mínimo, el segundo intento de suicidio”.

Cuantifica la indemnización que solicita en noventa y seis mil euros (96.000 €).

Adjunta copia de las diligencias instruidas como consecuencia del fallecimiento de su padre, a las que se incorporan, entre otros documentos, el acta de declaración del conductor del camión ante la Guardia Civil, de la que resulta que “circulaba a la altura del punto kilométrico 52,500 de la A-66 (Ujo-Mieres), dirección León”, cuando una persona “se tiró al paso del vehículo, con voluntad de ponerse delante de él, sin dar la oportunidad al dicente a reaccionar para poder esquivarlo”.

2. Mediante oficio de 18 de noviembre de 2022, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto requiere a la interesada para que acredite su parentesco con el paciente, requerimiento que es atendido por la reclamante el

día 7 de diciembre del mismo año, fecha en la que presenta en el Registro Electrónico una copia de la inscripción de su nacimiento en el Registro Civil.

3. El día 21 de diciembre de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo de tramitación del mismo y los efectos del silencio administrativo.

Igualmente, identifica al instructor del procedimiento indicándole las normas con arreglo a las cuales podrá ser recusado.

4. Con fecha 10 de enero de 2023, la Gerente de la Fundación Hospital remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente junto con el informe suscrito el 27 de diciembre de 2022 por el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental. En este último consta que el paciente “estuvo ingresado en la Unidad Hospitalización Psiquiátrica” de la Fundación Hospital “del 5 al 9 de noviembre de 2021, con diagnóstico de trastorno de ansiedad (...). Fue remitido a petición propia a su psiquiatra privado, con el que estaba a tratamiento desde hacía un mes -de hecho el 02-11-2021 acude a Urgencias por secundarismos del antidepresivo prescrito por ese profesional (...). El 12 de noviembre es atendido en Urgencias (...) por autoingesta medicamentosa, siendo solicitada interconsulta a Psiquiatría, donde se explica la no intencionalidad autolítica de dicha ingesta, y se indica inicie tratamiento en el centro de salud mental correspondiente de forma preferente”.

5. El día 2 de mayo de 2023, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe pericial una especialista en Psiquiatría y un licenciado en Farmacia y máster en Peritaje Médico. En él refieren que el paciente “acudió a Urgencias de la Fundación Hospital el 02-11-2021 por síntomas compatibles con efectos secundarios del tratamiento antidepresivo iniciado por su psiquiatra privado el 18-10-2021 y ya retirado el 28-10-2021./ Recibe una atención correcta, ajustada

a adecuada praxis, valorado por médicos de Urgencias y (...) especialista en Psiquiatría que inicia nuevo tratamiento antidepresivo tras intolerancia del previo (...). Derivan a especialistas previos para seguimiento y se indica regrese a Urgencias si empeora./ Acude de nuevo a Urgencias de la Fundación Hospital el 05-11-2021, recibe una adecuada atención ajustada a praxis (...), inicialmente por los médicos de Urgencias que interconsultan a Psiquiatría de guardia que decide (...) ingreso en planta de hospitalización de Psiquiatría por riesgo suicida y para ajuste de tratamiento, pues el paciente refiere síntomas compatibles con efectos adversos del tratamiento antidepresivo iniciado el 02-11-2021./ Durante el ingreso se confirma el inicio del malestar emocional (del paciente) en julio de 2021 (...), presentando ideación obsesiva en torno a temores relacionados con impotencia sexual (por la que fue valorado en Urología el 18-08-2021 e iniciado tratamiento farmacológico y derivado a Salud Mental)./ La evolución clínica (...) fue favorable, siendo dado de alta en la unidad de hospitalización el 09-01-2021 acompañado de su hija. En el informe de alta se registra que los síntomas que motivaron su ingreso habían remitido con el ajuste del tratamiento realizado, 'Remite por completo la ideación suicida'. Dada la intolerancia a los antidepresivos pautados previamente, se inicia tratamiento con quetiapina (antipsicótico) para control y remisión de la ansiedad que presentaba (...). Durante el ingreso llevó a cabo permisos de salida con su familia sin incidencias. Se recoge en notas de enfermería que durante el ingreso el paciente expresa malestar por el hecho de estar ingresado, por ser sensible a (...) comentarios realizados por otros pacientes, hecho muy frecuente en los ingresos en unidades de hospitalización de Psiquiatría./ Al alta se remite a su psiquiatra habitual en circuito privado para seguimiento. Se diagnostica de trastorno de ansiedad sin especificación y probables rasgos anancásticos de personalidad (...). Acude de nuevo a Urgencias de la Fundación Hospital por intoxicación medicamentosa voluntaria el día 12-11-2021./ Valorado por médicos de Urgencias a su llegada que tratan la intoxicación por benzodiacepinas e interconsultan al psiquiatra para que valore al paciente, actitud terapéutica correcta y ajustada./ A las 15:39 h enfermería registra el deseo expreso del

paciente de no ingresar en la unidad de Psiquiatría. En una primera valoración psiquiátrica el paciente muestra síntomas de intoxicación por benzodiacepinas por lo que se pospone la evaluación, que es llevada a cabo tras remisión de dichos síntomas. En esta segunda valoración (...) refiere estar desesperado porque no le sienta bien ninguna medicación, está cada vez peor, desesperación ante esta situación `y fue ello lo que le impulsó a tomar el Lorazepam, no a matarse´. Se recoge la presencia de ideas obsesivas y reverberantes compatibles con el diagnóstico dado en el ingreso de probables rasgos anancásticos de personalidad. Lo describe como `inquieto, disfórico, ansioso´, sin síntomas psicóticos activos y con juicio de realidad conservado. Lenguaje coherente y estructurado, discurso con ideas obsesivas y reverberantes. Niega intencionalidad autolítica en este momento./ Se diagnostica de ansiedad ajustando el tratamiento con quetiapina a la baja. Remite preferente a (centro de salud mental) para seguimiento, tal y como indica el Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo suicidio del (Servicio de Salud del Principado de Asturias)./ Tres días más tarde (...) realiza un gesto autolítico con resultado de muerte. Desconocemos el estado del paciente tras el alta del hospital y circunstancias intercurrentes que pudieran haber podido pasar esos días y empeorar su estado mental”.

Afirman los autores del informe que, “pese al sexo, edad y estado civil del paciente (factores predisponentes positivos de riesgo de suicidio), poseía también factores predictores protectores: trabajo estable, una hija con la que convivía a semanas alternas y tenía buena relación, buena relación con padres y hermanos, iniciando una nueva relación de pareja, había pedido ayuda cuando se había encontrado mal, acudía a psicólogo y psiquiatra privado, no consumo de tóxicos (...), por lo que se podía prever una buena capacidad de contención ambulatoria”.

Concluyen que “el gesto suicida realizado fue voluntario e imprevisible, los ingresos preventivos no están indicados en planta de hospitalización de Psiquiatría por la iatrogenia que un ingreso no indicado, en sentido estricto, puede generar a algunos pacientes en relación a ser plantas cerradas, horario

restringido de visitas, retirada de objetos personales (móvil...), ‘contagio’ de síntomas de otros pacientes por su situación emocional vulnerable”, y que la atención sanitaria dispensada al paciente fue “correcta y ajustada a la *lex artis*”.

6. Mediante escrito notificado a la reclamante el 21 de julio de 2023, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

7. El día 8 de agosto de 2023, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que cuestiona el contenido del informe pericial emitido a instancias de la entidad aseguradora, a quienes reprocha “un excesivo sesgo” hacia la sanidad pública. Los informantes -según señala- “no tienen en cuenta que el fallecido tenía precedentes de intentos de suicidio que se remontan a los 18 años, ni que en el mes en el que se produjo el siniestro fue tratado en tres ocasiones en la Fundación Hospital”. Afirma que “no puede sostenerse como se hace en el informe que no hay intención autolítica” cuando ingiere las pastillas, “ni pretender deslizar que la responsabilidad pudiera estar en el tratamiento pautado por el psiquiatra privado”. Indica que “lo cierto es que el tratamiento pautado, esta vez en el hospital, tampoco da resultado ya que tres días más tarde se decide ingresarlo para contención por riesgo suicida y para ajuste de tratamiento. Cuestión que entendemos coherente y acertada con la situación del fallecido, al contrario de lo que sucede el 12-11-2021 donde hay una ingesta voluntaria de 25 cápsulas de Lorazepam de 1 mg, pese a lo cual simplemente se le pauta un lavado gástrico y se le da el alta a pesar de manifestar ‘que está desesperado porque no le sienta bien ninguna medicación’: en el primero de los supuestos bastó la ideación suicida para aplicarle una medida de contención y en este segundo, como indicó que no quería matarse (...), se le da el alta con los resultados sobradamente conocidos de muerte por suicidio”.

Por otra parte, pone de relieve que “la medicación pautada en la Fundación Hospital también podía generar pensamientos suicidas y un

empeoramiento de la depresión, cuestión que se omite en el informe médico aportado de adverso”.

8. Con fecha 22 de agosto de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “cuando el paciente se suicida el 15 de noviembre de 2021 arrojándose a un camión habían pasado 3 días desde la última valoración en Urgencias, donde fue dado de alta al no objetivar el psiquiatra riesgo autolítico en la exploración. El paciente niega intencionalidad suicida y mantenía capacidad de juicio de realidad conservado, por lo que se deriva a los servicios asistenciales de carácter ambulatorio al no estar indicado un ingreso forzoso al que (...) se negaba”.

En cuanto a la alegación de la reclamante de que “se omite en los informes que la medicación pauta en la Fundación Hospital también podía generar pensamientos suicidas y un empeoramiento de la depresión”, afirma que “eso se advierte en (...) las fichas técnicas y prospectos de todos los antidepresivos y antipsicóticos”, reproduciendo a continuación parcialmente un prospecto en el que se informa de la posibilidad de sufrir dicho efecto secundario. Ahora bien, según señala, “los antidepresivos y los antipsicóticos son los únicos medicamentos indicados en patologías como las que padecía” el enfermo.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 22 de septiembre de 2023, 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 Salud, 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.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación. De lo actuado se deduce que la asistencia sanitaria defectuosa se imputa a un centro asistencial privado con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud (Fundación Hospital). En tanto que la atención recibida por el paciente en el citado centro lo ha sido como beneficiario del sistema sanitario público, y que los servicios dispensados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido, el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, tal como viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 24/2021), siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a los que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento y en los términos establecidos en el citado convenio.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante 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 14 de noviembre de 2022, habiendo tenido lugar el fallecimiento del paciente el día 15 de noviembre de 2021, por lo que es claro que ha sido 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 del servicio afectado, 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 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 referida Ley.

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 del padre de la interesada, que atribuye al deficiente funcionamiento del servicio público sanitario que venía atendiendo su patología psiquiátrica.

Acreditado el óbito por el que se reclama, presumimos la existencia de un daño moral en la reclamante habida cuenta del cercano parentesco con la víctima.

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 sólo 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.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre la asistencia dispensada u omitida y el resultado dañoso.

En el caso que analizamos, la interesada atribuye al servicio público una responsabilidad por omisión cuando afirma, en su escrito inicial, que “no se

adoptaron las medidas necesarias para prevenir una autolisis a pesar de los reiterados ingresos en el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital y había precedentes inmediatos de intentos de suicidio (...), obviando absolutamente el `Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio´. Más concretamente, se reprocha en la reclamación que tras acudir el paciente al Servicio de Urgencias el día 12 de noviembre de 2021 por una intoxicación medicamentosa voluntaria le dieran “el alta a pesar de manifestar `que está desesperado porque no le sienta bien ninguna medicación´”. En el escrito de alegaciones presentado durante la sustanciación del trámite de audiencia añade la interesada un reproche adicional al afirmar que “la medicación pautada en la Fundación Hospital también podía generar pensamientos suicidas y un empeoramiento de la depresión”. Ahora bien, la reclamante no acompaña ninguna de las recriminaciones indicadas de prueba pericial alguna que las refrende. Al respecto, este Consejo viene reiterando que no resulta suficiente pretender la verosimilitud del nexo causal alegado desde la única perspectiva del fatal desenlace. En efecto, hemos señalado en anteriores ocasiones (por todas, Dictámenes Núm. 213/2019 y 109/2022) que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido con posterioridad. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis, como sucede en este caso, debe acreditar que los signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo-, y que tal sospecha imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

A falta de tal prueba en el caso que analizamos, el juicio de este Consejo debe formarse a la vista del conjunto documental constituido por los informes médicos librados a instancias del servicio público y el resto de documentos obrantes en el expediente, incluida la historia clínica.

Al respecto conviene señalar, como manifestamos en los Dictámenes Núm. 111/2015 y 106/2023, que en supuestos como el presente tan sólo 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, el Tribunal Supremo viene reiterando (por todas, Sentencia de 21 de marzo de 2007 -ECLI:ES:TS:2007:1655- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª), “en relación a la responsabilidad de la Administración sanitaria, en supuestos de suicidios (...), 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”.

El análisis del comportamiento de la Administración sanitaria en este caso concreto debe partir de la consideración de que el fallecido no se encontraba bajo la guardia y custodia de ninguna Administración pública; es decir, que no se trataba de un interno en un centro psiquiátrico o institución similar. A ello debemos añadir, en esta primera aproximación, que si bien el enfermo presentaba factores predisponentes positivos de riesgo de suicidio, tal y como asumen los especialistas autores del informe librado a instancias de la compañía

aseguradora, lo cierto es que también poseía factores predictores protectores pues, como se reseña en el informe de los mismos especialistas, tenía trabajo estable, mantenía buenas relaciones familiares, estaba iniciando una relación de pareja, tenía capacidad para pedir ayuda, se encontraba a seguimiento psicológico y psiquiátrico privados y no consumía sustancias tóxicas; por otra parte, negaba ideación autolítica en la exploración practicada durante su último ingreso, lo que dificultaba la predicción de una conducta suicida.

Asimismo, y puesto que se reprocha al servicio público sanitario el alta supuestamente prematura del paciente con fecha 12 de noviembre de 2022, hemos de señalar que el internamiento involuntario de los enfermos en las unidades de Psiquiatría constituye una medida excepcional que sólo puede adoptarse bajo criterios terapéuticos y con autorización judicial en los casos en que el sujeto “no esté en condiciones de decidirlo por sí”, según establece el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil; circunstancia esta que no consta concurriera durante el último ingreso del padre de la perjudicada. A mayor abundamiento, no cabe obviar que la decisión de ingresar a un paciente de forma involuntaria ha de ser adoptada tras una seria ponderación de los criterios clínicos que la justifican pues, según se indica en el informe pericial emitido a instancias de la entidad aseguradora, los ingresos no indicados pueden resultar contraproducentes y perjudiciales para la salud de los pacientes. En el caso de que se trata, no consta que estuviera justificado el internamiento involuntario del paciente, ya que de las anotaciones obrantes en la historia clínica resulta que no presentaba síntomas psicóticos, mantenía un juicio de realidad conservado y atribuía la ingesta de pastillas no a un deseo de matarse sino a la intención de hacer frente al malestar que le producía la medicación que tomaba para su patología mental. En estas circunstancias, considerando que el paciente había expresado su voluntad de no ser ingresado y que no se evidenciaba riesgo de suicidio en ese momento, se reajusta el tratamiento y se le cita con carácter preferente para control ambulatorio en el centro de salud mental; actitud que los especialistas autores del informe librado a instancias de la compañía

aseguradora califican de acorde al Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En cuanto al reproche de inidoneidad de la medicación pautaada que, según expresa la interesada en el trámite de audiencia, “también podía generar pensamientos suicidas y un empeoramiento de la depresión”, hemos de señalar que el citado efecto secundario, suficientemente conocido por estar reflejado en las fichas técnicas y prospectos de todos los antidepresivos y antipsicóticos, tal y como se indica en la propuesta de resolución, integra un riesgo inherente al tratamiento que es además inevitable, dado que “los antidepresivos y los antipsicóticos son los únicos medicamentos indicados en patologías como las que padecía” el paciente. Por tanto, no acreditándose la existencia de otra alternativa terapéutica el reproche de mala praxis referido a la prescripción farmacológica debe asimismo decaer.

En definitiva, a la vista lo actuado en el procedimiento y documentado en el expediente, este Consejo considera que no existen hechos, ni pruebas suficientes ni indicios claros que justificasen que el ingreso hospitalario del paciente debiera haberse prolongado más allá del día 12 de noviembre de 2021 ni que se hubiera pautaado al enfermo una medicación inadecuada.

Considerando que 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 necesarios para realizar la evaluación concreta del riesgo suicida y minimizar el grado de posibilidad de que se materialice, hemos de concluir que el enfermo es correctamente atendido en todas las ocasiones en que demanda la asistencia del servicio público, lo que a nuestro juicio descarta una responsabilidad por omisión.

Finalmente, los datos de la exploración del paciente no hacían previsible, a juicio los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora, una conducta suicida inminente, por más que las medidas dispuestas se hayan lamentablemente revelado a la postre ineficaces para evitar la voluntaria decisión con la que puso fin a su vida.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.