

Dictamen n<sup>o</sup>           **243/14**  
Consulta:           **Consejero de Sanidad**  
Asunto:           **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación:       **04.06.14**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 4 de junio de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1, de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por G.G.S., por los daños y perjuicios causados por la defectuosa asistencia sanitaria, prestada a su hija, R.A.O.G., por el Hospital Universitario de Infanta Leonor.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 5 de mayo de 2014, con registro de entrada en este órgano el día 8 siguiente, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, en virtud de reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excm. Sra. Dña. Cristina Alberdi Alonso, quien firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 4 de junio de 2014.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo es acompañado de documentación que en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, se considera suficiente.

**SEGUNDO.-** Por escrito presentado el día 8 de abril de 2013 en el registro de la Consejería de Sanidad dirigido al Servicio Madrileño de Salud, la interesada anteriormente citada formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios causados como consecuencia del fallecimiento de su hija, R.A.O.G., diagnosticada de psicopatía, fallecida por ahorcamiento en su domicilio pocas horas después de recibir el alta hospitalaria por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor (folios 1 a 4 del expediente administrativo).

Según expone la reclamante, su hija estaba en tratamiento por trastorno límite de la personalidad y agorafobia desde el año 2002, siendo atendida de forma regular en el Centro de Salud Mental de Villaverde y había tenido dos ingresos previos, en el Hospital 12 de Octubre, por intentos autolíticos con sobreingesta medicamentosa y precipitación.

El día 7 de abril de 2012 fue atendida por el SUMMA 112 por ideación autolítica, acordándose su traslado forzoso al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor.

Alega la interesada en su escrito de inicio del procedimiento que, a pesar de que la doctora que atendió a su hija en el Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario conocía estos antecedentes, le dio de alta al considerar que *“no encontraba criterios para tratamiento involuntario de la paciente en ese momento, no existiendo una demanda implícita por su parte y no objetivando psicopatología susceptible de tratamiento forzoso”*. A las pocas horas de recibir el alta, la reclamante encontró a su hija muerta en el domicilio que ambas compartían.

Cuantifica el importe de su reclamación en 105.133,53 € y acompaña con su escrito copia del certificado de defunción de R.A.O.G., informe de alta del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor,

de 7 de abril de 2012 e informe médico forense de 24 de octubre de 2012 (folios 5 a 7).

La interesada propone como pruebas, además de la documental aportada, que se solicite informe de intervención a la Policía Municipal y al SUMMA 112 y la declaración testifical de los agentes y del facultativo del SUMMA 112 que acordó el traslado de su hija al Hospital Infanta Leonor.

**TERCERO.-** Del examen de la historia clínica de la reclamante y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

R.A.O.G., de 29 años de edad, seguía tratamiento en los Servicios de Salud Mental de Villaverde, a temporadas, desde septiembre de 2002 y de forma continuada desde febrero 2011. Durante este tiempo es atendida en el citado centro por diversos profesionales:

- 2/9/2002 al 15/1/2003, fecha en la que abandona seguimiento, por la psicóloga clínica A.L.;
- 9/4/2008 al 6/5/2009 fecha en la que abandona seguimiento, por el psiquiatra Dr. J.R.
- Tras solicitud de cambio de profesional es citada el 10/8/2010 con la Dra. M.R. y no acude;
- Desde el 7/2/2011 es atendida por el psiquiatra Dr. S.V.

Asimismo, durante estos años ha precisado atención en Urgencias de Psiquiatría en diversas ocasiones, indicándose su hospitalización psiquiátrica.

Así, durante el año 2002 precisó ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Hospital Universitario 12 Octubre, tras

primer gesto autolesivo por sobreingesta medicamentosa y en el Hospital Universitario de Puerta de Hierro por nueva sobreingesta medicamentosa.

En abril 2008 tuvo que ser ingresada en el Servicio de Traumatología del Hospital 12 de Octubre y valorada, asimismo, por interconsulta de Psiquiatría, por intento autolítico con precipitación desde un puente (politraumatismo con múltiples fracturas y neumotórax bilateral).

Durante el año 2011 precisó ingreso en la Unidad de Psiquiatría del Centro Asistencial A (Ciempozuelos) del 15 al 28 de enero de 2011 por conductas heteroagresivas e ideación autolítica persistente, con diagnóstico al alta de trastorno límite de la personalidad. A este centro fue derivada desde el Hospital 12 de Octubre. Así resulta del informe de alta de 28 de enero de 2011 que, en el resumen de la historia clínica, dice:

*“Paciente que desde hace unos meses comenzó con un empeoramiento anímico con irritabilidad y descontrol emocional. La paciente relaciona el inicio del cuadro con la pérdida de su trabajo como cuidadora de su abuela. Continúas discusiones con su madre a la que recrimina ser la culpable de todos sus males (pérdida de trabajo, inestabilidad vital, mala relación con su hermana, etc.), y con su hermana con la que siempre ha tenido cierta rivalidad y competitividad. En las últimas semanas la paciente fue mostrándose cada vez más irritable, agresiva verbalmente y con continuas amenazas auto y heterolíticas si no accedía a sus demandas (que su tía le devolviera su trabajo, etc.). La ideación autolítica fue cobrando más intensidad, abusando a diario de lorazepam y alprazolam. Fruto de esta situación su madre tuvo que abandonar el domicilio dejando sola a la paciente y marchándose a casa de una hermana. La paciente refiere haber realizado un intento autolítico frustrado unos días antes de su ingreso (intento de electrocución con un calefactor en la bañera). Ante la inestabilidad de la paciente su*

*madre avisó al SAMUR quienes trasladaron a la paciente a la Urgencia del Hospital 12 de Octubre para valoración. Allí se decidió su ingreso en nuestra unidad”.*

El día 28 de enero de 2011, *“tras la desaparición completa de la ideación autolítica, las conductas agresivas y la realización de planes de futuro coherentes se dio de alta a la paciente para continuar su tratamiento de forma ambulatoria”.*

En el último período de tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental de Villaverde, desde febrero 2011 acudió regularmente a las citas. Paralelamente, estaba siendo evaluada en el Hospital de Día de Adultos de Villaverde para tratamiento intensivo de su trastorno límite de la personalidad, acudiendo irregularmente a las citas señaladas. Refería síntomas de agorafobia y ansiedad en relación con diversos juicios y amenazas que decía estar sufriendo por parte de una anterior pareja, asimismo denuncias policiales en reiteradas ocasiones.

El día 7 de abril de 2012 a las 19:15 horas, se recibió una llamada en el SUMMA 112, solicitando asistencia para R.A.O.G., en la calle B nº aaa. El médico que la coordinó registró: *“agitación agresividad, no sabe dónde está la paciente, volverá a llamar”*, la misma queda resuelta con consejo médico.

Casi media hora después, a las 19:43 horas, se recibió nueva llamada en el SUMMA 112, para la misma paciente y en la misma calle. El médico que la atendió registró: *“Antecedentes personales: trastorno límite de personalidad en otras ocasiones ingreso por intento suicidio, ahora cuadro de agitación y amenaza con suicidio”*, por lo que se procedió al envío de una Unidad de Atención Domiciliaria (UAD) con médico al domicilio, solicitando éste una Ambulancia Psiquiátrica para traslado forzoso tras la atención oportuna.

A las 21:16 horas del día 7 de abril de 2012, la paciente ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor.

En la historia clínica se hace constar que es trasladada de forma forzosa para valoración por el SUMMA 112, por ideación autolítica.

Como antecedentes personales se anota que está en tratamiento por trastorno límite de la personalidad (TLP) y agorafobia desde el año 2002, en seguimiento regular en el CSM de Villaverde, con historia de dos ingresos previos en el Hospital 12 de Octubre en 2002 y en 2008 por intentos autolíticos con sobreingesta de medicamentos y precipitación. Acude semanalmente a la asociación de TLP. Pendiente de ingreso en el Hospital de día. Consumo habitual de porros, niega consumo habitual desde hace unos meses.

Después de anotar unos datos biográficos de la paciente se hace constar en el informe como enfermedad actual:

*«La paciente comenta que, esta tarde ha ido a hacer las paces con la chica con la que lleva desde principios de año, y antes de salir de casa ha amenazado a su madre de que si no permite esta relación, que no le gusta, se acabará ahorcando, “pero es una amenaza, no pensaba hacer nada”. Al parecer se han “compinchado” para trasladar a la paciente a esta urgencia para valoración. Comenta que no es la medicación pautada, pero que es como se la toma porque se nota menos sedada.*

*Actualmente en tratamiento con Alprazolam 0,5 mg 1-0-0, Lorazepam 1 mg si ansiedad y Paroxetina 20 mg 1-0-0».*

A la exploración clínica, la paciente se encuentra abordable y colaboradora, haciéndose constar en el informe:

*“Aspecto cuidado. No hay alteraciones de la psicomotricidad. Niega ideación autolítica o autolesivas. Subdepresivo. Niega abandono de autocuidado. Leve tendencia al llanto. Mantiene sueño y apetito. Buena conciencia de enfermedad. Discurso fluido y coherente, adecuadamente estructurado”.*

Con el juicio clínico de trastorno límite de personalidad, se acuerda mantener el tratamiento. La doctora que la atiende hace constar en el informe de alta:

*“No encuentro criterios para tratamiento involuntario de la paciente en este momento, no existe una demanda por su parte y no se objetiva psicopatología que sea susceptible de tratamiento forzoso. En caso de empeoramiento acudirá a su hospital de referencia para valoración”.*

La paciente es dada de alta el día 7 de abril de 2012 a las 21:59 horas.

Tras el alta, la paciente se fue a su domicilio, sito en la calle Paseo C, bbb. Así resulta del atestado policial aportado por la reclamante:

*“Que cuando salen del hospital la finada seguía en estado nervioso y su madre temía que ésta pudiera agredirla a ella debido a episodios anteriores de violencia, por lo que la madre, G.G.S., se va a casa de su hermana y la finada a su domicilio”.*

Al día siguiente, 8 de abril de 2012 a las 20:57 horas, se recibe una llamada en el SUMMA 112 para la paciente R.A.O.G. en el domicilio Paseo C nº bbb – 2º. El motivo que anota el médico regulador es “ahorcamiento”; al lugar se desplaza una UAD médica que confirma el fallecimiento.

Según el informe médico forense de autopsia, la hora del fallecimiento se puede situar a las 4 horas del día 8 de abril de 2012.

**CUARTO.-** Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

Con fecha 15 de abril de 2013 se requiere a la interesada para que aporte copia del Libro de Familia que acredite su relación de parentesco con la finada y copia del informe médico forense y estado en el que se encuentra el procedimiento abreviado Diligencias Previas 1544/2012 seguidas en el Juzgado de Instrucción nº 6 de Madrid.

Por escrito presentado el 27 de mayo de 2013, la reclamante da cumplimiento al anterior requerimiento y acompaña Auto de Sobreseimiento del Juzgado de Instrucción nº 6 de Madrid que acuerda el sobreseimiento provisional y archivo de la causa al indicar el informe médico forense que la causa de la muerte de R.A.O.G. es de etiología médico-legal violenta y suicida, y el resto de la documentación requerida (folios 14 a 20).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la reclamante que obra en el Hospital Universitario Infanta Leonor, Hospital 12 de Octubre y SUMMA 112 (folios 24 a 145).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 RPRP se ha emitido el informe por el jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor (folio 23) que declara:

*“El proceder a intervenir en contra de la voluntad de un paciente, es un procedimiento delicado y sujeto a circunstancias muy*

*determinadas. En la exploración que se realizó a dicha paciente, no se encontró ninguna de ellas, incluida la exploración de la ideación autolítica, que fue negada por la paciente, minimizando lo ocurrido y ciñéndolo a un hecho circunstancial, en relación a una discusión. Por lo que, y a pesar del ofrecimiento de la ayuda, esta fue declinada por la paciente, por lo que se procedió al alta de la Urgencia, advirtiéndole de la posibilidad de retornar a Urgencias, en caso de empeoramiento.*

*Una de las características del diagnóstico que presentaba la paciente (Trastorno Límite de la Personalidad), tal y como se hace constar en el escrito de reclamación, es la impulsividad, lo que hace a estos pacientes especialmente impredecibles, y vulnerables a las tensiones ambientales, pero no por ello se les puede privar de su autonomía cuando no existe una causa médica suficiente que limite el ejercicio de un derecho fundamental”.*

Consta, igualmente, la emisión de informe por un psiquiatra del Centro de Salud Mental de Villaverde de fecha 1 de julio de 2013 (folios 30 y 31) donde se trataba a la paciente que, tras una exposición de las asistencias prestadas a la paciente, manifiesta:

*“R.A.O.G. no se encontraba incapacitada legalmente y en reiteradas ocasiones - en ausencia de intoxicación por cannabis u otros tóxicos y sin presentar síntomas afectivos, psicóticos, disociativos u otra condición psicopatológica que altere el normal juicio de realidad - se le explicó de forma comprensiva para su buen nivel intelectual las diversas posibilidades terapéuticas existentes tanto para su agorafobia como para su inestabilidad emocional, incluyendo la hospitalización psiquiátrica a tiempo completo (UHB) o el Ingreso en alguna de las Comunidades Terapéuticas para Trastornos de la*

*Personalidad existentes en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, posibilidades que rechazó en reiteradas ocasiones. En varias ocasiones se explicaron dichas posibilidades terapéuticas en presencia de la madre de la paciente”.*

Consta, igualmente, la emisión de informe por el subdirector de enfermería responsable de Atención al Usuario del SUMMA 112 (folio 32), que una vez revisado el registro del Servicio Coordinador de Urgencias declara:

*«El día 7 de abril de 2012 a las 19:15 horas, se recibió una llamada en el SCU, solicitando asistencia para R.A.O.G., en la calle B nº aaa. El médico que la coordinó registró: “agitación agresividad, no sabe dónde está la paciente, volverá a llamar”, la misma queda resuelta con Consejo Médico.*

*El día 7 de abril de 2012 a las 19:43 horas, se recibió nueva llamada en el SCU, para la misma paciente en la calle B nº aaa. El médico que la atendió registró: “Antecedentes personales: trastorno límite de personalidad en otras ocasiones ingreso por intento suicidio, ahora cuadro de agitación y amenaza con suicidio”, envió una Unidad de Atención Domiciliaria (UAD) con médico al domicilio, solicitando ésta una Ambulancia Psiquiátrica para traslado forzoso tras la atención oportuna. Se adjunta informe.*

*El día 8 de abril de 2012 a las 20:57 horas, se recibió una llamada en el SCU para la paciente R.A.O.G. en el domicilio Paseo C nº bbb – 2º. El motivo que anota el médico regulador es “ahorcamiento”; al lugar se desplaza una UAD médica que confirma el fallecimiento».*

Además, se ha incorporado al expediente informe de la Inspección Sanitaria de 24 de octubre de 2013 (folios 147 a 157) que, tras un examen exhaustivo de la historia clínica y de los informes médicos emitidos, declara:

*«En el informe del forense indica que de los análisis toxicológicos de la muestra de sangre del cadáver de la paciente el resultado indica consumo de cannabis, ansiolíticos y oxcarbazepina, así mismo la intoxicación por Paroxetina (antidepresivo) que se puede considerar de etiología autolítica y concausa del fallecimiento.*

*La impulsividad de los pacientes que presentan el Trastorno Límite de la Personalidad es una de sus características, esta impulsividad hace que sean pacientes difíciles de predecir. Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor, según se recoge en la historia clínica, le ofreció a la paciente ayuda, que esta declinó, no encontrándose criterios en esos momentos, para el internamiento forzoso.*

*La valoración específica, del riesgo de conducta suicida, es difícil debido a las dificultades propias de anticipar una conducta cualquiera en una persona concreta, por la cantidad de variables que intervienen. Debido a estas dificultades, se intentaron utilizar escalas que permitieran evaluaciones más fiables de la posibilidad de suicidio de los pacientes, pero las escalas de riesgo suicida, la mayoría de las veces consisten más en listas de factores de riesgo para hacer un recordatorio al médico en la entrevista, y complemento al juicio clínico, que en verdaderas escalas de medición del riesgo suicida.*

*Según la bibliografía consultada, entre el 8 y 10% de los pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad, fallecen por suicidio consumado.*

*En la anamnesis y exploración de la ideación suicida del paciente debe indagarse si ésta es activa o pasiva, si el sujeto contempla métodos específicos, si tiene previsto realizarlo en futuro próximo, así como las razones para consumarlo o no y si están presentes ideas homicidas.*

*En la exploración clínica que el Servicio de Psiquiatría del Hospital Leonor realizó el día 7 de abril de 2012, se recoge “niega ideación autolítica o autolesivas, con discurso fluido coherente y adecuadamente estructurado”.*

*La evaluación del riesgo suicida sigue siendo fundamentalmente una tarea clínica».*

El informe de la Inspección concluye, por tanto, que *“la actuación del Servicio de Psiquiatría del Hospital Leonor fue adecuada en el curso clínico de la paciente”.*

Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado trámite de audiencia a la reclamante, quien –con fecha 27 de febrero de 2014– presenta escrito de alegaciones en el que manifiesta que queda acreditado en el expediente que existían factores de riesgo evidentes que debieron haberse tenido en cuenta por el equipo médico del Hospital Infanta Leonor que atendió a la hija de la reclamante. Junto con su escrito (folios 161 y 162), acompaña copia del atestado policial, informe de alta del Complejo Asistencial A y del psiquiatra del Centro de Salud Mental de Villaverde (folios 163 a 169). En el atestado policial se recoge:

*«Que comparece/n para dar cuenta de los hechos ocurridos a las 21:15 horas, del día 08/04/2012, en Piso, PASEO C, bbb, 2-2º D, de MADRID, y que se detallan a continuación.*

- *Que los funcionarios actuantes son comisionados por la Emisora Central H-50, la cual les informa que en la calle Paseo C, bbb, 2-2º D, hay una persona finada por ahorcamiento.*

- *Que una vez en el lugar los actuantes se entrevistan con la madre: G.G.S. con DNI:(...), y con la hermana M.O.G., con DNI: (...), las cuales les manifiestan que la finada, R.A.O.G., con DNI (...) la cual tenía un trastorno límite de la personalidad y que en el día de ayer 7/4/12, su madre arriba referida la acompañó al hospital, porque la finada se encontraba muy nerviosa dándole el alta y no dejándola ingresada. Que cuando salen del hospital la finada seguía en estado nervioso y su madre temía que ésta pudiera agredirla a ella debido a episodios anteriores de violencia, por lo que la madre, G.G.S., se va a casa de su hermana y la finada a su domicilio.*

- *Que en el día 8 del mes en curso, G.G.S. vuelve al domicilio acompañada de su hija M.O.G., la cual se encontraba fuera de Madrid, encontrándose en el domicilio el cuerpo de la finada en el baño de la vivienda, ahorcada con unas cadenas alrededor de su cuello y colgada del soporte de la mampara de la ducha.*

- *Que la madre refiere no haber dejado ninguna nota de suicidio, aunque la finada envió un mensaje vía mail sobre las 02:00 horas de la mañana del día 8/4/11 a su expareja, diciéndole textualmente que se quería suicidar.*

- *Que se persona en el domicilio en indicativo SUMMA UAD-R2, los cuales certifican la muerte pero no las causas, que entregan parte de hoja de defunción así como hoja clínico asistencial, los cuales se adjuntan a las presentes.*

- *Que este indicativo actuante comisiona a Policía Científica y comisión Judicial para certificar las causas de la muerte, personándose en el domicilio el indicativo de Policía Científica “LOFOS 8”, el cual realiza la pertinente inspección ocular, así como la comisión judicial del Juzgado de Guardia número 6, cuyos médicos forenses proceden al levantamiento del cadáver, lo cual queda reflejado en diligencias 1544/12 del Juzgado de Guardia número 6.*

- *Que el cuerpo de la finada, es trasladado por el coche XXX de la empresa “D” con placa de matrícula XXXX, al Instituto Médico Forense para la realización de su correspondiente autopsia».*

Finalmente, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria –por delegación en la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 6/2014, de 17 de marzo- se dicta propuesta de resolución en fecha 16 de abril de 2014, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada por entender que la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital fue adecuada y conforme a la “*lex artis*” y no concurrir la antijuridicidad del daño (folios 171 a 175).

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## CONSIDERACIONES DE DERECHO

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de diciembre (LRCC), a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC.

**SEGUNDA.-** El procedimiento de responsabilidad patrimonial, que se inició a instancia de interesada según consta en los antecedentes, tiene su tramitación regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Ostenta la reclamante la condición de interesada para promover el procedimiento, al amparo del artículo 139 de LRJ-PAC, por cuanto que sufre el daño moral causado, supuestamente, por la deficiente asistencia sanitaria. En el caso que nos ocupa, está acreditado el fallecimiento de una persona, mediante los informes médicos y policiales, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999). Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a la reclamante con la finada, mediante fotocopia del Libro de Familia.

Se cumple, igualmente, el requisito de la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJ-PAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año

de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, el fallecimiento de la paciente se produjo el día 8 de abril de 2012 por lo que no existe duda alguna de que la reclamación presentada el día 8 de abril de 2013 se ha formulado en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha practicado la prueba precisa mediante informe del servicio interviniente en este caso, informe del jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor y se ha puesto el expediente de manifiesto para alegaciones, en cumplimiento de los artículos 9, 10 y 11 del R.D. 429/1993, 82 y 84 de la Ley 30/1992, a la interesada en el procedimiento, por lo que no existe en absoluto indefensión.

**TERCERA.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

*“1º.- 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.*

*2º.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.*

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias (por todas, v. las de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 26 de junio, sobre el recurso 4429/2004 y de 15 de enero de 2008, sobre el recurso nº 8803/2003) los requisitos de la responsabilidad extracontractual de la Administración, que son los siguientes:

1º) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión. Esta calificación del daño no viene determinada por ser contraria a derecho la conducta del autor, sino porque la persona que sufre el daño no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión que es necesario examinar y dilucidar en cada caso concreto.

3º) La imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que, al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. El daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad

administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar la antedicha relación o nexo causal.

**CUARTA.-** En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) y 29 de junio de 2011 (recurso nº 2950/2007) disponen que *“se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316) y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825)] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”*.

La misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en Sentencias de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000) y 4 de abril de 2011 (recurso de casación nº 5656/2006), afirma que *“lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”*.

Señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008 (Recurso nº 4429/2004), de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) y 29 de junio de 2011 (recurso nº 2950/2007) que *“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”*. Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *“lex artis”*.

**QUINTA.-** Acreditada la realidad del daño consistente el fallecimiento de la hija de la reclamante, resulta necesario examinar si existe relación de causalidad entre el daño sufrido y el funcionamiento del servicio público sanitario.

La reclamante considera acreditado que existían factores de riesgo evidentes que debieron tomarse en consideración por el equipo médico del Hospital Infanta Leonor, antes de dar el alta a la paciente, que había sido

trasladada forzosamente al citado Hospital por el SUMMA 112, por encontrarla *“agitada y refiriendo intenciones autolíticas”*.

Es conveniente recordar que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999–, 30 de septiembre de 2003 –recurso 732/1999– y 11 de noviembre de 2004 –recurso 4067/2000– entre otras).

En el presente caso, la reclamante no aporta prueba alguna que justifique que la paciente debió quedar ingresada, en contra de su voluntad, en el Hospital Infanta Leonor. Considera suficientemente acreditada esta circunstancia por el informe del SUMMA 112 que, con el juicio diagnóstico de trastorno límite de personalidad e intenciones autolíticas, acordó *“de modo forzoso”* su traslado al Hospital Infanta Leonor para valoración psiquiátrica.

Se plantea si, la actuación del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Leonor actuó, o no, correctamente al dar de alta a la paciente sin acordar su ingreso forzoso.

En estos casos, como ya se señaló en nuestro Dictamen 609/13, de 11 de diciembre, es preciso tener en cuenta la doctrina establecida por el Tribunal Supremo en Sentencia de 21 de marzo de 2007 (sección sexta, recurso núm. 276/2003), con cita de la doctrina de las Sentencias de 5 de febrero de 2007 (rec. cas.4067/2003) y de 7 de enero de 2001 (rec. 6360/96), que, estando el paciente ingresado en una unidad psiquiátrica: *“es necesario analizar si el intento de autolisis resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes de la paciente, por cuanto si atendidos estos podía resultar previsible lo ocurrido, hubiera devenido necesario adoptar*

*las necesarias medidas de atención y cuidado. Debe igualmente precisarse – se añade– si la conducta de la actora al arrojarse por la ventana, conforma o no una ruptura del nexo causal, para lo cual enlazándose con cuanto acaba de decirse, ha de determinarse si debido a su alteración mental era previsible que 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, éste tiene el deber de vigilar cuidadosamente el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento”.*

En el presente caso, consta reflejado en el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Leonor la voluntad de la paciente –mayor de edad y no incapacitada judicialmente– de no querer quedar ingresada en dicho centro hospitalario, *“no hay demanda implícita por su parte”*. En relación con su intención autolítica se hace constar que la paciente niega ideación autolítica o autolesivas y se recoge lo manifestado por la paciente:

*«... comenta que, esta tarde ha ido a hacer las paces con la chica con la que lleva desde principios de año, y antes de salir de casa ha amenazado a su madre de que si no permite esta relación, que no le gusta, se acabará ahorcando, “pero es una amenaza, no pensaba hacer nada”. Al parecer se han “compinchado” para trasladar a la paciente a esta urgencia para valoración».*

En los antecedentes personales, se reflejan dos intentos autolíticos en 2002 y en el año 2008, y que se encontraba en tratamiento por trastorno límite de personalidad y agorafobia en seguimiento regular en el Centro de Salud Mental de Villaverde. No se manifestó por la paciente o su familia que hubiera sufrido un empeoramiento de su enfermedad en el año 2011, nuevo intento autolítico o que hubiese estado ingresada –por dicho

agravamiento- en el Complejo Asistencial “A” desde el 15 hasta el 28 de enero de 2011.

La reclamante afirma que de la historia clínica de su hija se acredita que existían factores de riesgo evidentes que debieron tomarse en consideración por el equipo médico del Hospital “*Infanta Leonor*”. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que el servicio de psiquiatría del citado hospital, al tiempo de efectuar una valoración para acordar el ingreso forzoso de la paciente, no disponía de esta historia clínica, al no tratarse de su hospital de referencia, conociendo únicamente lo recogido en el informe del SUMMA 112: “*paciente agitada que refiere intenciones autolíticas (derivada en varias ocasiones al Complejo Asistencial A)*” y lo manifestado por la paciente y que se recoge en el informe de alta como antecedentes personales.

Según resulta del estudio del expediente, la paciente, cuando fue atendida por el SUMMA 112, se encontraba en la calle B, aaa. Lugar que parece ser el domicilio de su hermana, y donde –según recoge el informe de alta del Complejo Asistencial A, aportado por la reclamante en el trámite de audiencia- se había trasladado su madre (la reclamante), abandonando su domicilio en el Paseo C, bbb, residencia en la que continuó viviendo la finada. Por este motivo, fue trasladada por el SUMMA 112 al Hospital “*Infanta Leonor*” y no al “*12 de Octubre*”, donde había sido atendida en anteriores ocasiones y donde sí se disponía de la historia clínica de la paciente.

Por tanto, si para analizar si el intento de autolisis resultaba, o no, previsible, debe realizarse “*a la vista de los antecedentes de la paciente*”, habrán de tenerse en cuenta los antecedentes de los que disponía el Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor, y que eran –únicamente- los manifestados y recogidos en el informe de alta y no todos los consignados en la historia clínica.

A la luz de esta consideración, debe analizarse la actuación del Servicio de Psiquiatría que, en caso de considerar previsible el suicidio, debía adoptar el ingreso forzoso de la paciente, al haber manifestado ésta su voluntad contraria al ingreso.

El artículo 763 de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, regula internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico y dispone:

*«1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.*

*La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal».*

*En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley».*

Debe observarse que el inciso *“el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá*

*autorización judicial” del párrafo primero del artículo 763.1, así como el inciso del párrafo segundo de este mismo artículo y apartado: “la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida” han sido declarados inconstitucionales por Sentencia del Tribunal Constitucional (Sala Pleno) 132/2010, de 2 diciembre 2010, porque “posibilitan la decisión de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, pues, en tanto que constitutiva de una privación de libertad, esta medida sólo puede regularse mediante Ley orgánica”.*

Según el Fundamento Jurídico 2 de la STC 132/2010, dictada ante una cuestión de inconstitucionalidad planteada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 8 de A Coruña, en relación con el art. 763.1, párrafos primero y segundo, de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, por posible vulneración de los arts. 17.1 y 81.1 de la Constitución:

*«... la duda de constitucionalidad que debemos resolver ha sido ya respondida en la STC 129/1999, de 1 de julio, que resolvió la cuestión planteada por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción núm. 6 de Orihuela (Alicante), en relación con el art. 211, párrafo segundo, del Código Civil, en la redacción dada por la Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil en materia de tutela.*

*Señalamos en aquella ocasión que “la garantía de la libertad personal establecida en el art. 17.1 de la Constitución alcanza, desde luego, a quienes son objeto de la decisión judicial de internamiento a que se refiere el art. 211 del Código Civil. Es, en efecto, doctrina de este Tribunal que dentro de los casos y formas mencionados en el art. 17.1 ha de considerarse incluida... la “detención regular... de un enajenado”, a la que se refiere el art. 5.1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos » (STC 104/1990, fundamento jurídico 2).*

*En tanto que constitutiva de una privación de libertad, es obvio que la decisión de internamiento sólo puede ser acordada judicialmente y que, en lo que aquí importa, el precepto que la hace posible sólo puede ser una Ley orgánica, pues, dada su condición de norma que fija uno de los casos en que una persona puede ser privada de libertad, concurre al desarrollo del derecho fundamental garantizado en el art. 17.1 (STC 140/1986 F. 2)».*

*Sin embargo, esta Sentencia no consideró necesaria la forma de Ley orgánica para el artículo cuestionado (art. 211, párrafo segundo, del Código Civil, en la redacción dada al mismo por la Ley 13/1983, de 24 de octubre) por cuanto éste se refería a reglas procedimentales para la conformación de la decisión judicial de internamiento. Según esta doctrina, la exigencia de Ley orgánica se circunscribe a “la norma que en nuestro Derecho permite el internamiento de personas que padezcan trastornos psíquicos” (STC 129/1999, F. 2)».*

Los efectos de esta declaración de inconstitucionalidad se determinan en el Fundamento Jurídico 3:

*“Ciertamente en ambos casos nos hallamos ante unos preceptos incluidos en una Ley ordinaria y dotados efectivamente de este carácter que, no obstante, regula una materia que, de acuerdo con la doctrina establecida en la STC 129/1999, F. 2, es materia reservada a Ley orgánica (arts. 17.1 y 81.1 CE, de tal modo que vulneran el art. 81.2 CE.*

*A esta declaración de inconstitucionalidad no debe anudarse en este caso la declaración de nulidad pues esta última crearía un vacío en el Ordenamiento jurídico no deseable, máxime no habiéndose cuestionado su contenido material. Por otra parte, como recordamos*

*en la antes aludida Sentencia del día de hoy en la cuestión de inconstitucionalidad núm. 4511-1999, (F. 4), la posibilidad de no vincular inconstitucionalidad y nulidad ha sido reconocida por nuestra jurisprudencia”.*

Por tanto, al tratarse el internamiento forzoso de una medida restrictiva de la libertad individual del paciente y, por tanto, de un derecho fundamental, debe adoptarse con la debida cautela. En este sentido, el informe del jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor dice:

*“Una de las características del diagnóstico que presentaba la paciente (Trastorno Límite de la Personalidad), tal y como se hace constar en el escrito de reclamación, es la impulsividad, lo que hace a estos pacientes especialmente impredecibles, y vulnerables a las tensiones ambientales, pero no por ello se les puede privar de su autonomía cuando no existe una causa médica suficiente que limite el ejercicio de un derecho fundamental”.*

Idea ésta que, como ya se señaló en nuestro Dictamen 69/13, de 11 de diciembre, se recoge en el artículo 20.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que establece el principio de reducir la hospitalización psiquiátrica a los casos en que resulte indispensable. Así, dispone el precepto:

*«Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:*

*“1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización*

*parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización».*

Por tanto, el facultativo que atendió en el Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Leonor a la paciente tenía que optar entre el internamiento forzoso, que suponía una privación de libertad contraria a la voluntad de la paciente, o darle el alta. Para adoptar esta decisión, no contaba con la historia clínica de R.A.O.G. y solo conocía los antecedentes que manifestó la paciente o su familia.

Según resulta del informe de alta, en la exploración clínica la paciente se encontraba *“abordable y colaboradora”*, presentaba aspecto cuidado, no tenía alteraciones de la psicomotricidad y negaba ideación autolítica o autolesivas. Continúa el informe:

*“Subdepresivo. Niega abandono de autocuidado. Leve tendencia al llanto. Mantiene sueño y apetito. Buena conciencia de enfermedad. Discurso fluido y coherente, adecuadamente estructurado”.*

Con el juicio diagnóstico de trastorno límite de personalidad, la paciente fue dada de alta porque según lo manifestado en el informe:

*“No encuentro criterios para tratamiento involuntario de la paciente en este momento, no existe una demanda implícita por su parte y no se objetiva psicopatología que sea susceptible de tratamiento forzoso. En caso de empeoramiento acudirá a su hospital de referencia para valoración”.*

Tanto el informe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor, como el informe de la Inspección Médica, aportan datos concluyentes para poder estimar que la actuación sanitaria fue correcta, a pesar del desgraciado suceso.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente,

## CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 4 de junio de 2014

