

Dictamen nº: **564/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.12.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 15 de diciembre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña., actuando en su propio nombre (en adelante “*la reclamante*”), reclamando los daños y perjuicios derivados del fallecimiento por autolisis de su hijo, D., por considerar deficiente la asistencia sanitaria que le fue dispensada por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, en su último ingreso, ya que no consiguió evitar su suicidio.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante presentó reclamación de responsabilidad patrimonial en materia sanitaria, mediante escrito presentado en el registro de la consejería de Sanidad, el 1 de agosto de 2019.

En su escrito, la reclamante considera deficiente la asistencia sanitaria que se dispensó a su hijo en el Servicio de Psiquiatría del H.U. Fundación Alcorcón, en su ingreso del 24 de octubre de 2017, por

entender que la indicada asistencia no impidió, sino que propició, que éste acabara con su vida.

A resultas de todo ello, solicita una indemnización por cuantía total de 106.162,50€. En documento adjunto a su reclamación desglosa la cuantía por la que reclama, diferenciando entre perjuicios personales y patrimoniales e incluyendo en esta última categoría una cantidad como daño emergente y otra como lucro cesante.

Consta en la reclamación que por los mismos hechos se presentó por la reclamante denuncia penal que dio lugar a las Diligencias Previas 912/2017 seguidas en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 6 de Alcorcón, y que finalizaron por Auto de sobreseimiento de 18 de junio de 2018, notificado el 19 de Junio de 2018, por el que se decreta el sobreseimiento provisional y el archivo de las actuaciones, sin perjuicio de las acciones civiles que, en su caso, pudieran corresponder al perjudicado.

Recurrido en apelación el sobreseimiento, con fecha 8 de octubre 2018 fue desestimado por Auto de la Audiencia Provincial.

Junto con la reclamación, se aporta el DNI de la reclamante, cierta documentación médica, así como copia de la inscripción de fallecimiento del suicida en el Registro civil de Alcorcón -donde se refleja su filiación y que estaba soltero cuando falleció-, el Auto de 25 de octubre de 2017, del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 3 de Alcorcón, ratificando el internamiento psiquiátrico forzoso del afectado en el H.U. Fundación Alcorcón, la denuncia penal formulada por la reclamante frente a un médico psiquiatra del H.U. Fundación Alcorcón y a otro responsable del Servicio de Hospital de día del mismo, a cuya terapia acudió el fallecido y, como responsables civiles subsidiarios, señala al referido hospital y a la Comunidad de Madrid-, con entrada en el Decanato de los Juzgados de Instrucción de Alcorcón el día 15 de diciembre de 2017. También acompaña el Auto de

sobreseimiento recaído en primera instancia, el Recurso de Apelación interpuesto frente al mismo, el Auto nº 740/2018, de 8 de octubre de 2018, de la sección 23 de la Audiencia Provincial de Madrid, que confirma el sobreseimiento en apelación, un cuadro con el desglose de la reclamación que formula y, finalmente el informe médico forense de la autopsia, confirmando que el fallecimiento se produjo por un shock traumático compatible con precipitación.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo -al que se han incorporado la historia clínica del fallecido-, ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

Entre los antecedentes médicos del fallecido, de 24 años de edad en el momento de los hechos, constan diversas consultas en atención primaria, desde el año 2015. En ellas su madre manifestaba apreciar en él posibles trastornos del comportamiento, aunque los mismos no pudieron llegar a filiarse, por falta de continuidad en la asistencia del paciente a las citas médicas.

Los días 5 y 8 de abril de 2017 el paciente acudió al servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) solicitando que le pusieran la vacuna del tétanos sin justificación médica y presentando alteraciones senso-perceptivas (consultando por manchas y quistes que no se objetivaban). Sin otros antecedentes psiquiátricos, se le ofreció tratamiento farmacológico que el paciente rechazó, y se le indicó que debía solicitar atención en el Centro de Salud Mental.

El día 24 de julio, el paciente acudió al Centro de Salud con la misma idea delirante, solicitando que le pusieran una dosis de la vacuna del tétanos para que no le salieran más bultos en el brazo. Nuevamente rechazó acudir a Salud Mental de zona.

El 24 de octubre del mismo año, sobre las 12 horas, el paciente fue llevado al servicio de Urgencias del HUFA por el SUMMA y la policía, para valoración, tras un episodio de agresividad en el medio familiar que fue diagnosticado de trastorno psiquiátrico a filiar con impresión de esquizofrenia paranoide, que requirió de contención mecánica, y tratamiento farmacológico en Urgencias.

El mismo día 24 de octubre de 2017 se procedió a su ingreso involuntario en el H.U. Fundación de Alcorcón, para filiar cuadro clínico e iniciar el tratamiento necesario, siendo ratificado judicialmente, al día siguiente. Durante el ingreso, el paciente fue diagnosticado de acuerdo a su sintomatología de esquizofrenia paranoide, en situación de brote, al presentar persistentes ideas delirantes y alucinaciones, y se instauró tratamiento con neurolépticos (aripiprazol) de acuerdo con el diagnóstico.

En el sexto día de ingreso y dentro del plan de tratamiento del paciente, que debe incluir una previsión del alta, se planteó no alargar su estancia en el hospital e intentar el recurso de la asistencia en *medios intermedios*, que permitieran el tratamiento del paciente, sin sustentarse en un ingreso forzoso, como el que se mantenía hasta entonces. Ese abordaje médico y/o asistencial, por sus características precisa de la colaboración del paciente y, en un primer momento no se pudo materializar ante la falta de disposición del afectado.

En las diferentes notas clínicas posteriores se recogieron los comentarios sobre la paulatina mejoría del paciente, y aunque se objetivó que continuaba sin conciencia de su enfermedad, también se indicó que se mostraba más colaborador, por lo que para asegurar el cumplimiento terapéutico de cara al alta de la hospitalización, con seguimiento ambulatorio, se prescribió en el noveno día del ingreso la administración del neuroléptico *depot* de liberación lenta, por vía inyectable y duración mensual. Así, en anotación clínica de 2 de

noviembre de 2017 se apuntó: *“Se queja de mareo, probablemente por la levomepromazina, que suspendo. Esta tarde administraremos la primera dosis de Abilify Maintena. Sin conciencia de enfermedad pero menos discutidor y sin hostilidad”.*

El 10 de noviembre, tras diecisiete días de ingreso y ante la mejoría que se refleja en la historia clínica, el paciente fue dado de alta, quedando planificado su seguimiento en el Hospital de día.

El día 13 de noviembre el paciente acudió al Hospital de día, y según se refleja en los comentarios recogidos en su historia clínica, tanto por el psiquiatra como por el terapeuta ocupacional, consta que se había encontrado bien el fin de semana y no había indicios que hiciesen sospechar de propósitos o ideas autolíticas.

El día 14, queda reflejado en la historia que se tiene conocimiento del suicidio por precipitación del paciente.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares:

El 9 de septiembre de 2019, se comunicó al Hospital U. Fundación Alcorcón, como entidad concertada con el SERMAS, la tramitación del procedimiento por si quisiera personarse en el mismo y, para que comunicara esos datos a su aseguradora.

El 13 de septiembre de 2019, se remitieron los informes clínico asistenciales del SERMAS, correspondientes a los días 24 de octubre y 13 de noviembre del 2017, aunque tales intervenciones no fueran objeto de reproche y, previo el requerimiento al Hospital Universitario de Alcorcón, se incorpora la historia clínica del paciente, que incluye el

detalle del tratamiento dispensado durante el ingreso hospitalario forzoso ratificado judicialmente, así como las notas del tratamiento en el Hospital de día.

Consta el cumplido informe del jefe de la Unidad de psiquiatría del hospital Universitario Fundación Alcorcón, de fecha 19 de septiembre de 2019 (folios 159 a 166 del expediente), donde se explica el abordaje terapéutico y farmacológico a que se sometió al paciente, que –no obstante- había cronificado su enfermedad, ya que parecía haberla desarrollado desde mucho tiempo antes, pese a no haber sido tratado.

El informe explica con todo detalle las razones y argumentos médicos que aconsejaron iniciar un tratamiento ambulatorio y la forma en que se previó la correspondiente transición: contemplando la asistencia del paciente en el Hospital de día, en tanto no se dispusiera de plaza en el Centro de Salud Mental correspondiente y, pautando una medicación adecuada a la enfermedad esquizoide -el juicio clínico fue trastorno psicótico a filiar, con impresión clínica de esquizofrenia paranoide-, decidiendo finalizar el ingreso involuntario del paciente, pero asegurando que siguiera el tratamiento farmacológico prescribiendo una medicación inyectable de liberación lenta y aplicación mensual, para facilitar la adherencia al tratamiento, por faltar la conciencia de su enfermedad del afectado, además de la necesaria psicoterapia adicional. De todo ello se informó a la madre del paciente -hoy reclamante- requiriendo de su apoyo en el contexto familiar.

Con fecha 12 de marzo de 2020, se emite informe por la Inspección médica. Dicho informe efectúa una serie de consideraciones técnicas sobre el suicidio y señala que la estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un

momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos.

A la vista de todo ello, el informe insiste en el acierto de los argumentos del jefe del Servicio de Psiquiatría del hospital y, por tanto considera que la atención dispensada, pese al fatal desenlace, se ajustó a la *lex artis* ad hoc, durante el episodio de hospitalización y en el periodo de transición pautado, que combinaba las medidas farmacológicas y psicoterapéuticas adecuadas al proceso diagnóstico, obrándose con seguridad al instaurar un tratamiento con una pauta y mecanismo aplicación que garantizaba el cumplimiento terapéutico, esencial en estos pacientes, y además obrar con toda prudencia, al planificar el seguimiento del paciente en el Hospital de día, para detectar cualquier anormalidad en la evolución.

El 24 de septiembre de 2020 se concedió trámite de audiencia a la reclamante.

El 22 de octubre, la reclamante presenta un extenso escrito de alegaciones -pese a que, en otro escrito anterior, de fecha 8 de octubre, había manifestado que no iba a hacerlo, remitiéndose simplemente a su reclamación inicial-. En el segundo escrito, la reclamante se opone a las conclusiones del informe de la Inspección y en especial se centra en cuestionar la mejoría del paciente, que propició el alta hospitalaria para instaurar tratamiento ambulatorio, así como en negar la imprevisibilidad del suicidio.

Finalmente, la viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 11 de noviembre de 2020, en la que propone al órgano competente, desestimar la reclamación al no haberse demostrado una mala praxis, ni nexo causal entre la actuación facultativa y el daño reclamado.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 19 de noviembre de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 15 de diciembre de 2020.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, actuando en su propio nombre, al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público

(LRJSP), en cuanto se trata de la madre de la persona que recibió la asistencia sanitaria y cuyo fallecimiento le ocasionó un evidente daño moral, que no precisa prueba alguna. Ese sería el único concepto por el que se podría indemnizar a la reclamante, en este caso -en el supuesto de concurrir los demás requisitos legales-, por mucho que la misma, al detallar el importe que reclama, cuantifica perjuicios personales y patrimoniales y en esta última categoría incluye una cantidad como daño emergente y otra como lucro cesante.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria cuestionada fue dispensada por el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, centro concertado con la Comunidad de Madrid.

En este punto cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo, 107/18, de 8 de marzo, 446/20, de 13 de octubre, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 9ª). En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la

asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades 16/26 concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, un plazo de prescripción de un año desde que se produzca el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. Concorre en este caso el efecto interruptivo de la prescripción que produce el ejercicio de la acción penal, según se reconoce, entre otros, en el Dictamen 269/20, de 7 de julio.

En el presente caso, el fallecimiento del hijo de la reclamante se produjo el 13 de noviembre de 2017, pero al haberse presentado denuncia penal ante los juzgados de Instrucción de Alcorcón en diciembre de ese mismo año, se interrumpió el plazo de prescripción, que se reanuda, con la notificación del Auto nº 740/2018, de 8 de octubre de 2018, de la sección 23 de la Audiencia Provincial de Madrid de que confirmó el sobreseimiento penal. Aun desconociéndose el momento exacto de esa notificación, pero necesariamente posterior a su fecha y dado que la reclamación que da origen a este procedimiento se formuló el día 1 de agosto de 2019, puede concluirse que está presentada en plazo legal.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En concreto, se solicitó el informe del servicio al que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC, y se evacuó el trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC. Igualmente se recabó el informe de la Inspección

Sanitaria, por lo que puede afirmarse que su desarrollo ha sido correcto.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que es necesario que concurra:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

CUARTA.- La reclamación considera que el paciente cuyo suicidio se produjo el día 13 de noviembre de 2017, recibió una asistencia inadecuada por parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, durante su ingreso entre las fechas del 24 de octubre y el 10 de noviembre de 2017, que propició que éste acabara con su vida.

Han de examinarse esos reproches sobre la base del material probatorio contenido en el expediente administrativo.

En las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: *“según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate.”*

La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde en principio a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial, conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, si bien teniendo en cuenta lo dispuesto en ese precepto legal en cuanto a la facilidad probatoria. Así como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de diciembre de 2017 (recurso 39/2015):

“Así, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27.11.1985 , 9.6.1986 , 22.9.1986 , 29 de

enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero , 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997 , 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero , 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992 , entre otras)”.

En este caso, en sustento de su criterio la reclamante no aporta material probatorio alguno y se limita a efectuar una valoración diferente de la documentación incluida en la historia clínica incorporada al expediente, cuestionando la adecuación del tratamiento farmacológico y terapéutico establecido, al considerar que existían indicadores muy serios de riesgo autolítico, por lo que entiende que debía haberse prolongado el internamiento forzoso de su hijo.

Es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014): *“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las 18/24 partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”* y

también en la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

En el caso que ahora nos ocupa, el cumplido informe de la Inspección analiza los factores de riesgo generalmente aceptados en la práctica clínica y efectúa una serie de consideraciones médicas en referencia a su concreta aplicación al caso, sustentándola sólidamente en la opinión mayoritaria de una extensa bibliografía médica en la materia, que cita. De ese modo indica:

“Sobre esta denuncia, y de acuerdo con los hechos constatados...cabe comentar:

1.- Que se trata de un paciente con antecedentes de alteraciones del comportamiento de años de evolución, que ha rechazado la atención en los servicios de salud mental, y que es ingresado de manera involuntaria por un episodio de agresividad en el medio familiar, y diagnosticado de esquizofrenia paranoide de acuerdo a los síntomas psicóticos positivos que presentaba (ideas delirantes y alucinaciones).

2.- Que una vez filiado el cuadro psicótico que le llevó al ingreso, se instaura el tratamiento correcto con Aripiprazol, que es un antipsicótico de segunda generación con menor riesgo de efectos secundarios que los antipsicóticos de primera generación. (Harting L, Tratamiento de la esquizofrenia. Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia Dr. Rogelio Apiquian Guitart Investigador en Ciencias Médicas E, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez).

3.- Que durante los días de ingreso del paciente, no se recoge en los comentarios evolutivos de la historia clínica ningún factor de riesgo suicida, más allá del aislamiento social en el que se encontraba el paciente desde hacía varios años. (Riesgo suicida es el término que

se utiliza para los pacientes con esquizofrenia que presentan los siguientes Factores de riesgo suicida: Depresión, desesperanza, ideación suicida, intentos suicidas anteriores, historia familiar de suicidio, pérdidas significativas, funcionamiento psicosocial pobre, aislamiento social, deterioro.) Todo ello según la Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia Dr. Rogelio Apiquian Guitart Investigador en Ciencias Médicas E, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

4.- Que sin embargo, sí se consigna en varias ocasiones “la ausencia de conciencia de enfermedad por parte del paciente”, lo cual como reconoce el informe del facultativo que le trató, hacía prever dificultades en el cumplimiento del tratamiento, que aconsejaron la aplicación del antipsicótico en solución inyectable de larga duración y administración mensual. Esta es la conducta correcta, entendiendo que la adherencia al tratamiento es un factor protector para el paciente, tal y como se observa en la siguiente bibliografía: Es deseable la instauración precoz del tratamiento. Se tiene el convencimiento razonable de que este inicio terapéutico temprano mejora el pronóstico de la enfermedad... (Francey SM, 2010). La relación entre el uso de antipsicóticos y la conducta suicida, aunque fue inicialmente motivo de controversia, ha quedado claramente desechada y, por el contrario, la adherencia al tratamiento ha sido claramente establecida como un factor protector. (Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. J Psychopharmacol 2010; 24: pp. 81-90. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España José L. Ayuso-Mateos). En cualquier caso, en los pacientes con trastornos mentales y riesgo de suicidio debe asegurarse una continuidad de cuidados y asistencia, así como un tratamiento correcto que incluya la verificación del cumplimiento

farmacológico a dosis plenas. (Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2012-01-01, Volumen 5, Número 1, Páginas 8-23)”.

Así las cosas, de todo ello se desprende que la estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo y que, no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo como tal, pese a que existen elementos a tomar en consideración, que en este caso se consideraron: los antecedentes personales y familiares, la evaluación del nivel de conciencia, la capacidad mental y competencia para tomar decisiones del afectado, la presencia –en su caso- de enfermedades mentales graves y el estado de ánimo.

En el supuesto analizado, se trataba a un paciente adulto con antecedentes de alteraciones del comportamiento de años de evolución –al menos desde el 2015-, según las anotaciones de Atención Primaria, aunque como refirió su madre su aislamiento social empezó antes. Tales disfunciones no pudieron filiarse, ni tratarse, al rechazar el paciente ser atendido en los servicios de salud mental.

En octubre de 2017, a raíz de un episodio de agresividad en el medio familiar, fue cuando resultó ingresado de manera involuntaria en el Servicio de Psiquiatría del H.U. Fundación Alcorcón. Allí fue correctamente diagnosticado y se le realizó una valoración de riesgo autolítico bajo, en aplicación de los indicadores establecidos por las “Guías de Prevención de la Conducta Suicida” y la práctica médico-psiquiátrica expuesta, procediendo según las consecuencias de ese criterio, por mucho que finalmente el suicidio se llevara a efecto, poco después.

Según todo ello y, en línea con las previsiones y principios generales de la política sanitaria en materia de salud mental que orientan a la reducción al mínimo posible de la necesidad de hospitalización mediante la atención de los problemas de salud mental

en al ámbito comunitario, el paciente fue dado de alta de la Unidad de Psiquiatría el día 10 de noviembre, con un tratamiento farmacológico adecuado y medidas psicoterapéuticas ajustadas a su proceso diagnóstico.

De ese modo, se instauró un tratamiento inyectable y de liberación lenta, que garantizaría el cumplimiento de la pauta farmacológica y facilitaría el abordaje terapéutico, esencial en estos pacientes -ya que, en este caso, la falta de conciencia de la enfermedad del afectado era uno de los problemas principales- y, además, se actuó con prudencia, planificando el seguimiento del paciente en el Hospital de día para detectar cualquier anomalía en la evolución.

El paciente acudió, como así había sido planificado, a seguimiento en el Hospital de día psiquiátrico dependiente del hospital donde había estado ingresado, las mañanas de los días 12 y 13 de noviembre y en las correspondientes sesiones manifestó encontrarse bien, no detectándose ningún síntoma de anomalía que pudiera hacer sospechar una tendencia suicida. Por todo ello, se considera que la praxis clínica, se ajustó a "*lex artis ad hoc*".

Esta Comisión ya ha analizado en dictámenes como el 61/18, de 8 de febrero, el 484/18, de 8 de noviembre y el 379/20, de 15 de septiembre, la compleja problemática derivada de suicidios tras recibir asistencia médica e incluso internamientos forzosos.

En concreto, en el Dictamen 484/18 se puso de manifiesto la dificultad del manejo de este tipo de pacientes, al no existir pruebas diagnósticas perfectamente objetivables que puedan mostrar inequívocamente si existe o no patología subyacente o pensamientos suicidas ocultos por el enfermo, cosa que puede ocurrir en ocasiones, aun cuando los pacientes sean interrogados por el profesional correspondiente de forma hábil, correcta y adecuada.

Si el diagnóstico en medicina es sumamente difícil en general, como destacó el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su sentencia de 27 de febrero de 2020 (rec. 541/2017), especialmente complejo es el referido diagnóstico y la subsiguiente toma de decisiones en el ámbito psiquiátrico, ya que se depende esencialmente de medios como son las entrevistas con pacientes y familiares que lógicamente no arrojan datos necesariamente ciertos y/o fiables, como resulta evidente que también ocurrió en este caso, ya que el paciente había acudido a terapia la misma mañana del día del suicidio y nada hacía sospechar de cuáles eran sus propósitos.

Ante esta situación, cuando la reclamante considera que la efectiva producción del suicidio es una muestra de la equivocación del facultativo, en su error del abordaje asistencial, incurre ciertamente en la prohibición de regreso, ya que tiene en cuenta acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño, así sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 2 de marzo de 2020 (rec. 424/2017), ente otras.

Por todo ello no concurren los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado que la asistencia sanitaria incurriese en infracción de la *lex artis*.

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 esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 15 de diciembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 564/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid