

Dictamen n.º: **392/23**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **20.07.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 20 de julio de 2023, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., Dña. y D., por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su hija y hermana, Dña., que atribuye a la asistencia sanitaria prestada por el Centro de día del Hospital Universitario de Getafe, en el tratamiento de un trastorno límite de personalidad.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 7 de septiembre de 2021 los interesados antes citados, representados por abogado, formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por el fallecimiento de su familiar que consideran consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria prestada por el Centro de día del Hospital Universitario de Getafe (folios 1 a 3 del expediente administrativo).

Según refieren en su escrito, los hechos ocurrieron en la mañana del día 3 de marzo de 2021, cuando Dña. (...), que asistía con regularidad al Centro de día del Hospital Universitario de Getafe, para seguir tratamiento por trastorno límite de personalidad, *“fue expulsada de dicho centro en la mañana, en el horario de sesiones y tratamiento en el Centro de día, mientras padecía un estado de ansiedad que desencadenó en la consumación de un suicidio en la próxima estación de tren de Cercanías de Renfe de Getafe”*.

Exponen que el suicidio de Dña. (...) fue consecuencia de la inexistencia de un protocolo específico para pacientes en tratamiento de trastorno límite de personalidad en el centro de día; la inexistente comunicación necesaria entre docentes y/o terapeutas del centro de día y los familiares responsables o tutores de los pacientes; deficiencias en el trato de personas altamente sensibles como son los pacientes psiquiátricos y muy en especial los pacientes con trastorno límite de personalidad por parte del Centro de día del Hospital Universitario de Getafe; inexistencia de un seguimiento necesario por parte del Centro de día, tras la expulsión de una paciente en situación de ansiedad y, finalmente, que en las entrevistas previas al comienzo de la terapia, se le notificó que debía abandonar a sus, en aquel momento, psicóloga y psiquiatra que la trataban, ya que sería el propio centro de día el que gestionaría dichas labores terapéuticas y responsabilidades.

Acompañan con su escrito copia parcial del Auto de 21 de abril de 2021 de sobreseimiento libre y archivo de las actuaciones, la escritura de poder otorgada a favor del representante, fotocopia del DNI del representante de los reclamantes, fotocopia del libro de familia y certificado de defunción de la familiar de los reclamantes (folios 4 a 24).

Requeridos por la Administración sanitaria para que indicaran el importe de la indemnización solicitada, por escrito presentado el día 29 de septiembre de 2021 los interesados cuantifican el importe de la

indemnización en 168.989,03 euros, de acuerdo con el Baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Cantidad resultante de la suma de 74.169,75 euros que correspondería al padre (73.748,33 euros más 421,42 € por daño emergente), 73,748,33 euros para la madre y 21.070,95 euros para el hermano.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

La paciente, de 19 años de edad, el día 22 de marzo de 2020 fue valorada por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Getafe tras sobreingesta medicamentosa con finalidad autolítica.

Refería no haber tenido contacto previo con Salud Mental, si bien si informaba clínica ansioso depresiva de dos años de evolución, con seguimiento reciente con su médico de Atención Primaria con introducción de psicofármacos y seguimiento por Psicología en ámbito privado. Varios gestos autolesivos previos, no sobreingesta. Sin alergias conocidas. Recibía tratamiento con Fluoxetina 20 mg. y Lorazepan 1 mg.

Se valoró a la paciente en dos ocasiones a lo largo de la mañana tras su estabilización por parte del Servicio de Medicina Interna de sobreingesta medicamentosa. Refería deseos de muerte y ánimo bajo de dos años de evolución. Describía oscilación anímica con dificultades en la autogestión emocional *“estoy bien y de repente me enfado o rompo a llorar”*. En este contexto mantenía dichas ideas de muerte sin realizar crítica completa de las mismas, refiriendo ser una carga para los demás y no querer vivir así, aunque al mismo tiempo mostraba una clara ambivalencia en su discurso pasando a hablar de ideas y expectativas futuras (ir a clase, preocupada por no terminar sus estudios por las medidas de confinamiento).

La paciente refería empeoramiento con las medidas de confinamiento tomadas por la COVID-19, por mayor aislamiento e inactividad física y social. Se describía a sí misma como una persona muy autoexigente e insegura, con “baja autoestima” y cierto sentimiento de vacío. Refería fenómenos disociativos /despersonalización.

A las 15 horas se mantuvo entrevista conjunta con los padres, en la que expresan preocupación por el estado anímico de su hija y el acto que había llevado a cabo. Se puso en relación lo sucedido con su propia historia biográfica y rasgos disfuncionales y dificultad en gestión emocional. *“Consideramos, dado el cuadro clínico, pertinente un ingreso psiquiátrico de contención que favorezca una implicación propia en un proceso psicoterapéutico a medio plazo. Los padres indican que acudirán al Hospital (...) a la urgencia”.*

El día 29 de abril de 2020 tuvo que ser atendida nuevamente por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Getafe por gesto autolítico. Solicitan valoración por paciente de 20 años que ha sido atendida por sobreingesta medicamentosa voluntaria de aproximadamente 60 comprimidos y cortes superficiales en antebrazos, cuello y rostro.

Según resulta de la historia clínica, la paciente había sido atendida el 22 de marzo anterior por una primera sobreingesta medicamentosa voluntaria, ante lo cual se planteó ingreso que, por tener la paciente un seguro privado, se realizó en una clínica privada, siendo dada de alta tras tres semanas de ingreso. La paciente había mantenido seguimiento telefónico individual y familiar con su psicóloga de referencia del seguro privado desde el alta.

Describe que, tras ser dada de alta, había permanecido en su domicilio en las circunstancias de confinamiento existentes en ese momento, sintiéndose muy supervisada y vigilada por sus padres y su hermano, con los que convivía. La paciente describía entender dicha

supervisión, pero refería que le generaba mucha ansiedad, por lo que solía pasar los días en su habitación estudiando, viendo series. Refería que sentía muchos cambios a nivel emocional *“paso de un día sentirse muy triste, a otro estar rabiosa y dar golpes, a otro que pienso que quiero suicidarme...”* y episodios de impulsividad.

La paciente en ese momento no realizaba crítica del gesto autolítico.

Tras entrevista familiar, se reevaluó a la paciente que planteó unos objetivos más realistas para un ingreso, estando el padre de acuerdo con la decisión. La paciente también mostró una reactividad emocional más congruente con la situación. Se planteó ingreso breve de contención, voluntario en la Unidad de Hospitalización Breve, por lo que según protocolo se solicitó PCR. Conociéndose el resultado negativo de dicha prueba, se procedió al ingreso voluntario de la paciente en la citada unidad.

El día 21 de mayo de 2020 fue dada de alta. Según recoge la historia clínica:

“En las primeras semanas del ingreso muestra dificultades en la metacognición, manteniendo un discurso centrado en aspectos parciales y concretos. En las sesiones individuales se trabajan las dificultades para regular sus emociones, así como la tendencia a fusionarse con las ideas de muerte. La paciente consigue establecer una diferenciación entre los pensamientos de muerte y las conductas autolesivas. Trabajamos estrategias cognitivas y emocionales destinadas a favorecer la tolerancia de pensamientos y emociones desagradables. La paciente gradualmente comienza a regular la intensidad de sus afectos mediante conductas más saludables. También trabajamos dificultades en las relaciones con sus iguales y la gestión de conflictos familiares favoreciendo el establecimiento de límites saludables. Durante el ingreso realiza conductas autolesivas

que progresivamente van disminuyendo y de las que realiza crítica. Paulatinamente, la paciente se va mostrando más reflexiva, menos actuadora e impulsiva, verbalizando planes de futuro concretos y realistas en el corto plazo. Durante todo el ingreso la paciente se muestra abordable y colaboradora, aunque inicialmente mantiene una actitud depositadora, progresivamente se va haciendo responsable de su proceso terapéutico. En los últimos días la paciente no realiza conductas autolesivas, se muestra más contenida a nivel conductual y estable emocionalmente. Antes de dar el alta trabajamos sobre las posibles dificultades que se puede encontrar en el domicilio familiar y con sus iguales, verbalizando posibles estrategias que la ayuden a gestionar dichas dificultades”.

Con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad se recomendó consulta en el Centro de Salud Mental el día 27 de mayo de 2020 y continuar seguimiento psicológico en medio privado.

La paciente fue atendida en el Centro de Salud Mental el día 27 de mayo de 2020.

El día 31 de mayo de 2020 acudió a Urgencias, traída por sus padres, por cortes superficiales en antebrazos.

Se consideró innecesario introducir modificaciones en el tratamiento y fue dada de alta con indicación de seguimiento por su Centro de Salud Mental, control por su médico de Atención Primaria, continuar con sus citas semanales con la psicóloga privada y acudir a Urgencias en caso de empeoramiento.

El día 25 de junio de 2020 tuvo que ser atendida nuevamente en el Hospital Universitario de Getafe por “*gesto autolesivo*”, en forma de cortes superficiales en antebrazos y cuello.

Ante el elevado nivel de angustia de la paciente y el riesgo de paso al acto en forma de nuevos gestos autolesivos y enfrentamientos familiares por la propia dinámica familiar, se decidió pernocta en observación. Se informó a los familiares, que estaban de acuerdo con el planteamiento terapéutico.

Tras un episodio de angustia y ansiedad en el que le quitaron una cuchilla de las manos que se negaba a dejar, se procedió a su ingreso voluntario.

A medida que transcurre el ingreso la paciente comienza con escalada de ansiedad, autolesiones y agitación que no son fácilmente reconducibles a pesar de los cambios de medicación y otras medidas conductuales practicadas. Se observa importante intolerancia a la frustración y a la puesta de límites, con transgresiones cada vez más graves y reacciones más agresivas, lo que obliga a inmovilizaciones terapéuticas cada vez más frecuentes. El 20 de julio de 2020 la paciente realiza intento autolítico mediante ahogamiento que finalmente no consuma gracias a la intervención del personal, sin aparentes secuelas a nivel físico, pero del que no realiza crítica, expresando persistencia de ideación autolítica activa, así como de tendencia al acto en forma de autolesión. Se reajusta plan terapéutico dirigido a minimizar el elevado riesgo autolítico, con reforzamiento de medicación antiimpulsiva y extremándose las medidas de supervisión. En dicho contexto y a la vista del elevado riesgo autolítico y la necesidad de una estrecha contención por parte del medio sanitario, se solicita paso de ingreso a involuntario según artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

A raíz de dichas medidas se observa una progresiva mejoría en la paciente, disminuyendo la frecuencia y gravedad de las conductas autolíticas y autolesivas, una mayor implicación de la paciente en el tratamiento a corto y medio plazo y una progresiva mejora de la

conducta, sin presencia de alteraciones significativas de la misma (agitaciones, auto y heteroagresividad hacia objetos) que habían sido frecuentes previamente. Se mantuvieron varias entrevistas familiares en las que se informó de la evolución y alternativas futuras de tratamiento, con un gradual compromiso de la paciente con el mismo. Se ofrecieron también visitas familiares que repercutieron favorablemente en la evolución. En coordinación con su psiquiatra de referencia se ofreció derivación a hospital de día, observándose una adecuación a los planes de futuro a medio plazo. A la vista de que la paciente no presentaba alteraciones de conducta desde hacía varios días y no expresaba temor al descontrol de impulsos se procedió a pernocta en domicilio que transcurrió sin incidentes. Tras entrevista familiar de cierre en la que la paciente no expresaba ideación autolítica, se procedió al alta el día 31 de julio de 2020. Se indicó consulta de seguimiento posthospitalización en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de Getafe el día 5 de agosto de 2020, cita de evaluación en el Hospital de Día de Getafe el día 24 de agosto y revisión en el Centro de Salud Mental de Getafe el día 31 de agosto de 2020.

Con fecha 31 de agosto de 2020 la paciente fue atendida nuevamente en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe por alteración de conducta en su domicilio. Tras valoración médica, se mantuvo entrevista familiar a la que acudieron sus padres, que indicaron que la paciente había estado mejor durante el mes de agosto, señalando diversos aspectos en los que observaban un avance y una mayor autocontención en la paciente. Se plantearon alternativas de manejo al ingreso que la paciente no veía plausibles ante el temor al descontrol de impulsos y la demanda de un espacio de contención y aislamiento alternativo a la casa familiar. Se acordó con la paciente ingreso voluntario breve de contención tras resultado negativo de PCR por COVID-19. La paciente permaneció ingresada hasta el día 8 de septiembre de 2020, día en que fue dada de alta con cita presencial en el

Centro de Salud Getafe para el jueves 10 de septiembre y evaluación en el Hospital del Día de Getafe el día 15 siguiente.

El día 18 de septiembre de 2020 nuevamente fue llevada a Urgencias por el SUMMA 112 por alteraciones de conducta en domicilio. Realizada PCR para COVID-19, resultó positiva, en paciente asintomática salvo leve somnolencia por medicación administrada durante la noche. Valorada por Psiquiatría, describe el episodio sucedido el día anterior como similar a episodios previos, en los que, sin que identifique un desencadenante y de manera repentina, la paciente comienza con una intensa angustia, en el contexto de la cual presenta ideas autolesivas, con un marcado carácter ansiolítico, y que le resultan difíciles de controlar. No obstante, relata que en alguna ocasión sí que ha sido capaz de pedir ayuda antes de llegar al acto, como sucedió en el citado episodio, en el cual pudo comunicárselo a su familia sin llegar a autoagredirse, siendo ésta quien la trasladó al hospital. En esos momentos, el episodio se había resuelto por completo, realizando la paciente crítica de lo sucedido y mostrándose preocupada al respecto. *“Niega ideas autolíticas ni intención de paso al acto en la actualidad, refiriendo que desea volver al domicilio y retomar su actividad habitual”*. Refiere estabilidad psicopatológica en los días previos. La paciente se encuentra realizando las entrevistas previas a su inclusión en el Hospital de Día, valorando positivamente la derivación a este recurso. Dado que la paciente realiza crítica del episodio por el que es traída a Urgencias, no presentando en esos momentos ideas autolíticas y verbalizando una buena sensación de contención interna, comprometiéndose a continuar su seguimiento y pedir ayuda en caso de empeoramiento, se decidió alta por Psiquiatría del Hospital Universitario de Getafe. En contacto telefónico con el padre de la paciente, corroboró el relato de ésta y se mostró conforme con el plan terapéutico. Fue dada de alta con indicación de medidas de aislamiento domiciliario durante 14 días por positivo a COVID-19.

Seis días después, el día 24 de septiembre de 2020 tuvo que ser atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe por nuevo episodio de angustia, finalmente resuelto. Se indicó tratamiento y acudir a cita programada con su psiquiatra de referencia, evaluación por el Hospital de Día, control por su médico de Atención Primaria y volver a Urgencias en caso de empeoramiento.

Con fecha 5 de octubre la paciente acudió nuevamente al Servicio de Urgencias por ideas de muerte y angustia. Al resultar positiva en COVID-19, en vista de las características de la paciente e historia de intentos autolíticos de alto riesgo, así como, gran impulsividad y riesgo de paso al acto se coordina traslado a Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla para ingreso en Unidad COVID-19. Se contactó con dicho centro y se solicitó ambulancia psiquiátrica. Se informó a la paciente y a familiares que se mostraron conformes.

No consta en la historia clínica cuándo fue dada de alta del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

El día 4 de enero de 2021 la paciente precisó nueva asistencia en Urgencias del Hospital Universitario de Getafe al ser trasladada por SUMMA por agitación psicomotriz en contexto de ideas de muerte y angustia.

Valorada por Psiquiatría el día 5 de enero, la paciente comenta que, aparte del episodio del día anterior, se encontraba relativamente estable, refiriendo que se mantenía activa (acudía a clases de baile, estaba aprendiendo a tocar el ukelele...). Comentó que en ese momento se encontraba en seguimiento en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla con el Dr. (...) y que, en ese mismo día, 5 de enero, tenía programada cita con él, describiendo una buena vinculación. También señalaba estar pendiente de comenzar tratamiento en el Hospital de Día de Getafe, refiriendo que se sentía motivada al respecto, aunque preveía dificultades por el tipo de formato grupal. La paciente fue dada de alta.

El día 25 de enero de 2021 la paciente tuvo que ser atendida nuevamente en Urgencias del Hospital Universitario de Getafe por ideas de muerte. Tras valoración, se acordó su ingreso voluntario.

Tras realizar el ingreso la paciente comenzó casi desde el inicio a amenazar con presentar un descontrol impulsivo, con amenazas de autoagresión si no se accedía de modo inmediato a sus demandas y sobre el modo en que tenía que transcurrir el ingreso según sus expectativas más allá del plan terapéutico, ante la no consecución de estas se produjo un episodio importante de agresividad en el que agredió a diversos miembros del personal de la Unidad, teniendo que ser necesaria la intervención de Seguridad y la inmovilización terapéutica completa. Ante esta situación se procedió a realizar solicitud de autorización de ingreso involuntario de acuerdo con la LEC.

La paciente fue dada de alta el día 8 de febrero de 2021 con indicación de acudir el día 15 de febrero al Hospital de Día de Getafe para incorporación en dicho dispositivo, seguimiento por su médico de Atención Primaria y resto de especialistas y volver a Urgencias en caso de empeoramiento.

No consta en el expediente más asistencias sanitarias a la paciente. Según el informe emitido por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Getafe:

“La paciente a los pocos días de su incorporación en el Hospital de Día, tiene un episodio en el cual se maneja mal con la agresividad golpeándose contra las paredes y desafiándonos a manejarlos “sin correas, que ya sé que no tenéis, puedo hacer lo que me dé la gana”. Pero se deja acompañar para tranquilizarse y se reincorpora a las actividades. Días después sucede algo parecido. Siempre con altas dosis objetivables de control de la situación. Sin rastro de agitación, disociación o descontrol impulsivo. En el periodo de evaluación, se

acuerda con la paciente las bases de la posibilidad de tratamiento en este dispositivo que responsabilizan al paciente de las consecuencias de su agresividad tanto hacia sí misma como hacia los demás.

Estos acuerdos se revisan, se aclaran y se aceptan de nuevo el día 2 de marzo. El 3 de marzo la paciente acude al tratamiento puntual. A mitad de mañana refiere encontrarse ansiosa en un grupo y pide salir, a lo que no se le pone ninguna objeción, invitándola a volver cuando se tranquilice. Fuera de la sala comienza a golpearse y tras varios ofrecimientos de conversación se le limita esta conducta autoagresiva tal y como había sido pactado.

La paciente sale del hospital para, supuestamente, dirigirse a su domicilio. Lo hace visiblemente enfadada, pero sin signos de agitación y sin verbalizar en absoluto ninguna idea de muerte. El padre llama al mediodía angustiado refiriendo que su hija lo ha llamado para anunciarle que está por tirarse a las vías del metro y que él está en camino. Refiere que le ha dicho que la hemos expulsado. Le aclaramos en ese momento que (...) no ha sido expulsada, sino que se ha limitado su conducta y dejamos clara nuestra disponibilidad para atenderlos, tanto a la paciente como a su padre.

El día 4, a primera hora contactamos por teléfono con el padre de (...), el cual nos comunica que la paciente, efectivamente, se ha arrojado al metro y ha fallecido. En ese mismo momento se ofreció el encuentro con la familia para elaborar lo sucedido. En los siguientes días insistimos en este ofrecimiento que fue desestimado por ellos”.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del médico psiquiatra del Centro de Día del Hospital Universitario de Getafe que, con fecha 4 de octubre de 2021, da respuesta a las cuestiones planteadas por los reclamantes y dice que no existe un protocolo específicos para pacientes en tratamiento de trastorno límite de personalidad en el Hospital de Día del Hospital Universitario de Getafe por la complejidad del cuadro clínico, toda vez que *“hay que individualizar las intervenciones terapéuticas tanto farmacológicas, psicológicas o sociales en virtud de cada paciente en particular, del momento evolutivo de su trastorno y de las circunstancias cambiantes que rodean al mismo”*.

En relación con la alegación de la inexistente comunicación necesaria entre docentes y/o terapeutas del centro de día del Hospital Universitario de Getafe y los familiares responsables o tutores de los pacientes, el informe dice que es una unidad abierta, para personas adultas de más de 18 años y de ingreso y asistencia voluntaria, que ofrece un programa estructurado de psicoterapia intensiva grupal, individual y familiar en un medio terapéutico. Dice que se trataba con la integración de las familias en el proceso de tratamiento, con un programa estructurado de atención familiar que incluye desde la entrevista de evaluación (con el objeto de vinculación e información del proceso de tratamiento), a entrevistas familiares a demanda, terapia familiar y grupos multifamiliares de frecuencia quincenal, así como la disponibilidad de atención telefónica en cualquier momento del proceso.

En relación de las deficiencias en el trato de pacientes con trastorno límite de personalidad por parte del Centro de día del Hospital Universitario de Getafe, el informe contesta que *“el hospital de día es un dispositivo que ofrece un tratamiento de psicoterapia intensiva para paciente con trastorno mental grave que posibilita, teniendo en cuenta las dificultades en la comunicación y expresión emocional que presentan*

estos pacientes en un contexto terapéutico (seguro y confiable), el abordaje y el tratamiento del profundo sufrimiento psíquico que presentan las personas que tratamos y sus familias”.

A la cuestión relativa a las dificultades para el seguimiento médico de la enfermedad por parte de los familiares directos, el informe responde que en el hospital de día se incluye al grupo familiar en el tratamiento y existe disponibilidad para atender a las familias durante todo el proceso a través de la consulta telefónica, las entrevistas familiares y los grupos multifamiliares.

Sobre la inexistencia de un seguimiento necesario por parte del centro de día en el Hospital Universitario de Getafe, tras la expulsión de una paciente en situación de ansiedad, tras describir la actuación del centro en relación con la paciente fallecida, dice que *“la paciente no fue expulsada del centro en ningún momento, sino que se intervino haciendo efectivo un límite que se había acordado con ella misma. En todo momento se le hizo saber que podía volver al centro a recibir atención. Esta misma posibilidad se le notificó al padre de la paciente en las conversaciones telefónicas que se tuvieron con el padre durante el día de los hechos. Al día siguiente se hizo una llamada de seguimiento”.*

Finalmente, sobre la alegación relativa a que en las entrevistas previas al comienzo de la terapia se le notificó a la paciente que debía abandonar a sus, en aquel momento, psicóloga y psiquiatra que la trataban y que sería el propio centro de día el que gestionaría dichas labores terapéuticas y responsabilidades, el informe puntualiza que el Hospital de Día trabaja en estrecha coordinación tanto con la planta de hospitalización del Hospital Universitario de Getafe como con el Centro de Salud Mental perteneciente al área y añade:

“En ningún caso se prescribe el abandono de los terapeutas de referencia los que todos los pacientes siguen ligados. Mientras que se realiza tratamiento en el hospital de día, es cierto que el tratamiento

farmacológico se sigue desde el propio centro desde donde por la asistencia diaria se puede ajustar muy eficientemente. En el caso de los pacientes que como (...) expresan contar con profesionales en el ámbito privado se deja en sus manos la decisión de continuar con su apoyo si lo consideran necesario sin que en ningún momento se indique el abandono de ninguna relación terapéutica”.

El día 6 de junio de 2022 presenta un escrito el representante de los reclamantes interesando la resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Con fecha 23 de marzo de 2023 emite informe la Inspección Sanitaria, que concluye:

«La conducta de la paciente no podía ser previsible ni humanamente evitable, toda vez que la actitud de los profesionales del Centro de día fue dirigida a la contención emocional (el día de los hechos) y la invitaron a volver al grupo, una vez que se tranquilizara, tal y como se había pactado con ella. Tal como indica el Psiquiatra en su informe: “Fuera de la sala comienza a golpearse y tras varios ofrecimientos de conversación se le limita esta conducta autoagresiva tal y como había sido pactado. La paciente sale del hospital para, supuestamente, dirigirse a su domicilio. Lo hace visiblemente enfadada, pero sin signos de agitación y sin verbalizar en absoluto ninguna idea de muerte”.

Por lo tanto, se considera que la actitud de los profesionales no fue descuidada ya que dicha intervención está recogida en la Guía de Práctica Clínica dentro de las “aspectos de buena práctica”.

Los profesionales del Centro de día intentaron hacer una intervención con los familiares tras el suicidio de D.^a (...) (tal como

recomienda la Guía de Práctica Clínica) sin embargo estos la rechazaron.

Se concluye que, a la vista de lo que se indica en la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, se considera que la actuación facultativa fue correcta y acorde con la lex artis ad hoc, a pesar del lamentable desenlace».

Notificado el trámite de audiencia a los interesados, no consta que hayan formulado alegaciones.

Con fecha 14 de junio de 2023 el viceconsejero de Gestión Económica y Director General de Gestión Económica del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que la actuación facultativa fue acorde a la *lex artis ad hoc* a pesar del lamentable desenlace y, por tanto, no concurrir la antijuridicidad del daño.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 3 de julio de 2023 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 372/23, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 20 de julio de 2023.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera 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, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que son familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta (como acredita el libro de familia) y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por un centro sanitario, el Centro de día del Hospital Universitario de Getafe, integrado en la red sanitaria del SERMAS.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC 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, fallecida la paciente el día 3 de marzo de 2021, la reclamación está presentada el día 17 de septiembre de 2021, por lo que no existe duda alguna de que 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 han solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, del psiquiatra del Centro de día del Hospital Universitario de Getafe.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente y consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de la incorporación de los anteriores informes, consta que se ha cumplimentado el trámite de audiencia a los reclamantes, que no han formulado alegaciones.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2021 (recurso de casación 8419/2019), 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la*

conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.*

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, 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.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 23 de febrero de 2022 (recurso de

casación 2560/2021), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación núm. 4397/2010) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010)) que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente»,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010)) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”,* cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los

recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, 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).

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, procede analizar la concurrencia de los demás requisitos necesarios para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de enero de 2023 (recurso 414/2020) dice que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, los reclamantes se limitan a alegar la existencia de mala praxis, sin aportar prueba alguna al respecto. Afirman que el suicidio de su familiar fue consecuencia de la inexistencia de un protocolo específico para pacientes en tratamiento de

trastorno límite de personalidad en el centro de día; que no había comunicación entre docentes y/o terapeutas del centro de día y los familiares responsables o tutores de los pacientes; que había deficiencias en el trato de personas altamente sensibles como son los pacientes psiquiátricos y muy en especial los pacientes con trastorno límite de personalidad por parte del Centro de día del Hospital Universitario de Getafe; que no hubo el seguimiento necesario por parte del centro de día, tras la expulsión de la paciente en situación de ansiedad y, finalmente, que en las entrevistas previas al comienzo de la terapia, se le notificó que debía abandonar a la, psicóloga y psiquiatra que hasta ese momento la trataban, ya que sería el propio centro de día el que gestionaría dichas labores terapéuticas y responsabilidades.

La falta de prueba por parte de los reclamantes sobre la existencia de mala praxis, obliga a estar al informe emitido por el psiquiatra del Centro de Día del Hospital Universitario de Getafe y por el informe de la Inspección Sanitaria.

El informe del psiquiatra del Centro de día del Hospital Universitario de Getafe pone de manifiesto, en primer lugar, la inexistencia de un protocolo que garantice un resultado terapéutico en el trastorno límite de la personalidad por la complejidad de estos cuadros clínicos que exigen *“la individualización de las intervenciones terapéuticas, tanto farmacológicas, psicológicas o sociales en virtud de cada paciente en particular, del momento evolutivo de su trastorno y de las circunstancias cambiantes que rodean al mismo”*.

Sobre la falta de comunicación de los profesionales sanitarios con los familiares y el resto de Servicio de Psiquiatría, el informe destaca que en el centro de día en caso de observarse un riesgo grave de autolesión que no pueda contenerse en el propio centro, se procede a la derivación del paciente a la unidad de agudos del hospital, estando integrados en el trabajo en la red de Salud Mental. Además, se trata de un centro de

tratamiento que permite una asistencia durante cinco horas semanales los cinco días de la semana, lo que permite una observación y seguimiento continuos del paciente. Sobre las comunicaciones familiares, el informe del centro de día indica que las entrevistas familiares se hacen a demanda y la terapia familiar y los grupos multifamiliares con una frecuencia quincenal, si bien en el momento de los hechos objeto de reclamación estaban suspendidos por la pandemia.

En cuanto a que hubiese deficiencias en el trato de personas altamente sensibles como son los pacientes psiquiátricos y muy en especial los pacientes con trastorno límite de personalidad, conviene tener en cuenta que el centro de día se configura como un dispositivo que ofrece un tratamiento de psicoterapia intensiva para pacientes con trastorno mental grave que posibilita la comunicación y la expresión emocional de estos en un contexto terapéutico (seguro y confiable) que permite el abordaje y el tratamiento del profundo sufrimiento psíquico que presentan estos pacientes.

El informe precisa que la paciente no fue expulsada del centro de día sino que, de acuerdo con las bases de posibilidad de tratamiento en este dispositivo, pactadas con la paciente y su familia en la fase de evaluación previa a su ingreso en el centro, se limitó esta conducta autoagresiva *“tal y como había sido pactado”*, saliendo del centro sin signos de agitación y sin verbalizar en absoluto ninguna idea de muerte.

Finalmente, en cuanto a la alegación de que en las entrevistas previas al comienzo de la terapia, se le notificó que debía abandonar a la, psicóloga y psiquiatra que hasta ese momento la trataban, ya que sería el propio centro de día el que gestionaría dichas labores terapéuticas y responsabilidades, el informe del psiquiatra del centro de día insiste en dicho centro trabaja en estrecha coordinación con la planta de hospitalización del Hospital Universitario de Getafe y con el Centro de Salud Mental del área y en ningún caso se prescribe el

abandono de los terapeutas de referencia con los que los pacientes siguen ligados. No obstante, al existir en el Centro de día un seguimiento diario de los pacientes, el tratamiento farmacológico de estos se sigue desde dicho centro, al poderse ajustar muy eficientemente.

Por su parte, la Inspección Sanitaria considera correcta la actuación sanitaria entendiendo que la actitud de los profesionales no fue descuidada ya que dicha intervención está recogida en la Guía de Práctica Clínica dentro de los “aspectos de buena práctica”, sin que pueda imputarse a la actuación sanitaria el lamentable desenlace.

Como se ha señalado en anteriores dictámenes (v.gr. 61/18, de 8 de febrero, el 484/18, de 8 de noviembre y el 481/20, de 27 de octubre) en los que se analizaba la problemática derivada de suicidios tras recibir asistencia psiquiátrica, la evolución del paciente ha de tenerse en cuenta a la hora de determinar la previsibilidad de la realización de actos autolíticos. En este sentido la sentencia del Tribunal Supremo (Civil) de 17 de febrero de 2000 (recurso 1389/1995) consideró correcta la actuación del centro sanitario que había bajado el nivel de vigilancia a un paciente con tendencias autolíticas a la vista de su evolución favorable.

Además, y como se puso de manifiesto en el Dictamen 484/18, debe tenerse en cuenta 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 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 diagnóstico y, en general, la toma de decisiones en el ámbito psiquiátrico ya que se depende esencialmente de medios como son los entrevistas con pacientes y familiares que lógicamente no arrojan datos necesariamente ciertos y/o fiables.

En este sentido, el médico inspector destaca que *“algunos suicidios son inevitables por muy expertos y diligentes que sean los responsables del tratamiento y la familia”*.

Para la Inspección Sanitaria no existe ninguna actuación digna de reproche en la asistencia sanitaria dispensada a la paciente, toda vez que la documentación aportada consta que en todos los ingresos que tuvo la paciente le fue realizada una historia clínica pormenorizada y derivada a los profesionales que necesitaba en ese momento, como eran las interconsultas al Servicio de Psiquiatría donde le realizaron una completa exploración psiquiátrica o, incluso ingreso en el Servicio de Psiquiatría para su control y seguimiento hospitalario. Así mismo, fue derivada al Centro de día como intervención pactada con ella y sus familiares para dar pautas de acompañamiento, controlar el tratamiento farmacológico y motivar a la paciente para que se responsabilizara de su situación.

Conclusión a la que debemos atender ya que, como esta Comisión viene recordando, el valor del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes es fundamental, tal y como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de mayo de 2023 (recurso nº 627/2021).

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada 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 esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 20 de julio de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 392/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid