

Dictamen n^o: **609/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **11.12.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 11 de diciembre de 2013, 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 P.S.L. (en adelante “*el reclamante*”), sobre los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Fundación A.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 14 de febrero de 2013, el reclamante, mediante representación letrada, presentó escrito por el que solicitaba la declaración de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid, en relación con los daños y perjuicios derivados de la infravaloración de su estado psiquiátrico durante su ingreso en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Fundación A.

En su escrito, manifestaba que el 10 de febrero de 2012 acudió voluntariamente al Servicio de Urgencias de A, donde fue atendido por el Servicio de Psiquiatría al indicar a los facultativos sus constantes ideas de suicidio desde su separación matrimonial, cinco meses antes. Refirió sufrir insomnio y no experimentar mejoría alguna a pesar de los tratamientos seguidos.

Continuaba manifestando que ingresó en el Área de Psiquiatría del hospital, donde permaneció 6 días, hasta el 15 de febrero, y que durante su ingreso sus familiares fueron testigos de su falta de evolución, que el tratamiento apenas se modificó y que persistía la inhibición psicomotriz, así como la perplejidad e ideas delirantes de culpa. Igualmente que no se tuvieron en cuenta sus antecedentes familiares de interés psiquiátrico, concretamente madre y un hermano suicidados, que eran conocidos por el Servicio de Urgencias.

A pesar de lo anterior, con la oposición de sus familiares, se decidió el alta hospitalaria con indicación de acudir a consulta de psiquiatría el 20 de febrero.

Consideraba el reclamante en este punto que: *“en ningún caso, el beneplácito del paciente puede constituir una justificación para conceder el alta, pues resulta evidente que el mismo se encontraba incapacitado para discernir a ese respecto, dados sus problemas psiquiátricos y la fuerte medicación, como posteriormente se demostró”*.

Relata que una vez otorgada el alta médica, se desplazó al domicilio de su hermano donde, inmediatamente, sin posibilidad de intervención de sus familiares, se precipitó desde el domicilio, a una altura de 15-20 metros. Seguidamente, tras recibir asistencia sanitaria por parte de los servicios de urgencia (SAMUR), fue trasladado al Hospital 12 de Octubre donde se fijó como diagnóstico principal: trauma pélvico grave, junto con shock hipovulémico con hematoma retroperitoneal, hematoma retroperitoneal y suhepático, fractura-luxación calcáneo-astragalina (sic) bilateral, fractura de meseta tibial izquierda, fracturas bilaterales costales y neumotórax bilateral oculto, luxación radio-cubital proximal derecha, fractura de radio-cubito distal derecha, fractura de sacro y L3 y L5 con invasión del canal medular y hematuria.

Por dichas lesiones señala que fue sometido a diversas intervenciones quirúrgicas de gravedad: fijación externa pélvica de urgencias, y reducción y fijación de la fractura-luxación compleja de ambos pies, reducción y fijación externa aumentada con agujas de ambas fractura-luxaciones compleja de ambos pies, así como al desbridamiento y cobertura con dispositivo VAC de las heridas, fijación espino-pélvica de la inestabilidad vertical del anillo pélvico asociado a fracturas vertebrales, reducción y fijación interna, mediante placa TCP de la fractura de radio distal y se sintetizó con un tornillo a compresión la fractura de escafoides.

Recibió el alta hospitalaria el 4 de junio y fue trasladado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo a fin de tratar su lesión medular traumática aguda; tras un período de rehabilitación fue dado de alta el 16 de noviembre de 2012 con graves secuelas: lesión medular traumática, plexopatía lumbrosacra bilateral incompleta, vejiga e intestino neurógeno, síndrome espástico de miembros inferiores, fractura estallido de L3 y L5, pies catastróficos con fracturas abiertas de retropiés, fractura luxación compleja abierta de ambos tobillos, y otras fracturas, depresión mayor.

Consideraba el reclamante que se le otorgó indebidamente el alta hospitalaria por parte del Servicio de Psiquiatría de A, infravalorándose su estado psiquiátrico así como sus antecedentes familiares, lo cual provocó que llevase a cabo su idea de suicidio.

Solicitaba por ello una indemnización por importe de doscientos mil euros (200.000 €). Acompaña a su reclamación diversa documentación clínica.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

El reclamante, de 47 años de edad en el momento de los hechos, acudió el 10 de febrero de 2012 al Servicio de Urgencias de A, refiriendo ideas de muerte desde hacía cinco meses, tras separarse de su mujer. Expresó no experimentar ninguna mejoría a pesar de haber seguido tratamiento en consulta psiquiátrica privada, e informó de antecedentes familiares por madre y hermano suicidados. En la valoración, se objetivó un ánimo depresivo, insomnio, con un pensamiento con ideas de vacío, desesperanza y muerte, sin repercusión emocional. No presentaba alucinaciones y mostraba capacidad de juicio preservada, sin ideación autolítica.

Se decidió el ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría, se suspendió el tratamiento previo e inició uno nuevo con diazepam y mirtazapina.

Los informes de evolución del Servicio de Psiquiatría recogieron:

“Refiere encontrarse bien de ánimo, tranquilo, sin ideas ni planes autolíticos, verbaliza planes de futuro y de adhesión terapéutica. Persiste insomnio de mantenimiento, se despierta a las 4 am” (13 de febrero); “Refiere encontrarse bien de ánimo, tranquilo, sin ideas ni planes autolíticos, verbaliza planes de futuro y de adhesión terapéutica. Persiste insomnio de mantenimiento. Alta hoy. PS: Se habla con su hermano, le encuentran bien. Se pospone alta hasta mañana por dificultad para venir a recogerle”. (14 de febrero).

A la fecha del alta, el 15 de febrero, el informe de evolución refleja: *“Refiere encontrarse peor de ánimo, aunque sin ideas ni planes autolíticos, verbaliza planes de futuro y de adhesión terapéutica. Acepta planes de vivir temporalmente con su hermano. Persiste insomnio de mantenimiento. Alta hoy. (...) El paciente permanece tranquilo durante su evolución, no presenta alteración de la conducta, cede de forma progresiva el nivel de ansiedad, mantiene una comunicación adecuada con*

el personal sanitario, otros pacientes y sus familiares. El paciente realiza crítica adecuada del episodio que motivó su demanda de asistencia, mostrándose motivado para continuar seguimiento ambulatorio y tratamiento. Por lo que de acuerdo con los familiares del paciente se decide el alta hospitalaria.

El paciente tiene planes de futuro, soporte sociofamiliar y niega ideación auto-heteroagresiva estructurada. Si la sintomatología se recrudece acudirá al Servicio de urgencias de la Fundación A” (datos que igualmente recoge el propio informe de alta).

Se citó para consulta específica de seguimiento de conducta suicida en el C.S. de Argüelles para, en cinco días, ver su evolución.

Una vez otorgada el alta médica, se desplazó al domicilio de su hermano desde el que se arrojó por la ventana, a una altura de 15-20 metros, con las consecuencias ya relatadas por el propio reclamante y reflejadas en el antecedente anterior.

TERCERO.- A causa de la referida reclamación se ha instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y 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 (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al expediente informe emitido por el jefe del Servicio de Psiquiatría de A, de 6 de marzo de 2013 (folios 285 a 287), en relación con la asistencia prestada, en el que se manifiesta:

“(…)COMENTARIOS

Según recogen las ‘Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España’ auspiciadas por la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), ‘La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importantes, complejas y difíciles a las que debe de enfrentarse cualquier clínico... cabe destacar que el uso de escalas psicométricas para la evaluación del comportamiento suicida aún no se ha incorporado de modo rutinario a la práctica clínica cotidiana’. Por tanto la valoración actual es esencialmente clínica. Tal y como se recoge la historia clínica, al paciente se le realizaron sucesivas exploraciones psicopatológicas con anamnesis completa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su edición de la clasificación CIE-10, Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria, realiza las siguientes recomendaciones para la evaluación del riesgo suicida: (...)

1. Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato: [ideación suicida, determinación, plan suicida (nivel de elaboración), soledad (falta de apoyo social y familiar incrementa el riesgo), consumo de alcohol u otras sustancias, dificultades sociales.]

2. Evaluación del paciente con un intento suicida reciente: Tal y como se refleja la historia clínica se consignaron todos los puntos referentes a la ‘Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato’ como recomienda la oms, en la cual se detalla: [ideación suicida sin plan estructurado, apoyo familiar de hecho el hermano vino al alta y se lo llevó a su casa, ausencia de consumo de tóxicos objetivados por analítica, situación laboral activa.]

Las ‘Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España’ señalan que: ‘El tratamiento farmacológico

antidepresivo, particularmente con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), se corresponde con un descenso en las tasas de suicidio. El antidepresivo a elegir debe ser ante todo eficaz y seguro en sobredosis. Se suelen preferir antidepresivos de tipo sedante, pero si se elige un ISRS se puede asociar una benzodiacepina.’

(...) Por otro lado es conocido como el periodo de riesgo mayor tras un ingreso en una unidad de psiquiatría es el primer mes antes de la primera consulta ambulatoria. (...) El alta se hizo con consentimiento de la familia, con un familiar que fue a recogerlo, al no ser un ingreso involuntario no era preciso a esperar a un familiar, se le dio cita en menos de una semana para asegurar la continuidad asistencial y teniendo en cuenta que el periodo de máximo riesgo de una conducta suicida es siempre en las primeras semanas tras el alta hospitalaria.

Los pacientes que tienen más riesgo son los de mayor gravedad psicopatológica (pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión psicótica), falta de apoyo social y medios más letales y fácilmente disponibles. Claramente este no es el perfil del paciente”.

Por su parte, la Inspección Médica emite informe de 25 de julio de 2013 (folios 333 a 338), en el que, tras hacer una exposición de los hechos, en su apartado consideraciones médicas, revisión de conceptos, discusión y juicio crítico recoge:

“Se trata de un paciente, que padece una depresión, por lo que ingresa en la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría, por un periodo de seis días.

Durante su estancia, el paciente mejora tanto de su depresión como del insomnio que padecía.

Se pacta con él y su familia la conveniencia de vivir con su hermano durante una temporada, aceptando ambas partes. Y se le cita a los cinco días para ver la evolución y la adhesión terapéutica.

Durante el ingreso, en ningún momento se sincera con el médico, enfermera o personal sanitario acerca de sus verdaderas intenciones, que no eran otras que las de precipitarse al vacío según le dieran el alta. Tampoco le manifiesta sus ideas a ninguna de las visitas que tuvo esos días.

Y según le dieron el alta, y llegó al domicilio de su hermano, se precipitó desde un quinto piso.

Mientras estuvo ingresado en el Hospital '12 de Octubre', ya sí pudo verbalizar sus pensamientos y por tanto, recibir una atención psicopatológica más adecuada a su situación.

Pero, ni los médicos ni la familia pudieron intuir las verdaderas intenciones del paciente al salir de la Fundación A”.

Concluye el anterior informe considerando que la asistencia médica prestada ha sido correcta o adecuada a la *lex artis*.

Consta notificada por los servicios postales, con fecha 6 de septiembre de 2013, la apertura del trámite de audiencia al reclamante que, con fecha 20 de septiembre, presenta escrito de alegaciones en el que, en síntesis, reitera lo manifestado en su escrito de reclamación, e incide en el hecho de que los familiares no mostraron nunca su conformidad con el alta médica otorgada, al contrario, expresaron abiertamente su desacuerdo ante los facultativos.

Con dicho escrito aportó un informe elaborado por especialista en psiquiatría y familiar del reclamante (prima), en el que la facultativa concluye:

“aunque en muchos casos no es fácilmente predecible la conducta suicida, en este caso la evaluación del riesgo autolítico no fue realizada atendiendo a factores de riesgo reseñados en textos básicos de Psiquiatría; la evaluación psicopatológica minimizó los síntomas de Depresión mayor y las ideas de culpa; no se realizó una entrevista familiar que completara la evaluación diagnóstica; no se instauró medicación suficiente ni se realizó un cambio farmacológico significativo; no se realizó un plan de alta que incluyera la opinión de familiares ni sus posibilidades de supervisión del paciente; la prolongación del ingreso y el ajuste de medicación tenían muchas posibilidades de haber impedido el suicidio, al tratarse de un primer episodio sin tratamiento eficaz previo”.

De igual forma, con fecha 9 de septiembre de 2013, se notifica a la dirección de A la apertura del trámite de audiencia la cual, con fecha 8 de octubre de 2013 presenta escrito de alegaciones en el que incidía en la buena praxis de la asistencia prestada, se remite al informe ya aportado y, señalaba que el alta hospitalaria se hizo con el consentimiento de la familia y cumpliendo estrictamente los protocolos de psiquiatría aplicables.

Finalmente, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 31 de octubre de 2013, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante Orden de 11 de noviembre de 2013 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el 15 de noviembre siguiente solicita la emisión del preceptivo dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección II, presidida por la Excm. Sra. Dña. Rosario Laina Valenciano, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 11 de diciembre de 2013.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos 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 (LCC), al ser la reclamación de cuantía superior a 15.000 euros (200.000 €), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, el consejero de Sanidad, según el artículo 14.1 de la LCC.

El dictamen se emite dentro del plazo legal establecido por el artículo 16 de la LCC.

SEGUNDA.- El reclamante está legitimado activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por ser la persona afectada supuestamente por una deficiente asistencia sanitaria. Actúa en el procedimiento representado por letrado, representación que se acredita en debida forma a través de poder general para pleitos.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid al tratarse de un centro sanitario vinculado a la red pública sanitaria respecto de la asistencia que nos ocupa.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid al estar integrado el Hospital Fundación A en los servicios públicos sanitarios de la Comunidad de Madrid mediante concierto. Dicha legitimación del precitado centro viene siendo reconocida en este ámbito

tanto por los tribunales (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª, de 6 de julio de 2010, recurso 201/2006), como por este Consejo (dictámenes 428/11 ó 656/11).

Por lo que respecta al plazo para reclamar, el artículo 142.5 de la LRJ-PAC establece que prescribe al año de producirse el hecho lesivo y en el caso de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación de las secuelas.

Como venimos considerando, rige en este ámbito el principio de la *actio nata*, de modo que el plazo de prescripción comienza a correr desde que la acción pudo ejercitarse, es decir cuando se conocieron los elementos que permitían su ejercicio, esencialmente el conocimiento del daño y de su ilegitimidad (dictámenes 51/10, 156/11, y 439/11, entre otros).

En el caso que nos ocupa, tras el alta e intento de suicidio el 15 de febrero de 2012, fue ingresado con múltiples lesiones en el Hospital 12 de Octubre hasta el 4 de junio, y seguidamente fue trasladado al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo a fin de tratar su lesión medular traumática, y recibió el alta el 16 de noviembre de 2012, sin perjuicio de su evolución posterior. Al haberse presentado la reclamación el 14 de febrero de 2013 se presentó dentro del plazo legal.

Los procedimientos de responsabilidad patrimonial han de tramitarse de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el RPRP.

A estos efectos ha emitido informe el servicio del centro hospitalario implicado, conforme establece el artículo 10 del RPRP y se ha concedido trámite de audiencia al reclamante conforme los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 RPRP. Igualmente, se ha aportado informe del Servicio de Inspección Sanitaria.

TERCERA.- Entrando ya a analizar el fondo de la pretensión que formula la reclamante, debemos partir de la consideración de que 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 los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

- 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, recoge dicha Sentencia que:

“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que “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 el caso que nos ocupa, el daño resulta acreditado por la documentación clínica aportada al expediente que refleja que el reclamante sufrió lesiones de consideración (ya reseñadas) al arrojarse desde un quinto piso, y que necesitó múltiples operaciones quirúrgicas y tratamiento de rehabilitación.

Por otra parte, no obstante la existencia de un daño, hay que tener en cuenta que cuando las reclamaciones indemnizatorias deducidas a instancia de los particulares traigan causa de una actuación médica o sanitaria, no basta con la concurrencia de una lesión efectiva, individualizada y evaluable, causada a un particular, que tenga origen en el funcionamiento del servicio público sanitario.

En tales casos, más allá del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, se hace necesario acudir al criterio de la *lex artis* como pauta determinante de la existencia de responsabilidad patrimonial, 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. De ahí que, si, en términos generales, en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, *“cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial*

tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto” (STS de 2 de noviembre de 2011, recurso de casación 6236/2007).

A ello se une que *“el Tribunal Supremo ha declarado que, en esta materia, la responsabilidad viene dada por el carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario”* (vid. SSTs de 14 de diciembre de 1990, 5 y 8 de febrero de 1991, 10 de mayo y 27 de noviembre de 1993, 9 de marzo de 1998, y 10 de octubre de 2000), a lo que hay que añadir que *“la violación de la lex artis es imprescindible para decretar la responsabilidad de la Administración, no siendo suficiente la relación de causa efecto entre la actividad médica y el resultado dañoso, pues el perjuicio acaecido, pese al correcto empleo de la lex artis, implica que el mismo no se ha podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica”*.

QUINTA.- Sentado lo anterior procede analizar si de las circunstancias del caso puede considerarse que haya existido infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria que se dispensó al paciente hoy reclamante. Se trata de discernir si el estado del mismo al alta, debió advertir al Servicio de Psiquiatría sobre el peligro de intento de suicidio, es decir, si se llevó o no a cabo una correcta exploración y un adecuado seguimiento, en orden a alertar de posibles tendencias suicidas.

Como señala el Tribunal Supremo en un caso similar -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” - Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2007 (sección sexta, recurso núm. 276/2003), que cita 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) -.

De este modo, aplicando la anterior doctrina al caso concreto, la administración responderá del daño producido, a pesar de que la causa inmediata se halle en la propia voluntad de la víctima, si aquella omitió actuaciones exigibles de vigilancia en atención a los antecedentes médicos y psiquiátricos del paciente, correspondiéndole la prueba de que las medidas precisas fueron efectivamente adoptadas (como expresábamos sobre un supuesto similar en nuestro Dictamen 538/11).

Tanto el informe del Servicio de A, como la historia clínica del reclamante y el autorizado informe de la Inspección Médica, aportan datos concluyentes para poder estimar que la actuación sanitaria fue correcta, a pesar del desgraciado suceso.

El estado y los síntomas que presentaba el reclamante no eran expresivos, conforme las indicaciones y recomendaciones preventivas para el manejo del comportamiento suicida, de la posibilidad de tal resultado lesivo.

Así, se realizó un seguimiento continuo del estado del reclamante, que no mostraba una ideación o determinación suicida, evolucionó favorablemente durante el ingreso, con juicio preservado, mostraba menos

ansiedad, y estaba comunicativo y motivado para continuar seguimiento ambulatorio de su depresión, además de tratarse de un paciente deprimido pero no con una afectación psiquiátrica más grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc). Además, a pesar de sus antecedentes familiares no cumplía ninguno de los factores que pudieran incrementar el riesgo ante un alta hospitalaria; tenía apoyo familiar (su hermano se lo llevó a su casa), sin exclusión social ni consumo de sustancias tóxicas; el alta se llevó a cabo de acuerdo con su familiar, y se pautó seguimiento ambulatorio inmediato.

Frente a ello el reclamante aporta su criterio sobre la valoración de su estado y considera que el alta fue inadecuada. Se apoya para ello en un dictamen realizado por facultativo especialista en psiquiatría, familiar del reclamante, que contradice lo apreciado por los informes médicos. No obstante, cabe señalar que al contrario de lo que se consigna en el informe pericial, la valoración del estado del reclamante sí se realizó, como hemos visto, atendiendo a factores de riesgo reseñados en los protocolos y recomendaciones de psiquiatría para estos casos. Otra cosa es la conclusión a la que dicho facultativo ha llegado de dicho análisis, que, a nuestro entender, no aporta algún criterio que nos haga dudar de los razonamientos y justificaciones que expresaron los informes del Servicio responsable y de la Inspección Sanitaria.

Además, tanto el informe del Servicio como el propio informe aportado por el reclamante parten de la dificultad de la predicción de la conducta suicida, a lo que se une que, en palabras de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2011 (Recurso 771/2008) *«la medicina no es una ciencia exacta y, a “posteriori” es fácil diagnosticar y aventurar una posible actuación médica»*.

En conclusión, podemos afirmar que la actuación sanitaria ha sido la correcta, en la medida en que, a la hora de tomar decisiones, se valoró el estado de ánimo y el grado de ideación suicida, y se contó con el apoyo

familiar (a pesar que este extremo es negado, sin prueba que lo sustente, por el reclamante).

Tampoco es reprochable el tratamiento farmacológico que se pautó desde el ingreso, pues consta que el mismo fue modificado en el momento del ingreso en relación al que venía tomando y fue adaptado durante la estancia hospitalaria al estado en que se encontraba el paciente, sin perjuicio que durante dicho período el tratamiento fuera casi similar (se mantuvo la dosis de lormetazepan y solo se varió en 15 mg la dosis de mirtazapina los dos últimos días según recoge la historia clínica).

Por último, ha de tenerse en cuenta que el artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece el principio de reducir la hospitalización psiquiátrica a los casos en que resulte indispensable. Dispone el precepto que:

“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, no podemos apreciar una infracción de la *lex artis* en la decisión que se tomó de dar el alta al reclamante, pues se actuó conforme los criterios de la ciencia médica que resultaban de aplicación, aún cuando lamentablemente no se pudo evitar el resultado dañoso.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al no apreciarse la existencia de mala praxis en la atención sanitaria dispensada al reclamante.

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, 11 de diciembre de 2013