

Dictamen nº: **379/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.09.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 15 de septiembre 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 D., (en adelante “*el reclamante*”) por los daños y perjuicios como consecuencia del fallecimiento por autolisis de su hermana Dña. que se encontraba en tratamiento en el Centro de Salud Avda. Aragón, Hospital Universitario Ramón y Cajal (HURYC), Hospital Dr. Rodríguez Lafora (HRL) y el Centro de Salud Mental San Blas.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El reclamante presentó el 7 de diciembre de 2018 en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid un escrito en el que formulaba una reclamación por la atención sanitaria prestada en los citados centros sanitarios. Posteriormente el 31 de enero de 2019 presentó otro escrito al que acompañó la acreditación del registro del escrito anterior y un documento que consideraba que podía no estar bien fotocopiado.

En el mismo expone que el 8 de diciembre de 2017 su hermana falleció tras ingerir una serie de medicamentos que le habían sido recetados por su patología psiquiátrica y habiendo sido dada de alta hospitalaria tres días antes.

Relata que su hermana padecía problemas emocionales por la muerte de sus progenitores y depresivos causados por un despido laboral. Debido a tales problemas tuvo un intento autolítico el 16 de junio de 2016 si bien pudo ser llevada a Urgencia del HURYC cuyo Servicio de Psiquiatría consideró oportuno derivarla al HRL.

En dicho centro permaneció 45 días y consiguió una muy buena recuperación tras la cual estaba muy animada y comenzó diversas tareas de voluntariado.

Fue objeto de seguimiento en el Centro de Salud Mental aproximadamente cada dos meses y se fue reduciendo su medicación hasta que se suprimió el antidepresivo el 26 de junio de 2017 si bien mantuvo un “*relajante*” para el descanso y programó la siguiente cita para el 23 de noviembre de ese año.

Inesperadamente su hermana tuvo un importante bajón emocional y acudió al Centro de Salud Mental donde le adelantaron la cita al 13 de noviembre.

Se dirigió a Urgencias del HURYC donde le recetaron mirtazapina que según el reclamante puede producir ideas de suicidio y empeoramiento de la depresión.

Acudió a su médico de Atención Primaria que le indicó que tan solo podía aumentar la dosis de tranxilium.

Junto con el reclamante acudió a la consulta de Psiquiatría del Centro de Salud Mental que resultó muy cordial y duró aproximadamente

unos 45 minutos. En ella su hermana expuso su deseo de ser ingresada de nuevo en el HRL porque tenía pensamientos de “*quererse ir*”.

La psiquiatra reintrodujo el antidepresivo que había sido retirado y le indicó que vería la mejoría en diez días fijando una cita para esa fecha. Le indicó que de experimentar empeoramiento se dirigiese al HRL.

A los dos días, el reclamante fue avisado por vecinos de su hermana y acompañó a esta al HRL donde se decidió su ingreso tras expresar ideas autolíticas.

Tras el alta se le pautaron seis medicamentos (clorazapato dipotásico, mirtazapina, venlafaxina retard, lormetazapan, lorazepam y valsartan), cinco de los cuales según el reclamante pueden inducir al suicidio.

Considera que hay una inequívoca relación de causalidad entre la asistencia prestada y el suicidio de su hermana basándose en la existencia de ideas autolíticas y la prescripción de medicamentos que pueden inducir al suicidio así como en un cronograma de la asistencia sanitaria prestada.

Reclama daños patrimoniales y morales que no cuantifica.

Aporta diversa documentación médica, conclusiones de la autopsia judicial, fotografías y nota de suicidio.

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

La hermana del reclamante, nacida en 1954, con antecedentes de depresión e intento autolítico en 2015 por el que estuvo ingresada en el HRL, se encontraba en tratamiento en el Centro de Salud Mental San Blas

con buena evolución por lo que se fue reduciendo la medicación ansiolítica y antidepresiva pautada hasta su supresión en junio de 2017.

El 1 de noviembre de 2017 acude a Urgencias del HURYC por un cuadro de tristeza y nerviosismo. Es vista por Psiquiatría (folios 121-122) recibiendo el alta con diagnóstico de sintomatología ansioso-depresiva. Se pauta mirtazapina. Revisión en cita programada de Psiquiatría y en caso de empeoramiento acudir a Urgencias.

El 2 de noviembre de 2017 acudió a la consulta de Atención Primaria. Según el informe de la médica de Atención Primaria estaba muy angustiada, con ansiedad y empeoramiento de la depresión. Se aumentó la dosis de tranxilium (folio 105) y se remitió a la próxima cita programada en los servicios de Salud Mental.

No se localiza en el expediente la asistencia prestada el 13 de noviembre de 2017 en el Centro de Salud Mental. Según la referencia consignada en la historia clínica del HRL se reintrodujo medicación antidepresiva y ansiolítica (transxilium, mirtazapina, valsartan y venxafalina retard).

Acude acompañada de familiares el 15 de noviembre de 2017 al HRL por ideación autolítica.

Afirma que tras la realización de un curso en octubre que le inspiró sentimientos muy profundos se sintió mal por lo que acudió a Urgencias de HURYC y luego fue vista por su psiquiatra el 13 de noviembre.

Manifiesta ideas autolíticas, fobia al barullo y a los niños y pérdida de interés por la comida con insomnio. Su hermano relata el empeoramiento sufrido en el último mes.

A la exploración está consciente y orientada en las tres esferas. Atenta, alerta abordable y colaboradora. Adecuado contacto ocular. Facies

triste. No presenta fallos mnésicos groseros ni alteraciones de la psicomotricidad. No hay signos o síntomas de intoxicación o abstinencia a tóxicos. Discurso coherente, espontáneo, fluido, bien articulado y estructurado gramaticalmente centrado en relatar su situación actual que no reduce alteraciones en curso o contenido del pensamiento. No hay alteraciones sensorio-perceptivas. Hipotimia de un mes de evolución que atribuye al cansancio acumulado, junto con leve apatía, tendencia al aislamiento y aumento de ansiedad basal, sin claros paroxismos. Afecto congruente. No tiene auto/heteroagresividad en el momento actual. Presenta ideación autolítica activa de reciente aparición sin clara estructuración, con miedo de paso al acto en momentos de mayor desbordamiento y no asegurando una adecuada contención. Insomnio global de un mes de evolución, que mejora con la toma de medicación. Hiporexia con pérdida ponderal no cuantificada. Juicio de realidad conservado. Adecuado *insight*.

Se procede a su ingreso voluntario para contención y reajuste farmacológico.

Según el informe clínico de alta (folio 235) no se modificó el tratamiento farmacológico y experimentó una mejoría clínica paulatina con crítica total de la ideación autolítica.

Tras una salida terapéutica sin incidentes se decide el alta hospitalaria para pasar a control ambulatorio.

Se emite el juicio clínico de episodio depresivo moderado con síndrome somático.

Consta un informe de actuación del SUMMA 112 fechado el 9 de diciembre de 2017 en el que consta que el 8 de diciembre, la paciente es encontrada muerta por su hermano sobre las 23:00 horas habiendo

hablado con ella sobre las 12:00 horas aparentando un estado anímico normal.

Presenta rigor mortis y livideces cadavéricas. En el lugar hay una nota despidiéndose de su familia y una bolsa llena de blíster vacíos de cloracepato potásico, venlafacxina retard, velfaxina, valsartan, mirtacepina y orfidal. Se extiende parte judicial (folio 85).

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 18 de enero de 2019 la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la notificación de la reclamación.

El 31 de enero de 2019 se requiere al reclamante que acredite el parentesco mediante la aportación del Libro de Familia. El 19 de febrero de ese año el reclamante presenta las fotocopias del Libro de Familia, un *“manifiesto personal contributivo”* y solicita sentido común.

Por escrito sin fecha emite informe una médica del Centro de Salud Avda. Aragón.

En el mismo expone que la hermana del reclamante con antecedentes de depresión de diez años antes superada con éxito sufrió en 2010 una nueva depresión por la muerte de su padre. Por ello fue tratada con los mismos medicamentos que diez años antes.

La firmante del informe comenzó a tratarla en 2012 refiriendo que estaba siendo tratada en Psiquiatría por depresión. Acudió en 2014 indicando que estaba peor a raíz de su despido laboral por lo que iba a tomar antidepresivos.

En abril de 2015 tuvo un intento autolítico del que fue tratado por los Servicios de Salud Mental y de la Dirección General de la Mujer.

Posteriormente acudió refiriendo la evolución positiva con el tratamiento que estaba siguiendo por indicación de los Servicios de Salud Mental hasta lograr la retirada del tratamiento.

El 2 de noviembre de 2017 acudió muy angustiada, con ansiedad y empeoramiento de la depresión. Había hecho un viaje a Tierra Santa que según afirmaba le había cambiado la forma de ver la vida. No quería volver a iniciar un tratamiento por la larga duración de estos. Ante esa situación aumentó la dosis de tranxilium a 3 pastillas hasta que le viera su médico de Salud Mental.

El 7 de diciembre de 2017 acudió a la consulta y le informó que había estado ingresada en el HRL y le prescribió la medicación pautada en el hospital. No volvió a saber de ella hasta que unos familiares le comunicaron su defunción.

El 5 de marzo de 2019 emite informe el coordinador de Urgencias del HURYC en el que expone que la paciente acudió el 1 de noviembre de 2017 por un cuadro de tristeza y nerviosismo por lo que de acuerdo con el triage Manchester pasó a Urgencias de Psiquiatría recibiendo el alta con diagnóstico de sintomatología ansioso-depresiva y control por Psiquiatría con cita el 13 de noviembre.

El 7 de marzo de 2019 emite informe una psiquiatra del Centro de Salud Mental San Blas.

Expone que trató en 2015 a la paciente por una depresión mayor que precisó ingreso en el HRL. Tras el alta estaba eutímica, cordial y colaboradora y participo en numerosos proyectos de voluntariado con una evolución muy adecuada.

Tras 18 meses de revisión tanto las programadas cada 50 días como los días que acudía sin cita se procedió a la retirada gradual de la medicación.

A los nueve meses (13 de noviembre de 2017) acudió por empeoramiento por lo que reintrodujo medicación antidepresiva y ansiolítica indicando que si no había mejoría o empeoraba acudiera al HRL.

El 14 de marzo de 2019 emite informe el jefe de Sección de Psiquiatría del HURYC en el que expone la asistencia prestada y especialmente en la relativa a la asistencia en Urgencias el 1 de noviembre de 2017 refiere que acudió por sintomatología ansioso-depresiva de aparición brusca desde el día anterior. Al referir síntomas somáticos (diarrea, náuseas, cansancio) se realizó analítica y electrocardiograma. En la exploración psicopatológica no había datos de psicoticismo, autoagresividad ni ideas de muerte. Se ajustó el tratamiento y al no existir datos que justificasen otras actuaciones se le dio el alta con indicación de acudir a su cita programada de Psiquiatría y en caso de empeoramiento acudir a Urgencias.

Acudió a la cita de Psiquiatría el 13 de noviembre de 2017 objetivándose recaída depresiva por lo que se prescribió medicación adecuada y se citó para revisión en 10 días indicando que si se encontraba peor acudiera al HRL donde consta que acudió y fue ingresada el día 15 de ese mes sin disponer de más datos.

Considera que la actuación de los servicios de Psiquiatría dependientes del HURYC fue correcta y ajustada a las guías clínicas sobre manejo de pacientes con depresión.

El 17 de abril de 2019 el reclamante aporta un segundo manifiesto solicitando análisis, reflexión y estimación sobre el irreparable daño

moral-patrimonial causado. Aporta diversa documentación (informes médicos, correos electrónicos, etc.).

El 14 de octubre de 2019 emite informe el jefe de Servicio de Psiquiatría del HRL.

Expone la historia psiquiátrica de la paciente e indica que el 15 de noviembre de 2017 (dos días después de la cita en los servicios de Salud Mental) acudió a Urgencia de su hospital al no experimentar mejoría por lo que quedó ingresada.

El cuadro clínico fue diagnosticado como un episodio depresivo moderado con síntomas somáticos y el facultativo que la trató –el mismo que lo había hecho en su primer ingreso –mantuvo el tratamiento pautado en el centro de Salud Mental ya que consideró que era el adecuado y que no había tenido tiempo de producir su efecto, lo que se confirmó en los días sucesivos en los que la paciente experimentó una mejoría clínica significativa, algo que se confirmó con un permiso de fin de semana en el cual se encontró bien, hacía crítica total de su ideación autolítica y, consecuentemente, se acordó su alta a la que no consta ningún reparo por parte de la paciente ni de su hermano al recogerla tras tres semanas de ingreso.

El tratamiento psicofarmacológico pautado a su alta fue el mismo que tuvo al alta del ingreso anterior y que, según el propio hermano reconoce, había funcionado a su plena satisfacción y sin ningún problema. Dos días después del alta realizó una ingesta medicamentosa fatal sin que se conozca la causa destacando que el hermano había hablado con la paciente ese día y aparentaba un estado normal.

El informe efectúa una serie de precisiones respecto de lo consignado en la reclamación.

En cuanto al “alta prematura” afirma que:

“(…) debemos aclarar que tres semanas se considera, según la “lex artis” y los datos sobre actuación del tratamiento farmacológico antidepresivo un plazo razonable y suficiente para que haya un cambio clínico significativo, no pudiendo utilizarse como comparación justificativa la duración del ingreso previo al no ser equiparables clínicamente y además el tratamiento ya había sido iniciado antes del ingreso de la paciente”.

En lo relativo a la “peligrosidad de los fármacos prescritos”:

“(…) es relevante insistir en que el tratamiento farmacológico pautado ya desde el CSM, continuado en el hospital y mantenido al alta fue el mismo que funcionó sin ninguna queja – más bien al contrario según reconoce el propio reclamante- en el primer ingreso. Como dato adicional se recoge claramente en el examen clínico previo al alta la crítica expresa de la paciente a su ideación suicida previa”.

Por todo ello considera que el abordaje desde el punto de vista asistencial sigue las pautas de la *lex artis* para el tratamiento de un episodio como el descrito.

El 24 de mayo de 2020 emite informe la Inspección Sanitaria en el que considera que la actitud asistencial se ajustó a la buena práctica clínica, tanto en la evaluación y seguimiento de la paciente como en la aplicación de las medidas terapéuticas necesarias, siguiendo las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y Protocolos Clínicos disponibles.

El 1 de junio de 2020 se concede trámite de audiencia al reclamante.

El 8 de julio de 2020 presenta escrito de alegaciones el reclamante en el que se opone a lo recogido en el informe de la Inspección y se ratifica en su reclamación.

Finalmente, la viceconsejera de Sanidad formuló propuesta de resolución, de 21 de julio de 2020, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse actuado con arreglo a la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 28 de junio de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, 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 septiembre 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 indeterminada 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.- El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial 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 familiar de la persona que recibió la asistencia sanitaria y cuyo fallecimiento le ocasionó un evidente daño moral que no precisa prueba alguna.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Centro de Salud Avda. Aragón, el HURYC, el HRL y el Centro de Salud Mental San Blas que forman parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

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. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas

En este caso, el *dies a quo* viene determinado por fallecimiento de la hermana del reclamante el 8 de diciembre de 2017 por lo que la reclamación presentada el 7 de diciembre de 2018 estaría presentada dentro del plazo legal.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En concreto, se solicitó el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la

LPAC, se admitió la prueba documental aportada por el reclamante 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.

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 la actuación de los centros sanitarios que atendieron a su hermana fue incorrecta ya que no evitaron el suicidio al minusvalorar sus ideaciones autolíticas, prescribir medicamentos inadecuados que podían inducir al suicidio y en el caso del HRL conceder el alta sin que la reclamante presentase las condiciones adecuadas.

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)”.

El reclamante no aporta ningún elemento probatorio relevante. Considera evidente que al producirse el suicidio tras el alta ello muestra que la actuación sanitaria fue incorrecta y aporta para ello un cronograma que es palmario que no sirve para probar la inadecuación de una asistencia psiquiátrica.

Tanto los informes de los Servicios afectados como la Inspección consideran correcta su actuación.

Esta Comisión viene recordando que 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 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

En concreto esta Comisión ya ha analizado en dictámenes como el 61/18, de 8 de febrero y el 484/18, de 8 de noviembre, la problemática derivada de suicidios tras recibir asistencia psiquiátrica.

En concreto, en el Dictamen 61/18 se recogía cómo uno de los criterios que utilizan los psiquiatras para valorar la posibilidad de alta de pacientes que han presentado ideaciones autolíticas es la concesión de permisos de duración breve para comprobar el efecto que tiene su vuelta a la normalidad. En aquel caso, tras varios permisos satisfactorios, la paciente se suicidó y en el supuesto que nos ocupa se concedió un

permiso en el que no surgió ningún problema lo cual unido a la crítica que realizaba la paciente de su ideación autolítica determinó el alta.

En dicho dictamen también destacábamos que 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.

Asimismo, 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 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. Como destacan los informes, en el HRL en el momento del alta la paciente hacía crítica completa de la ideación autolítica, habían transcurrido sin incidentes los periodos de ingreso establecidos en los protocolos al uso y el día del trágico suceso habló con el reclamante y, como este afirmó al personal del SUMMA, aparentaba un estado anímico normal (folio 84).

Sin embargo, el reclamante considera que la producción del suicidio es una muestra de que el alta fue prematura. En este caso 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.

Tampoco cabe admitir lo alegado en cuanto a los posibles efectos adversos y favorecedores del suicidio de los fármacos pautados. El que un fármaco (especialmente los psicofármacos) pueda tener efectos desfavorables no significa que su prescripción sea inadecuada sino que ha de valorarse la relación riesgo/beneficio por el facultativo que lo prescribe. En este caso los informes destacan que tales medicamentos fueron prescritos y confirmados por varios psiquiatras y se trataba de los mismos medicamentos que habían producido efectos beneficiosos a la paciente con anterioridad hasta que, de repente y por causas desconocidas, recayó en la depresión. Por ello, y ante la falta de prueba por parte del reclamante, ha de considerarse correcta la actuación sanitaria.

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 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 septiembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 379/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid