

Dictamen n°: **395/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **22.09.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 22 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 Dña., Dña. y D. y (en adelante “*los reclamantes*”) por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento por autolisis de su cónyuge y padre D., que atribuyen, al deficiente seguimiento de su patología psiquiátrica en el Hospital Universitario de Móstoles.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 8 de agosto de 2018, las personas citadas en el encabezamiento, debidamente representadas, presentan un escrito en el registro de la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda solicitando una indemnización por los daños y perjuicios supuestamente derivados de la asistencia sanitaria dispensada a su esposo y padre, en el Hospital Universitario de Móstoles.

En su escrito señalan que el familiar de los reclamantes padecía un leve temblor de mano “*sin más*” y llevaba en tratamiento con paroxetina desde hacía unos 18 años, pero en marzo de 2016 el psiquiatra del Centro de Salud Mental de Móstoles le retiró la medicación y es a raíz de ese cambio de medicación cuando, según los

reclamantes, comenzó a angustiarse y a dormir mal sin que el cambio de medicación lograra los resultados que había conseguido con la paroxetina.

Refieren a continuación que por la continua demanda de medicación que presentaba, el 2 de diciembre de 2016 ingresó voluntariamente en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de Móstoles y recibió alta el día 23 de diciembre de 2016 pero cinco días después tuvo que ser nuevamente ingresado “*tras gesto autolítico*” siendo diagnosticado de trastorno de ansiedad con preocupaciones obsesivas e hipocondríacas pero sin darle importancia “*al gesto autolítico*”. Se le cambió la medicación y recibió alta el 6 de febrero de 2017 con cita para psiquiatría del Centro de Salud el día 8, y ya en el domicilio su padre y cónyuge no quería levantarse y se negaba a acudir al psiquiatra.

Señalan también que el 16 de febrero de 2017 acudieron a consulta de Psiquiatría y a la vista de las manifestaciones de los familiares quedó ingresado para someterle a una terapia electroconvulsiva, pero durante el ingreso el deterioro del paciente se hizo evidente, perdió 20 kilos, “*la desatención fue absoluta*” y no fue sometido a una terapia electroconvulsiva hasta el 18 de abril, según los reclamantes, cuando los familiares tomaron la determinación de cambiarle de centro si no se llevaba a cabo. Recibió alta el 9 de junio de 2017 y ya en el domicilio comenzó a ganar peso y a mejorar físicamente pero el 17 de octubre, a la espera de conocer el resultado de unos análisis, se quitó la vida en su propio domicilio.

Consideran en su escrito de reclamación que hubo desidia y retraso en el diagnóstico y tratamiento de su padre y esposo y se minimizó el riesgo de autolisis.

Solicitan una indemnización de 145.213,50 para su viuda y esposa, y 20.451,00 euros, para cada uno de los hijos.

Aportan la siguiente documentación: conclusiones de la autopsia practicada, certificado de defunción, libro de familia, escritura de

apoderamiento, testamento abierto otorgado por el causante y certificado del registro de últimas voluntades.

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

El familiar de los reclamantes, nacido en 1944, y con antecedentes de seguimiento en Neurología con diagnóstico de leucoencefalopatía de pequeño vaso, lesión isquémico crónica en tálamo derecho, probable alteración atencional en relación con ansiedad intercurrente, cefalea tensional de moderada frecuencia, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial diagnosticada desde hace 10 años, hiperuricemia sintomática, en seguimiento psiquiátrico en el ámbito privado desde agosto de 2016 por un cuadro depresivo, en seguimiento en Centro de Salud Mental desde el 7 de junio de 1998 al 30 de abril de 2002 por un cuadro de etilismo crónico tratado con antabús con buena evolución y en tratamiento con paroxetina durante 18 años y otros psicofármacos acude, en enero de 2016 al Centro de Salud Mental de Móstoles por cuadro depresivo, temblor, inquietud y ansiedad, por lo que se pauta descenso progresivo de la paroxetina y se agrega deansit y orfidal.

El 24 de mayo de 2016 acude a Urgencias con apatía y tendencia a la clinofilia. Según la historia clínica *“su mujer refiere que le encuentra más tranquilo, durmiendo mucho a cualquier hora. Cuentan que el motivo de retirada de la paroxetina eran problemas en la eyaculación. Su mujer refiere que ella cree que la situación actual no se debe a la retirada de la paroxetina”*. El paciente, con juicio de realidad conservado, se encuentra abordable, colaborador, aspecto cuidado, no ideas de muerte ni ideación autolítica. Se introduce sertralina, para evitar efectos secundarios sexuales de la paroxetina y se mantiene orfidal.

En junio de 2016 en Neurología es diagnosticado de leucoencefalopatía cerebral de pequeño vaso y lesiones de isquemia crónica en tálamo derecho. Presenta temblores y cefaleas, nerviosismo e inquietud.

En septiembre de 2016 acuden a psiquiatra privado.

Acompañado de su familia, acude el 1 de diciembre de 2016 a las 23:46 horas a Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles. Refieren episodios puntuales de heteroagresividad verbal en el domicilio desde marzo que presentó gran angustia y sentimientos de culpabilidad por la posibilidad de haberse contagiado de alguna enfermedad venérea, cuadro intensificado en los últimos días, cambio de carácter, *“amenazando con matarse si su mujer no le daba medicación”*. Inquieta al paciente las pruebas serológicas solicitadas y realizadas en Neurología con resultados negativos y aun así el paciente persiste con pensamientos de culpa, obsesivos e hipocondriacos. Tras la exploración queda ingresado con juicio clínico de alteraciones de conducta con producción de heteroagresividad tanto verbal como física en paciente diagnosticado de un síndrome obsesivo.

Se realizan pruebas complementarias; analítica, RMN cerebral y PIC en Neurología, sin hallazgos significativos, se ajustó el tratamiento, se mantuvo entrevistas con la familia, se iniciaron permisos terapéuticos acompañado de sus familiares y dada la buena evolución y las características de la sintomatología del paciente se comentó con la familia y se coordinó el alta hospitalaria el día 23 de diciembre de 2016, para posterior seguimiento por su médico de Atención Primaria, con tratamiento, citas en el Centro de Salud Mental para revisión el día 10 de enero de 2017 y con Neurología el día 8 de febrero de 2017 y acudir a Urgencias por empeoramiento.

El 28 de diciembre de 2016 acude nuevamente a Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles tras gesto autolítico en el domicilio. Durante el ingreso se observaron datos de insuficiencia renal y se realizaron numerosas pruebas complementarias (RMN cerebral, TC cerebral, EEG y analíticas) en las que no se observaron hallazgos de empeoramiento respecto al anterior ingreso. Se ajustó la medicación y dada la evolución del paciente se coordina con la familia la iniciación de permisos terapéuticos de una hora con previsión de alta. Ante las dificultades del paciente por aceptar el regreso al domicilio, se decide

prorrogar el alta e iniciar permisos más amplios que transcurrieron sin incidencias.

El 6 de febrero de 2017 recibe alta, con diagnóstico de trastorno de ansiedad con preocupaciones obsesivas e hipocondriacas y gesto autolítico de letalidad media dado el objeto empleado, con tratamiento y citas para el 8 de febrero en el Centro de Salud Mental y Neurología, acudir a Atención Primaria y si empeoramiento, acudir a Urgencias.

El 8 de febrero acude a revisión al Centro de Salud Mental con ideas obsesivas e hipocondriacas que alcanzan categoría de delirios y es derivado a la Unidad de Hospitalización Breve para ingreso por trastorno depresivo severo, con síntomas psicóticos, recomendándose tratamiento con terapia electroconvulsiva.

El 16 de febrero de 2017 acude a Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por indicación de su psiquiatra del Centro de Salud Mental por empeoramiento de su estado y con indicación de tratamiento con electrochoque. Es valorado por Psiquiatría. Presenta ánimo bajo, ideas de muerte e ideación autolítica, angustia, abandono del autocuidado, pérdida de peso, desesperanza, ideas delirantes de culpa e hipocondría, irritabilidad, ocasionales episodios de agresividad y autolesiones, ideas y rumiaciones obsesivas en relación a una posible infección con tintes delirantes a la vista del resultado negativo de las pruebas realizadas. Sin elementos objetivos, el paciente afirma tener una enfermedad mortal y que se va a quedar ciego.

Se mantiene entrevista con familiares y se les explica la evolución del paciente, la sintomatología observada y la modificación en el tratamiento del paciente a la vista de las exploraciones y las pruebas complementarias realizadas. Mejoró la angustia del paciente y las alteraciones en la función renal.

El 31 de marzo de 2017 se entrega a la familia con el consentimiento del paciente un informe para segunda opinión que los familiares solicitaron al Hospital Universitario 12 de Octubre y se les

hace entrega del consentimiento informado e información anexa sobre terapia electroconvulsiva.

Previo consentimiento informado y valoración anestésica recibió doce sesiones de terapia electroconvulsiva desde el 18 de abril al 25 de mayo.

El 9 de junio de 2017 por mejoría, recibe alta con diagnóstico principal de depresión mayor con síntomas psicóticos, deterioro psicoorgánico de la personalidad (a valorar longitudinalmente) y tratamiento.

El 14 de junio de 2017 acude a consulta del Centro de Salud Mental y fue revisado semanalmente. El paciente presenta mejoría.

El 11 de octubre de 2017 acude a consulta de Reumatología para control de hiperuricemia y se solicita analítica.

Consta el fallecimiento el 16 de octubre de 2017, en su domicilio, por ahorcamiento.

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.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente del Hospital Universitario de Móstoles, del Centro de Salud Dr. Luego Rodríguez y del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

El 22 de septiembre de 2018 emite informe el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Móstoles que a la vista de la historia clínica recoge los antecedentes personales y las enfermedades medicas de años de evolución que padecía el paciente: patología renal y seguimiento en Neurología con diagnóstico de leucoencefalopatía de pequeño vaso, lesión isquémica crónica tálamo derecho, probable alteración atencional en relación a ansiedad intercurrente, cefalea tensional de frecuencia moderada y tratamiento psiquiátrico, y los

tratamientos previos; con paroxetina durante 18 años, antabús y otros psicofármacos que enumera, y relata la asistencia dispensada en Psiquiatría y Neurología en los diferentes ingresos hospitalarios.

Respecto a la demora en el tratamiento con terapia electroconvulsiva, invocada por los reclamantes, el informe recoge que el tratamiento no se inició hasta que se constató la falta de respuesta al tratamiento farmacológico y se realizaron y completaron estudios somáticos de las patologías somáticas previas que padecía, por el riesgo neurológico que supone el tratamiento.

Considera que la solicitud de una segunda opinión por parte de la familia pudo ser un factor de demora, que el tratamiento se realizó correctamente y fue efectivo sin que el paciente presentara efectos secundarios.

Finalmente señala que en el momento de alta, en junio de 2017, por mejoría, era imprevisible la conducta suicida del paciente, tras el alta, el paciente tuvo citas en el Centro de Salud Mental en los meses de junio, julio, septiembre y 10 de octubre en los que consta muy buena evolución y *“algunos suicidios son inevitables, por muy expertos y diligentes que sean los responsables del tratamiento y la familia del paciente”*.

Con fecha 22 de febrero de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria que concluye que el paciente fue atendido adecuadamente en el Hospital Universitario de Móstoles y en el Centro de Salud Mental, la terapia electroconvulsiva dio buenos resultados y remitieron los síntomas de la enfermedad pero desgraciadamente, para algunos enfermos de depresión, el suicidio es inevitable pese a los esfuerzos del sistema sanitario y la propia familia. Concluye indicando que, en todo caso, se ha actuado correctamente y no hay constancia de que se haya actuado, en ningún momento, en contra de la *lex artis*.

Con fecha 8 de agosto de 2019 se concede trámite de audiencia a los reclamantes.

El 6 de septiembre de 2019 presentan un escrito solicitando la suspensión del trámite de audiencia hasta la incorporación al expediente de la historia clínica del paciente del Centro de Salud de Atención Primaria y del Servicio de Neurología y Nefrología.

Figura en los folios 235 a 480 la incorporación al expediente de la historia clínica del Centro de Salud Dr. Luengo Rodríguez, del Hospital Universitario Fundación Alcorcón respecto al seguimiento de la litiasis del paciente, el informe clínico del psiquiatra del Centro de Salud Mental de Móstoles y la historia clínica del Hospital Universitario de Móstoles.

La Inspección Médica, a la vista de la documentación incorporada al expediente, en informe de 11 de octubre de 2019 se reafirma y ratifica el informe anterior.

El 23 de octubre de 2019 se otorga nuevo trámite de audiencia a los reclamantes.

El 13 de noviembre de 2019 solicitan nuevamente la suspensión del trámite conferido para la incorporación al procedimiento del tratamiento dispensado en el Servicio de Salud Mental de Móstoles.

Obra en el folio 492 un escrito de 6 de febrero de 2020 de la Asesoría Jurídica del Hospital Universitario de Móstoles *“confirmando que no existe ninguna otra documentación”* y adjunta nuevamente la historia clínica del paciente del Hospital Universitario de Móstoles.

Conferido nuevo trámite de audiencia, el 19 de junio de 2020 los interesados presentan alegaciones reiterando, en síntesis, el contenido del escrito inicial de reclamación, manifiestan que concurren los requisitos de la responsabilidad patrimonial, solicitan la estimación de la reclamación y acompañan un informe pericial firmado el 5 de junio de 2010 por el médico psiquiatra que atendió en la sanidad privada al paciente.

Finalmente, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 16 de julio de 2020, en la que propone al

órgano competente para resolver desestimar la reclamación al entender que no se ha demostrado mala praxis, ni nexo causal entre la actuación facultativa y el daño reclamado.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 23 de julio de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 22 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 superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. 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 libro 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 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Han acreditado la relación de parentesco con el Libro de Familia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en centro sanitario perteneciente a la red pública madrileña.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento del paciente el 16 de octubre de 2017 por lo que la reclamación presentada el 8 de agosto de 2018 está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación; se ha recabado el informe del servicio al que se imputa la producción del daño en virtud de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, el instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria, se ha incorporado y completado la historia clínica del paciente, se ha dado audiencia a los interesados que han presentado alegaciones y finalmente, en los términos previstos en el artículo 91 de la LPAC, se ha dictado propuesta de resolución remitida, junto con el resto del expediente, a esta Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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) 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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad*

hoc como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) “*que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico*”.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar. Sin embargo, la existencia de un daño, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales médicos debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Los interesados han aportado como prueba un dictamen pericial firmado por un médico psiquiatra que atendió al familiar de los reclamantes en tres ocasiones, en el ámbito privado, en septiembre de 2016, cuando los familiares acudieron buscando una segunda opinión. Sin embargo, el citado informe tras *“un análisis longitudinal y transversal de la clínica”* del paciente se limita a indicar que *“cuando existe un cuadro mixto de depresión melancólica con síntomas psicóticos congruentes y no congruentes hay que hacer un tratamiento más adecuado y/o especial casi desde el inicio”*, sin indicación alguna de dichos tratamientos para a continuación afirmar que *“de todas formas, a veces aunque hagas los tratamiento que creemos más adecuados el cuadro se cronifica y tienen poca efectividad”*.

Procede tener presente, además, que la valoración de la asistencia médica ha de atender a las circunstancias mediante un juicio ex ante y no ex post. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual: *“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio ex post, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”*.

Esta Comisión Jurídica Asesora en su reciente Dictamen 379/20 ,de 15 de septiembre, con cita del Dictamen 484/18 ha puesto 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”*.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su sentencia de 27 de febrero de 2020 (recurso 541/2017) señala que si

el diagnóstico en medicina es sumamente difícil, 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 nuestro caso, los reclamantes imputan el fallecimiento de su familiar a la desidia en la atención dispensada al paciente y retraso en la aplicación de la terapia electroconvulsiva.

Respecto al primero de los reproches, a la vista de la historia clínica y del informe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario de Móstoles se constata que hubo un seguimiento adecuado a la patología que presentaba el paciente, se ajustó el tratamiento psicofarmacológico, se realizaron las pruebas diagnósticas necesarias a la vista de los cambios y exploraciones realizadas en las diversas asistencias dispensadas y una vez constatada la falta de respuesta al tratamiento convencional y con los estudios médicos necesarios se propuso la terapia electroconvulsiva, En este sentido, la Inspección considera correcta y adecuada la actuación sanitaria sin que pueda imputarse a la actuación sanitaria el lamentable desenlace.

Por lo que respecta al reproche de retraso en la aplicación de la terapia electroconvulsiva que le fue recomendado en el Centro de Salud Mental en febrero de 2017, consta en la historia clínica, que el tratamiento fue valorado en el Hospital Universitario de Móstoles en marzo de 2017, la familia solicitó una segunda opinión, se realizó la correspondiente valoración anestésica y previa firma del correspondiente consentimiento informado se inició la primera de las doce sesiones, el 18 de abril de 2017. Tras la última sesión recibida, el 25 de mayo de 2017, el paciente recibió alta clínica, por mejoría, en junio de 2017. Al alta, presentaba discurso ordenado y coherente, animo bajo pero negaba ideación autolítica, habían desaparecido las ideas delirantes y empieza a tener interés por su entorno, no observándose retraso en la aplicación de la terapia puesto que tal y como indica la Inspección Médica, la terapia electroconvulsiva dio

buenos resultados y remitieron los síntomas de la enfermedad, de tal manera, que cuando recibió el alta, resultaba imprevisible la conducta suicida del paciente.

En el caso que nos ocupa, el dictamen pericial de parte no corrobora los reproches de los reclamantes, mientras que la historia clínica del paciente e informes obrantes en el expediente, en especial el informe de la Inspección Médica permiten colegir, que no hay constancia de que se haya actuado en ningún momento contra la *lex artis* al tratarse de un caso con mala evolución y un dramático final pese a los buenos resultados de la terapia electroconvulsiva aplicada.

Es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria tal y como reconoce el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así la sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014) recuerda que:

“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

Todo ello conduce a entender que no concurren los presupuestos 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 al no haberse acreditado la vulneración de la *lex artis* en la prestación de la asistencia sanitaria

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 22 de septiembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 395/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid