

Dictamen nº: **547/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.12.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 31 de noviembre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña., actuando en su propio nombre y en el de sus hijos menores de edad, (en adelante “*la reclamante*”), reclamando los daños y perjuicios derivados del fallecimiento por autolisis de su esposo, por considerar deficiente la asistencia sanitaria que le fue dispensada por el SUMMA 112, cuatro días antes del suicidio.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante presentó reclamación de responsabilidad patrimonial en materia sanitaria, el día 13 de febrero de 2018, en el registro de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, por considerar deficiente la asistencia sanitaria que fue dispensada a su esposo por el SUMMA 112, cuatro días antes del suicidio de éste, el 24 de febrero de 2017, al considerar que su fallecimiento por autolisis se podría haber evitado si se hubiesen activado los protocolos de prevención de riesgo de suicidio ante el

peligro evidente y anunciado de quitarse la vida. A resultas de todo ello, se solicita una indemnización por cuantía de 549.418,00 €.

En su reclamación, se insiste en la intención expresamente manifestada por el paciente en esa asistencia, donde indicó al médico que le atendió “...*hoy no me voy a suicidar, otro día sí...*” (sic.).

Junto con la reclamación, se aporta la hoja clínico asistencial emitida por la Unidad del SUMMA 112, el 20 de febrero de 2017, así como copias del DNI de la reclamante, del certificado literal de fallecimiento del suicida y de las partidas de nacimiento de los hijos comunes.

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

Entre los antecedentes médicos del fallecido, se refleja que el paciente, de 47 años de edad en el momento de los hechos, únicamente tenía como antecedente psiquiátrico una asistencia en el Centro de Salud Potosí en 2009, por estado de ansiedad. En ella, su médico de Atención Primaria anotó que el paciente “*está en tratamiento en psicoterapia en centro privado*”.

El 19 de febrero de 2017, a las 23,15 h. se solicitó asistencia domiciliaria al SUMMA 112 por parte de los familiares, por alteración de la conducta del paciente, refiriendo ideas autolíticas por problemas familiares, al encontrarse en trámites de divorcio.

El equipo asistencial que le atendió se presentó en el domicilio indicado en el aviso 52 minutos después, a las 00:07 h del 20 de febrero, recogándose las siguientes anotaciones médicas: “*Exploración y pruebas complementarias: Cx03. (consciente y orientado en espacio,*

tiempo y persona). Eupneico. BH (bien hidratado) y P (perfundido). Colaborador. No somnolencia. No ideas autolíticas actualmente”.

Después de efectuar la amnesis del paciente y la correspondiente exploración física, la doctora del SUMMA descartó la necesidad de un traslado psiquiátrico urgente, aunque recomendó al paciente acudir al día siguiente al hospital para ser valorado por especialistas. El afectado se negó, refiriendo que no habría necesidad de acudir al hospital y que, si le hiciera falta acudiría a su médico de Atención Primaria al día siguiente.

En el informe clínico asistencial se reflejó: *“Tratamiento: Pendiente de evolución. Observación; si empeora avisar a urgencias Destino: MAP (médico de atención primaria)”.*

El 24 de febrero de 2017, sobre las 17,30 horas, se confirma el fallecimiento del paciente, por defenestración, al arrojarse desde la ventana del descansillo entre las plantas 8ª y 9ª del edificio, en la Avenida de Pio XII nº 61 de Madrid.

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 27 de febrero de 2018 la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la notificación de la reclamación.

El 14 de marzo de 2018, previo el requerimiento a la reclamante de mayor información sobre la causa y circunstancias del fallecimiento de su esposo, se incorpora al procedimiento el atestado policial correspondiente al día del suicidio, de la Comisaria de Ciudad Lineal, informe médico forense que constata que el fallecimiento se produjo por

el impacto de la caída: *“Se trata de una muerte violenta producida por defenestración, con un shock traumático y destrucción de centros vitales, resultante final del óbito del sujeto”*, así como el Auto de 7 de julio de 2017, del Juzgado de Instrucción nº 12 de Madrid, acordando el sobreseimiento del procedimiento judicial incoado, al constatarse la evidencia del suicidio.

Consta el informe de la Dirección Médica del SUMMA 112, de fecha 13 de abril de 2018, avalando la corrección de la intervención asistencial del día 20 de febrero de 2017, una vez revisado el parte emitido en ese momento y el informe ampliatorio posterior, elaborado por la facultativa que intervino. En el mismo se establece con rotundidad que, analizadas las circunstancias de aquel momento, no había motivo para proceder a un traslado psiquiátrico forzoso.

El escrito adjunta transcripción de las llamadas de alerta que determinaron la intervención del SUMMA, CD comprensivo de su grabación, la hoja clínico asistencial emitida en el momento de la asistencia y el informe posterior emitido por la doctora que acudió al domicilio.

Según consta en el informe ampliatorio posterior últimamente referido, de fecha 10 de abril de 2018, la facultativa señala que recuerda que en aquella asistencia encontró al paciente acompañado de sus padres, un hermano y su cuñada. Que cuando llegó estaba dormido y, tras despertarle, le refirió *“que no había necesidad de la presencia del SUMMA allí y que ha actuado por impulso y sin pensar, por llamar de atención, tenía necesidad de hablar con alguien”*.

La doctora que le atendió, según se señala, le recomendó ser traslado al hospital para valoración por especialistas, aunque él se negó, refiriendo no haber necesidad de acudir al hospital, pero que si le hiciera falta acudiría a su médico de Atención Primaria al día siguiente. En ese informe, se destaca igualmente que el paciente indicó a la

doctora que no tenía problemas de tipo económico y que, en lo personal, *“tenía dos hijos preciosos y una familia estupenda”* y aunque se encontraba en proceso de divorcio de su esposa, *“sabía que el divorcio era un proceso difícil, aunque tenía que pasarlo”* y *“que era una situación que hoy en día pasaban cientos de personas”*.

Consta solicitud formal dirigida a la reclamante, por el Área de Reclamaciones Patrimoniales del SERMAS -a instancias de la Inspección médica- el 27 de abril de 2018, solicitando información sobre la eventual existencia de algún tratamiento psiquiátrico privado del suicida y/o de otros episodios de nerviosismo, ansiedad, depresión y/o ideas autolíticas anteriores, sobre la que en ese momento no se obtiene respuesta.

Con fecha 18 de julio de 2018, se emite informe por la Inspección médica. Dicho informe efectúa una serie de consideraciones técnicas sobre el suicidio y señala que la estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos.

A la vista de todo ello, desde el punto de vista del abordaje y tratamiento médico, se establece que, efectuada la correspondiente entrevista clínica y la valoración subsiguiente, *“... los pacientes con un potencial suicida medio o bajo no requerirán hospitalización, especialmente si el paciente está respaldado por su entorno familiar y social. En estos casos se recomienda un seguimiento ambulatorio y contar con la colaboración de la familia”*.

Y es que, por tanto, la decisión de hospitalizar a un paciente tras un intento de suicidio dependerá de varios factores a considerar: la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base,

la presencia de comorbilidades y la existencia o no de apoyo familiar y social.

Así pues, tras analizar los factores de riesgo concurrentes en este caso- y siempre a partir de los datos de que disponía la doctora que atendió al paciente el 20 de febrero de 2017-, la Inspección concluye que *“el Sr....no presenta signos de patología psiquiátrica, ni signos de abuso de sustancias tóxicas (medicamentos, alcohol, drogas). Está tranquilo, colaborador, consciente y sin episodios previos de ansiedad (ratificado por la familia).*

Por tanto, en mi opinión, la asistencia sanitaria prestada no ha sido incorrecta”.

De ese modo, resulta que el informe de la Inspección sanitaria considera que el abordaje de caso, desde el punto de vista asistencial, sigue las pautas de la *lex artis* para el tratamiento de un episodio como el descrito.

El 4 de marzo de 2019, la reclamante señala un nuevo domicilio a efectos de notificaciones-el domicilio profesional de un letrado- y, efectúa contestación al previo requerimiento que se le efectuó sobre si conocía tratamientos privados y/o patologías psiquiátricas o psicológicas anteriores de su esposo, indicando que desconoce esos datos y que no puede incorporar documentación alguna al respecto.

En el expediente consta incorporado igualmente otro informe pericial emitido por dos médicos especialistas en Psiquiatría, que evalúan la situación analizada, a instancia de la entidad aseguradora del SERMAS.

Este informe, de 16 de enero de 2020, efectúa un completo análisis que parte de las mismas consideraciones médicas que el de la Inspección y, resulta muy preciso en la aplicación al caso concreto de la

evaluación del riesgo concreto. Llega a la misma conclusión que la Inspección, al considerar que la actuación médica del día 20 de febrero de 2017 se ajustó a la *lex artis*, por mucho que finalmente, poco tiempo después se produjera fatalmente el suicidio.

El 9 de marzo de 2020 se concedió trámite de audiencia a la reclamante y el 8 de julio de 2020 se presenta su escrito de alegaciones.

En ese escrito, la reclamante se opone a lo recogido en el informe de la Inspección y en el informe pericial incorporado por la aseguradora del SERMAS y se ratifica en su reclamación. En su exposición, insiste en las ocasiones en que su esposo verbalizó sus propósitos suicidas y en las que sus familiares -el hermano de su esposo y su cuñada- expusieron las referencias que de ello tenían, en la intervención médica y en la previa petición telefónica. En sustento de sus argumentos, se aporta documentación adicional:

- El intercambio de diversos *whatsapp* entre la reclamante y el fallecido, días antes del suicidio, en los que se pone de manifiesto la compleja situación emocional que atravesaba el afectado, dado que la pareja estaba inmersa en un proceso de divorcio que él no aceptaba. En ellos, ocasionalmente, el esposo de la reclamante la amenaza con suicidarse, si no accede a sus propósitos.

- La transcripción de las llamadas al SUMMA 112. En el aviso que se efectuó el día 20 de febrero, el hermano del fallecido refirió un supuesto intento anterior de suicidio, que luego no se especifica en los informes sobre las actuaciones médicas.

- Las diligencias judiciales subsiguientes al suicidio, hasta el sobreseimiento del procedimiento.

- La autopsia del fallecido.

- Un informe pericial de parte.

El informe pericial aportado con el escrito de alegaciones, lo suscribe un médico psiquiatra y previa evaluación del material incorporado al expediente, llega a la conclusión de que se efectuó una estimación errónea del riesgo de suicidio en este caso, destacando que, en su opinión, debiera haberse profundizado en los ideaciones autolíticas anteriores y en los riesgos socio afectivos que concurrían en este caso, y considera que se daban cinco factores que debieron haber orientado a considerar un ingreso o un seguimiento ambulatorio intensivo y que en su opinión eran: varón, mayor de 45 años, no pareja o cónyuge, tentativa anterior, actuación planificada. Por todo ello concluye, que la actuación correcta en ese caso hubiera determinado el traslado forzoso al medio hospitalario.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 17 de octubre de 2020, en la que propone al órgano competente, desestimar la reclamación al no haberse demostrado una mala praxis ni nexo causal entre la actuación facultativa y el daño reclamado.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 5 de noviembre de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrado vocal Dña.. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 1 de diciembre de 2020.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía 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.- En este procedimiento la reclamante actúa en su propio nombre y en el de sus hijos menores de edad, 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) y con el artículo 164 del Código Civil, en cuanto a los menores, en cuanto se trata de la esposa y los hijos de la persona que recibió la asistencia sanitaria y cuyo fallecimiento les ocasionó un evidente daño moral, que no precisa prueba alguna.

Sin embargo, en el análisis de la legitimación activa de la reclamante, ha de destacarse la circunstancia de que la misma se encontraba separada y en proceso de divorcio de su esposo, según ya se reflejó entre los antecedentes de hecho. Tras la Ley 35/2015, la redacción vigente del artículo 63, en sus párrafos 1 y 4, del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobada por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, al referirse a la indemnización a

que tendrá derecho el cónyuge viudo, requiere que éste no se encontrase separado legalmente y equipara a la separación legal, la separación de hecho y la presentación de la demanda de nulidad, separación o divorcio.

Como ha indicado la doctrina, la nueva regulación recoge lo que se venía aplicando en la práctica judicial para los supuestos de separaciones de hecho prolongadas y consentidas por ambos cónyuges, así en Sentencia de la Audiencia Provincial de Ciudad Real de 9 de marzo de 2010 (rec. 1191/2009). En el ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración, cabe citar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Canarias (Las Palmas de Gran Canaria) de 30 de julio de 2010 (rec. 66/2010) según la cual “(...) *resultando acreditada la separación de hecho de los cónyuges, hasta el punto que se reconoce en los informes médicos que obran en el expediente administrativo que el fallecido vivía con su hijo, y como quiera que los descendientes, en el momento de presentarse la reclamación de responsabilidad patrimonial, son mayores de edad, no cabe admitir legitimación alguna de la Sra. M V en el presente procedimiento, y puesto que los hijos han comparecido ante este Juzgado, y han ratificado las pretensiones de su madre, sólo respecto de ellos se pronunciará la presente Sentencia*”.

Aplicando el criterio expuesto, debemos negar la legitimación activa de la reclamante, en referencia a su propia persona, aunque por el contrario sí se admite en la exclusiva representación de sus hijos menores, que también lo eran del fallecido.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria cuestionada fue dispensada por el SUMMA 112, 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 del esposo de reclamante, que tuvo lugar el 24 de febrero de 2017, por lo que la reclamación presentada el 17 de febrero 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 del servicio al que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC, se admitió la prueba documental aportada por la 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, por lo que puede afirmarse que su desarrollo ha sido correcto.

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

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e

inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

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

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

CUARTA.- La reclamación considera que la actuación del SUMMA112, a través de su intervención domiciliaria el día 20 de febrero de 2017 no fue correcta, ya que no evitó el suicidio al minusvalorar la ideación autolítica que presentaba el paciente y que no observó/valoró adecuadamente el resto de su sintomatología que, a criterio de la reclamante, hubiera aconsejado un internamiento forzoso.

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

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

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

“Así, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27.11.1985, 9.6.1986 , 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero , 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)”.

En apoyo de su criterio la reclamante aporta cierto material probatorio, principalmente consistente en un informe pericial en el que un médico psiquiatra efectúa una valoración diferente de la sintomatología que presentaba el paciente el día 20 de febrero de 2017 y, considera que existían indicadores suficientes para aconsejar el ingreso hospitalario forzoso.

Según tiene establecido esta Comisión, entre otros en Dictamen 444/20, de 6 de octubre, en supuestos como el presente en que concurren varios informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorios, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llegara. En este sentido, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*. La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, *“es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”*.

Según lo indicado, deberemos analizar la solvencia y fundamentación de las valoraciones técnico-médicas incorporadas al expediente (la del perito de parte y la de la Inspección sanitaria y aseguradora del SERMAS); ya que son parcialmente contradictorias.

El informe pericial aportado por la reclamante recalca las manifestaciones que – de forma más o menos difusa- había realizado el paciente con anterioridad, en referencia al suicidio, concretamente a su esposa y a su hermano, así como la alusión que este último había realizado a las mismas, al alertar telefónicamente al SUMMA 112, solicitando la presencia de la asistencia médica domiciliaria. Considera que todo ello apuntaba a una cierta preparación de la ideación autolítica y que también concurriría el indicador de la reiteración del intento -según lo manifestado telefónicamente por su hermano que, sin ofrecer ningún otro detalle, al avisar al SUMMA, al parecer comentó que el paciente había ya intentado arrojar desde un puente-, además de su condición de varón y de ser mayor de 45 años. Por lo demás, en este informe de parte, se insiste en las imprecisiones del informe ampliatorio realizado por el médico del SUMMA, aunque sin tener en cuenta que se realizó un año después de los hechos principales.

El perito de parte- además- minimiza otros detalles muy reseñables que sin embargo sí son analizados adecuadamente por el informe de la Inspección y el de la aseguradora del SERMAS. Estos dos informes destacan que el paciente se presentó completamente colaborador el día 20 de febrero de 2017, haciendo una autocrítica completa de su gesto autolítico y de las verbalizaciones suicidas efectuadas, indicando que sólo pretendían llamar la atención, valorando que presentaba planes de futuro y laborales, así como el compromiso de visitar a su médico de atención primaria, si fuera preciso. También la circunstancia de que se hiciera patente que el paciente contaba con una red de apoyo familiar,

así como el que comprendía sus problemas emocionales y mantenía un fuerte apego con sus hijos.

A la luz de todas esas consideraciones, que parten de la apreciación directa del facultativo y de las propias manifestaciones del paciente- frente a las referenciales o de terceros, alusivas a hipotéticos intentos anteriores, que no se explicaron ni concretaron-, se sustenta el criterio médico de propiciar un abordaje terapéutico y domiciliario y no un internamiento hospitalario, de carácter forzoso, a todas luces desproporcionado a la vista de la situación del paciente el día de la asistencia.

Así se argumenta con solvencia tanto en el informe del SUMMA 112, como en el de la compañía aseguradora del SERMAS y, también en el de la Inspección sanitaria, que consideran correcta la actuación médica.

Es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014): *“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las 18/24 partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”* y también en la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

En el caso que ahora nos ocupa, el cumplido informe de la Inspección analiza los factores de riesgo generalmente aceptados en la práctica médica, indicando que el acto suicida puede aparecer básicamente en tres formas clínicas:

- Paciente que verbaliza pensamientos suicidas, sin ninguna iniciativa de acción.

- Paciente que ha realizado una tentativa de suicidio de forma finalista o indirecta, donde lo más relevante es la función de comunicación.

- Paciente que comete un intento de suicidio con manifiestos fines autolíticos.

- En cuanto a los factores de riesgo, el informe los clasifica también en tres categorías. A saber:

- Factores de Riesgo Personales: Asociación a enfermedades mentales como depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, dependencia del alcohol y/o, otras sustancias, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad.

- Factores de Riesgo Familiares: Historia familiar de suicidio, eventos vitales estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes).

- Factores de Riesgo Social: Pérdidas financieras, problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales).

Finalmente y por todo ello, se explica que la estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo y que, no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo, como tal. Señala que la entrevista clínica es el instrumento esencial en la evaluación del riesgo y que en la misma habrá de incidirse en aspectos tales como: los antecedentes personales y familiares, la evaluación del nivel de conciencia, la capacidad mental y competencia para tomar decisiones del afectado, la presencia- en su caso- de enfermedades mentales graves y el estado de ánimo, para así tratar de valorar del riesgo de suicidio inmediato. En el caso que nos ocupa, de la que se realizó resultó una valoración de riesgo autolítico bajo y se procedió según las consecuencias de ese criterio, por mucho que finalmente el suicidio se llevara a efecto, pocos días después.

El informe de la aseguradora del SERMAS, también señala que la entrevista clínica es el instrumento esencial en la evaluación del riesgo, debiendo realizar una valoración que habrá de incidir en aspectos tales como: los antecedentes personales y familiares de trastornos mentales o de conducta suicida, el abuso de alcohol y drogas, la evaluación del nivel de conciencia y de si afecta a su capacidad mental y competencia para tomar decisiones, la evaluación de enfermedades mentales graves y del estado de ánimo y, finalmente la valoración del riesgo de suicidio inmediato.

En su aplicación al caso que venimos analizando, este informe establece: *“La urgencia derivada de las verbalizaciones autolíticas expresadas por el paciente fue atendida en tiempo y forma, la doctora valoró, estado orgánico y estado mental, derivándose de dicha valoración que el paciente era competente en la toma de decisiones, en la evaluación del riesgo autolítico descartó que hubiera factores de riesgo mayores (antecedentes psiquiátricos significativos, antecedentes previos de conducta autolítica, consumo de alcohol u otros tóxicos, impulsividad, ansiedad o estado de desesperanza, sintomatología psicótica,*

aislamiento o ausencia de apoyo psicosocial, estresores desencadenantes vividos como inabfrontables), el paciente hace crítica completa del gesto y de las verbalizaciones autolíticas vertidas, refiriendo que perseguían una función comunicacional. Presenta planes de futuro en relación con su deseo de acudir a su trabajo al día siguiente, así como el compromiso de visitar a su médico de atención primaria si fuera preciso, La doctora se aseguró de que el paciente contaba con el apoyo tanto de sus familiares como de su pareja. Todos ellos se comprometieron a acompañarle en los días siguientes y avisar a los servicios de urgencia si advirtieran un empeoramiento o alteración conductual. Testó la validez y presencia de factores de protección”.

Por todo ello, concluye que el gesto autolítico se calificó como “*de baja letalidad*” adecuadamente y, de conformidad con las “*Guías de Prevención de la Conducta Suicida*”, el abordaje adecuado en este caso era el seguimiento a nivel ambulatorio, siendo ese el criterio que se adoptó. No obstante, la doctora ofreció al paciente un traslado al hospital para que recibiera una valoración a cargo de especialista, ofrecimiento que el paciente declinó y, dado que era competente para tomar esta decisión, no estaba indicado ni era pertinente proceder a un traslado forzoso (según LEC 763). Por todo ello, se considera que la praxis clínica, se ajustó a “*lex artix ad hoc*”.

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

En concreto, en el Dictamen 484/18 se puso de manifiesto la dificultad del manejo de este tipo de pacientes, al no existir pruebas diagnósticas perfectamente objetivables que puedan mostrar inequívocamente si existe o no patología subyacente o pensamientos suicidas ocultados 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 las entrevistas con pacientes y familiares que lógicamente no arrojan datos necesariamente ciertos y/o fiables. Como destacan los informes, en el momento de la asistencia domiciliar el paciente se encontraba completamente abordable, razonable y colaborador, desechando la idea del suicidio, valorando los aspectos positivos de su existencia y con un claro propósito de manejar adecuadamente sus problemas -que también reconocía- y de pedir ayuda médica, en el caso de que no pudiera solventarlos sólo.

Ante esta situación, y sin otros antecedentes constatados de tratamientos psicológicos y/o problemas psiquiátricos, difícilmente puede sostenerse el planteamiento de la reclamante, según el cual el facultativo debiera haber propiciado un internamiento forzoso y es que, cuando la reclamante considera que la efectiva producción del suicidio es una muestra de la equivocación del facultativo, en su error del abordaje asistencial, incurre ciertamente en la prohibición de regreso, ya que tiene en cuenta acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño, así sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 2 de marzo de 2020 (rec. 424/2017), entre otras.

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

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial 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 1 de diciembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 547/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid