

Dictamen n.º: **683/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.10.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 30 de octubre de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento por suicidio de su padre D. (en adelante “*el paciente*”), que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria dispensada por el centro de salud mental “Ciudad Lineal”, por el Hospital Universitario Rodríguez Lafoura y por el Hospital Universitario de La Princesa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 21 de enero de 2023.

El escrito recoge que su familiar –que tenía una salud frágil y múltiples patologías- en el mes de diciembre de 2021, empezó a padecer cefaleas, mareos e hipertensión, y a agravarse el estado

depresivo que sufría desde hace años, tratado y medicado en un centro privado.

La reclamación refiere que su familiar acudió por cefalea, a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa, el 23 de diciembre de 2021 y que allí solicitó un ingreso hospitalario para su tratamiento, pues los dolores no cesaban, el cual le fue denegado.

Después detalla que por el circuito privado acudió a un hospital el día 2 de enero de 2022, por tener una tensión muy alta y cefalea los días previos en donde se le dice que no se le puede derivar a Neurología por no cubrir su póliza este servicio, y que se le recomienda ir a su hospital público, por lo que acude ese mismo día a Urgencias al Hospital Universitario de La Princesa.

Manifiesta la reclamante, que su padre comienza a expresar desesperanza, pensamientos angustiosos sobre el empeoramiento de su estado de salud y a verbalizar deseos de morir, y que se siente ignorado por los servicios de salud que no ponen tratamiento para sus dolencias. Que el 11 de enero, realiza un primer intento autolítico en casa, tratando de precipitarse por la ventana del piso en el que reside. A la mañana siguiente, acude al Hospital General Universitario Gregorio Marañón y se le propone su ingreso en el Hospital Psiquiátrico Rodríguez Lafora que acepta; permaneciendo ingresado allí del 12 al 21 de enero de 2022, del que reprocha que apenas se le dispensó atención psicológica. Que días después, volvió a intentar precipitarse por la ventana de la vivienda, por lo que la reclamante y su pareja, decidieron trasladarse a una vivienda que poseen en la sierra de Madrid que no tiene ventanas en altura; que llamó al 112 y le aconsejaron acudir al centro de salud mental que les correspondiera, lo que efectivamente hicieron.

Detalla que la profesional que le atendió, el 1 de febrero de 2022 en el centro de salud mental, tras entrevistar a su padre y

posteriormente a ella, descartó el ingreso hospitalario, pese a que ella se lo suplicó ya que valoró que no existía riesgo, que aumentó la medicación y gestionó una nueva cita para seguimiento el día 14 de marzo.

Por último, refiere que su padre se quitó la vida ahorcándose en el jardín de la casa de la reclamante y de su pareja, el 2 de febrero de 2022.

A juicio de la reclamante hay una relación de causalidad entre el suicidio y la asistencia prestada, pues manifiesta que los profesionales de la sanidad eran conocedores del empeoramiento de la depresión y de los dos intentos autolíticos de su padre durante el último mes, sin que se pusieran los medios adecuados para proteger su vida. Y que no se siguieron los protocolos relativos a la prevención del suicidio, el cual surge tras no poder más con su sufrimiento, considerando que los fuertes dolores físicos que sufría no fueron correctamente abordados y el padecimiento psíquico por su depresión, tampoco.

Por lo que reclama una indemnización por un importe total de 300.000 euros. Al escrito se acompañan informes médicos de la asistencia sanitaria prestada.

Tras un requerimiento efectuado por la jefa de la Unidad Técnica de Responsabilidad Patrimonial del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), la reclamante, mediante escrito presentado el 9 de febrero de 2023, cumplimenta lo requerido adjuntando copia de su certificado de nacimiento, certificado de defunción y copia del testamento de su padre.

SEGUNDO.- Del examen del expediente administrativo, se extraen los siguientes hechos relevantes de interés para este dictamen.

1.- El paciente, de 76 años en el momento de los hechos, presentaba muchos antecedentes médicos, ninguno de los cuales era psiquiátrico: sufre una estenosis de canal de L4-L5, con intervención quirúrgica en 2019 y un aneurisma venoso poplíteo derecho, operado en 2021.

El día 23 de diciembre de 2021, a las 22.35 horas acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa, por cefalea. El paciente es independiente para las actividades diarias, camina sin ayuda (a veces con bastón por dolor lumbar) y no presenta déficit sensorial.

Refiere cefalea en las sienes de una semana de evolución. No disartria, ni disnea, ni náuseas o vómitos. No pérdida del conocimiento, ni sensación distérmica. Afebril. Refiere sentir mucho calor corporal. No datos de claudicación mandibular, ni sensación de palpitaciones en las sienes. Consciente, orientado, bien hidratado. Se realiza analítica. Se le da el alta a las 2 horas del 24 de diciembre, con el juicio diagnóstico de cefalea de características tensionales sin datos de alarma con seguimiento en Atención Primaria (folios 64 y ss.).

El 2 de enero de 2022, a las 20.09 horas acude a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa (folios 69 y ss.), derivado del Hospital Beata M^a Ana de Jesús para valoración por Neurología, por cefalea y alta tensión arterial. No refiere náuseas ni vómitos. Buen estado general. Tras toma de tensión 169/75 mm hg, se le realiza un TAC craneal que objetiva pequeña lesión isquémica y situación acorde a su edad. Se queja, además, de epigastralgia desde hace un año y medio, en seguimiento en el Servicio de Digestivo. Se le realiza ecocardiograma, que no objetiva alteraciones reseñables. En la exploración neurológica, el paciente no presenta focalidad neurológica ni alteración alguna. Consciente y orientado en las tres esferas (...) lenguaje coherente y fluido. No afasia ni disartria (...). Según el informe de Neurología, asintomático.

Está estable hemodinámicamente, por lo que se le da de alta a las 23.43 horas con el diagnóstico de vasculopatía isquémica de pequeño vaso y cefalea tensional sin datos de alarma. Se le pauta medicación según las indicaciones de Neurología, observación domiciliaria y control por su médico de cabecera.

2.- El paciente acude, el 12 de enero de 2022 a Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, solicitando voluntariamente atención psiquiátrica (folios 97 y ss.). Manifiesta estar en seguimiento en una clínica privada con tratamiento de cymbalta 60 mg (aumentado recientemente) y mirtazapina 15 mg, por síndrome depresivo. Refiere un primer episodio depresivo en contexto de enfermedad de su mujer. No llegó a consultar, ya que remitió espontáneamente. Segundo episodio depresivo tras fallecimiento de mujer hace 26 años. Acudió a Psiquiatría en ámbito privado y posteriormente público (¿CSM Ciudad Lineal?), en el que “*me atiborraron a pastillas y estaba dormido todo el día*”. No recuerda tratamientos. Tercer episodio tras independización de su hija. Acudió a psiquiatría en ámbito privado.

“Me entrega un informe en el que consta trastorno depresivo recurrente y otro del Hospital de La Princesa. Acude por llevar varios días con ideación autolítica. El paciente manifiesta sentirse desesperado con su situación actual, varias patologías médicas (al parecer controladas), situación social (vive solo) y desde hace varios días pensamientos rumiantivos acerca de la muerte. Me pongo en contacto con su hija, que me corrobora empeoramiento anímico de los últimos días. También refiere que está muy preocupado por su salud y que tiene varias citas médicas la próxima semana”. Hace una semana acudió a consulta de Psiquiatría con psiquiatra privado y le ajustaron tratamiento (cymbalta a 60 mg). Se plantea al paciente la posibilidad de ingreso voluntario en hospital especializado, y se muestra de acuerdo.

El 12 de enero de 2022, se deriva al paciente para su ingreso voluntario en el Hospital Rodríguez Lafona. Según consta en el informe de derivación, lleva varios días con ideación autolítica. Manifiesta sentirse desesperado con su situación actual, varias patologías médicas (al parecer controladas), situación social (vive solo) y desde hace varios días pensamientos rumiantivos acerca de la muerte.

Ingresó en el citado hospital en la tarde del día 13 de enero (folios 385 y ss.). Exploración psicopatológica: *“consciente y orientado en las tres esferas. Abordable y colaborador. Atento y tranquilo. Labilidad emocional puntual durante la entrevista. No alteraciones de la psicomotricidad. Discurso hipofónico, espontáneo, fluido, coherente que no traduce alteraciones en el contenido, forma o curso del pensamiento. No semiología de la esfera psicótica. Ánimo bajo, de larga data intensificado últimos dos meses. Apatía y anhedonia. Ideas de muerte de un mes de evolución que han ido estructurando a ideación autolítica en forma de precipitación. Hiporexia con pérdida de peso. Sueño conservado con medicación. Juicio de realidad conservado”*.

Durante su ingreso se realizan diversas analíticas, hay interconsulta Medicina Interna, y pauta y control del tratamiento farmacológico.

Comentario de evolución: *“al ingreso presentaba una situación similar a la descrita en Urgencias. Describía empeoramiento anímico y lo atribuía a dolores de espalda por la estenosis de canal y como esto había provocado un mayor aislamiento social que le pesaba mucho. En ese contexto de aislamiento y empeoramiento de ánimo había empezado a tener pensamientos recurrentes sobre las múltiples patologías y su probable mala evolución. Primaba la sintomatología de angustia que persistió los primeros dos días de ingreso mientras estaba en aislamiento en planta por necesidad de los protocolos de la pandemia. En las entrevistas mantenidas y se evidenció una personalidad con un componente anancástico importante y gran meticulosidad y rigidez a la*

hora sobre todo de abordar el seguimiento de las patologías médicas. Se aumentó la dosis de duloxetina añadiéndose lorazepam 0,5 mg en desayuno y comida para mitigar la angustia y una vez el paciente en planta y sin las restricciones de aislamiento, la angustia cedió". El paciente refiere "una mejoría notable en cuanto a su temor a no control de ideas de muerte que, además refieren han cedido, probablemente en relación a la contención hospitalaria y farmacológica".

Ante la mejoría y de acuerdo al deseo del paciente de seguir el tratamiento en su domicilio, se procede al alta el 21 de enero de 2022. El diagnóstico es trastorno depresivo recurrente, reagudización. Se pauta medicación y la recomendación de acudir a su psiquiatra habitual en la cita ya concertada en el circuito privado (3 de febrero de 2022).

3.- El paciente acude el 1 de febrero, al Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal a la consulta con psiquiatra. Se le entrevista y muestra arrepentimiento de los intentos previos, negando un nuevo paso al acto, y con el deseo de seguir las recomendaciones para mejorar su estado anímico. Describe los episodios previos en un contexto de mucha ansiedad *"sin planificación previa, asomándose a la ventana y pensando en finalizar su vida, momento en que entra su hija a la habitación, arrepintiéndose al instante. El paciente estaba viviendo en ese momento con su hija y la pareja de esta, quienes hacían estrecha vigilancia del mismo"*. Se recomienda el ingreso voluntario para mejorar la clínica depresiva, pero el paciente no lo desea. Su hija solicita el ingreso, pero en un centro diferente al Hospital Rodríguez Lafora, que se explica que por zona sanitaria era el que le corresponde; se explica la valoración del paciente, que niega la posibilidad de un nuevo intento autolítico, y su deseo expreso de no ingresar. Se insta a que soliciten una cita con Trabajo Social.

Se aumenta la medicación antidepresiva y se dan recomendaciones al paciente para mejorar su estado anímico, e instrucciones sobre cómo solicitar ayuda en caso de reaparecer las ideas de muerte. Se da nueva cita de revisión el 14 de marzo. El paciente está de acuerdo y manifiesta que tiene además cita con psiquiatra privado dos días después.

En el Centro de Salud “Daroca”, hay un episodio abierto por cefalea el 11 de enero de 2022 y otro, el 26 de enero por intento de suicidio. Constando anotado, el 2 de febrero de 2022, que la hoy reclamante llama la doctora para informar del suicidio de su padre (folios 454 a 456).

TERCERO.- Presentada la reclamación, se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC)

- Se ha recabado el informe de la jefa del Centro de Salud Mental Ciudad Lineal (dependiente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal), que indica que se realizó la valoración del suicidio en la consulta de 1 de febrero de 2022, de acuerdo a los protocolos establecidos y que, a pesar de los intentos previos, se valoró que no existía ideación autolítica activa en ese momento. Al informe se adjunta bibliografía y copia de artículos científicos sobre la materia.

“La conducta suicida no obedece a una única causa, sino que es un problema complejo, en el cual intervienen diversos factores de riesgo combinado junto a la falta o escasez de factores protectores. Que la presencia de un factor de riesgo no implica una relación de causalidad. Que el paciente presentaba factores protectores como era la capacidad de solicitar ayuda, el apoyo familiar, seguimiento médico, deseos de mejora, acceso a los servicios de salud públicos y privados, que no consumía sustancias, que era independiente para

las actividades básicas e instrumentales de la vida, y sin problemas sociales ni económicos. Que al paciente se le ofreció la posibilidad de ingreso hospitalario para mejorar su estado clínico en el hospital correspondiente por área sanitaria, y que el paciente se negó a esta posibilidad.

Que el paciente era competente para tomar decisiones. Se le ofrecieron opciones terapéuticas que el paciente entendía. No presentaba déficit intelectual, ni deterioro cognitivo que afectara la comprensión de la información suministrada. Que el paciente tenía juicio de realidad conservado, y no presentaba alteraciones que pudieran interferir en la toma de decisiones. No existían los criterios para dar un consentimiento por representación”.

- Por la coordinadora de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa, se emite informe en el que se refieren las dos asistencias al paciente, una por cefalea y otra para valoración neurológica y que en esta última fue dado de alta a domicilio con un ajuste del tratamiento antiagregante, valorando el tratamiento antihipertensivo y la analgesia, recomendándole que acudiese a su médico de cabecera para un seguimiento más estrecho de todos los fármacos.

- Por la directora médica del Hospital Rodríguez Lafona se informa del proceso asistencial y en cuanto a la reclamación formulada, se indica que se mantuvieron entrevistas con el paciente los días 14 (viernes), 17 (lunes), 18 (martes), 19 (miércoles) y 21 (viernes, día de su alta) de enero de 2022, de treinta minutos cada una, de las que se recoge un breve resumen en las anotaciones de evolución clínica. En ellas se verifica una reducción de la ansiedad y una mejoría de su estado de ánimo y llega a manifestar que “sus ideas de muerte están archivadas” y “no piensa hacer nada de eso”. Que participó en una actividad psicoterapéutica el 19 de enero, y que ese día, “el paciente, que había ingresado de forma voluntaria, ya solicitó el alta,

manifestando su deseo de continuar el tratamiento en su domicilio. Se acordó con él mantener el ingreso al menos 48 horas más para confirmar la mejoría. Y el viernes 21 de enero, a la vista de la situación de mejoría clínica, se fue de alta con cita para seguimiento en su CSM”.

- Se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Médica de 16 de abril de 2024, en el que, tras analizar la historia clínica del familiar de la reclamante, los informes emitidos en el procedimiento y reseñar las consideraciones médicas relativas al suicidio de pacientes, recuerda que, en el caso dictaminado, se trataba de un paciente con múltiples patologías desde niño, a lo que se añadía una depresión que estaba siendo tratada y controlada. El paciente presentaba ciertos factores de riesgo para el suicidio, como ser viudo y mayor de 70 años, pero también presentaba factores protectores, como el apoyo familiar, nivel socioeconómico bueno y vigilancia estrecha por parte de su familia. Fue ingresado en el Hospital Rodríguez Lafona, después de un intento autolítico y durante su ingreso manifestó arrepentimiento, así como deseo de no volver a ser ingresado en un centro psiquiátrico. Por otra parte, el paciente era capaz de tomar sus propias decisiones, siendo autónomo y sin presentar ningún signo que indicase lo contrario, razón suficiente para no forzar un ingreso hospitalario contra su voluntad. Concluye diciendo que “*se considera que las actuaciones sanitarias que se realizaron fueron acordes a la lex artis*”.

- Una vez instruido el procedimiento, se confirió trámite de audiencia a la reclamante, que pese a estar debidamente notificada, no presentó alegaciones.

Finalmente, el 26 de agosto de 2024, se formula propuesta de resolución en la que se considera que debe desestimarse la reclamación por ausencia de daño antijurídico.

CUARTO.- El 2 de septiembre de 2024, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora, la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial indicada *ut supra*.

El presente expediente (603/24) correspondió a la letrada vocal D^a Silvia Pérez Blanco, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 30 de octubre de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la citada LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa como hija de la persona fallecida, habiéndose acreditado la relación paterno filial.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada en centros sanitarios de su titularidad.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPAC). En el caso que nos ocupa, se reclama por un fallecimiento acaecido el 2 de febrero de 2022, por lo que la reclamación presentada el 21 de enero de 2023, se encuentra formulada en plazo legal.

Entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen y según exige el artículo 81.1 de la LPAC, se ha recabado informe de los servicios relacionados con el daño alegado, y emitido informe de la Inspección Médica sobre los hechos que motivan la reclamación. Instruido el expediente, se otorgó trámite de audiencia a la reclamante conforme al artículo 82 de la LPAC.

Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, propuesta remitida, junto con el resto del expediente, a la 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 ningún trámite 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 Ley

40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en sus artículos 32 y siguientes.

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”*.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, recurso 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las características de directa y objetiva, dando plena

armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados, de manera particular, en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y “*lo relevante es que, la antijuridicidad del daño no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...).* Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de este servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la Sentencia de 19 de mayo de 2015, recurso 4397/2010) ha señalado que “*(...) no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del*

enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

CUARTA.- En el caso que nos ocupa, el daño es de índole moral por el fallecimiento del padre de la reclamante, daño que por sí mismo no necesita ser acreditado.

La reclamante considera que la actuación sanitaria prestada no fue correcta, esencialmente porque considera que, pese a que los facultativos eran conocedores de los intentos de suicidio de su padre, no aplicaron las medidas oportunas y en particular, reprocha la asistencia psiquiátrica del centro de salud mental recibida un día antes del suicidio.

Así las cosas, es de recordar que conforme a las reglas de la carga de la prueba del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde a quien reclama acreditar que la actuación médica reprochada fue inadecuada y determinante del fatal desenlace. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (r. 909/2014): “*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... ”.*

Pues bien, en el caso que nos ocupa, no se ha aportado con la reclamación un informe pericial de especialista en Psiquiatría ni se ha alegado un criterio médico que sustente los reproches de una mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada u omitida a su padre. No se aportan medios probatorios idóneos, que según la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de marzo de 2016 (recurso 154/2013) son “*las pruebas periciales médicas, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado*”.

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):

“*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*”.

Y en tal sentido, la reclamación incurre en una clara prohibición de regreso, ya que tiene en cuenta acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 2 de marzo de 2020, rec. 424/2017, entre otras).

Esto sentado, hemos de recordar la doctrina de esta Comisión en la materia de suicidios y asistencia psiquiátrica, en dictámenes como el 61/18, de 8 de febrero; el 484/18, de 8 de noviembre; 481/20, de 27 de octubre o 379/20, de 15 de septiembre. Así, nuestro dictamen 395/20, de 22 de septiembre, con cita de los anteriores, 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”*.

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 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 o fiables.

Así las cosas, y en cuanto al reproche genérico de que por los profesionales sanitarios no se tuvo en cuenta la situación de su padre, es de advertir que según hemos trascrito en el antecedente de hecho segundo punto 1 de este dictamen, en ninguna de las dos asistencias en Urgencias en el Hospital Universitario de La Princesa, el paciente manifiesta sintomatología psiquiátrica alguna, sino cefaleas y elevada tensión arterial. En los antecedentes clínicos no constan los psiquiátricos, que por lo manifestado en la reclamación eran tratados en la sanidad privada.

Por tanto, de la lectura de la historia clínica, vemos que se asistió correctamente al reclamante, tal y como corrobora además, el informe del Servicio de Urgencias de ese hospital; teniendo en cuenta además,

el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece en su anexo IV, que la atención en Urgencias es aquella “*(...) que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata*” de tal forma que “*una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial*”.

Siguiendo el *iter* cronológico (punto 2 del antecedente de hecho segundo del dictamen), sí consta que precisamente, cuando el paciente acude a otro hospital y demanda ya asistencia psiquiátrica, manifestando que estaba siendo tratado en la sanidad privada y aportando incluso un informe, es cuando por los profesionales se actúa de inmediato y el mismo día (12 de enero de 2022) se propone al paciente (y a su hija) el ingreso en el Hospital Rodríguez Lafora, firmándose como ingreso voluntario, efectuándose el informe de derivación al hospital especializado, y se incorpora a su historia clínica, la información psiquiátrica. Valoramos dicha actuación como del todo punto correcta, tal y como además hace la Inspección en su informe.

En adición a ello, vemos que la asistencia en el hospital especializado, también fue adecuada a la situación del paciente, y en contra de lo alegado, sí hubo múltiples entrevistas con el paciente enumeradas en el informe de dicho hospital, además de la pauta farmacológica y su control, siendo de destacar dos cosas: una, que el paciente tras la evolución asistencial, ya manifiesta expresamente un arrepentimiento de sus intentos de suicidio previos; y dos, que él mismo pide el alta voluntaria, alta que por prudencia profesional no se concede hasta dos días después y además, se le da cita en su centro de salud mental para el 2 de febrero. Valoramos esta asistencia como

correcta, y nos remitimos al informe emitido por el hospital ya referido, así como a la historia clínica de ese ingreso: el paciente refiere en los días previos al alta, *“una mejoría notable en cuanto a su temor a no control de ideas de muerte que, además refieren han cedido, probablemente en relación a la contención hospitalaria y farmacológica”*.

Por último, en cuanto al reproche relativo a la única asistencia en el centro de salud mental, hemos de remitirnos a lo constatado en la historia, y al informe emitido por la responsable del centro, en el que se incide en que, el paciente era completamente independiente para tomar sus decisiones de un segundo ingreso en el hospital especializado (tal y como había sucedido la primera vez) y que, pese a la petición de la hija, no había criterio médico para imponerse a la propia decisión del paciente (que había manifestado previamente en el Hospital Rodríguez Lafora, que *“sus ideas de muerte están archivadas”* y *“no piensa hacer nada de eso”*). Además, la petición de la hija, estaba condicionada a que fuera en otro hospital distinto del que le correspondía, lo que no era posible.

En definitiva, es de recordar que la mera prestación de un servicio sanitario público, no supone sin más la existencia de responsabilidad de la Administración ya que *“... la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, lo que supondría convertir a la Administración en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo...”* (Sentencias del Tribunal Supremo de 7 de febrero de 2006 y de 9 de diciembre de 2008).

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por no existir mala praxis atribuible a la asistencia prestada por los servicios públicos sanitarios y no ser antijurídico el daño alegado.

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 30 de octubre de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 683/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid