



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y  
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 21 de abril de 2010, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 9 de marzo de 2010 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx a dos de sus hijos.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 11 de marzo de 2010, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 291/2010, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

**Primero.-** El 17 de julio de 2008 Dña. xxxxx, en su propio nombre y en el de sus hijos, D. cccc y D. cccc1, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria que recibieron en el Hospital hhhhh de xxxxx.



En relación con D. ccccc la reclamante expone que su hijo acude el 2 de junio de 2007 al Servicio de Urgencias Hospital hhhhh de xxxxx debido a que "oía voces", hecho que le torturaba, y solicitó el ingreso en la Planta de Psiquiatría de dicho Hospital, internamiento que le fue denegado por el facultativo que le asistió. El 30 de agosto de 2007 el hijo de la reclamante se amputa el pene y sufre una hemorragia masiva, por lo que debe ser asistido de urgencia. Salva la vida e ingresa en el Servicio de Psiquiatría del Hospital. Añade además que los hechos fueron filtrados a la prensa, circunstancia que aumenta el dolor de la familia, filtración que atribuye a los trabajadores del Servicio de Ambulancias. Se reserva, no obstante cuantas acciones pudieran corresponderle en orden a la averiguación de las personas responsables.

En relación a D. ccccc1 la reclamante expone que el 11 de enero de 2008 acude al Servicio de Psiquiatría, derivado por su psiquiatra como consecuencia de un empeoramiento de su estado mental producida por la situación vivida familiarmente en los meses atrás. Que a pesar del indebido tratamiento médico recibido y tras una salida de fin de semana el 25 de enero, el día 26 se le lleva de nuevo al Hospital; el 28 es dado de alta frente a la oposición de su madre (informe de alta que no le es entregado hasta el 5 de febrero). Una vez dado de alta, su madre lo lleva de nuevo al Hospital donde, sin recibir la asistencia ni el trato adecuado, se le deniega el ingreso así como ser asistido por el médico adjunto. El día 30 de enero de 2008, sin haber disminuido la ansiedad, angustia y temblores que padecía D. ccccc1, acude al Centro de Día. Finalmente, el día 31 de enero de 2008 se precipita por la ventana de su domicilio y fallece en el acto.

Reclama 77.270,60 euros por las lesiones sufridas por D. ccccc y 104.251,63 euros por el fallecimiento de D. ccccc1.

Solicita también prueba testifical de dos de sus hijos y de una vecina que le acompañó en diversas ocasiones al hospital.

Adjunta a su reclamación copia de los informes médicos obrantes en la historia clínica, recortes de prensa relativos a la automutilación de D. ccccc, resolución de reconocimiento de minusvalía por discapacidad psíquica de éste y escritura de manifestación y aceptación de herencia.



**Segundo.-** Al expediente se incorporan, además de las historias clínicas de ambos pacientes, entre otros los siguientes informes:

- Informe de 5 de agosto de 2008 de la adjunta de guardia de Psiquiatría del Hospital hhhhh de xxxxx, relativo a la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias el 2 de junio de 2007 a D. ccccc.

- Informe del médico residente del Hospital hhhhh de xxxxx sobre la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias el 2 de junio de 2007 a D. ccccc.

- Informes del médico adjunto de Psiquiatría y de la médico residente, sobre la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias a D. ccccc1.

- Informes del Dr. ddddd, sobre la asistencia prestada a D. ccccc1.

- Informe de la Inspección Médica de 26 de diciembre de 2008 sobre la reclamación relativa a D. ccccc, en el que se expone: "De los hechos expuestos y actuaciones practicadas se concluye que en la asistencia prestada a D. ccccc en los Servicios de Urgencias y Psiquiatría del Hospital hhhhh de xxxxx, se aplicaron criterios de valoración clínica psiquiátrica ajustados al caso, asociándose la presencia de síntomas comunes a varios diagnósticos pertenecientes al mismo grupo de trastornos psíquicos, ofreciéndose una asistencia en función de las características del cuadro clínico presente en cada momento, sin requerimiento de ingreso, con adecuada intervención del Servicio de Urgencias donde 6 meses antes apuntaron hacia un brote psicótico, en ese momento sin riesgo auto o heterolítico. Si bien pudo sospecharse con anterioridad y así se orientó meses antes, no cumple criterios de diagnóstico definitivo de esquizofrenia hasta 3 meses después de la última intervención del Servicio de Urgencias, en el momento cuando se produjo un suceso traumático que reflejaba la evolución hacia un cuadro psicótico severo, debiendo tener presente que esta circunstancia presumiblemente puede presentarse en cualquier momento de la evolución imprevista del cuadro clínico, y que aun habiendo sido posible etiquetar de esquizofrenia, no hubiera permitido garantizar en todo momento la ausencia de hechos de fatal desenlace, siendo imposible disponer de todos los medios al alcance de los especialistas del centro hospitalario para evitar los infrecuentes e imprevistos sucesos de esa índole.



En el mismo informe y en relación a las informaciones de prensa, se indica que "No cabe duda de que existió una filtración de datos que pueden considerarse incluidos en el ámbito de la más estricta intimidad personal y familiar, y que sin descartar o confirmar ninguna de las fuentes posibles, el sentido coherente del análisis de los hechos puede orientar a que la misma se produjo en algún punto del circuito asistencial del servicio de emergencias 112 del SACYL".

Obra asimismo en el expediente un escrito del Jefe de Servicio de Inspección de 3 de noviembre de 2009, en el que comunica el rehúse de la petición indemnizatoria por la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil.

**Tercero.-** Concedido el trámite de audiencia, la interesada, a través de representante con poder bastante, presenta escrito de alegaciones en el que reitera su pretensión inicial.

**Cuarto.-** El 9 de febrero de 2010 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

**Quinto.-** El 19 de febrero de 2010 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta.

**Sexto.-** Consta en el expediente la interposición de un recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, su admisión a trámite y la remisión del expediente administrativo al Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el



artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (17 de julio de 2008) hasta que se formula la propuesta de orden (9 de febrero de 2010). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

Por otra parte, debe igualmente hacerse una crítica a la actuación instructora en lo que se refiere a la prueba testifical propuesta por la reclamante, ya que no se motiva su denegación.

El artículo 9 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial antes citado establece que "El órgano instructor solo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada", resolución motivada independiente que no figura en el expediente.

Este Consejo Consultivo, en aras de la economía procedimental, emite el dictamen requerido toda vez que se esta ante un procedimiento de responsabilidad patrimonial por una presunta infracción de la *lex artis* y las declaraciones de los testigos propuestos, dado que no se trata de declaraciones



de facultativos especialistas en la materia, irán encaminadas a la acreditación del presunto e inadecuado trato recibido por la reclamante y no a la concreta asistencia sanitaria dispensada a los pacientes.

No obstante, debe recordarse una vez más que ha de cuidarse especialmente el rigor en la tramitación del procedimiento previsto tanto en la Ley como en el Reglamento.

**3ª.-** Concurren en la reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.



c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, al rechazar 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.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.



Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007 y de 16 de marzo de 2005), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, es preciso señalar que en una sola reclamación de responsabilidad patrimonial se ejercitan dos pretensiones resarcitorias por la deficiente asistencia sanitaria dispensada a dos pacientes, hermanos entre sí, que habrá que examinar por separado.

En cuanto a la asistencia sanitaria recibida por D. ccccc, a la luz de los informes médicos que constan en el expediente, este Consejo Consultivo considera que procede desestimar la reclamación.

El informe de la Inspección Médica, avalada por otros informes complementarios de los facultativos que asistieron al paciente, no permite





apreciar que se haya producido una infracción de la *lex artis ad hoc*. Así, en el primero de los informes mencionados se recogen las siguientes consideraciones:

“En el presente caso, desde 8 años antes del grave suceso de automutilación, se valoró un trastorno de personalidad tipo esquizoide. La orientación que se hizo del paciente, casi 6 meses antes de dicho suceso traumático fue correcta, se encajaba ya en un Brote psicótico en personalidad Cluster A, cuadros que se asemejan clínicamente a la esquizofrenia, encuadrados en su mismo grupo diagnóstico, con síntomas comunes y en muchas ocasiones precursores de ella. Por tanto, se diagnostica enfermedad psiquiátrica severa. Sin embargo, en ese momento no cumplía criterios estrictos de diagnóstico de esquizofrenia ni de necesidad de ingreso, condicionada fundamentalmente por la presencia de agitación, síntoma que no estaba presente en el paciente el día de la solicitud de asistencia urgente.

»El paciente durante un periodo amplio, mientras no cumplía los criterios de esquizofrenia, fue diagnosticado coherentemente de trastorno esquizótico o esquizotípico de la personalidad, cuadro que se encuentra situado entre la personalidad esquizoide y la esquizofrenia.

»Los síntomas que se describen a lo largo de la historia clínica del paciente, antes de producirse la automutilación, encajan en diagnósticos como trastorno del ánimo con síntomas psicóticos, trastorno psicótico breve y sobre todo en el trastorno esquizotípico de personalidad, tanto en la clasificación CIE-10 como en la DSM-IV. Existen en la bibliografía consultada casos clínicos de estos diagnósticos prácticamente idénticos al presente.

»El diagnóstico se orientó a trastorno del grupo de la esquizofrenia, y a la vista de los acontecimientos posteriores, de la evolución y conocimiento de datos durante el ingreso hospitalario, es fundado razonar que durante ese tiempo presentaba una fase previa o prodrómica en la evolución a la esquizofrenia que más tarde afloró. Situación clínicamente avalada por la bibliografía.

»El hecho de presentar alucinaciones auditivas no obliga a asignar exclusivamente el diagnóstico de esquizofrenia (debe cumplir para ello otros



criterios) y tampoco condiciona que por haberla diagnosticado exigiera obligatoriamente criterio de ingreso hospitalario.

»Ambas definiciones, DSM y CIE 10, sobre trastorno de personalidad esquizotípico y los otros barajados, incluyen síntomas que presentaba el paciente, incluidos los episodios psicóticos, ocasionales y transitorios, con alucinaciones auditivas intensas e ideas pseudodelirantes que normalmente se desencadenan sin provocación externa, y permitía tanto excluir el diagnóstico de esquizofrenia porque el cumplimiento de criterios en ese momento no era categórico ni estricto (no alcanzaba el límite de 6 meses de duración de 2 síntomas característicos), como sospechar su evolución, que fue confirmada con la evolución posterior del cuadro clínico, pues la clínica y la fase prodrómica previa suficientemente larga podrían haberse considerado como circunstancias claramente orientables al diagnóstico de esquizofrenia”.

Se añade además en sede de conclusiones que: “El suceso traumático, de dramáticas consecuencias en el que el paciente se amputó el pene, se realiza precisamente en unos días en que la madre y su hermano le encontraban mejor, más tranquilo, no se había requerido asistencia a Urgencias desde hacía 3 meses, manteniéndose con seguimiento ambulatorio, y se produce sin desencadenante previo, tal como declaran ambos, lo que indica que la situación no era previsible ni tan siquiera por sus familiares directos que permanentemente estaban a su lado. Confirma esta situación el hecho de que en la anterior consulta, previa al ingreso, refiriera estar haciendo un curso de informática y estar buscando trabajo”.

Debe recordarse, como se ha expuesto más arriba, que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios y no de resultados. De ahí que no pueda considerarse que se haya producido una dejación de los servicios sanitarios para poner todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera.

El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta.



En cuanto a la difusión en prensa de los hechos, no resulta probado de manera indubitada que la filtración de la noticia sea imputable a los servicios públicos sanitarios, al no demostrarse que la información publicada hubiera partido de la Administración reclamada y existir otras posibles vías de acceso a la información.

En cuanto a la asistencia dispensada a D. ccccc1, este Consejo Consultivo comparte también el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación.

La interesada alega que se ha producido una falta asistencia sanitaria al no ingresar al paciente ni pautar un tratamiento.

Valorado el modo de producción del resultado final, a juicio de este Consejo Consultivo no puede establecerse la oportuna relación de causalidad entre la actuación del Servicio de Urgencias y el suicidio del paciente, pues en dicha relación de causalidad interviene, de forma decisiva, la propia voluntad del fallecido de poner fin a su vida y no se advierte que exista anomalía en la prestación de la asistencia sanitaria.

La Inspección Médica considera en su informe que se actuó correctamente y señala que "El alta del día 28 se produce tras valorar su estado, el examen clínico de esa mañana, las expectativas del paciente, la frustración que hubiera supuesto permanecer ingresado, la información de la familia, la información del personal de enfermería, y la cita en el Hospital de Día. No existían síntomas depresivos ni ideas delirantes que hicieran prever un riesgo autoagresivo, pretendiendo con el tratamiento adecuado el objetivo asumible de facilitar su adaptación a la vida normal. Durante el ingreso no mostró alteraciones de conducta. Se decide como mejor opción terapéutica el alta para iniciar terapia en régimen de internamiento parcial en el Hospital de Día, considerándose que la recuperación era posible y que la prolongación del ingreso no lo favorecía.

»(...) El día 29 la madre solicita cambio terapéutico vía telefónica y al ser denegada esta petición, acude con su hijo y una amiga al Servicio de Urgencias, donde se procede a la correspondiente valoración psiquiátrica especializada de ccccc1. Los síntomas que están presentes en ese momento no incluyen rasgos psicóticos, ideas autolíticas ni criterios de ingreso.



»(...).

»(...) El día 31 de enero por la mañana acude a su cita programada en el Hospital de Día, donde tampoco se detectan signos o síntomas que hicieran sospechar descompensación psicótica, ideas delirantes o riesgo de suicidio, programándose el inicio de terapia en ese Centro en el plazo de una semana.

»(...) El suceso traumático, de dramáticas y fatales consecuencias, se produce ese mismo día por la tarde cuando estando en su domicilio se arroja por la ventana causándose la muerte en el acto. Sucede precisamente el día que aparentemente inicia su recuperación al haberse producido el primer contacto con el Hospital de Día. Se produce sin desencadenante previo, de forma imprevista y súbita, lo que indica que la situación no era previsible ni detectable por sus familiares directos que permanentemente estaban a su lado, y sin que se hubieran podido detectar factores de riesgo inminente o diferido, por ninguno de los especialistas que le atendieron en los días previos, ni en ese mismo día.

»(...) Se desconocen los factores causales del suicidio, siendo el tiempo tras un alta hospitalaria un periodo de alta vulnerabilidad, apreciándose en este caso como criterio sostenible una situación en la que pudo contribuir la alta emoción expresada en la familia por los eventos previos, a lo que se añadía un futuro profesional incierto en el contexto de un trastorno severo de personalidad agravado por los años de evolución, en un momento puntual y brusco en el que cccc1 posiblemente pretendió una solución a su enfermedad.

»(...) La descripción científica del sujeto potencialmente en riesgo de suicidio a priori parecería estar dibujando la situación de cccc1, ya que existían factores de riesgo con suficiente peso como para indagar minuciosamente la presencia de ideas autolíticas. Y así queda reflejado que se hizo, pues en todas las exploraciones realizadas consta referencia a la ausencia de estas ideas, siendo evidente que se exploró sobre ello a través del mecanismo establecido, la entrevista psiquiátrica con el paciente, sin que se detectaran ideas que pudieran hacer sospechar la decisión adoptada por cccc1".



En este sentido, como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de octubre de 1999 (citada por la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, de 30 de diciembre de 2008), "la mecánica de la responsabilidad patrimonial de la Administración no puede objetivarse hasta el extremo de pretender deducirla siempre que se produce un resultado lesivo por el mero hecho de haber actuado los servicios sanitarios públicos. En el caso que enjuicamos, no se ha acreditado infracción de la *lex artis*, pues, de una parte, la actora no ha realizado actividad probatoria alguna apta para desvirtuar los informes médicos emitidos en vía administrativa, que sólo mediante informes del mismo tipo pueden enervarse. En este sentido, el argumento básico de la actora (era totalmente previsible que el paciente persistiese en su idea de suicidio) es una mera afirmación de parte, huérfana de apoyo probatorio alguno, construida sobre la consideración ex post de los hechos y no avalada por ningún dictamen médico, que la actora no ha aportado ni propuesto en este proceso. De otra parte, los informes médicos, especialmente el de la Inspección, concluyen de forma razonada la inexistencia de infracción de la *lex artis*. Cabe añadir que la exigencia de responsabilidad derivada de conductas omisivas requiere del incumplimiento de un deber específico de actuar para evitar el resultado, como ocurre en el caso de personas sometidas a relaciones de sujeción especial (presos, detenidos, internos en centros psiquiátricos), en un entorno controlado o susceptible de control por la Administración. Aun en esos casos, de acuerdo con la jurisprudencia (SSTS del Tribunal Supremo de 26 de noviembre de 1998, que su vez se remite a las de 15 de julio de 1988, 22 de julio de 1988, 13 de marzo de 1989, 4 de enero de 1991, 13 de junio de 1995, 18 de noviembre de 1996, 25 de enero de 1997, 26 de abril de 1997 y 5 de noviembre de 1997), queda excluida esa responsabilidad administrativa si no se advierte anomalía en la prestación del servicio, constituyéndose la voluntad suicida en elemento excluyente del nexo causal, argumentos (referidos a tales situaciones de sujeción especial) que son aplicables a *fortiori* al caso que nos ocupa. En razón de todo ello, considera este Tribunal que no se justifica ni la existencia de deficiencias en la prestación sanitaria ni del nexo causal entre la asistencia prestada y el resultado, lo que hace inviable la reclamación por responsabilidad patrimonial que se ejercita y determina la desestimación del recurso contencioso-administrativo".

**6ª.-** En el presente caso, de la valoración en conjunto de los diversos informes obrantes en las actuaciones no es posible deducir que haya existido mala *praxis* médica en la atención dispensada a los pacientes, máxime si se



tiene en cuenta que no se ha logrado probar ningún tipo de dejadez o abandono por parte de la Administración Sanitaria, pues ni consta que en el momento de las consultas D. ccccc tuviera ideación de autolesionarse, ni D. ccccc1 autolítica estructurada ni sintomatología que, de acuerdo con los informes nuevamente-, aconsejara su ingreso.

Por todo ello puede considerarse, si se acogen los argumentos de la Inspección Médica, que no existen razones objetivas que permitan vincular la asistencia recibida en Urgencias con el óbito ocurrido más tarde.

Estas afirmaciones, contenidas en los diferentes informes médicos, no han sido desvirtuadas por la reclamante, quien aunque cuestiona la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, no aporta informe alguno que la fundamente, por lo que sus alegaciones ceden frente a las opiniones técnicas señaladas, que dictaminan a favor de la corrección de la atención dispensada en todo momento a los pacientes; juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.

A la luz de todo lo expuesto, no ha quedado acreditado que existiera una actuación inadecuada en la asistencia sanitaria prestada, por lo que puede concluirse que los profesionales médicos actuaron en todo caso conforme a la *lex artis ad hoc*.

**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, al constar que los interesados han interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso o, en otro, hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

Por último, este Consejo se ve igualmente en la obligación de poner de manifiesto que la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial y la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su reclamación -la desestimación se produce por silencio administrativo-, ha llevado a los interesados a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver



en plazo no hubiera impedido, en este caso, que se acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que le hubieran hecho desistir de esta opción.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx a dos de sus hijos.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.