



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero y  
Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 30 de septiembre de 2010, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2 y D. xxxx3*, 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 30 de agosto 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 a instancia de Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2 y D. xxxx3, representadas por D. yyyyy, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. vvvvv en el Hospital hhhhh de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 2 de septiembre de 2009, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 989/2010, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, 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. Fernández Costales.

**Primero.-** El 4 de abril de 2008 tiene entrada en la Gerencia de Salud del Área de xxxxx una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por Dña. xxxx1 y Dña. xxxx2 y D. xxxx3, debido a los daños derivados de la



insuficiente atención prestada a D. vvvvv, esposo y padre respectivamente de los anteriores, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital hhhhh de xxxxx.

Los reclamantes consideran que un funcionamiento anómalo de los servicios públicos sanitarios facilitó el suicidio de D. vvvvv. Se dio de alta a este enfermo con la recomendación de realizar una vida normal, sin indicaciones concretas a sus familiares sobre la necesidad de su control y vigilancia.

Solicita como indemnización 140.000 euros.

Adjunta a su reclamación informe de alta de Psiquiatría, informe de Urgencias, copia del Libro de Familia, informe de autopsia y copia de las diligencias policiales número 3.940/2007,

**Segundo.-** D. vvvvv acude al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx el 13 de junio de 2007, como consecuencia de un intento autolítico.

En la exploración psicopatológica se muestra consciente, coherente y orientado, con pensamientos recurrentes de muerte, culpa, incapacidad e impotencia. Se le diagnóstica de "trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, sin síntomas psicóticos".

Durante el ingreso se sigue tratamiento antidepresivo con buena evolución y tolerancia. El 25 de junio de 2007, al producirse una ostensible mejoría del estado de ánimo y del nivel de reactividad al entorno, se le da el alta hospitalaria, con tratamiento farmacológico. En el informe de alta se le recomienda seguir una vida activa y ordenada, con horarios regulares de alimentación, sueño y medicación, recuperar progresivamente su nivel previo de actividad y mantener rigurosamente el tratamiento hasta control.

El 24 de de julio de 2007 D. vvvvv acude a revisión en la Unidad de Salud Mental, donde se observa una remisión parcial de los síntomas. Se vuelve a citar al paciente el 31 de agosto de 2007. En el informe se aconseja al paciente consultar al Servicio de Psiquiatría ante cualquier eventualidad, para lo cual se le proporciona un número (de teléfono) y horario de atención.

D. vvvvv se suicida el 10 de agosto de 2007 arrojándose a la vía del tren.



**Tercero.-** Al expediente se incorpora la historia clínica del paciente y, entre otros, los siguientes informes:

- Informe emitido el 25 de abril de 2008 conjuntamente por el Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital hhhhh de xxxxx, por una psiquiatra de la Unidad de Salud Mental y por una psiquiatra de la Unidad de Hospitalización, en el que se recoge:

“(...) El suicidio es una de las complicaciones que se pueden presentar en este tipo de trastornos (15% de los pacientes) y no siempre en relación con los periodos de mayor gravedad de los síntomas. La predicción del comportamiento de cualquier individuo es algo imposible. Los que los especialistas evaluamos a la hora de considerar mayor riesgo son parámetros entre otros: la presencia de ideación suicida, clara, planes establecidos, el vivir sólo, problemas económicos o laborales, asociarse al abuso de sustancias, antecedentes familiares de suicidio; factores ausentes en este paciente”.

- Informe de la Inspección Médica el 4 de junio de 2009, en el que se recoge, entre otras, las siguientes conclusiones:

“(...) 4.- El suicidio es imposible de prever sobre la base de los factores de riesgo, tanto considerados aislados como en combinación. El conocimiento por parte del psiquiatra de que un particular factor (...) incrementa el riesgo relativo de suicidio de un paciente puede afectar a su plan de tratamiento, pero ese conocimiento de los factores de riesgo no le permite predecir que un paciente concreto se suicidará. Se debe estimar el riesgo del paciente a través de la evaluación de los factores de riesgo y protectores que puedan ser conocidos y se debe tratar de reducir el riesgo actuando sobre aquellos que sean modificables. Sin embargo, a pesar de los mayores esfuerzos que se hagan en evaluación y tratamiento de estos pacientes, los suicidios pueden ocurrir y de hecho ocurren en la práctica clínica”.

- Informe-dictamen médico de 1 de noviembre de 2009, realizado colegiadamente por diversos especialistas a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, en el que se concluye:

“Existe constancia que tanto en el momento de su alta como en la revisión médica del día 24 de julio se exploró la ideación suicida del



paciente que fue negativa; y la atención psiquiátrica fue la correcta y no se puede hablar de negligencia”.

**Cuarto.-** El 30 de septiembre de 2009 comparecen los reclamantes en la Gerencia de Salud de Área de xxxxx, obtienen copia parcial del expediente administrativo y nombran representante a D. yyyyy.

**Quinto.-** Concedido trámite de audiencia, el 15 de diciembre de 2009 comparece D. yyyyy y obtiene una copia parcial del expediente administrativo.

**Sexto.-** El 11 de julio de 2010 la Dirección General de Administración e Infraestructuras, de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación planteada.

**Séptimo.-** El 28 de julio la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.

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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.



No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (4 de abril de 2008) hasta que se formula la propuesta de orden (11 de julio 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.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 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 parte interesada ha ejercitado su derecho 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 reiterada 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 la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexos causales que implican 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 él 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.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), 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.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación presentada por Dña. xxxx1 y Dña xxxx2 y D. xxxx3, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. vvvv.

La parte reclamante considera que la Administración Sanitaria "debió informar a los familiares de las posibles reacciones y la necesidad de control y vigilancia" del paciente, "para de esa forma haber podido evitar su muerte". "En las recomendaciones que se dieron en ningún momento se indicaba esa necesidad de control y vigilancia, (...)".

Existe un número considerable de reclamaciones de responsabilidad civil dirigidas contra los centros sanitarios, con fundamento en la omisión de los deberes de vigilancia, control y custodia de los enfermos, ingresados o no en sus dependencias. Dentro de ellos tienen especial complejidad los supuestos de intentos de suicidio realizados por personas con afecciones psíquicas (por todos



Dictámenes del Consejo Consultivo de Castilla y León 2/2004, 654/2004, 421/2005, 870/2008, 297/2009, 326/2009, 1.342/2009, 106/2010 y 291/2010), en los que se debe valorar la necesidad de adopción por la Administración sanitaria de específicas medidas de vigilancia y ponderar si existe un deber especial de custodia, teniendo en cuenta la posible presencia de una ideación suicida más o menos estructurada.

La cuestión planteada en el presente procedimiento consiste en determinar si en la reclamación objeto del mismo concurren los requisitos legales para conceder la indemnización solicitada.

Es preciso analizar si el intento de autólisis resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes del paciente, ya que en caso afirmativo hubiera sido necesario adoptar medidas de atención y cuidado. Debe igualmente valorarse si la conducta del enfermo supone o no una ruptura del nexo causal, para lo cual ha de establecerse si, debido a su alteración mental, era previsible que se comportase creando riesgos para sí mismo, pues si la situación es conocida por la Administración Sanitaria, ésta tendría un mayor deber de vigilar el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento.

Los Tribunales han venido entendiendo, en casos de culminación de los propósitos autolíticos de pacientes con afecciones psíquicas, que la insuficiencia de las medidas de prevención adoptadas con respecto de alguno de ellos puede resultar un título de imputación a la Administración Pública correspondiente. En este sentido cabe citar las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de julio de 1991 y de 10 de diciembre de 1987. La primera de ellas, aplicada en sentencias más recientes (como la de 4 de abril de 2000), califica supuestos similares como de "no funcionamiento, es decir de una actitud pasiva o inactiva de la Administración, constituida por una falta de vigilancia cuando ésta resultaba especialmente demandada por las excepcionales circunstancias del caso". Centra así su enfoque en "lo que, con acierto, ha distinguido la doctrina de los autores y ha tomado en consideración, al menos implícitamente, la jurisprudencia del Tribunal Supremo, como supuesto de no funcionamiento, de una actitud pasiva o inactiva de la Administración constituida por una falta de vigilancia (...), tratándose tan solo de corroborar si existió o no el descuido, desentendimiento o despreocupación por el posible hecho lesivo que la actitud del omitente acarrearía, bastando con ello para que se establezca el nexo





causal entre pasividad y el perjuicio". La segunda de ellas pone de relieve "la culpa de la Administración" y atribuye "el resultado lesivo a la negligente vigilancia como desencadenante del mismo (daño)".

Debe examinarse, por tanto, si existió una actuación de la Administración que concurriera causalmente a la producción de un perjuicio que los reclamantes no tuvieran el deber jurídico de soportar.

De los informes incorporados al expediente se desprende una tendencia depresiva del enfermo, así como un control del centro sanitario, que consideraba orientado al paciente días antes a los hechos, por lo que no se encontraba en ello peligro.

El intento de autólisis, visto el cuadro psicológico que presentaba el paciente, no resultaba previsible. La situación clínica mejoraba sustancialmente y la ausencia de factores de riesgo hizo pensar que los síntomas eran los normales o esperables para un proceso de trastorno depresivo mayor en remisión parcial, por lo que se pautó, correctamente, tratamiento farmacológico y se dieron una serie de recomendaciones para mejorar el estado del paciente, así como la indicación a la familia de la posibilidad de consultar, en cualquier momento, al Servicio de Psiquiatría. La actuación de los profesionales sanitarios que llevaron a cabo la asistencia de D. vvvvv fue, por ello, acorde a la *lex artis*.

Por otro lado, debe subrayarse que la prueba de los hechos constitutivos de la reclamación es una carga de los interesados, de acuerdo con los viejos aforismos *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, (artículo 6.2 del citado Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial) y la parte reclamante no ha realizado actividad probatoria alguna para desvirtuar los informes médicos emitidos en vía administrativa.

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*.



### **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. xxxx1 y Dña. xxxx2 y D. xxxx3, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. vvvvv en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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