



Sr. S. de Vega, presidente

Sr. Ramos Antón, consejero
Sra. Ares González, consejera y
ponente

Sr. Herrera Campo, consejero

Sr. Píriz Urueña, secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 19 de diciembre de 2024, ha examinado *el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN 523/2024

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 15 de noviembre de 2024 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 D. yyy1, debido a los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su hija por la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 21 de noviembre de 2024, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 523/2024, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el presidente del Consejo, correspondió su ponencia a la consejera Sra. Ares González.

Primero.- El 9 de marzo de 2021 Dña. yyy2, en nombre y representación de D. yyy1o, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración de la Comunidad, debido a los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su hija, Dña. yyy3, a los 35 años, el 9 de marzo de 2020 en un suicidio. Alega "negligencia o impericia" de los médicos que la atendieron en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx, al no haber cumplido el protocolo de psiquiatría y no haber pautado el internamiento obligatorio de su hija "hasta que su fase aguda de ideación autolítica no se



hubiera pasado”.

Reclama una indemnización de 203.708 euros (142.595,60 euros por perjuicio personal básico y 61.112,40 euros por perjuicio personal particular).

Adjunta documentos acreditativos de su legitimación como heredero y de la representación, informes médicos y copia de las diligencias previas seguidas por los hechos por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 5 de xxxx. Solicita la práctica de la prueba testifical de tres facultativos.

Segundo.- Al no haber concluido las actuaciones judiciales, el 31 de marzo de 2021 se notifica al reclamante la suspensión del procedimiento hasta la conclusión de aquellas.

El 18 de octubre de 2021 la parte reclamante solicita la reanudación del procedimiento al haberse decretado el sobreseimiento provisional de las diligencias previas del procedimiento abreviado por auto de 10 de septiembre de 2021.

El 22 de octubre de 2021 se reanuda el procedimiento.

Tercero.- Obran en el expediente, además de la historia clínica de la paciente, informes del jefe de la Unidad de Urgencias y del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, ambos de 2 de noviembre de 2021; un informe de la Inspección Médica de 4 de marzo de 2022, que concluye que la actuación médica se ajustó a la *lex artis* y que no existe responsabilidad patrimonial de la Administración; y un dictamen médico pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración el 21 de marzo de 2022, que considera que la actuación médica fue acorde con la *lex artis*.

Cuarto.- El 16 de marzo de 2022 el reclamante solicita que se dicte resolución expresa en el procedimiento.

Quinto.- Concedido trámite de audiencia, la parte reclamante formula diversas alegaciones a los informes emitidos, se ratifica en su reclamación y en la solicitud de la prueba testifical, y reitera la pretensión resarcitoria.

Sexto.- El 19 de julio de 2022 la Inspección Médica emite informe en el que señala que “No se ha estimado necesario la toma de declaración a los testigos propuestos, considerando suficiente la información que se ha aportado y



los informes recibidos"; y se ratifica en el criterio expuesto en su informe anterior.

Séptimo.- El 26 de agosto de 2024 el reclamante vuelve a solicitar que se dicte resolución expresa en el procedimiento.

Octavo.- El 28 de octubre de 2024 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Noveno.- El 11 de noviembre de 2024 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, ha de reprocharse el excesivo tiempo transcurrido desde que se reanudó el procedimiento tras la conclusión de las actuaciones judiciales (22 de octubre de 2021) hasta que se formula la propuesta de orden (28 de octubre de 2024). Esta circunstancia, además de un incumplimiento del plazo máximo de resolución previsto en el artículo 91.3 de la LPAC, constituye 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 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), como los de eficacia, agilidad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anormalidad en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

3ª.- El reclamante está legitimado para interponer la reclamación, de acuerdo con lo previsto en la LPAC, y está acreditada su representación.

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 el artículo 67.1 de la LPAC.

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 32 y siguientes de la LRJSP, a la que además se remite el artículo 81 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) existencia de un daño efectivo, evaluable



económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad 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) 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) 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; y e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige 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 aquel que pueda producirse.

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 este 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 (recogida, entre otras, por la sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo de Valladolid del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 21 de mayo de 2018, que alude a las sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre 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".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, se alega en la reclamación que el suicidio se produjo como consecuencia de negligencia o impericia médica, ya que no se siguió el protocolo de ingresar a la paciente a pesar de la patología psiquiátrica que padecía.

Como se ha manifestado en otras ocasiones, el Consejo Consultivo, al dictaminar sobre los expedientes sometidos a consulta, debe valorar y pronunciarse únicamente sobre la documentación obrante en el expediente remitido. La función consultiva de este Consejo está delimitada por las actuaciones practicadas por la Administración activa, sin que pueda realizar acto de instrucción alguno y sin que quepa presumir hechos o circunstancias cuya realidad no esté acreditada en el expediente.

Debe recordarse que incumbe al reclamante la prueba de los hechos constitutivos de la reclamación, aunque la Administración tiene la obligación de facilitar al ciudadano todos los medios a su alcance para cumplir con dicha carga, dado que el procedimiento se impulsa de oficio, en mayor medida en los casos en que los datos estén sólo en poder de aquélla. De la misma manera,



los hechos impositivos, extintivos o moderadores de la responsabilidad son carga exigible a la Administración (artículo 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, por remisión del artículo 60.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa). Y como recuerda la Sentencia 303/2021, de 16 de marzo, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, “Las normas de la carga de la prueba deben coherenciarse con el principio de facilidad probatoria (cuando a una de las partes le resulta fácil probar el hecho controvertido y no lo hace) y con el de la posibilidad probatoria (ya que no es posible exigir pruebas que resulten difíciles o de imposible realización)”.

Sentado lo anterior, y ante la falta de elementos probatorios aportados por el reclamante, el pronunciamiento del Consejo ha de fundamentarse solo en los informes emitidos por los servicios de Urgencias y de Psiquiatría, en el informe de la Inspección Médica y en el dictamen médico pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración, así como en la historia clínica que se ha remitido.

Como cuestión previa, la Inspección Médica, al analizar la asistencia médica prestada, pone de manifiesto la complejidad para delimitar cuál ha de ser la *lex artis* en este tipo de supuestos. Así, expone lo siguiente:

“La conducta autolítica resulta ser la mayoría de las veces una complicación de un trastorno psiquiátrico (en torno al 90% de las personas que fallecen como consecuencia de un suicidio presenta una enfermedad psiquiátrica, tratándose de trastornos del estado de ánimo en más de la mitad de los casos).

»La evaluación del riesgo autolítico es una de las actuaciones médicas más complejas y difíciles.

»Es complicado delimitar con precisión cuál debe ser la *lex artis* en la actuación médica diagnóstica de valoración del riesgo autolítico, siendo la entrevista clínica el instrumento esencial en la valoración.

»De entrada, en todo paciente psiquiátrico que visita un recurso asistencial se debe explorar el estado mental y la ideación autolítica (especialmente en aquellos con ideación actual o intentos recientes) y en aquellos con clínica depresiva (en especial si hay abuso de alcohol); así mismo deberá realizarse una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya



las variables sociodemográficas y los factores de riesgo, además de las características de la ideación autolítica o las conductas previas realizadas.

»En cuanto a las evaluaciones estandarizadas, pueden ser una ayuda complementaria pero nunca deben sustituir a la entrevista y el juicio clínico.

»La inmensa mayoría de estudios coinciden en que el predictor más sólido de la conducta suicida futura (fundamentalmente en los trastornos afectivos) es la historia de tentativas de suicidio previas.

»Así mismo existen evidencias que demuestran el valor predictivo de diversas variables sociodemográficas como: el sexo (varones presentan mayores tasas de suicido consumado y las mujeres mayores tasas de tentativas), la edad (mayor riesgo en edad avanzada), la falta de apoyo social y la convivencia (vivir solo o no vivir con un familiar cercano)”.

Ante ello, la Inspección Médica, tras exponer las actuaciones sanitarias desarrolladas, formula las siguientes conclusiones:

1.- La fallecida “no presentaba patología psiquiátrica previa hasta el inicio del cuadro que finalmente desemboca en suicidio”.

2.- Como reconoce el reclamante, se realizó un diagnóstico inicial correcto, de trastorno adaptativo mixto, para el cual se pautó tratamiento adecuado (antidepresivos y ansiolíticos) y se derivó a la paciente a valoración en Salud Mental.

3.- “En la primera valoración en Salud Mental se descarta en la medida de lo posible el riesgo autolítico, dado que la paciente no presenta factores de riesgo para dicha conducta, no expresa ideas de manera espontánea ni tampoco cuando se pregunta de manera expresa. Se realiza un ajuste de tratamiento y se deriva a terapia a la paciente” (el informe indica en las consideraciones que “En las anotaciones a mano de dicha consulta figura expresamente `no ideación suicida ni expresada ni cuando se pregunta ´”).

4.- En enero de 2020, tras sufrir una reagudización, la paciente fue valorada en urgencias y se solicitó también valoración por especialista en psiquiatría; “tampoco en este caso se expresan ni de manera espontánea ni tras ser preguntada ideas autolíticas; se ajusta el tratamiento de la paciente y se programa seguimiento”. Añade que “La paciente no presentaba en este



momento criterios de riesgo de suicidio, como intentos previos, falta de apoyo socio familiar, ni expresaba intencionalidad o ideas estructuradas; por tanto se puede asumir que no presentaba tampoco criterios de ingreso involuntario, y no consta en su historial solicitud de ingreso hospitalario por parte de la paciente o de los familiares”.

5.- “No se recogen en el historial de la paciente nuevas reagudizaciones hasta la fecha del desenlace; no hay consultas con Atención Primaria (al contrario, se refleja lenta mejoría en la historia en el mes de febrero [referida por su padre en la consulta de 3 de febrero de 2020]), ni asistencias a urgencias o solicitud de otras consultas distintas a las programadas” (el informe señala que el 17 de febrero y el 2 de marzo de 2020 se emitieron los partes de confirmación de la baja 2 y 3, y que el 10 de marzo de 2020 estaba citada a consulta de Psiquiatría y se anota que “no acude, no avisa”).

6.- Cuando la paciente fue atendida y valorada por su médico de atención primaria, por el Servicio de Urgencias y por el Servicio de Psiquiatría, “el estudio y tratamiento se ajustó a las recomendaciones y criterios vigentes; se realiza una historia psicopatológica prestando especial atención a los factores de riesgo, descartándose la mayoría (no intentos previos, no expresión espontánea ni al ser preguntada de ideas autolíticas, no plan elaborado ni ideas estructuradas, buen soporte socio familiar, no consumo de tóxicos, no antecedentes familiares...)”.

7.- Concluye que los antecedentes clínicos de la paciente y la situación concurrente en la evaluación en el Servicio de Urgencias no permite concluir que concurrieran factores de riesgo en el momento de la valoración que motivaran la decisión de un ingreso urgente.

Por ello, afirma que la actuación sanitaria se ajustó a la *lex artis*. Reitera que “la evaluación clínica del riesgo de suicidio es una actuación clínica compleja, para la cual no existe un instrumento único de valoración; sin embargo, sí es común el criterio de que la actuación adecuada a la *lex artis* pasa por una evaluación clínica completa, adecuada a la situación concreta de cada paciente, y siempre dejando constancia en la historia clínica de dicha evaluación”. Y precisa, además, que “no ha existido la posibilidad de comprobar la modificación de estas condiciones (incluyendo empeoramiento o aparición de nuevos criterios a valorar) en aquellos momentos en que no se ha solicitado seguimiento ni nuevas valoraciones de la paciente, ni por su parte ni por parte de los familiares”.



En el mismo sentido se pronuncia el dictamen médico pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración. Tras compartir la certeza médica razonable de que la fallecida padecía un trastorno adaptativo, señala en sus conclusiones que "En todas las valoraciones psiquiátricas se preguntó por las ideas de suicidio y en ninguna de ellas la paciente manifestó ideas de suicidio estructuradas ni planes organizados para la realización de este"; que "No presentaba factores de riesgo de suicidio, salvo el no tener pareja, por lo que el riesgo de conducta suicida era muy bajo" (por lo que, como indica en las consideraciones sobre el caso, "el manejo recomendado es el tratamiento en régimen ambulatorio y seguimiento por parte de un profesional de Salud Mental").

Por otra parte, en cuanto a la alegación del reclamante de que se incumplió el protocolo de actuación para el ingreso de pacientes con riesgo suicida (que alega el reclamante) el jefe del Servicio de Psiquiatría afirma que no existía protocolo alguno. A lo que el citado dictamen médico pericial añade que "ninguna de las guías clínicas y protocolos existentes para el manejo de la conducta suicida, aconseja un ingreso voluntario ni involuntario en un paciente con muy bajo riesgo de suicidio". Cierto es que el reclamante afirma, en las alegaciones presentadas en el trámite de audiencia, que "Los trastornos adaptativos están asociados a intentos de suicidio" y que dicho diagnóstico hubiera obligado al ingreso de la paciente. Sin embargo, tal afirmación, pese las referencias bibliográficas que se indican, no está avalada por informes médicos, por lo que, a juicio de este Consejo, no permiten enervar las conclusiones contenidas en los informes médicos, que refieren la existencia de bajo riesgo de suicidio.

Finalmente, el dictamen médico pericial señala que "la predicción del riesgo suicida es una estimación para un paciente determinado, en un momento concreto y en las circunstancias actuales, siempre es una presunción, nunca es un juicio de certeza y la predicción solo puede establecerse a corto plazo, dada la multiplicidad de factores que pueden intervenir y modificar el riesgo, factores que son, en su mayoría, imprevisibles y, por tanto, no prevenibles". Por ello, considera que "El tiempo transcurrido desde la atención en la urgencia y el suicidio (42 días), no permite descartar la existencia de otros factores o estresores que hayan podido contribuir a este fatal desenlace".

Como ha señalado la Sentencia 389/2022, de 24 de marzo, de la Sala de lo Contencioso-administrativo (de Valladolid) del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, "Para apreciar responsabilidad patrimonial de la



Administración Sanitaria en casos de suicidios es preciso que se cumplan dos requisitos: 1.- Que el suicidio fuera verdaderamente previsible a la vista de los antecedentes del paciente; 2.- Que, según los medios disponibles, fuera inadecuada o insuficiente la vigilancia aplicada por la Administración Sanitaria al paciente con antecedentes de suicidio y privado de una capacidad normal de discernimiento". Y no parece que, en este caso, a la vista de los informes emitidos, concurrieran ninguno de esos requisitos.

En definitiva, a la vista de la documentación obrante en el expediente, y a falta de indicios que permitan alcanzar otra conclusión, no se aprecia que la actuación asistencial haya sido contraria a la *lex artis ad hoc*, por lo que la reclamación debe desestimarse.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyy1, debido a los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su hija por la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada.

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