



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero y  
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 1 de marzo de 2018, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx*, 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 5 de febrero de 2018 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyy, en representación de Dña. xxxx, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx1*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite en la misma fecha, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 51/2018, 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 la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Ramos Antón.

**Primero.-** El 28 de diciembre de 2013 D. yyyy, en representación de Dña. xxxx, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo

Asistencial de xxxx1 el 18 de agosto de 2013, que le ha ocasionado una paraplejia.

Junto al citado escrito aporta diversa documentación médica.

El 21 de enero de 2014 presenta escrito en el que solicita documentación y un peritaje sobre las causas y consecuencias del suceso.

Previo requerimiento de subsanación de la solicitud, el 3 de febrero de 2014 presenta escrito en el que manifiesta que las lesiones sufridas por la paciente al precipitarse por una ventana, cuando se encontraba ingresada en un box de Urgencias, se debieron a la falta de adopción de medidas de seguridad y vigilancia.

Solicita la apertura de un periodo probatorio y la práctica de las pruebas que propone.

Junto al citado escrito aporta copia de poder notarial- a los efectos de acreditar la representación- y copia de documentación médica.

Solicita una indemnización de 1.307.372,81 euros por incapacidad temporal, secuelas, daños morales, necesidad de tercera persona, incapacidad permanente absoluta, adecuación de vivienda y por gastos de desplazamiento y perjuicios morales de familiares.

El 28 de marzo de 2014 aporta informes del Hospital de Parapléjicos de Toledo.

**Segundo.-** Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informe de la médico de Atención Primaria del Centro de Salud de xxxx2 de 25 de febrero de 2014, informe de asistencia urgente en el PAC de la Zona Básica de Salud de xxxx2 del 18 de agosto de 2013, informe del coordinador de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de xxxx1 de 18 de marzo de 2014, informe de la Jefa de Guardia del Complejo Asistencial Universitario de xxxx1 de 18 de abril de 2013 e informe de la Inspección Médica de 19 de mayo de 2014.

**Tercero.-** El 9 de diciembre la parte reclamante presenta escrito en el que, entre otros extremos, solicita una explicación de los motivos por los que no se ha recibido el procedimiento a prueba, así como información sobre lo necesario para la proposición, admisión y práctica de los medios probatorios.

**Cuarto.** Concedido trámite de audiencia, el 30 de diciembre de 2014 la parte interesada presenta alegaciones en las que reitera la pretensión inicialmente deducida.

En su escrito, entre otras manifestaciones, denuncia la omisión del trámite esencial del procedimiento relativo al recibimiento del procedimiento a prueba, de conformidad con lo solicitado. También señala la indebida e injustificada denegación de información y actuaciones requeridas.

Finalmente, además de la solicitud de la terminación convencional del procedimiento mediante acuerdo indemnizatorio, vuelve a reiterar el recibimiento del procedimiento a prueba, solicita interrogatorio del responsable del Servicio de Urgencias, de los médicos que prestaron asistencia y del personal de enfermería encargado de la observación y vigilancia, así como la práctica de pruebas documental, testifical y pericial a los efectos de determinar los daños y perjuicios.

Junto al escrito acompaña diversa documentación.

El 16 de enero la Inspección Médica indica que "no procede realizar ninguna consideración o aclaración al contenido de las alegaciones y en lo referente al informe técnico emitido en su día por este médico inspector".

**Quinto.-** El 25 de abril de 2016 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación planteada.

**Sexto.-** El 11 de mayo de 2016 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.

**Séptimo.-** Por Dictamen 221/2016, de 16 de junio, este Consejo consideró que no procedía emitir el dictamen sobre el procedimiento sometido a consulta hasta que hubiera concluido la instrucción del procedimiento.

El 5 de febrero de 2018 tiene entrada en el Consejo Consultivo de Castilla y León el expediente administrativo, al que se incorporan los siguientes documentos:

- Informe complementario y diligencia del médico inspector de 12 de julio de 2016, sobre las pruebas solicitadas por la parte reclamante, en las que se expone de forma extensa y detallada las actuaciones de instrucción realizadas, rechazando por innecesarias las pruebas solicitadas, dadas las actuaciones realizadas y detalladas en el informe, y otras cuya competencia no corresponde al instructor.

- Concesión de trámite de audiencia y alegaciones de la parte reclamante, en las que se ponen de manifiesto la existencia de irregularidades procedimentales y se solicita la estimación de la reclamación. Junto al citado escrito aporta informe pericial de 17 de marzo de 2016.

- Escrito presentado el 5 de agosto de 2017, en el que se solicita información sobre el estado del procedimiento y se pone de manifiesto el excesivo retraso no justificado en su tramitación.

- Dictamen médico de 2 de septiembre de 2017, elaborado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración. Concedido trámite de audiencia complementario respecto del citado dictamen, el 30 de agosto se presentan alegaciones en las que se cuestiona dicho dictamen.

- Escrito de 22 de noviembre de 2017, sobre la denegación de concretas pruebas solicitadas por la parte reclamante y comunicación a la parte interesada del citado escrito denegatorio de pruebas.

- Propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de 20 de diciembre de 2017.

- Informe de la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad de 10 de enero de 2018 que informa dicha propuesta favorablemente.

## 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), 2º 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, sustancialmente, 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 ambas normas aplicables *ratione temporis* al presente procedimiento.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (18 de diciembre de 2013) hasta que se formula la propuesta de orden (25 de abril de 2016). 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, 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 aquél 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 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 D. yyyy, en representación de Dña. xxxx, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx1, por los daños producidos al precipitarse la paciente de una ventana del Servicio de Urgencias, como consecuencia de la falta de vigilancia y control exigibles debido a la patología que presentaba.

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, 291/2010, 989/2010, 566/2011, 45/2013), en los que debe valorarse 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 concurren los requisitos legales para conceder la indemnización solicitada. Por ello, es preciso analizar si el hecho de que la paciente se precipitase por la ventana del box de Urgencias resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes que presentaba, ya que, en caso afirmativo, hubiera sido necesario adoptar medidas de atención y cuidado. Debe igualmente valorarse si la conducta de la enferma 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 misma, 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 la reclamante no tuviera el deber jurídico de soportar.

En cuanto al proceso asistencial seguido, de conformidad con el resumen de los hechos del informe de la Inspección Médica, la paciente acude el día 18 de agosto de 2013 (sobre las 13:40 horas) acompañada por su novio, a Urgencias/PAC del Centro de Salud de xxxx2, donde es valorada por un médico que indica: "Ayer comenzó comportamiento extraño, se ha ido acentuando; ve cosas extrañas y comportamiento inadecuado con desinhibición sexual. Niega consumo tóxicos. Desorientación temporoespacial. Leguaje incoherente e inapropiado. No vómitos Pupilas isocóricas y normoreactivas.

»JC: alteración del comportamiento súbita. Se deriva a hospital para completar estudio, descartar proceso infeccioso meníngeo vs tóxicos vs trastorno psiquiátrico".

Se remite a la paciente, en ambulancia, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de xxxx1, acompañada por médico del PAC y enfermera, donde ingresa ese mismo día a las 14:58 horas, la médico del PAC explica el

cuadro y es dirigida al área de camas de urgencias (boxes), sin que conste valoración en triage, pasando a zona de camas de urgencias sobre las 15:00 horas.

A partir de las 15:18 horas se realiza extracción sanguínea para determinación de las pruebas solicitadas (hemograma, bioquímica, coagulación, etanol, tóxicos), se realiza anamnesis y exploración de la paciente. En el informe de la Inspección Médica consta: "Anamnesis y exploración: traída por 112 por trastorno conductual, según informe de atención primaria, su novio refiere comportamiento extraño desde ayer con desinhibición sexual y alucinaciones visuales. Hace aproximadamente 10 días refiere consumo de un bollo con sustancias psicotrópicas (no sabe precisar, marihuana ¿ (sic)). Las otras personas que han consumido el bollo no han tenido ninguna sintomatología. No cefalea, no fiebre. Consciente, orientada, responde a estímulos verbales, moviliza espontáneamente las 4 extremidades. Lenguaje fluido aunque repite frases sin sentido. Hidratada y perfundida. No signos meníngeos".

Finalmente, a las 15:40 horas se precipita por una ventana.

El informe de la Inspección Médica, sin perjuicio de considerar que en este caso no se garantizó la seguridad de la paciente, enumera medidas que pudieron haberse adoptado y que, de acuerdo con la propuesta de resolución, obedecen a los supuestos de adopción de medidas extraordinarias de contención y prevención de pacientes con riesgo autolítico, sin embargo afirma que "La paciente presentaba en el momento de su ingreso, y presumiblemente en el momento de su precipitación, una expresión sintomática consistente en placidez y risa o sonrisa inmotivada, no habiendo constancia de que hasta ese momento hubiera referido ella o su acompañante síntomas de miedo o temor", y es taxativo al señalar "no siendo previsible para los servicios de urgencia la aparición de auto o hetero agresividad".

El informe del Coordinador de Urgencias de 18 de marzo de 2014 declara que se cumplieron los procedimientos de vigilancia y seguridad, de acuerdo con la sintomatología y clínica de la paciente.

En cuanto a la adecuación de las instalaciones sanitarias, o de las medidas que pudieron adoptarse, debe indicarse que no estamos en presencia de una paciente que mostrase signos de auto o hetero agresividad, tal y como

de modo expreso señala el informe de la Inspección Médica, que pudieran haber exigido medidas especiales de control o restricción de su movilidad, no consta que fueran necesarias otras medidas, puesto que la paciente no había mostrado peligro de autolisis.

El dictamen emitido a instancia de la compañía aseguradora, (en el que se valora también el informe médico pericial presentado por la reclamante que cuestiona la asistencia recibida, al afirmar que la atención recibida en urgencias no se ajustó a la *lex artis*), considera adecuada la actuación del Servicio de Urgencias en cuanto a evaluación diagnóstica tanto médica como psiquiátrica, sin que se aprecie infracción de la *lex artis*.

El meritado informe, respecto al proceso asistencial seguido, pone de relieve que el tiempo transcurrido entre su entrada en Urgencias y el accidente sufrido fue de 40 minutos. Asimismo, indica que "La paciente entró directamente en la Unidad de Observación sin pasar por 'triage' (primer paso en una Urgencia) como es el caso habitual de un paciente que ya ha sido visto por un médico y viene en ambulancia.

»En la Unidad de Observación, que es una unidad médica general, se llevó a cabo una evaluación médica del caso que incluyó: realización de la historia clínica, la exploración física, toma de constantes vitales y extracción de muestras para el laboratorio".

Señala también que "Con esta primera aproximación médica, el médico de guardia debe decidir si pasa el caso a un especialista, en este caso al médico psiquiatra; aunque hay casos que puede pasar directamente a valoración psiquiátrica como son los casos de pacientes agitados, violentos o suicidas, que no era el caso". Considera que "en estos 40 minutos que transcurrieron la paciente estuvo sometida a evaluación y observación médica activa y en ningún momento estuvo en situación de espera".

Asimismo, precisa que "debe de tener presente que el informe de urgencias de Atención Primaria se expresaba la posibilidad de que se tratase de un episodio causado por una enfermedad médica (proceso infeccioso meningítico) por lo que el primer objetivo sería descartar este aspecto médico, lo que no incumbe al psiquiatra.

»Debemos de tener en cuenta que en este tiempo el médico que la acompañó en la ambulancia pasó la información al médico de la urgencia hospitalaria que le correspondió el caso. Es de suponer, también, que le comunicó la situación clínica en la que había realizado el traslado al hospital y que no se comunicó la presencia de conductas de riesgo de la paciente”.

También pone de manifiesto que “Ni en el centro de salud donde la paciente fue atendida por primera vez ni durante su traslado consta la necesidad de aplicar tratamiento tranquilizante.

»Tampoco en la Urgencia hospitalaria la conducta observada en la paciente llamó la atención como para solicitar atención psiquiátrica inmediata. La exploración realizada así lo indica:

»La paciente `se encontraba consciente y orientada y respondía a estímulos verbales; además presentaba un lenguaje fluido, aunque repetía frases sin sentido´.

»En resumen, podemos decir que en esos 40 minutos se historió, exploró y se obtuvieron muestras para la analítica, corresponde a una actuación correcta y diligente: Estos 40' la paciente no los pasó sola en un box en espera de atención, sino que se llevó a cabo como hemos dicho una atención médica general dada la posibilidad de que se tratase de una psicosis orgánica (Trastorno psicótico debido a otra afección médica del DSM-5).

»Además, tampoco había antecedentes previos de tales conductas ni en la historia recogida y ni en la conducta observada en la paciente aparecían indicios de conductas de riesgo (agitación, agresividad, ideación suicida...).

»Es muy posible que el cuadro de la paciente tuviese oscilaciones clínicas y que, por eso, la clínica variase de un momento a otro, de ahí las diferentes valoraciones del estado mental de la paciente hechas por el médico de atención primaria y el de urgencias. Pero en ningún momento se recoge la existencia de conductas de riesgo que precisasen la adopción de medidas psiquiátricas especiales o la necesidad de una evaluación psiquiátrica inmediata”.

El citado dictamen afirma que "(...) dado que no se trataba de un paciente agitado, violento o con conductas suicidas: la paciente había sido evaluada y posteriormente trasladada al hospital sin que fuese necesaria medicación tranquilizante ni sujeción física a la camilla. Una vez en el hospital, su conducta tampoco llamó la atención como para requerir una asistencia psiquiátrica inmediata, por lo que se le remitió al área de observación (área médica general) para descartar, en primer lugar, patología médica y, posteriormente, remitir al psiquiatra de guardia si era lo indicado, quien sería el encargado de hacer una evaluación psiquiátrica exhaustiva del caso".

En cuanto al tratamiento recibido, lo considera correcto y precisa que "la valoración del psiquiatra hecha con posterioridad al accidente no encontró gravemente afectada a la paciente como para indicar una dosificación parenteral a dosis más elevadas", y que "tanto el médico residente de 4º año como el médico de guardia de la urgencia general eran competentes para hacer una primera evaluación del caso y tomar, posteriormente la decisión de valoración por parte del especialista de guardia (psiquiatra en este caso)".

El meritado dictamen médico concluye que "La conducta de la paciente fue completamente imprevisible" y que "La actuación del servicio de urgencias en cuanto a evaluación diagnóstica tanto médica como psiquiátrica se realizó según *Lex Artis*".

En definitiva, no consta que la paciente que mostrase signos de auto agresividad o peligro de autolisis que pudieran haber exigido medidas especiales de control o restricción de su movilidad, no siendo posible prever la necesidad de la adopción de tales medidas preventivas en orden a evitar un posible episodio autolítico.

Por todo lo expuesto, se considera que no ha quedado acreditada la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que los profesionales médicos actuaron en todo caso conforme a la *lex artis*, por lo que procede desestimar la reclamación presentada.

### **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. yyyy, en representación de Dña. xxxx, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Complejo Asistencial de xxxx1.

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