

En Logroño, a 7 de julio de 2017, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Pedro María Prusén de Blas, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

31/17

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, formulada por D<sup>a</sup> L.S.M, en nombre propio y como tutora de su madre incapacitada, D<sup>a</sup> A.M.L, por los daños y perjuicios que entiende causados por el suicidio (fuera del ámbito sanitario) de su hermano, D. J.S.M, tras haber sido dado de alta, en el tratamiento psiquiátrico a que estaba sometido, por la sanidad pública riojana; y que valora, en total, en 55.800 euros.*

## ANTECEDENTES DE HECHO

### Antecedentes del asunto

#### Primero

La representación letrada de los precitados reclamantes, mediante escrito fechado el 14 de junio de 2016, presentado en la Sucursal núm. 6 de Correos de Madrid, y registrado en la Oficina Auxiliar de Registro de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja el 23 de junio de 2016, formuló la expresada reclamación, basándola, resumidamente, en los siguientes hechos:

**Primero.-** (El paciente), de 42 años de edad y natural de Barcelona, estuvo viviendo en La Rioja desde el año 2007, mantenía una mala relación con su madre, de la que debía permanecer alejado por orden judicial, y se encontraba tutelado por la Fundación Tutelar de La Rioja. (El paciente) padecía un síndrome de dependencia al cannabis, combinado con trastorno de personalidad, caracterizado por el narcisismo y el carácter esquizotípico, *que le afecta moderadamente su capacidad de comprender y querer, que se manifiesta con explosividad en sus relaciones con su anciana madre que, en noviembre del año 2012, compartía la vivienda con ella, conduciéndose con agresividad y desprecio hacia la misma.* Fue condenado en Sentencia por un delito de quebrantamiento de medida.

**Segundo.-** Con fecha de 29 de febrero de 2012, (el paciente), fue trasladado (al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* por las Fuerzas de Orden Público, a petición de su madre, *por supuesto episodio de agitación en el ámbito familiar*. Con tal motivo, se emite informe (del Servicio de) Psiquiatría en el que consta la siguiente impresión diagnóstica: *Síndrome maniforme por estimulantes; Consumo perjudicial de cánnabis y alcohol*. Recibe el alta hospitalaria, por mejoría clínica, el día 10 de marzo de 2012.

**Tercero.-** El 8 de marzo de 2013, (el paciente) es, de nuevo, hospitalizado, *para valoración psiquiátrica, desde el Juzgado, tras juicio rápido por violencia contra la madre (ingreso involuntario)*. El diagnóstico establecido en esta ocasión es el de *dependencia a cannabis y trastorno narcisista de la personalidad*.

**Cuarto.-** Tras provocar numerosos conflictos, constantes abandonos de los tratamientos pautados, distintas visitas médicas e ingresos hospitalarios, (el paciente), que había pasado a residir en un albergue, es llevado de nuevo (en fecha 19 de julio de 2014, al Servicio de) Urgencias por las Fuerzas de Orden Público. Realizada la correspondiente exploración psicopatológica, se concreta el siguiente diagnóstico: *trastorno psicótico, con predominio de síntomas maniacos, debido al consumo de varios tóxicos y trastorno mixto de la personalidad (rasgos narcisistas, dependientes, antisociales)*. Recibe el alta hospitalaria, por estabilización, el 4 de agosto de 2014.

**Quinto.-** Con fecha 2 de junio de 2015, (el paciente) fue encontrado en la vía pública *con alteraciones conductuales realizando un gesto autolítico por precipitación desde un puente. Los familiares explican que el paciente tiene varios procesos judiciales pendientes en La Rioja, sospechan que este es el motivo por el que decidió venir a Barcelona hace 1,5 meses aproximadamente, desde entonces anda deambulando por la calle, presenta alteraciones conductuales en vía pública (grita, se mueve de forma extravagante), verbaliza contenidos incoherentes (“soy la reencarnación de Jesús”), le han agredido y robado su documentación y ha mantenido el consumo de sustancias. A su llegada, el paciente se demuestra hostil, muy irritable, inquieto, con un discurso totalmente incoherente, verborreico, verbalizando contenido soez, a la pregunta dirigida verbaliza que ‘le estaban incitando a tirarse de un puente’; en (el Servicio de) Urgencias, se procede a contención mecánica y química con 10 mg de haloperidol, con mejoría del estado de agitación y hostilidad, presentando sedación posterior y descansando adecuadamente durante la noche.*

**Sexto.-** Con fecha de 17 de septiembre de 2015, existe un procedimiento de diligencias penales de juicio rápido procedentes del Juzgado de Instrucción nº 1 de los de Logroño, dirigiendo la acusación contra (el paciente), calificando los hechos como constitutivos de un delito de violencia familiar habitual. Se acuerda la suspensión para el condenado de la pena de nueve meses de prisión por un periodo de tres años, condicionada, en todo caso, a que el condenado no delinca durante ese tiempo, que cumpla con el alejamiento y la incomunicación impuesta por el plazo de cinco años y se someta a tratamiento médico externo psiquiátrico.

**Séptimo.-** El día 28 de diciembre de 2015, (el paciente) acude (al Servicio de) Urgencias del Hospital *San Pedro*, de Logroño, donde es atendido por la Dra. M.R, quien informa que *el paciente dice que se encuentra mal -‘tengo un ansiedad extrema y nunca me he sentido tan mal’-, con constante ansiedad desde hace unos días sin motivo aparente, dice que piensa constantemente en hacerse daño, pero no concreta nada y dice que no tiene valor. Refiere estar continuamente en movimiento; que no puede dormir bien. Hoy ha ido a un descampado y a una fábrica, con intención de cortarse las venas y morir de hipotermia. Al rato, ha pensado que no tenía valor y ha llamado al 112, siendo trasladado al HSP para valoración. El paciente solicita ingreso hospitalario y reconoce consumo de tóxicos de forma ocasional. Se le administra un comprimido de lorazepam 1 mg. en (el Servicio de) Urgencias y*

*se le da algo de comer. Se solicita a la Farmacia hospitalaria xepion, para adelantar la pauta al paciente, pero no hay este tipo de medicación en este momento. Se valorará de nuevo, en una hora, con el objetivo de derivar a su Psiquiatra habitual, para valorar si precisa o no una intervención distinta del seguimiento ambulatorio. Tras la nueva valoración, sobre las 18:30 horas, el paciente dice que se encuentra mejor y quiere irse a casa. **Impresión clínica:** ansiedad.*

**Octavo.-** El día 8 de enero de 2016, (el paciente) fallece tras precipitarse al vacío desde una sexta planta de un edificio sito en la logroñesa calle Somosierra.

## **Segundo**

En fecha 27 de junio de 2016, se dicta Resolución por la que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructora del mismo.

Por escrito de 30 de junio de 2016, la Instructora comunica al representante de la interesada la iniciación del expediente y le informa de los extremos exigidos por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992.

Por comunicación interna de 4 de julio de 2016, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro* solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al paciente en los Servicios de Urgencias y de Psiquiatría; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada; y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada. Dicha petición es reiterada mediante nueva comunicación interna de 27 de octubre de 2016.

Con fecha 10 de agosto de 2016, la entidad aseguradora AON acusa recibo de la documentación remitida por el Servicio Riojano de Salud (SERIS) en relación con la reclamación presentada, dando traslado de la misma a la Compañía de Seguros W.R.B.E. Ltd., S. en España.

## **Tercero**

### **1. Documentación remitida por el SERIS.**

En fecha 31 de octubre de 2016, el Director del Área de Salud de La Rioja remite cuanta documentación le fue solicitada, entre la que se incluye: la historia clínica del paciente; los informes aportados por los Dres. M.S.C.B, V.J.R.G. y E.M.R.

### **2. Informe, de 15 de septiembre de 2016, de la Dra. C.B.**

En el informe, de 15 de septiembre de 2016, de la Dra. C.B, Especialista en Psiquiatría, se consigna lo siguiente:

1.- El día 28 de diciembre de 2015, alrededor de las 17 horas, desde el Servicio de Urgencias, se me solicitó una interconsulta para que valorase (al paciente).

2.- Como se señala en el informe emitido en urgencias de ese día, realicé una primera exploración psicopatológica a primera hora de la tarde, sobre las 17 horas, detectando un alto nivel de ansiedad. En ese momento, acordé con el paciente administrarle una medicación (lorazepam) con el objetivo de reducir su malestar y realizar una nueva reevaluación. El paciente, tras administrarle el medicamento y facilitarle algo de comida, estuvo, al menos una hora y media, en observación (del Servicio de) Urgencias, sin incidencias. Realicé una nueva valoración y, en ese momento, el nivel de ansiedad del paciente se había reducido. Refería que se encontraba mejor (como consta en el informe) y, dado que quería irse de alta y se comprometía a acudir a la consulta que tenía programada con su Psiquiatra habitual el día 29 de diciembre, se le dio el alta médica.

3.- Se le facilitó medicación (lorazepam) hasta nueva valoración por su Psiquiatra habitual al día siguiente.

4.- Me consta que estuvo en la consulta programada de revisión con el Dr. R. En esa consulta se le inyectó la medicación (xeplion) como tenía previsto, no se detectaron síntomas subsidiarios de ingreso y se le mantuvo el tratamiento pautado en el Servicio de Urgencias.

### **3. Informe, de 14 de septiembre de 2016, del Dr. R.G.**

El informe médico suscrito por el Especialista en Psiquiatría Dr. R.G, expresa cuanto sigue:

1. Que atendía de forma regular (al paciente), tanto en las situaciones de ingreso hospitalario como en seguimiento ambulatorio.

2. Que el día 29/12/2015, acudió a consulta programada (mensual), y me informó que, en día previo, había estado en (el Servicio de) Urgencias, por lo que revisé el informe de asistencia en (el Servicio de) Urgencias, donde se hacía referencia a una sensación de malestar emocional con desesperanza, desasosiego e inquietud. Procedí a realizar una exploración psicopatológica con el siguiente resultado: consciente, orientado, apropiado en consulta, aliviado de la ansiedad con el tratamiento recibido en el día de ayer, con cierta desesperanza vital, ya crónica, por sus circunstancias personales sobre alojamiento, economía, distanciamiento familiar No presencia de ideación autolítica. No presencia ideas delirantes o alteraciones sensorio-perceptivas. Reconoce consumo de cannabis esporádico. Se le aconseja seguir con el tratamiento propuesto en (el Servicio de) Urgencias y se procede a inyectarle el tratamiento mensual (xeplion) que recibe desde el último ingreso en agosto/2015. Se le cita para dentro de un mes y se recomienda (como en todas las revisiones) que, si hay empeoramiento, acuda a este Servicio o contacte telefónicamente conmigo, como ha hecho en otras ocasiones.

### **4. Informe, de 12 de septiembre de 2016, de la Dra. M.R.**

En el informe de 12 de septiembre de 2016, de la Dra. M.R, Médico adjunto del Servicio de Urgencias, se señala lo siguiente:

1.-El día 28 del 12 del 2015, trabajé en el Servicio de Urgencias en horario de tardes, iniciando mi trabajo a las 15 horas.

2.-Atendí (al paciente) como se describe en mi informe, por la siguiente patología: *'paciente que acude por ansiedad y nerviosismo intenso desde hace unos días, dificultad para conciliar el sueño. Desencadenante: que tiene que hacer un curso y no puede adaptarse a los horarios. Niega consumo de tóxicos, salvo cannabis esporádicamente. Esta mañana ha intentado corte en muñeca izda.*

3.-Tras la exploración, en la que reflejo que, a pesar de su nerviosismo, estaba consciente y orientado y conectado con la realidad y con resto de exploración física normal, solicité las prueba complementarias oportunas, entre las que se incluyeron tóxicos en orina (positivo a cannabis) y niveles de etanol normales, así como hemograma, bioquímica básica y tiempos de coagulación con parámetros normales.

4.-Durante el transcurso de mi atención al paciente, realicé interconsulta urgente a la Psiquiatra de guardia, Dra. C.B, para valoración del paciente por intento autolítico.

5.-El paciente fue valorado por Psiquiatra de guardia en dos ocasiones, como puede verse en mi informe, en el que transcribo literalmente sus evaluaciones (refiriéndose lo detallado en el punto décimo de la reclamación del paciente, a la valoración de la Psiquiatra de guardia).

6.-Administré al paciente la medicación oral indicada por (el Servicio de) Psiquiatría y estuvo en observación hasta las 18,30 horas, en que fue valorado de nuevo por la Psiquiatra de guardia, la Dra. C, quien decidió, tras su nueva evaluación, recomendarle que acudiera, al día siguiente, a la consulta de su Psiquiatra habitual, Dr. R, y la administración de un comprimido de lorazepam en mano para tomar en domicilio.

7.- Siguiendo las instrucciones de la Psiquiatra de guardia, tras dar el informe al paciente y la medicación indicada para tomar en domicilio en mano, procedí al alta del Servicio de Urgencias del paciente.

#### **Cuarto**

Obra unido al expediente un informe médico-pericial, de 27 de enero de 2017, realizado, a instancia de la Aseguradora del SERIS, Compañía de Seguros B, por el Dr. L.C.M, Especialista en Psiquiatría, de la Consultora médica P, en el que se obtienen las siguientes **conclusiones médico-periciales**:

*La atención prestada (al paciente), por los profesionales que le atendieron en el Complejo Hospitalario de San Millán y San Pedro de La Rioja los días 28 y 29 de diciembre, se realizó según lex artis ad hoc y no se encuentran datos de error o negligencia en la misma.*

#### **Quinto**

El día 2 de noviembre de 2016, la Instructora da traslado del expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación.

En el informe de la Inspección médica, que es emitido el día 28 de marzo de 2017, constan las siguientes **consideraciones médicas**:

*Revisado el historial clínico del paciente así como las sucesivas actuaciones médicas que se han llevado a cabo, no se puede concluir que haya existido un funcionamiento anormal de los Servicios públicos, y, de ninguna manera, se ha vulnerado el derecho a la protección de la salud.*

*En general, se acepta que los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por Psiquiatra antes de ser dados de alta del Servicio de Urgencias. Por ello, es esencial que dichos servicios tengan acceso a especialistas en salud mental para poder llevar a cabo una adecuada valoración psiquiátrica. Dada la complejidad de la etiología y de la respuesta a dar a estos pacientes y a sus familiares, en aquellos Servicios en donde se disponga de otros profesionales para la atención urgente, como Trabajador social y Psicólogo clínico, sería deseable desarrollar un modelo de respuesta multidisciplinar e integrador que atienda a todas estas demandas.*

*La evaluación de un paciente con conducta suicida por parte de un Especialista en Salud mental puede hacerse en el propio Servicio de Urgencias o, posteriormente, en una consulta externa. En el caso de que el paciente no sea evaluado por el Especialista en el propio acto de atención urgente, deberán registrarse las razones en la historia clínica. La derivación a Especialista deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.*

*La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos. Las dos herramientas básicas para la evaluación son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento.*

*La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros.*

*Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico. Factores modificables serían el trastorno afectivo, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de personalidad y otros. Entre los inmodificables figuran la heredabilidad, sexo, edad (adolescentes y adultos jóvenes, edad geriátrica), estado civil, situación laboral y económica, creencias religiosas, apoyo social, conducta suicida previa.*

*En el caso que nos ocupa, son dos los Especialistas que revisan el estado clínico del paciente, en dos días sucesivos, y ambos consideran que no existen síntomas subsidiarios de ingreso hospitalario y que su estado psicopatológico se ha controlado, con el reconocimiento del propio paciente, quien pide volver a su domicilio porque se encuentra mejor. No se puede tener a un paciente de estas características (con conocimiento y voluntad propia) ingresado como medida preventiva para evitar un intento autolítico, una vez que ha cesado el cuadro agudo y riesgo inminente; y hay que recordar que su Psiquiatra habitual ya había provocado ingresos previos en contra de la voluntad del interesado.*

*No obstante, dada la dificultad para predecir el riesgo de repetición de nuevos episodios de conducta suicida, debido a los muchos factores que influyen y a la baja especificidad de los mismos, su Psiquiatra le deja la puerta abierta para que, si sufre una recaída o empeoramiento (en ese momento está estable), acuda nuevamente al Servicio e incluso contacte telefónicamente con él, como en otras ocasiones lo había hecho, pero, por desgracia, no se puede prestar ayuda a quien no la solicita. No existe ningún tipo de negligencia en las actuaciones referidas, no hay criterios de ingreso en ese momento e incluso está siguiendo adecuadamente el tratamiento psiquiátrico, aunque esto último no fuera suficiente para hacer desaparecer al resto de la problemática que el paciente arrastraba. Muchos suicidios se producen en una fase de mejoría, cuando la persona tiene la energía y la voluntad para convertir sus pensamientos desesperados en una acción destructiva. No obstante, una persona que alguna vez haya tratado de suicidarse no tiene por qué estar necesariamente siempre en riesgo. Los pensamientos suicidas pueden reaparecer, pero no son permanentes y, en muchos casos, no vuelven a reproducirse.*

*No podemos conocer qué ocurrió, qué circunstancias se dieron en esos diez días que transcurrieron para que (el paciente) tomara tal decisión (ya existía ingreso previo con alta hospitalaria y sin consecuencias). Por esa misma razón, es imposible establecer un nexo causal entre la asistencia prestada diez días antes y el resultado dañoso.*

*Insistimos en que son dos los Especialistas que coinciden en la evaluación y tratamiento, el paciente está estable psicológicamente y no consta nueva solicitud de ayuda en los días sucesivos.*

En el indicado informe, se obtiene la **conclusión** de que “no se puede determinar que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta y que no se haya actuado conforme a la lex artis”.

## **Sexto**

Concluida la fase de instrucción, se comunica a la interesada, mediante escrito de 29 de marzo de 2017, notificado el siguiente día 31, la apertura del trámite de audiencia, así como su derecho a formular alegaciones y presentar los documentos que estime por conveniente, remitiéndose copia del expediente al representante de las interesadas en fecha 10 de abril de 2017.

El día 24 de abril de 2017, el Letrado de las reclamantes presenta un escrito de alegaciones en el que se afirma y ratifica en la reclamación patrimonial en su día formulada y efectúa las siguientes **consideraciones**:

*-Consta en expediente administrativo que el paciente era potencialmente autolítico, y carecía del soporte social suficiente que garantizará su adherencia al tratamiento y sus necesidades mínimas vitales.*

*-Así mismo, consta la asistencia en varias ocasiones a través del Servicio de Urgencias, por franca dispensación en una patología psicótica y con consumo de cannabis, situación así mismo potencialmente peligrosa, dada la referida situación del mismo.*

*-El alta, en cuanto a la supervisión directa, con la simple instauración de una antipsicótica, evidencia la falta de medios en el tratamiento del paciente.*

*-El suicidio por precipitación en un paciente de la larga evolución y con componentes autolítico asociados sin tratar, tiene una relación de causalidad directa entre la vulneración de la lex artis ad hoc por falta de medios y el resultado lesivo.*

### **Séptimo**

Con fecha 8 de mayo de 2017, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución, en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

### **Octavo**

La Secretaria General Técnica, el día 10 de mayo de 2017, remite, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, el expediente de responsabilidad patrimonial para su preceptivo informe, que es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el 25 de mayo de 2017.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 29 de mayo de 2017, y registrado de entrada en este Consejo el 30 de mayo de 2017, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito de fecha 30 de mayo de 2017, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 31 de mayo de 2017, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la Sesión 13/2017, de 23 de junio,

del Consejo Consultivo en la que fue debatida y quedó sobre la mesa, siendo, posteriormente, incluida en la convocatoria señalada al comienzo de este dictamen.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad del dictamen del Consejo Consultivo**

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo [a día de hoy, sin vigencia, en virtud de lo preceptuado en la DD Única. 2,d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas –LPAC´15-, pero aplicable al presente procedimiento, a tenor de lo establecido en la DT 3ª,a) LPAC´15] prescribe que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja (CAR), el art.11.g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja (LCC), en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose en este caso una cantidad total de 55.800 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC´92), la cual resulta aplicable al presente supuesto [ex. la precitada DT 3ª,a) LPAC´15].

## Segundo

### **Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja**

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1, 139.2 y 141.1 LPAC'92), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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, normal o anormal, de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración; así, como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación *de medios* y *no de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración o, lo que es lo mismo, no tendrán la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un

resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la Ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la Ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

### **Tercero**

#### **Sobre la inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso**

1. En el asunto objeto de dictamen, mantiene la reclamante, en relación con el fallecimiento por suicidio (acontecido el 8 de enero de 2016) de su hermano, que, en base al hecho de remitir a su domicilio a dicho paciente, tras ser atendido el día 28 de diciembre de 2015 en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, nos encontramos ante un supuesto de *mala praxis asistencial*, pues, según sostiene, *era un paciente tipificado de alto riesgo*, y el Psiquiatra que le atendió *lo derivó a casa*, siendo este antecedente el que debe determinar, a su entender, que se ha producido una mala praxis asistencial.

2. La Propuesta de resolución considera, por el contrario, que la pretensión contenida en el escrito de reclamación carece de los requisitos legales y jurisprudenciales para que pueda dar lugar a la obligación de indemnizar, apoyándose en tres motivos: i) el primero, consistente en que, del conjunto de los informes obrantes en el expediente se desprende que el suicidio del paciente, acaecido 10 días después de ser atendido por última vez por el Servicio de Psiquiatría, guarda exclusiva relación con su propia patología, sin que la asistencia que le fue prestada influyese en el desenlace final, ya que dichos informes coinciden al afirmar que, en este caso, el suicidio del paciente se produjo de manera imprevisible e inevitable; ii) el segundo, concerniente a la inexistencia de nexo causal entre la pretendida mala praxis en la actividad sanitaria de los profesionales del Servicio Riojano de Salud (SERIS), siendo lo cierto que, en el momento de ser el paciente dado de alta en el Servicio de Urgencias el día 29 de diciembre de 2015, no existían signos que permitieran a los Facultativos, que lo valoraron, ese día y el anterior, prever su conducta diez días después; y iii) el tercero, a modo de conclusión, que se puede afirmar que no ha quedado acreditado que la asistencia sanitaria prestada al paciente por los Facultativos del Servicio de Psiquiatría del SERIS, fuera la causa de su suicidio, pues este es ajeno a la praxis médica, estando relacionado únicamente con la evolución de su patología y siendo

médicamente imprevisible, por lo que no existe nexo causal entre dicha asistencia y el daño que se reclama.

3. Este Consejo Consultivo comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución, por cuanto, efectivamente, tal y como señalan, tanto los Facultativos que han conocido del proceso del paciente, como la Inspección médica, las intervenciones llevadas a cabo en el SERIS han sido realizadas de forma correcta y adecuada.

4. Refuerzan tal tesis los propios términos en que se plantean, tanto la reclamación como el posterior escrito de alegaciones. En ambos, lejos de atribuir al Servicio público una conducta disconforme con las pautas mínimamente exigibles en materia asistencial, se limita la reclamante, en su escrito inicial, a cuestionar -sin más- que la Administración sanitaria haya puesto todos los medios disponibles para activar los recursos necesarios de cara a evitar (desde su exclusivo punto de vista), el óbito del paciente, *“al dar de alta a un paciente que acude, tras un episodio autolítico, siendo desproporcionado a la edad y la evolución de su situación, de haber recibido el diagnóstico adecuado y haber sido conveniente abordado en su momento, lo cual revela claramente la penuria negligente de medios empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y diligente utilización, según la regla res ipsa loquitur (sic, léase aloquitur)”*.

Resulta -cuando menos- llamativo, que la reclamante omita, en su extensa solicitud indemnizatoria, un dato de trascendental importancia, cual es que el enfermo, tras ser atendido el día 28 de diciembre en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* por los Facultativos (entre ellos, una Especialista en Salud mental), fuera nuevamente valorado por el Psiquiatra que, desde hacía tiempo, seguía su proceso de forma regular (Dr. R.G.), quien realizó una ajustada exploración psicopatológica con el siguiente resultado:

*“Consciente, orientado, apropiado en consulta, aliviado de la ansiedad con el tratamiento recibido en el día de ayer, con cierta desesperanza vital ya crónica por sus circunstancias personales sobre alojamiento, economía, distanciamiento familiar No presencia de ideación autolítica. No presencia ideas delirantes o alteraciones sensorceptivas. Reconoce consumo de cannabis esporádico. Se le aconseja seguir con el tratamiento propuesto en (el Servicio de) Urgencias y se procede a inyectarle el tratamiento mensual (xeplion) que recibe desde el último ingreso en agosto/2015. Se le cita para dentro de un mes y se recomienda (como en todas las revisiones) que si hay empeoramiento acuda a este Servicio o contacte telefónicamente conmigo, como ha hecho en otras ocasiones”*.

A la vista de lo actuado, este Consejo Consultivo considera irreprochables las atenciones dispensadas al paciente. Refuerzan tal conclusión los asertos contenidos, tanto en el informe pericial aportado por la Compañía aseguradora del Servicio Público de Salud, como en el de la Inspección sanitaria.

-En el informe pericial de la Compañía aseguradora, se constata que:

*“Se trata de un paciente con una patología psiquiátrica prolongada y compleja (psicosis/abuso de drogas/trastorno asocial de la personalidad con problemas psicosociales y legales), que tenía una relación irregular con los Servicios de salud que le atendían e incumplía con frecuencia las prescripciones. Su riesgo suicida potencial era multifactorial y de difícil evaluación por la coexistencia de determinantes médicos y no médicos en el mismo.*

*En la visita que hizo (al Servicio de) Urgencias el 28 de diciembre, no se apreció sintomatología psiquiátrica que obligase a ingresarlo por riesgo médico de suicidio (agitación, depresión mayor, alucinaciones, delirio) y, aunque inicialmente refirió ideas de muerte, negó planes suicidas estructurados y se sintió aliviado tras el tratamiento ansiolítico administrado. La planificación para derivación y seguimiento posterior al día siguiente (visita con su psiquiatra habitual Dr. R.), fueron los adecuados.*

*En la visita del día 29 con el Dr. R, se señala ‘cierta desesperanza crónica por su situación’, pero la angustia que había dado lugar a la visita (al Servicio de) Urgencias había mejorado con el loracepán pautado, no tenía ideas suicidas estructuradas ni otros síntomas psicóticos y el proceder, al administrar el antipsicótico mensual (para facilitar el cumplimiento terapéutico) que tenía prescrito, fue apropiado en los medios asistenciales oportunos al caso, sin evitar con ello el infortunio de una muerte por suicidio médicamente imprevisible”.*

-Y, en el informe de la Inspección médica, se subraya que, en el caso que nos ocupa:

*“Son dos los Especialistas que revisan el estado clínico del paciente, en dos días sucesivos, y ambos consideran que no existen síntomas subsidiarios de ingreso hospitalario y que su estado psicopatológico se ha controlado, con el reconocimiento del propio paciente, quien pide volver a su domicilio porque se encuentra mejor. No se puede tener a un paciente de estas características (con conocimiento y voluntad propia) ingresado como medida preventiva para evitar un intento autolítico una vez que ha cesado el cuadro agudo y riesgo inminente y hay que recordar que su Psiquiatra habitual ya había provocado ingresos previos en contra de la voluntad del interesado (...) es imposible establecer un nexo causal entre la asistencia prestada diez días antes y el resultado dañoso”.*

En el presente caso, la misión de garante de la Administración, en cuanto obligada a facilitar unas prestaciones sanitarias dignas y adecuadas a los ciudadanos, difumina (de haber existido) el nexo causal, porque el mismo no puede ser examinado como en los casos -ciertamente más frecuentes- en que la lesión surge por un acto positivo y concreto en el funcionamiento de los servicios. Es decir, en casos como el ahora dictaminado, la carga de prueba del nexo causal, que es lo que (según se deduce del propio escrito de reclamación) pretende invertir la reclamante, ofrece la dificultad de que ha de acreditarse que ha sido precisamente la omisión en la actuación del Servicio público la que debiera haber evitado, en nuestro caso, el muy desafortunado fallecimiento del hermano de la reclamante, máxime cuando, tras estudiar el expediente, se comprueba que, entre la última asistencia clínica realizada y la muerte del paciente, transcurrieron diez días, y que, según

los resultados del último examen médico realizado, no se podía prever un desenlace tan fatal en ese período de tiempo.

Pese a ello, la reclamante no aporta prueba pericial alguna que, más allá de sus apreciaciones subjetivas acerca de la atención recibida, permita obtener una valoración cualificada de los hechos analizados, distinta de la que se desprende de los informes de la medicina pública, y que permita constatar la existencia de una mala praxis en la asistencia médico hospitalaria proporcionada. La consecuencia lógica de tal inactividad, tomando asimismo en consideración el hecho incuestionable -y sumamente relevante- de que, por muy notable que sea el esfuerzo racional que podamos realizar de cara a localizar temporalmente dónde o cuando pudo haberse producido una infracción de las reglas derivadas de la *lex artis*, es la de rechazar tal pretensión, puesto que, como es bien conocido, la jurisprudencia ha venido manteniendo que la carga de la prueba de la debida diligencia en la prestación, incumbe a la Administración sanitaria sólo en aquellos supuestos en que se produce un daño inusual a los riesgos inherentes de la actuación de que en cada caso se trate (STS -Sala de lo Contencioso-Administrativo- de 13 noviembre 2012), circunstancia que no concurre en el expediente dictaminado, en el que la interesada se ha limitado a formular la mera afirmación de que la transgresión de la *lex artis* simplemente se produce por un error en el pronóstico de evolución del paciente, el cual en ningún momento -como ha quedado dicho anteriormente- se logra atisbar.

5. Para concluir, cabe recordar que *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de responsabilidad a la Administración sanitaria consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados en sustancia, tiempo y forma para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente según el estado actual de la ciencia al respecto y los vigentes protocolos profesionales de actuación.

Como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007:

*“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente ...., aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste hoy recogida en citado artículo 141.1 de la Ley 30/1/992, de 26 de noviembre ...”.*

Advirtamos que la tesis contenida en el inciso final del párrafo transcrito coincide con la doctrina mantenida en nuestro dictamen D.99/04, tesis que hemos matizado en dictámenes posteriores en el sentido de que no se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto, por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél.

No habiendo aportado la reclamante prueba alguna que avale que la actuación de los profesionales sanitarios fue incorrecta, y comprobándose (como queda acreditado) que la intervención de los Servicios públicos de salud se ajustó en todo momento a los protocolos establecidos, este Consejo Consultivo no debe sino concluir que la asistencia prestada al paciente fue correcta y acorde con la *lex artis ad hoc*, por lo que, conforme a la Propuesta de resolución, la reclamación presentada debe ser desestimada.

## CONCLUSIÓN

### Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero