

Dictamen n.º: **249/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.05.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 9 de mayo de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., (en adelante “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, derivados del suicidio de su hija, Dña., que atribuye a una deficiente actuación del Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, en el seguimiento de sus patologías psiquiátricas.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito registrado el día 7 de julio de 2022, la persona arriba identificada formuló reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Madrileño de Salud, por los daños derivados del fallecimiento de su hija, que atribuye a una incorrecta asistencia médica prestada por el Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés.

Considera la reclamante que, el suicidio de su hija, el mismo día 22 de septiembre de 2021, se debió a que, tras haber sido atendida en

las Urgencias hospitalarias, por haber ingerido lejía con igual propósito, recibió el alta indebidamente.

De esa forma, se afirma que medió negligencia grave al no haber ingresado a la paciente en la Unidad Psiquiátrica, como tantas otras veces y, para la reparación de los daños y perjuicios sufridos, solicita una indemnización de 700.000 €.

Adjunta a su reclamación determinada documentación médica.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

La paciente, nacida en 1994, mantenía seguimiento por Psiquiatría y estaba en contacto con Salud Mental desde los 5 años, por problemas de conducta, dificultades de aprendizaje y relacionales. Según consta, además presentaba trastorno de la personalidad, trastorno disociativo y limitación intelectual (C.I: 77), habiendo acudido al Hospital de Día de Herrera Oria, desde enero de 2006 a abril de 2007.

En el aplicativo Horus se relacionan 298 atenciones en hospitales públicos del SERMAS, siendo accesibles sólo las 60 últimas, en Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa en los últimos cuatro meses, entre las fechas 7 de mayo de 2021 y 20 de septiembre de 2021.

Según resulta de la historia clínica remitida, el primer ingreso largo por ideación suicida de esta paciente ocurrió en el año 2007, cuando tenía trece años, y desde entonces siempre había precisado asistencia psiquiátrica, sin internamiento por *“y tras denuncia familiar por arrojar a los gatos de la hermana por la ventana, y múltiples trastornos de conducta, como gestos autolíticos, tirarse a coches,*

violencia en casa, gasto de dinero, episodios disociativos francos, siendo recogida por la policía en sitios lejanos”.

Así, en el 2007, mantuvo un ingreso en la Unidad de Agudos de Adolescentes, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, por episodio depresivo e ideación autolítica y, posteriormente, en el Hospital de Día infanto-juvenil, de Leganés, desde noviembre de 2010 hasta noviembre de 2012, para tratamiento intensivo.

Desde diciembre de 2012, continuó el tratamiento en el Centro de Salud Mental de Adultos del Hospital Universitario José Germain, de Leganés. A continuación, constan las siguientes medidas de asistencia y tratamiento psiquiátrico:

Acudió al Centro de Rehabilitación Laboral en 2015 y al Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación (CATR) en 2016.

Ingresó en la Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación del Hospital Universitario José Germain, durante un año (del 27-10-17 al 23-10-18) y, desde el 27 de mayo de 2019 al 10 de enero de 2020 fue evaluada y tratada en el Hospital de Día de Adultos del Hospital Universitario José Germain. Durante ese tiempo, precisó tres ingresos en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario Severo Ochoa, los dos primeros, aún en la fase de evaluación de Hospital de Día por *“ideación autolítica y temor al descontrol de impulsos”.*

Desde el mes de junio de 2020, mantuvo tratamiento en el Programa Comunitario Intensivo del Hospital Universitario José Germain, de Leganés, donde se realizaba con la paciente trabajo de apoyo, de contención psicológica en el domicilio y se trabaja intensamente también con la familia de la paciente, llevándose a cabo entrevistas individuales y familiares, así como acompañamientos terapéuticos en la comunidad.

Además, desde junio de 2016, permanecía en seguimiento por el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Severo Ochoa, al padecer epilepsia, de características mioclónicas y gelásticas registradas en electroencefalograma y tenía pautado tratamiento con ácido valproico (Depakine Crono).

Según consta, había presentado múltiples crisis epilépticas en los últimos tiempos, constando registrados hasta 19 ataques, entre enero y julio 2019, siendo el último de noviembre 2020. Asociaba también algunos episodios de pseudocrisis.

En referencia a la asistencia cuestionada, por la que la paciente recibió el alta el día 22 de septiembre de 2021, según consta, la paciente fue atendida en Urgencias desde el día 20 de septiembre de 2021. Se anotó que había acudido a Urgencias hacía 3 días, por supuesta agresión sexual, siendo valorada por Ginecología, con tratamiento profiláctico y se relató: *“Hoy acude por ingesta voluntaria de lejía, aproximadamente a las 19:00, tras lo cual ha vomitado de forma involuntaria. Niega intención de quitarse la vida, refiere que ha sido un impulso por "sentirse inferior" tras el episodio de hace 3 días. Refiere odinofagia y dolor abdominal epigástrico”*.

Fue evaluada por el Servicio de Medicina Interna, que realizó exploración física, PCR, Radiografía de Tórax y solicitó analítica que incluía bioquímica general, gasometría, hemograma y hemostasia, el mismo día de su llegada, sin apreciarse alteraciones significativas. Se repitió el día 21 la analítica y se realizó gastroscopia esófago- duodenal, de la que consta el correspondiente documento de consentimiento informado, junto con el de la oportuna sedación, para revisar la afectación del aparato digestivo. En la misma se constató una gastritis erosiva, sin afectación esofágica, ni duodenal.

Durante todo el tiempo que permaneció ingresada en Urgencias, se constató que la paciente estaba consciente, orientada y se presentaba

abordable y colaboradora. Negaba ansiedad y no se objetivaba inquietud psicomotriz, ni alteraciones conductuales de ninguna índole. Mantenía ánimo bajo, reactivo a situación vital con reactividad emocional disminuida, aunque conservada. El discurso era coherente y estructurado, aunque considerablemente parco y pobre, a tono y ritmo normales, centrado en el relato de los sucesos de días previos. No se objetivaron alteraciones en curso, forma o contenido del pensamiento que impresionasen de alteraciones de la esfera psicótica o afectiva mayor. El juicio de la realidad estaba conservado y se indicó que, negaba ideación tanática o autor/heterolesiva de ninguna índole, al tiempo que la paciente realizaba autocrítica del gesto realizado. Manifestó planes de futuro, aunque con escasa congruencia. Patrón de sueño y apetito conservados.

Según se anotó, en el evolutivo del día 22 de septiembre: “- (9:30 h) La paciente refiere que ha dormido fenomenal con la CPAP -mascarilla positiva continua en la vía respiratoria-. Discurso ágil, coherente, en el que refiere que quiere irse al domicilio. Niega intencionalidad de muerte en la ingestión, de forma espontánea. Ha desayunado yogurt y galletas y le han sentado bien. No dolor.

Hablo con Medicina Interna, pendiente de valoración.

-(14:04 h) Pasa la mañana tranquila. Finalmente Medicina Interna le da el alta. Dada la crítica total de la ingesta de legía y la estabilidad psicopatológica se da también el alta de Psiquiatría (no se lleva informe, ya que se ha ido antes de avisarnos)”.

La paciente fue dada de alta por el Servicio de Urgencias sobre las 14 horas del día 22 de septiembre de 202, habiendo permanecido ingresada desde el día 20 de septiembre a las 19:44 horas, por gesto autolesivo. Durante el ingreso se le facilitó asistencia completa e ininterrumpida por Medicina Interna y por Psiquiatría.

Se fue del hospital antes de recoger el informe de alta firmado por Psiquiatría y es concordante con su conducta previa, yéndose intempestivamente del hospital en sucesivas ocasiones.

La muerte violenta sobrevino por suicidio, 36 horas después, estando en el domicilio familiar, desde el que se precipitó desde un 3° o 4° piso.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por escrito del responsable del Área de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, de 14 de julio de 2022, notificado el día 18, se puso en conocimiento de la reclamante la admisión a trámite de la reclamación formulada, se le informó de la normativa de aplicación y de los efectos del silencio administrativo para el caso de inexistencia de resolución en plazo. Además, se interesó que aportara la documentación que acreditara la relación de parentesco entre la reclamante y la paciente.

El día siguiente, la reclamante aportó al procedimiento copia del libro de familia.

El 1 de septiembre de 2022, se acusó recibo de la reclamación por la aseguradora del SERMAS.

Constan incorporados al expediente, informes atinentes a la reclamación formulada, elaborados por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia médica prestada a la familiar de la reclamante, que es objeto de reproche –folios 67 al 72-.

De esa forma, se emitió informe por el Jefe de la Unidad de Urgencias Generales del Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, de fecha 11 de julio de 2022, indicando: *“La paciente acudió a nuestro servicio en la tarde del 20 de septiembre de 2021 por ingesta voluntaria de lejía. Fue evaluada en todo momento en paralelo, tanto por el Servicio de Psiquiatría, como por el de Urgencias Generales.*

En concreto, con respecto a la valoración del Servicio de Urgencias Generales, a su llegada se practicó anamnesis, exploración física, analítica y radiografía de tórax con resultados que no reflejaron datos de alarma. Además se solicitó y programó la realización de gastroscopia con valoración preanestésica por parte del Servicio de Anestesia, y mientras tanto se la mantuvo en observación esa noche en el Servicio de Urgencias con el tratamiento para su patología de base, que se pautó en coordinación con el Servicio de Psiquiatría.

Se le realiza la gastroscopia en la mañana del 21 de septiembre, objetivándose una gastritis erosiva sin signos de sangrado y sin afectación esofágica. Se pautó tratamiento con omeprazol y se deja en observación 24 horas más, para controlar evolución clínica y analítica. Dado que no presentaba dolor abdominal, había tolerado dieta y no había presentado ninguna incidencia clínica se propuso alta médica por parte del Servicio de Urgencias Generales el 22. Se comunicó dicha decisión al Servicio de Psiquiatría y tras su valoración, se decidió alta con fecha de septiembre de 2022”.

Consta igualmente otro informe del Servicio de Psiquiatría que atendió al paciente en Urgencias, firmado por su responsable. En cuanto a la justificación del alta, desde la valoración psiquiátrica, tras la exposición de la asistencia dispensada entre el 20 y el 22 de septiembre, expone las siguientes razones: *“1. Ante estos datos expuestos (la paciente niega la intencionalidad de muerte a su llegada a la urgencia, la buena evolución clínica y que no se repite ningún gesto*

autolesivo en las 48 horas que permaneció en la observación), no consideramos que existieran criterios clínicos para forzar un ingreso involuntario.

2. los gestos autolesivos eran un síntoma frecuente en Dña....., diagnosticada de trastorno de personalidad, pero en esa ocasión después de permanecer casi 48 horas durante las que no ha verbalizado ideas de muerte, no existe justificación clínica para una indicación de ingreso involuntario.

Ella ya había solicitado el alta, 24 horas antes y había aceptado nuestra primera recomendación de pernoctar otra noche en la urgencia, por tanto forzar el ingreso contra la voluntad de la paciente, sin criterios clínicos, no era una opción terapéutica adecuada a las circunstancias.

3. En la endoscopia se aprecia que la ingesta de lejía había causado una gastritis erosiva, sin afectación esofágica, ni duodenal. Los parámetros bioquímicos no presentaban alteraciones significativas y se había consultado con el Servicio de Digestivo, por lo que se consideraban que las lesiones eran de escasa importancia, dada la buena evolución. Se recomendó dieta fría yesomeprazol para las lesiones.

4. Previamente al alta se evaluó el riesgo de la paciente, pero se consideró que, en dicho momento, por los datos previos reflejados en el informe clínico, no era elevado.

5. La valoración psiquiátrica se había realizado la mañana del día 22 de septiembre (9:30h) por la Dra.... tal como se refleja en el informe. En ese momento ya se consideró que se podía cursar el alta clínica psiquiátrica, pero era preciso esperar al alta médica por parte de Medicina Interna, es decir, después de revisada la bioquímica, el hemograma y la hemostasia del día 22 y coordinado con el Servicio de Digestivo que no precisaba ninguna otra actuación médica. El informe lo

firma la Dra.... (14:08h), porque en la urgencia, en muchas ocasiones, trabajamos en equipo.

6. También hay informe firmado por Medicina Interna.

7. La paciente fue remitida para seguimiento en breve plazo en el Centro de Salud Mental.

8. El acto suicida que causó su fallecimiento, según se nos informó, se produjo 48 h. después del alta hospitalaria. No disponemos de datos ni detalles sobre circunstancias que hubieran podido producirse entre al alta y el acto suicida, por lo que no está a nuestro alcance evaluarlas”.

A continuación, para poder evaluar la praxis médica, la Inspección Médica efectuó diversos requerimientos documentales, a las jefaturas de Servicio de Psiquiatría y de Urgencias Generales del Hospital Universitario Severo Ochoa; a la Dirección Médica del IPSM José Germain, de Leganés y a la propia reclamante -folios 73 y 74-. A saber: el “*Protocolo de ingreso en planta*”, si lo hubiera, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Severo Ochoa; copia de la historia clínica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Severo Ochoa, referida a los últimos 5 años anteriores al fallecimiento de la paciente; episodios referidos a ideación, intentos o gestos autolíticos e historia clínica de los últimos 5 años del IPSM José Germain, que incluya la determinación del/de los diagnóstico/s exacto/s codificado/s, si se trata de un tipo de trastorno de personalidad especificar cual/es, los episodios referidos a ideación, intentos o gestos autolíticos de la paciente y, finalmente, se solicitó a la propia reclamante, documento acreditativo de la fecha y causa de fallecimiento de la paciente.

La instructora del expediente solicitó a la reclamante, mediante oficio de 7 de julio de 2023, notificado el día 13, el documento acreditativo de fecha y causa de fallecimiento de su hija.

El Hospital universitario José Germain incorporó un informe, de 12 de julio de 2023, recopilando la asistencia dispensada a su cargo y los antecedentes que les constaban, en la misma forma que se han recogido en el precedente apartado de este dictamen, relativo a los hechos acreditados. Explica que tales datos han sido recabados de los archivos del Hospital de Día Infanto-Juvenil, Centro de Salud Mental, Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación, Hospital de Día de Adultos, Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación -folios 77 y 78-.

En cuanto a que los diagnósticos de la paciente, debidamente codificados, se enumeran:

- Trastorno de la personalidad mixto F61.0.
- Trastorno de Personalidad no especificado F60.9.
- Trastorno Disociativo F44.2.
- Trastorno por trauma complejo F43.8.
- Epilepsia indeterminada, G40.909.
- Obesidad mórbida E66.2.
- Esteatosis hepática K76.0.
- SAOS G47.33

Se incorporó a continuación por la reclamante, el informe definitivo de la autopsia de la paciente, efectuado el día 24 de

septiembre de 2021, recabado del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 7 de Leganés, en el procedimiento de Diligencias Previas 650/2021, cuyas conclusiones definitivas establecen que el fallecimiento se produjo por una muerte violenta, de etiología médico legal suicida, por causa de shock traumático, resultante de un politraumatismo por precipitación –folios 85 a 88-, así como el certificado de defunción.

Tras reiterarse la petición de la aclaración sobre la eventual existencia de un protocolo de hospitalización, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés; emitió un segundo informe –folio 91-, de fecha 26 de julio de 2023, suscrito por dos responsables, explicando: *“No existe ningún protocolo único y específico para decidir la hospitalización en el Servicio de Psiquiatría, ni en el caso de pacientes con riesgo suicida, ni para ninguna otra patología, sino que la indicación se realiza por criterios clínicos individualizados, dada la frecuencia y variabilidad de los casos. En líneas generales se valora la presencia o no de un elevado número de factores de riesgo posibles, el grado de apoyos externos en el caso de que la indicación clínica de ingreso sea dudosa, o el paciente no desee ingresar, y la rapidez de asistencia por parte del CSM, que se pide por protocolo de la Comunidad de Madrid que sea en menos de una semana.*

- *Según consta en el informe enviado, se constató que desde su llegada a la urgencia y en las 48 hs que permaneció en la misma, había realizado crítica de la autolesión con lejía, el ánimo era normal, no había ideación autolítica ni temor al descontrol de impulsos. Estos son los criterios de valoración del riesgo suicida explorados, con los que se consideró que no existía en ese momento un riesgo para la paciente que requiriera ingreso.*

- *La paciente solicitó explícitamente el alta de urgencias, y en ese momento no existía ningún criterio clínico que justificara proceder a un internamiento involuntario según el artículo 763 de la LEC.*

- *El número de variables que pueden influir en el riesgo suicida es grande, y las circunstancias personales y ambientales de una persona, con respecto a dichos factores de riesgo, pueden oscilar o cambiar de manera importante, a veces en un tiempo breve”.*

Junto al informe se adjuntó copia de los informes asistenciales emitidos en relación con todas las asistencias de la paciente en el Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, referida a los últimos 5 años anteriores al fallecimiento de la paciente.

A la vista de toda la documentación e informes recabados, por la Inspección Médica se ha emitido el correspondiente informe, con fecha 24 de agosto de 2023. En el mismo, tras efectuar determinadas consideraciones médicas, se concluye que la actuación médica fue correcta y acorde a la *lex artis ad hoc* -folios 243 a 260-.

Con fecha 20 de noviembre de 2023, se notificó el trámite de audiencia a la reclamante, que no consta que haya efectuado alegaciones finales.

Finalmente se ha elaborado por la viceconsejera de Sanidad la oportuna propuesta de resolución, fechada el 15 de marzo de 2024, en la que se interesa desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial que nos ocupa.

CUARTO.- El 25 de marzo de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 192/24 al letrado vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que

formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC, de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al ser la madre

de la fallecida a raíz de la actuación médica que se cuestiona, siendo así que el fallecimiento de su familiar le genera un indudable daño moral, que no precisa ser probado.

Consta en el procedimiento, el libro de familia que acredita la relación de parentesco legitimadora.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria controvertida fue dispensada por el Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, integrado en la red sanitaria propia de esta administración autonómica.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas. En el presente caso, la reclamación se formuló con fecha 7 de julio de 2022, cuestionando la decisión del alta hospitalaria del día 22 de septiembre de 2021, a la que se atribuye el fallecimiento. Así las cosas, tomando como *dies a quo* del fallecimiento, el 25 de septiembre de 2021, no cabe duda de que la reclamación ha sido formulada en plazo legal.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia a la paciente. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, comprensiva de las asistencias en Atención Primaria, de las del Hospital Universitario José Germain, de Leganés y de las dispensadas en el Hospital Universitario Severo Ochoa. También consta emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen, habiendo conferido a continuación el oportuno trámite de audiencia a la reclamante.

Finalmente se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas; b) que

el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

«El hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo

entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es 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 este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6ª Sala CA, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la

ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la reclamante considera que se ha vulnerado la *lex artis* en la asistencia que le fue prestada a su hija en el Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, que tras valorar y tratar un gesto autolítico el día 20 de septiembre de 2021, por el que la paciente permaneció en observación durante dos días, le concedió el alta el día 22 de septiembre, propiciando -siempre según el criterio de la reclamante- que la paciente consumara su propósito de ideación suicida 36 horas después, estando ya en el domicilio familiar, al precipitarse desde una ventana.

El daño sufrido es notorio y, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por la reclamante, lo relevante en este caso a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, recordando que, según tiene establecido esta Comisión Jurídica asesora, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. Igualmente se

ha venido indicando que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Partiendo de lo señalado, entendemos que la reclamante no ha aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a la *lex artis*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica

Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

El informe de la Inspección Médica, previamente a formular su juicio crítico, recoge una serie de consideraciones generales sobre los aspectos clínico-epidemiológicos sobre el suicidio, la valoración del riesgo de suicidio en las Urgencias hospitalarias, del trastorno de personalidad como factor predisponente y los rasgos caracterizadores del trastorno disociativo, para posteriormente y en base a las mismas fundamentar el apuntado juicio crítico en el que como ya hemos señalado se concluye en la inexistencia de irregularidad alguna en la asistencia controvertida.

De sus consideraciones extraemos algunas reflexiones de interés para la valoración de esta reclamación. A saber:

-Actualmente no hay una medida definitiva para predecir el suicidio. Aunque los investigadores han identificado algunos factores que hacen que un individuo tenga un alto riesgo de suicidio, realmente muy pocas personas con estos factores llegan a intentar suicidarse. El suicidio es relativamente infrecuente por lo que es difícil predecir qué personas con factores de riesgo finalmente se suicidarán.

-Algunos ejemplos de sucesos y circunstancias que pueden actuar como precipitantes, serían el experimentar un acontecimiento vital traumático, como abuso, acoso o violencia.

-Definimos trastorno de personalidad como un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, y que afecta a su cognición, a su afectividad, al funcionamiento interpersonal y al control volitivo e impulsivo. El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como por una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

-Entre el 5 y el 10% de los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad fallece por suicidio consumado, de forma que la tasa de mortalidad por suicidio es casi 10 a 50 veces más alta que en la población general.

No se ha encontrado evidencia científica de ningún indicio que permita evitar o predecir el riesgo de suicidio en los pacientes con trastorno de la personalidad.

-La hospitalización aumenta el riesgo de suicidio, el apoyo familiar, social y ocupacional lo disminuye. Se han encontrado recomendaciones específicas de criterios de ingreso hospitalario para varias patologías psiquiátricas, pero no para los pacientes con trastorno de personalidad, sobre todo se incide en comprobar que el juicio de realidad de los pacientes no esté alterado y la entrevista: el “autoinforme”, es la única forma para obtener esa información, considerando que la ciencia no ha llegado todavía a poder demostrar cuando un paciente maquilla su discurso. No obstante, en los pacientes con trastorno de personalidad, existe el factor impulsividad, lo que los hace impredecibles.

- El trastorno disociativo, que también presentaba la paciente, se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración

normal de las distintas funciones mentales. Incluyen el trastorno de despersonalización-desrealización, la amnesia disociativa y el trastorno de identidad disociativo. La teoría etiológica más aceptada los relaciona con eventos traumáticos, especialmente en forma de abuso o negligencia en la infancia de carácter grave y crónico. La disociación actúa como una protección inconsciente para no experimentar el dolor emocional que implican estos eventos.

A la vista de todas las consideraciones técnico médicas anteriormente realizadas en su aplicación al caso analizado, la Inspección Sanitaria establece que, teniendo en cuenta los antecedentes acreditados desde la infancia y adolescencia, la paciente presentaba repentinos e imprevisibles cambios de discurso, conductas enajenadas, estados de ánimo extremos entre la euforia y la tristeza, acordes con los diagnósticos de trastorno de personalidad, trastorno disociativo, epilepsia y ligera discapacidad intelectual. Así, en este caso se distingue entre un contexto general del estado clínico de la paciente, en el que existía siempre y constantemente riesgo de conductas enajenadas desde la infancia y adolescencia, y el contexto puntual y preciso de cada momento concreto.

En cuanto al episodio cuya respuesta sanitaria se cuestiona, se destaca que el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Severo Ochoa no dispone de ningún protocolo concreto ni para riesgo suicida ni ninguna otra patología, siendo la valoración necesariamente individualizada; aunque se cumplieran en el supuesto analizado factores generales de riesgo. No obstante, en el ingreso del 20 al 22 de septiembre de 2021 por gesto suicida, la paciente negaba la persistencia de ideación suicida, tenía soporte familiar y social, no necesitaba tratamiento hospitalario de las enfermedades psiquiátricas de base, de larga data y con sostenimiento farmacológico antiguo, y se habían resuelto las consecuencias orgánicas de la ingesta de lejía, por lo expuesto se considera como razonable el alta concedida, que se

planeó de forma conjunta, entre Urgencias y Psiquiatría, para el día 22 de septiembre, tras los resultados de la gastroscopia.

Con sustento todas esas consideraciones, concluye la Inspección en que la asistencia reprochada por la reclamante fue correcta, señalando que las patologías específicas que padecía esta paciente, hacían su conducta impredecible, al presentar cambios repentinos e imprevisibles de pensamiento y comportamiento en el curso de pocas horas o incluso minutos, sin que actualmente exista curación posible de las mismas, pudiendo tratarse únicamente con soporte farmacológico y sociosanitario, como venía haciéndose continuadamente con esta paciente desde su infancia.

Por tanto, se considera que la actuación sanitaria de los servicios de Psiquiatría, Medicina Interna y Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa se reputa ajustada a los conocimientos actuales de la medicina y los protocolos de prevención del suicidio, habiendo puesto a disposición de la paciente y su familia todos los medios materiales y humanos con los que cuenta el sistema público sanitario de la Comunidad de Madrid para tratar la salud mental, pese al fatal desenlace producido.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 9 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 249/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid