

Expediente: 2/2011

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Dictamen: 8/2011, de 28 de febrero

DICTAMEN

En Pamplona, a 28 de febrero de 2011,

el Consejo de Navarra, integrado por don Enrique Rubio Torrano, Presidente; don José Antonio Razquin Lizarraga, Consejero-Secretario; y los Consejeros don Alfredo Irujo Andueza, don José Iruretagoyena Aldaz, don Julio Muerza Esparza, don Eugenio Simón Acosta y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente don Alfredo Irujo Andueza,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 21 de enero de 2011 tuvo entrada en el Consejo de Navarra escrito del Presidente del Gobierno de Navarra a través del que -con cita expresa de los artículos 16.1 y 19.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN)- se nos remite para dictamen el expediente de responsabilidad patrimonial promovido por don ... y doña ..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial, incluyendo propuesta de resolución y la Orden Foral 104/2010, de 14 de diciembre, de la Consejera de Salud, ordenando solicitar dictamen preceptivo de este Consejo, suspendiendo el plazo para la resolución

durante el periodo que el Consejo de Navarra necesite para emitir informe, y la notificación de la Orden Foral a los interesados.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Mediante escrito que tiene entrada en el Registro del Departamento de Salud el día 3 de febrero de 2010, don ... y doña ..., formulan reclamación por responsabilidad patrimonial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, solicitando una indemnización de 200.000 euros para don ..., y de 60.000 euros para doña ..., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento, por suicidio, de don ..., hijo y hermano, respectivamente, de los reclamantes, respecto a quien no se adoptaron las necesarias medidas de atención y cuidado.

En dicho escrito se alegan sustancialmente los hechos que a continuación se relatan:

Con fecha de 19 de julio de 2009, don ... es llevado al Hospital de ... por el Servicio 112, por intento autolítico.

Según consta en el correspondiente informe de la Policía Foral (IPP-2890709), un agente y un alumno que se encontraban de patrulla, sobre las 18 horas 35 minutos, son comisionados para acudir a la localidad de Zolina, donde, según informa el 112, un joven que está junto a un SEAT Toledo quiere suicidarse. Al ir a recabar datos observan, en un registro del vehículo, una navaja multiusos abierta y con un destornillador sacado, así como una bombona de butano marca Cepsa. Al abrir la puerta del conductor se detecta un fuerte olor a gas que sale del interior del vehículo. “La ambulancia de DYA nos informa que lo van a trasladar al Hospital de ... a fin de ser atendido y puesto en observación en psiquiatría y de unos pequeños cortes que ha intentado hacerse en las muñecas”. Como “actuaciones pendientes” se precisa que “aunque es mayor de edad convendría dar aviso a familiares del tema para que lo tengan vigilado”.

La Policía Foral no avisó a los familiares de lo sucedido.

Según el informe médico emitido por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de ..., en el que se relata el estado actual del paciente, de 21 años de edad, la exploración psicopatológica, su evolución, diagnóstico, tratamiento y revisión, “cuando acudimos a valorar al paciente se encuentra tranquilo y adecuado. Refiere que a veces piensa en la muerte porque su vida “es muy aburrida, estoy cansado de hacer siempre lo mismo”. Comenta que hoy ha pensado en quitarse la vida y tras dejar un mensaje telefónico a su psiquiatra de referencia (...) informándole de la intención de suicidarse ha introducido una bombona de butano en el coche y le ha hecho una pequeña raja para facilitarle la salida del gas. Ha decidido llamar al 112 informando de la situación “porque ha pensado que si no venían a buscarme mis órganos no servirían para nadie”. Cuando ha acudido la ambulancia medicalizada lo han encontrado fuera del coche, hablando aún con el 112. Se ha realizado superficiales autolesiones en la zona dorsal del antebrazo. Solicita que no avisemos a su familia porque “no quiere preocuparlos”. Describe su gesto autolítico como impulsivo y verbaliza querer irse a casa para “descansar y estar con su familia”... Comenta que tiene consulta con el ... este jueves”.

Según el mismo informe, el paciente está “consciente y orientado... refiere ideas de muerte, aunque no presenta ideación autolítica estructurada y realiza planes de futuro a corto plazo”. Tras la evaluación del paciente “se considera que no existen criterios de ingreso urgentes en la UHP, por no presentar el paciente cuadro afectivo nuclear ni sintomatología de corte psicótico ni ideación autolítica estructurada, realizando planes de futuro a corto plazo y crítica parcial del gesto. Tiene cita con su psiquiatra de referencia el próximo jueves, aunque se le aconseja que se ponga en contacto con el con anterioridad para informarle de lo sucedido.”

El día 20 de julio de 2009, don ..., conduciendo su vehículo provoca un accidente estrellándose voluntariamente y fallece al día siguiente. Según consta en la diligencia de informe del atestado policial AT-06521/09, “no se trata propiamente de un accidente de circulación, por no ser un suceso fortuito o eventual, y se considera como un suceso intencionado provocado por la situación psíquica del conductor”.

Por estos hechos se siguieron “diligencias penales ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 2 de Aoiz (Previas 1319/2009) que concluyeron con auto de archivo de fecha 10 de diciembre de 2009”.

A juicio de los reclamantes, en virtud de lo dispuesto por los artículos 106.2 de la Constitución, 139.1 y 2 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa y con invocación de la jurisprudencia dictada por el Tribunal Supremo en supuestos de suicidios (sentencias de 27 de enero de 2001, 5 de febrero de 2007 y 21 de marzo de 2007), procede apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración. A su juicio, el servicio médico de psiquiatría no pautó medida de control alguna, no comunicó a la familia del paciente lo sucedido y omitió el deber de dar una determinada respuesta médica a quien se encontraba privado de capacidad normal de discernimiento por la alteración mental que padecía y tales omisiones determinaron el suicidio final de don

Finalmente, cuantifican su reclamación, con cita del artículo 141 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero (en adelante, LRJ-PAC) en el abono de la cantidad de 200.000 euros para don ... y de 60.000 euros para doña ..., que deberán incrementarse con los intereses que procedan, en su caso, por demora en el pago.

Instrucción del procedimiento e informes

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dirigió comunicación a los reclamantes, en fecha de 8 de febrero de 2010, informándoles de la admisión a trámite de su reclamación, de la identidad de la instructora del procedimiento, así como del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento (6 meses), y los efectos del silencio administrativo (desestimación de la solicitud).

Con fecha de 1 de marzo de 2010, la instructora del procedimiento requirió a don ... la remisión de los siguientes documentos: Informe nº IPP-

2890709 de la Policía Foral, atestado nº AT-06521/09 de la Policía Foral y auto de archivo de fecha 10 de diciembre de 2009, dictado por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 2 de Aoiz en diligencias previas 1319/2009.

Todo ello se cumplimenta con fecha de 5 de marzo de 2010.

El informe nº IPP-2890709 de la Policía Foral es, efectivamente, el referido en la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada y a lo que en ésta se indica, simplemente cabe añadir que el agente y alumno personados en el lugar de los hechos, posteriormente, sobre las 19 horas 56 minutos, acudieron al Hospital de ... (Urgencias), a fin de hacer entrega al paciente de las llaves de su vehículo y de un acta de ocupación de objetos (bombona de butano y navaja). El informe se terminó de redactar a las 22:10 horas del día 19 de julio de 2009.

El atestado AT-06521/09 de la Policía Foral, así como el auto del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº 2 de Aoiz de fecha 10 de diciembre de 2009 son, también, los reseñados en la misma reclamación.

Obra en el expediente la historia clínica de don ..., relacionada con los hechos objeto de la reclamación, contenida en los siguientes informes:

- Informe de la Médico de la Ambulancia DYA, de 19 de julio de 2009, en el que consta, como historia actual, “paciente de 22 años quien llama al 112 a quien avisa que quiere suicidarse, refiere que ha abierto botellín de gas butano en coche. Niega ingesta de alguna medicación. Niega aspiración de gas. Encontramos paciente fuera del coche, hablando con el 112. Refiere intentos de suicidios previos, no hospitalizaciones, niega tomar la medicación enviada por el psiquiatra”.
- Informe de Alta del Servicio de Psiquiatría del Hospital de ... de 19 de julio de 2009, que es del tenor indicado en la reclamación efectuada. Consta en este mismo informe que el paciente “niega seguir tratamiento con psicofármacos. Vive con su padre y dos

hermanas, de 17 y 22 años de edad. Madre fallecida de cáncer en el 2007. Trabaja en un taller de coches sin problemas de adaptación en el mismo. Tiene su grupo de amigos con los que mantiene buena relación.” Asimismo consta que mantiene un “Discurso espontáneo, pobre en contenido pero coherente. Sueño y apetito conservados. No se objetiva sintomatología afectiva nuclear. No se objetivan alteraciones de la forma, curso ni contenido del pensamiento ni de la sensopercepción. Niega alteraciones de la vivencia del yo.”

- Informe de la Médico de Ambulancia DYA de 21 de julio de 2009, en el que se relata la asistencia prestada en el traslado al Servicio de Urgencias del Hospital de ..., como consecuencia de la colisión del coche del paciente contra un árbol, producida el día anterior.
- Informe de la Médico Adjunto del Servicio de Urgencias, de 21 de julio de 2009, de valoración del paciente ingresado, “tras accidente de tráfico, al parecer con intención autolítica (había mantenido una discusión con su padre y había retirado los airbag del coche) con colisión frontal contra un árbol”, donde se refleja su “traslado a quirófano”.
- Informe del Médico Adjunto del Servicio de Cirugía General, de 5 de agosto de 2009, en el que se refleja la intervención quirúrgica a la que el paciente es sometido el día 20 de julio de 2009, pasando a la UCI en situación crítica y produciéndose el fallecimiento a las 22:45 horas del día 20 de julio de 2009.
- Informe de 20 de julio de 2009, del Médico Adjunto del Servicio de Medicina Intensiva, donde nuevamente se refleja la intervención quirúrgica practicada, la evolución del paciente y su fallecimiento.

Está incorporado al expediente, también, un dictamen médico suscrito por el doctor en Medicina y Cirugía y especialista en Psiquiatría, don ..., en el que se indica, en primer lugar, que “la ideación y la conducta suicida son más frecuentes de lo esperado y determinar qué casos acabarán en suicidio es una cuestión muy impredecible”, en segundo lugar, que “el paciente fue

meticulosamente evaluado según se desprende del Informe de alta del Servicio de Urgencias del hospital... en el que se recoge una historia clínica completa que incluyó un examen mental (psicopatológico) en el que se exploró y valoró la ideación suicida del paciente”. A juicio del médico que le valoró -sigue el informe pericial- “la impulsividad o ausencia de planificación suicida fueron factores que indicaban el carácter leve de la tentativa como así aparece descrito en la literatura médica (ver artículo de Baca García). La falta de un deseo inequívoco de morir (llamó él mismo al 112) y la ausencia de una clara psicopatología que determinase un trastorno mental claro y agudo (ejemplo, depresión endógena, psicosis...) fueron otros factores que determinaron, seguramente, su alta, teniendo en cuenta, además, que el paciente deseaba volver junto a su familia.”

El hecho de estar “bajo un seguimiento psiquiátrico estrecho por su psiquiatra habitual con una cita muy próxima y del que poseía su teléfono y contar con un ambiente favorable”, continúa el informe del doctor ..., “también se debió de considerar a la hora de evitar su ingreso”.

El ingreso psiquiátrico, a juicio de este doctor, “nunca es una cuestión baladí si el paciente, además, no es partidario, por la estigmatización implícita que conlleva por lo que su decisión debe de meditarse”.

Como conclusión se señala:

“1. El suicidio fue una conducta impredecible.

2. El paciente fue evaluado meticulosamente en el Servicio de Urgencias del Hospital de

3. Se aseguró de que el paciente tenía un control ambulatorio cercano con una relación estrecha con su psiquiatra habitual junto a un deducible buen ambiente familiar.”

Trámite de audiencia y ampliación del plazo de resolución

Consta en el expediente la apertura del trámite de audiencia a los reclamantes, mediante acuerdo de la instructora de 18 de junio de 2010,

conforme a lo previsto en el artículo 82.1 c) de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), y el artículo 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, concediéndose un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos que estimase pertinentes, a la par que se le da traslado a la reclamante de la relación de documentos incorporados al procedimiento.

Cumplimentando el trámite, se presenta escrito de alegaciones por don ... en el que se afirma que en contra de lo afirmado en el dictamen médico el haber llamado al 112 evidencia el deseo de morir, “para que fueran a recoger sus órganos” y que “el servicio médico de psiquiatría omitió el deber de dar una determinada respuesta médica a quien se encontraba privado de capacidad normal de discernimiento”, de forma que esa omisión “derivó en una relación de causalidad directa y eficaz” para que se quitara la vida el día siguiente, con la provocación del accidente de circulación.

Previo informe jurídico de la instructora del expediente, por Resolución 1611/2010, de 6 de agosto, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se amplió el plazo de resolución del expediente, trasladando la resolución a los interesados.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima íntegramente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

En ella se pone de manifiesto que los reclamantes no han aportado informe pericial alguno, que del expediente no se desprende que el fallecido presentara un trastorno psíquico de tal entidad que le impidiera decidir por sí mismo, que el propio paciente describió el gesto autolítico como impulsivo y

que pidió que no se informara a su familia. Se termina considerando con la invocación de diversa jurisprudencia que la actuación sanitaria fue conforme a la *“lex artis ad hoc”* y se propuso la desestimación de la reclamación.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre una reclamación presentada por don ... y doña ..., por los daños y perjuicios que entienden derivados de la omisión, por parte de los servicios sanitarios, de los medios adecuados para seguir o controlar la alteración mental de don Estamos, pues, ante una consulta en un expediente de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1.i) de la LFCN ordena que el Consejo de Navarra será consultado en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la LFACFN establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes; solicitud de informes necesarios; audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite dictamen preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN la

resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra. De este modo, la tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención prestada al hijo y hermano de los reclamantes. Constan asimismo informes médicos suficientes para valorar la misma. Por último, se ha respetado el derecho de audiencia y defensa que les corresponde, se les ha otorgado la posibilidad de conocer íntegramente las actuaciones, se han formulado las alegaciones que se han estimado convenientes, ponderándose todo ello en la propuesta de resolución elaborada por el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La función primordial de la institución de la responsabilidad patrimonial de la Administración es la reparación de los daños producidos en el tráfico administrativo. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (Capítulo I del Título X) de la LRJ-PAC, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes 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.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del

funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

En la fórmula legal contenida en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC se incluyen no sólo los daños ilegítimos que son consecuencia de una actividad culpable de la Administración o de sus agentes (funcionamiento “anormal” de los servicios públicos), sino también los producidos por una actividad perfectamente lícita (funcionamiento “normal”), lo cual supone la inclusión, dentro del ámbito de la cobertura patrimonial, de los daños resultantes del riesgo creado por la existencia misma de los servicios.

II.3ª. En particular, causalidad e imputación objetiva del daño

Como este Consejo ha señalado en dictámenes precedentes, el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado recientemente el Tribunal Supremo (SSTS 21 de marzo de 2006 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Respecto a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración en casos de suicidios, se ha ocupado el Tribunal Supremo en sentencias de 5 de febrero, 21 de marzo y 21 de marzo de 2007, que citan otra anterior de 27 de enero de 2001, y que, a su vez, aparecen citadas en la más reciente sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Valencia de 29 de enero de 2010. En aplicación de la misma doctrina, las sentencias del Tribunal

Supremo consideran que existe responsabilidad patrimonial de la Administración en los casos enjuiciados, mientras que la del Tribunal Superior de Justicia de Valencia considera que no procede declarar tal responsabilidad.

En el supuesto enjuiciado por la sentencia de 27 de enero de 2001, la fallecida se hallaba internada y en tratamiento de psicosis delirante crónica, en virtud de autorización judicial y debía estar bajo permanente control y vigilancia. Su psicosis delirante “no hacía imprevisible ni inevitable lo ocurrido de haber existido control y vigilancia adecuados”, razón por la cual se consideraba que la Administración debía reparar los perjuicios causados.

En el caso contemplado por la sentencia de 5 de febrero de 2007, se trataba de una paciente que estaba ingresada como consecuencia de un intento de autolisis mediante la ingesta de medicamentos, que al día siguiente de su ingreso tuvo un episodio de gran agitación, por lo que el psiquiatra de guardia acordó proceder a su sujeción mecánica. Según quedaba documentado en el expediente, “la paciente se ha despertado y se ha arrancado la vía de perfusión, se ha subido a la cama y se ha empeñado en salir por la ventana, no atiende a ningún razonamiento... está angustiada, llorosa y solo responde que quiere ver a su hija”. Así las cosas, señala la sentencia, “debe concluirse que no se tomaron en el Centro hospitalario las medidas de previsión y cuidado necesarios, sin que pueda considerarse como indebidamente hace la sentencia de instancia que la conducta de la actora constituyera una ruptura del nexo causal, porque sin perjuicio de tener en cuenta esa conducta a la hora de moderar la indemnización procedente, lo cierto es que debido a su alteración mental, que era precisamente la causa de su hospitalización, era previsible que se comportase creando riesgo que cualquier persona en situación de normalidad eludiría, mientras que el conocimiento de todas esas circunstancias imponía a la Administración sanitaria el deber de vigilar cuidadosamente su comportamiento, lo que no ocurrió en el caso de autos, determinando esa omisión del deber de cuidado que la recurrente se lanzase por una ventana con los resultados lesivos que se han expuesto”.

Recoge, por su parte, la sentencia de 21 de marzo de 2007 (recurso de casación 6151/2002), que el fallecido “fue atendido por el servicio de urgencias... precisamente por un intento de suicidio cortándose las muñecas, habiendo sido conducido a dicho servicio de urgencias ante el estado de alteración que presentaba y que había concluido en el citado intento de autolisis... el médico de urgencias se limitó a aconsejar a sus padres que le llevaran a revisión por su psiquiatra de zona, y a pesar del intento de suicidio que acababa de producirse, lo que sin ninguna duda era un exponente de una ausencia de normalidad evidenciadora de una alteración mental, el servicio médico ni prescribió ningún tipo de medicación o tratamiento, ni derivó al Sr. ... a ninguno de los servicios especializados de ese centro médico u otro, que evaluaran esa alteración que había determinado la conducta del hijo de la fallecida, sino que únicamente se limitaron a dar un consejo a los padres, sobre la conveniencia de que visitase a un psiquiatra”.

De estos hechos, “resulta evidente que por los servicios médicos de urgencia, que se limitaron a curar las heridas de la muñeca, se omitió el deber de dar una determinada respuesta medica a quien se encontraba privado de capacidad normal de discernimiento, circunscribiéndose a dar unos consejos a sus padres, lo que sin ninguna duda pone de relieve la omisión por parte de aquellos servicios, de los medios adecuados para seguir o controlar la alteración mental del paciente y de esa omisión se derivó en una relación de causalidad directa y eficaz que el Sr. ..., que persistía condicionado por la alteración mental que padecía y sobre la que los médicos no pautaron medida de control alguno, se arrojase unas pocas horas más tarde a la vía del tren con ánimo de quitarse la vida, lo que efectivamente sucedió al ser atropellado por un convoy”.

En el caso de la sentencia de 21 de marzo de 2007 (recurso de casación 276/2003), se analiza si el intento de autolisis era o no previsible a la vista de los antecedentes del paciente, que estaba ingresado en una planta psiquiátrica por “reagudización del cuadro psicótico con alucinaciones auditivas e ideas delirantes, quedando internado en la unidad de psiquiatría donde al menos en dos ocasiones... tiene dos episodios de gran agitación

que le llevan a rechazar la medicación, lo que exige que se le haya de sujetar para poder proporcionársela”. Así las cosas, concluye la sentencia que “no se tomaron por el Centro hospitalario, que carecía de medidas de especial protección en las ventanas, aquellas otras medidas de previsión y cuidado necesarios para prevenir el intento de suicidio que finalmente tuvo lugar, sin que pueda considerarse que la conducta del actor constituyera una ruptura del nexo causal, porque sin perjuicio de tener en cuenta esa conducta a la hora de moderar la indemnización procedente, lo cierto es que debido a su alteración mental, que era precisamente la causa de su hospitalización, era previsible que se comportase creando riesgo que cualquier persona en situación de normalidad eludiría, mientras que el conocimiento de todas esas circunstancias imponía a la Administración sanitaria el deber de vigilar cuidadosamente su comportamiento, lo que no ocurrió en el caso de autos, determinando esa omisión del deber de cuidado que el recurrente se lanzase por una ventana con los resultados lesivos que recoge el Tribunal "a quo" en su sentencia”.

Finalmente, en el caso enjuiciado por la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Valencia de 29 de enero de 2010, el supuesto de hecho es el siguiente. Se trata de una persona que “ingresó por politraumatismo derivado de un atropello -fruto de "probable intento de autolisis"-; “la asistencia prestada fue correcta y orientada primordialmente al tratamiento de sus dolencias físicas, pese a lo cual, y dado el posible intento de autolisis que motivó su ingreso, es evaluado hasta en cuatro ocasiones por los servicios psiquiátricos, y en todas esas ocasiones se concluye que no procede su ingreso para tratamiento en la unidad de psiquiatría, y que en las exploraciones que se le realizan no evidencia ideas autolíticas estructuradas -ninguna prueba se ha practicado encaminada a demostrar un erróneo diagnóstico psiquiátrico-; su problemática es, básicamente, la derivada de su alcoholismo crónicos y de índole socio-judicial, y así lo constatan los servicios de Asistencia Social hospitalaria, recomendándose preferentemente su asistencia y tratamiento en Centros de Acogida y Deshabitación. En definitiva, la única alteración de la voluntad del paciente, constatada durante su asistencia hospitalaria, es la reiterada negativa de éste a aceptar cualquier propuesta de tratamiento que no suponga su

retorno a Madrid, donde residen su esposa e hija, respecto de las que tiene una orden judicial vigente de alejamiento, y cuyo incumplimiento le ha ocasionado ingresos en centros penitenciarios; pero ninguna voluntad autolítica se comprueba que justifique, ni su ingreso en la planta psiquiátrica, ni la adopción de especiales medidas de vigilancia sobre su persona, por lo que, desde la perspectiva de la asistencia médico sanitaria que se le venía prestando en el Centro Hospitalario, no cabe constatar la presencia en el paciente de ningún "estado de anormalidad" que requiriera la adopción de especiales medidas, de modo que, en la decisión de acabar con su vida, la elección del recinto hospitalario es circunstancial, y no puede conllevar la derivación de responsabilidades hacia el personal de éste".

En el supuesto sometido a nuestro dictamen, a la vista del informe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de ..., de 19 de julio de 2009, y a la vista del informe pericial del doctor ..., y ante la ausencia de otros informes periciales, nos encontramos ante un episodio que resulta más asimilable al enjuiciado por la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Valencia últimamente citada, toda vez que el paciente fue examinado por el Servicio de Psiquiatría, quien valoró su situación, concluyendo que "no existen criterios de ingreso urgente en la UHP, por no presentar el paciente cuadro efectivo nuclear ni sintomatología de corte psicótico ni ideación autolítica estructurada, realizando planes a corto plazo y crítica parcial del gesto". Por tal razón, se le da de alta y se le remite al tratamiento de su psiquiatra de referencia. A ello se refiere, asimismo, el dictamen del doctor ..., que considera que "el paciente fue meticulosamente evaluado", de forma que la "impulsividad o ausencia de planificación suicida fueron factores que indicaban el carácter leve de la tentativa".

Desde luego, no estamos ante el caso de la interna con "psicosis delirante crónica" en tratamiento "en virtud de autorización judicial", que "debía estar bajo permanente control y vigilancia" (supuesto de la sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2001). Tampoco ante los episodios de "gran agitación", o de angustia y lloros a que se alude en la sentencia del mismo Tribunal de 5 de febrero de 2007. Ni ante la simple cura de las heridas, sin remisión a servicios especializados de psiquiatría, considerada

en la sentencia de 21 de marzo de 2007 (recurso de casación 6151/2002). Tampoco, finalmente, ante los “episodios de gran agitación” a que se refiere la otra sentencia de esa misma fecha.

Respecto a la no comunicación de lo acaecido a la familia, ha de considerarse que se trata de una cuestión que fue valorada por el Servicio de Psiquiatría, en cuyo informe se recoge de manera expresa que el paciente solicita que no avisemos a su familia de lo sucedido porque “no quiere preocuparlos”. Esta circunstancia, unida al resto de consideraciones contenidas en el informe (ausencia de sintomatología de corte psicótico y de ideación autolítica estructurada), hace pensar que no se consideró necesaria esa comunicación, respetándose la voluntad del paciente, que “niega tener problemas en el momento actual y no relaciona el episodio con ningún acontecimiento vital estresante”, manteniendo un discurso que se considera “coherente” y sin objetivarse “sintomatología afectiva nuclear”, ni “alteraciones de la forma, curso ni contenido del pensamiento ni de la sensopercepción”. Ello resulta ajustado a lo dispuesto por el artículo 3 de la entonces vigente Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, de Derechos del Paciente a las Voluntades Anticipadas, a la Información y a la Documentación Clínica, donde se establecía, de manera parecida a como lo hace en la actualidad el artículo 43 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de Derechos y Deberes de las Personas en Materia de Salud en Navarra, que “el titular del derecho a la información es el paciente. Las personas vinculadas al mismo deberán ser informadas en la medida en que aquél lo permita expresa o tácitamente”, señalándose a continuación que “si el paciente, a criterio del médico responsable de la asistencia, no es capaz para entender la información o hacerse cargo de su situación, debe informarse también a las personas a él vinculadas por razones familiares o de hecho que asuman la responsabilidad de dar conformidad a las decisiones que hayan de adoptarse a propuesta del médico”.

Por todo ello, y como en el supuesto considerado por la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 30 de marzo de 2007, cabe entender, que “el daño sufrido por el paciente carece de la nota de antijuridicidad, ya que la actuación del servicio sanitario que la asistió se

ajusta plenamente a las exigencias de las lex artis ad hoc pues de la documentación clínica incorporada al expediente administrativo y de los diferentes informes emitidos por los especialistas en la materia resulta que la actuación desarrollada por la profesional interviniente fue en todo momento acorde a la lex artis ad hoc ya que exploró al paciente, valorando la intensidad del episodio, que no era justificativo del ingreso al no apreciarse elementos que, en ese momento, implicaran un riesgo de suicidio y en suma en el caso que nos ocupa, el daño sufrido por el paciente, es decir, su fallecimiento por suicidio, es un daño derivado de la evolución de su patología que no puede evitarse por el servicio sanitario, a pesar de llevarse a cabo la asistencia exigida por la lex artis ad hoc por lo que debe concluirse que no existe en el presente caso, el exigido requisito de la relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y la actuación sanitaria”.

Con esas premisas, y ante la ausencia de prueba alguna facilitada por los reclamantes, este Consejo considera que se debe desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada al no haberse acreditado por los reclamantes que hubiese existido desatención o negligencia en la prestación de la atención sanitaria a don En definitiva, no cabe imputar el resultado dañoso a la Administración.

Por todo ello, este Consejo a la vista del expediente administrativo remitido, la historia clínica examinada y los informes médicos y profesionales habidos, no puede sino concluir, máxime ante la ausencia de material probatorio suficiente aportado por la reclamante, en la inexistencia de criterio de imputación alguno que haga derivar la responsabilidad a la Administración Sanitaria, y en la de relación de causalidad entre el daño o lesión alegados por el padre y hermano del paciente y la actuación del servicio hospitalario y los profesionales que le atendieron.

III. CONCLUSIÓN

La reclamación formulada por don ... y doña ..., en relación con los daños sufridos, debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.