



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **190/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 1 de agosto de 2022, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 16 de marzo de 2022 (COMINTER 77811 2022 03 16-11\_48), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.<sup>a</sup> X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022\_089), aprobando el siguiente Dictamen.

**ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 28 de julio de 2016, D.<sup>a</sup> X, quien dice actuar en su propio nombre y en el de sus hijos Y y Z, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración regional por los daños que dicen haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Murciano de Salud a su marido y padre, respectivamente, D. P, a la que imputa el fallecimiento de este último.

Relata la reclamante que, en 1993, D. P había sido tratado de un episodio depresivo en el Hospital “Rafael Méndez” de Lorca, donde permaneció ingresado 16 días.

En 2014 y como consecuencia de unas molestias urológicas y anales comenzó a mostrar episodios de ansiedad y rumiación obsesivas, con empeoramiento progresivo. Posteriormente, en fecha 25 de mayo de 2015, es trasladado al Hospital “Rafael Méndez” por un intento de autolisis, donde permaneció ingresado hasta el 20 de julio de 2015, siendo derivado al Centro de Salud Mental (CSM) de Lorca para su seguimiento.

Durante su ingreso se le suministró venlafaxina hasta 300mg/día, olanzapina y ansiolíticos sin respuesta favorable. Se pautaron 9 sesiones de tratamiento electroconvulsivo (TEC), observándose evolución favorable con remisión de sintomatología depresiva y retorno a su situación basal.

Acude a un psiquiatra privado, el Dr. Q, que considera que el tratamiento farmacológico pautado tras el alta hospitalaria es correcto.

El paciente acudió al CSM de Lorca el 31 de julio de 2015 siendo tratado por la Dra. R, quien le ajusta la medicación, de modo que en los 15 días siguientes se procede a reducir la dosis de Idalprem 5 mg, reduciéndola a 1/4 por la mañana y 1/4 a mediodía y manteniendo la dosis de 1/2 por la noche y se cita de nuevo al paciente para el 21 de septiembre, fecha en la que se pone de manifiesto un empeoramiento, a pesar de lo cual en el CSM se limitan a ajustar la medicación.

No conformes con esta indicación, acuden de nuevo al Psiquiatra privado el 9 de octubre, quien ante el empeoramiento decide reforzar el tratamiento farmacológico y escribe a los facultativos del CSM de Lorca para que valoren el ingreso hospitalario del paciente y aplicar sesiones de TEC.

Desde el Centro se indica que valoraran la propuesta de ingreso, que no llega a realizarse. Sin embargo, el 19 de octubre tiene que acudir a Urgencias del Hospital "Rafael Méndez" por empeoramiento, quedando nuevamente ingresado en la Unidad de Psiquiatría.

A los 10 días le dan el alta, sin haberle tratado con TEC, pese a que fue recomendado por el facultativo privado, el Dr. Q, y manifestar los familiares que era la única vía de mejora junto con el reajuste de la medicación.

El 9 de noviembre acuden al CSM donde son atendidos por el Dr. S, quien sigue sin considerar necesario el tratamiento TEC, indicando además que esa terapia sólo puede ser aplicada estando hospitalizado y que no hay forma de hacerlo ambulatoriamente. Se les vuelve a citar el día 30 de noviembre de 2015, y se le reajusta la medicación otra vez.

El 4 de diciembre de 2015, el paciente cometió el acto autolítico que acabó con su vida ante la pasividad del equipo de psiquiatras que le atendía.

Consideran los reclamantes que existió una asistencia sanitaria deficitaria, pues no recibió el tratamiento demandado tanto por el paciente como recomendado por un médico Psiquiatra de la medicina privada, lo que le llevó a una profunda depresión y al suicidio.

Solicita una indemnización de 190.000 euros.

Junto a su reclamación acompaña diversa documentación clínica.

**SEGUNDO.-** Por el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud se requirió a la reclamante que acreditase la representación que decía ostentar de sus hijos, su parentesco con el finado y certificado de defunción de éste. Requerimiento que fue cumplimentado por la Sra. X el 6 de octubre de 2016.

**TERCERO.-** Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 17 de octubre de 2016, se ordena la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a recabar la historia clínica e informe de los profesionales que prestaron la asistencia por la que se reclama, al tiempo que comunica a los interesados la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Así mismo, da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la aseguradora de la Administración.

**CUARTO.-** Remitida la documentación e informes solicitados por la instrucción, constan los siguientes informes de los facultativos actuantes:

-Informe del Dr. S, Psiquiatra del CSM de Lorca:

*"En el primer contacto me limité a recibir, evaluar clínicamente el caso y a reafirmar la conveniencia de las indicaciones psicofarmacológicas que el Dr. Q había realizado como abordaje terapéutico, si bien indiqué la posibilidad de instaurar la pauta antidepresiva de Anafranil, con la que el paciente había mostrado buena respuesta previa, más rápidamente de lo sugerido por el Dr. Q, para así alcanzar antes dosis terapéuticas (...)."*

*De igual modo indiqué la posibilidad de acudir a la puerta de Urgencias del H.R.M en caso de necesitar nueva valoración clínica, teniendo en cuenta el periodo de latencia que muestran los antidepresivos desde su introducción hasta que comienzan a producir respuesta clínica significativa (entre 3 y 6 semanas). Además, se me demandó información acerca de la conveniencia de aplicar en este caso tratamiento con TEC en el momento presente, cosa que no valoré necesaria, en base a las características clínicas de la patología afectiva que presentaba el paciente y a la reciente reintroducción del tratamiento antidepresivo.*

*El segundo contacto que tengo con paciente y familia corresponde al día 9 de noviembre a propósito de revisión programada en C.S.M de Lorca tras haber estado ingresado en Unidad de Agudos de H.R.M desde el día 19 de octubre, al 29 del mismo mes. En el mismo, y según las notas recogidas en historia, observo mejoría clínica del cuadro afectivo, cosa que el paciente corrobora, de modo que mantengo tratamiento antidepresivo y disminuyo paulatinamente medicación ansiolítica. Además, compruebo estabilidad en parámetros analíticos bioquímicos con la medicación pautada hasta el momento.*

*Se me vuelve a pedir información acerca de posible indicación de Terapia Electro Convulsiva para el paciente y la posibilidad de que sea administrada de forma ambulatoria. Destaco por mi parte, que al igual que se planteó en las valoraciones precedentes, tanto a nivel de mi primera valoración, como posteriormente a nivel hospitalario, no objetivo indicación de la misma, en base a las características clínicas del cuadro afectivo presente. Informo de que*

*en caso de ser necesaria por empeoramiento clínico con aparición de sintomatología que así lo requiriese, se llevaría a cabo previo ingreso hospitalario e indicación consensuada con el Serv. de Psiquiatría del mismo hospital. Ese mismo día se demanda en administración Informe Clínico de evolución, que realizo el día 11 del mismo mes y firmo el 13. (Aporto dicho informe).*

*El tercer contacto corresponde de nuevo a revisión programada en consulta el día 30 de Noviembre de 2015. No objetivo entonces empeoramiento del cuadro afectivo y en base a los antecedentes clínicos y diagnósticos del paciente, me parece indicado insistir en la movilización y hacer prevención de recaídas con la introducción de Lamotrigina, iniciando pauta ascendente hasta una dosis inicial de 100 mg".*

-Informe del Psicólogo Dr. T del CSM de Lorca en el que tras manifestar que su periodo asistencial se limitó a un mes, (desde el 28 de agosto hasta el 28 de septiembre de 2015), describe los antecedentes personales del paciente en los siguientes términos:

*"Atendí por primera vez al paciente tras haber sido derivado por psiquiatría por cuadro depresivo tras intento autolítico reiterado por atropellamiento, refiriendo haber estado dos meses hospitalizado con TEC. Se observó una evolución tórpida, con vivencias traumáticas desde los 18 años tras suicidio paterno, cambio radical de estilo de vida, y suicidio materno cuando tenía 36 años. Cuidador de su madre con problemas mentales. Refirió inicio de episodio depresivo en etapa actual hacía aproximadamente un año, con preocupación asociada sobre molestias genitales. Indicó que aproximadamente hacía 22 años requirió tratamiento por episodio depresivo, manteniendo medicación desde entonces, aunque en los últimos años prácticamente era nula. Se percibía tendencia disociativa.*

*Considerando la existencia de TPEPT disociado y episodio depresivo.*

*El 28 de septiembre de 2015 acudió a cita de seguimiento programado, presentando un elevado lastre emocional de acontecimientos vividos disociados que condicionaban una respuesta eficaz a la problemática actual, aspecto que se abordó y encuadró".*

- Informe de la Psiquiatra del CSM de Lorca, Dra. R, que se expresa en los siguientes términos:

*"Atendí al paciente por primera vez el 31/7/2015 al ser derivado tras alta hospitalaria (20/7/2015) de forma preferente para inclusión en el dispositivo C.S.M. Lorca. El paciente refería estabilidad psicopatológica, con síntomas de posible sobredosificación farmacológica. Se mostraba interesado en inicio de actividad laboral (no aconsejada en ese momento). No presentaba en la exploración psicopatológica criterios de gravedad depresiva, manteniendo actividad y planes de futuro y sin ideación autolítica. Se dieron pautas de descenso ansiolítico paulatino y fue derivado a psicología.*

*Contacta nuevamente el 31/8/2016 (sic, en realidad 2015) por vía telefónica. El paciente refiere empeoramiento ansioso y de sedación desde el 22 de Agosto (en contexto de actividad de recogida de almendra). Manifestaba no haber seguido las indicaciones de descenso de Lorazepam, con sueño conservado. Se reforzó el tratamiento matutino con Olanzapina, con posibilidad de otras opciones farmacológicas. La impresión subjetiva clínica acerca*

del paciente es de alto neuroticismo.

Acudió a cita programada el 21/9/2016 (sic, en realidad 2015), refiriendo empeoramiento sintomatológico con incremento de sensación de cansancio matutino. Se quejaba de ausencia de actividad, pero la excesiva actividad le frustraba, con empeoramiento ansioso y depresivo reactivo. Facies depresiva, sueño conservado, no ideación autolítica manifiesta, identificaba él mismo el episodio actual de menor intensidad respecto al previo del ingreso. Se sugirió inicio de actividad reglada pausada y mantenida. Descendí fármaco antipsicótico y aumenté antidepresivo, con valoración de posible regulador del humor. Fue citado en Noviembre. Planteaba cuando sería posible la reincorporación laboral.

Último contacto telefónico (1/10/2016) (sic, 2015). Su esposa hizo la llamada (como en la anterior ocasión), pero le solicité poder contactar con su esposo, facilitándome el número. El paciente refería mantenimiento de salidas, pero se quejaba de estar nervioso y cansado, siendo la angustia principal (de naturaleza obsesiva) su deseo de dormir la siesta (a fin de recuperarse un poco). Automanejo personal de la medicación ansiolítica.

Último tratamiento pautado por mí: (sigue la dosificación de los medicamentos)

El día 15/10/2016 (sic, 2015) hice informe solicitado (y que se adjunta a esta documentación) por el paciente para Inspección, pese a solicitud de cambio por el mismo al no encontrar mejoría en su cuadro”.

- Informe del Dr. V, Psiquiatra del Hospital “Rafael Méndez”:

“...ingresó en nuestra unidad el día 25/05/2016 (sic, 2015), por episodio depresivo mayor, recibiendo tratamiento con Terapia electroconvulsiva (TEC) tras resistencia a tratamiento psicofarmacológico.

La indicación de dicha opción terapéutica venía dada no solo por la resistencia al tratamiento farmacológico observada, sino principalmente por las características clínicas del cuadro presentado. Se trataba de un episodio depresivo de características melancólicas, con ritmopatía endógena (empeoramiento matutino) alteración característica de los patrones biológicos (apetito, sueño), ideación autolítica y contenidos deliriores del pensamiento. En episodios depresivos de estas características está indicada la administración de TEC, como así se consensuó por el equipo de facultativos de nuestra Unidad, observándose mejoría del cuadro clínico al alta del paciente en fecha 20/07/2016 (sic, 2015).

(...)

TERCERO. D. P ingresa de nuevo en nuestra Unidad el día 19/10/2015. Relataban empeoramiento clínico 2-3 semanas después del alta hospitalaria. Aportaban informe del psiquiatra particular, Dr. Q, recomendando valorar nuevo ingreso y tratamiento con TEC.

(...)

**QUINTO.** Pese a la recomendación del Dr. Q y la demanda de los familiares de nuevo tratamiento con TEC al paciente, el equipo de facultativos de la Unidad de Psiquiatría (los psiquiatras Dr. V, Dra. W y Dr. B) consensuó la no indicación clínica de esta opción terapéutica.

A diferencia del episodio depresivo anterior, de características endógenas ya descritas, el paciente presentaba en esta ocasión un cuadro depresivo de características neuróticas. No es infrecuente que después de un episodio depresivo mayor el paciente sufra un proceso de neurotización, instalándose en un cuadro depresivo tras la mejoría inicial, máxime en pacientes con rasgos obsesivos y tendencia a la disociación.

*El episodio que motivó la segunda hospitalización no presentaba, como se recoge en el informe de alta, las características de endogenidad propias de un cuadro afectivo mayor melancólico. La ausencia de ritmopatía endógena, conservación de apetito y patrón de sueño, ausencia de contenidos alterados del pensamiento y predominio de la ansiedad sobre la sintomatología depresiva caracterizaban este episodio, junto con la victimización y resistencia al cambio del paciente. Las alteraciones psicológicas predominan en estos episodios sobre las alteraciones biológicas, lo que contraindica la TEC como opción terapéutica de elección.*

Consensuamos por tanto que la opción terapéutica indicada era el tratamiento psicofarmacológico, reforzando la pauta prescrita ambulatoriamente por el Dr. Q y el abordaje psicológico que favoreciese la movilización del paciente. Prolongar el ingreso hospitalario una vez establecida la pauta terapéutica adecuada iba también en detrimento de la evolución del paciente, por favorecer la mayor neurotización y hospitalismo. De hecho, experimentó mejoría durante esta segunda hospitalización y después del alta.

**SEXTO.** La mejoría posterior del paciente con el abordaje terapéutico indicado podrá constatarse en las atenciones recibidas tras el alta hospitalaria por los diversos especialistas en ámbito público y privado. Esta mejoría observada acredita la opción terapéutica indicada durante la segunda hospitalización.

**SÉPTIMO.** Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos que la atención al paciente D. P por los equipos de Salud Mental del Área III, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, se produjo en todo momento conforme a la buena praxis médica, suministrando al paciente la mejor opción terapéutica indicada según criterio clínico en cada etapa del proceso".

**QUINTO.-** Por el Director Médico de "--", se remite una transcripción de la historia clínica del paciente, suscrita por el Dr. Q, que atendió al paciente en su consulta privada, en donde según anotación de la última visita (20 de noviembre de 2015) "hace crítica de la conducta autolítica, verbalizando proyectos de futuro, refiere estar bien en casa, que le apetece ver el futbol. Ahora mismo eutímico (sin clínica afectiva mayor)".

**SEXTO.-** Solicitado el 16 de enero de 2017 el preceptivo informe de la Inspección Médica y tras instar la reclamante a la Administración a resolver de forma expresa el procedimiento, se evaca el informe inspector el 10 de febrero de 2022, cuyas conclusiones son del siguiente tenor:

*“1.- D. P tenía antecedentes de depresión desde 1993.*

*2.- En su primer ingreso en el Hospital Rafael Méndez de Lorca el 25/05/2015 tras un intento de autolisis, el paciente presentaba un cuadro depresivo de características endógenas con ideación autolítica y contenido delirante del pensamiento que no respondió al tratamiento farmacológico, los facultativos indicaron correctamente tratamiento con terapia electroconvulsiva.*

*3.- En las posteriores citas con el psiquiatra del CSM de Lorca se fue reajustando el tratamiento en base a la sintomatología que presentaba en cada visita.*

*4.- El paciente también acudía a un psiquiatra particular, el cual el 21/09/2015, emitió una nota para el psiquiatra del CSM para que valorase la conveniencia de ingreso si el paciente empeoraba y valoración de aplicar TEC ambulatoria.*

*5.- El paciente ingresó de nuevo el 19/10/2015 con un cuadro clínico sin ritmo endógeno, ni contenido delirante, ni ideación autolítica que se trató correctamente con fármacos, no estaba indicado en este momento la TEC y así lo consideraron los psiquiatras que le atendían.*

*6.- En posteriores visitas tras el alta hospitalaria, en los informes emitidos por el psiquiatra del CSM de Lorca y el psiquiatra particular el paciente refería mejoría, hacía crítica de su conducta autolítica y no presentaba clínica afectiva mayor; continuó correctamente con tratamiento farmacológico.*

*7.- Por tanto, el paciente llevó un seguimiento y control adecuados en las sucesivas consultas en el CSM de Lorca con la administración y reajustes necesarios de los tratamientos farmacológicos. La TEC se indicó cuando la situación clínica del paciente así lo requirió y fue considerada por los facultativos que le atendían.*

*8.- Consideramos que la asistencia sanitaria prestada a D. P tanto por los facultativos del CSM de Lorca como del Hospital Rafael Méndez fue en todo momento correcta y adecuada a la situación clínica que en cada etapa del proceso presentaba el paciente. En ningún caso era previsible el desenlace final que llevó al fallecimiento”.*

**SÉPTIMO.-** Otorgado trámite de audiencia, los reclamantes presentan alegaciones en las que insisten en la indicación del tratamiento electroconvulsivo y se ratifican en su pretensión indemnizatoria, si bien elevan su cuantía a 272.570 euros, más intereses.

**OCTAVO.-** Con fecha 15 de marzo de 2022, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar la unidad instructora que no concurren los elementos configuradores de la responsabilidad patrimonial, singularmente el nexo causal entre la asistencia sanitaria dispensada al paciente y su fallecimiento, ni su antijuridicidad, sobre la base de la falta de acreditación por parte de los actores de una actuación facultativa contraria a normopraxis.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

### **PRIMERA.- Carácter del Dictamen.**

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con los artículos 142.3 LPAC y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP), todavía vigentes al momento de presentarse la reclamación.

### **SEGUNDA.- Régimen jurídico aplicable, legitimación, plazo y procedimiento.**

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), que junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos que, como el que es objeto del presente Dictamen, se hubieran iniciado antes de su entrada en vigor, que se regirán por la normativa anterior. En consecuencia, el régimen legal aplicable en el supuesto sometido a consulta es el que establecía la LPAC.

II. Presentada la reclamación por la esposa e hijos del fallecido, no hay obstáculo alguno en reconocerles legitimación para solicitar un resarcimiento económico por el dolor moral inherente a su condición familiar, conforme a conocidos criterios jurisprudenciales y doctrinales.

En efecto, el dolor que la muerte de D. P pudo provocar en todos ellos no es cuestionable, viéndose legitimados para reclamar una indemnización por el daño moral asociado a la pérdida de un familiar tan cercano, daño que, además, no precisa de una acreditación específica toda vez que se presume sin dificultad la intensidad y efectividad del dolor causado por el quebranto afectivo.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

III. Producido el óbito el 4 de diciembre de 2015, la presentación de la reclamación el 26 de julio de 2016 permite calificarla de temporánea, en la medida en que se habría ejercitado la acción dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establecía el artículo 142.5 LPAC.

IV. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC y en el RRP para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, el trámite de audiencia a los interesados y el informe de la Inspección Médica, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos. Y ello sin perjuicio de destacar la excesiva tardanza en la instrucción y resolución del procedimiento que finalizará seis años después de haberse efectuado la reclamación, cuando el plazo máximo de duración legalmente establecido para los procedimientos de responsabilidad patrimonial es hoy y también lo era en el momento de incoarse el sometido a consulta, de seis meses (91.3 LPACAP y 13.3 RRP).

Conviene destacar, asimismo, la ausencia de prueba por parte de los reclamantes de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga les corresponde en exclusiva. En el supuesto sometido a consulta, el informe médico de los facultativos actuantes y el informe de la Inspección Médica no han sido cuestionados o rebatidos por la parte actora a través de las correspondientes alegaciones y pruebas en el trámite de audiencia que se le ha otorgado. Las consecuencias de la omisión de dicha actividad probatoria por parte de los interesados serán analizadas en ulteriores consideraciones. Baste ahora con recordar el carácter de prueba esencial que en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 27 de junio de 2001, según la cual “*q uien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial (...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos*”.

### **TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.**

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce “el derecho a la protección de la salud”, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos hoy por los artículos 32 y siguientes LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia. En el momento en que se incoó el presente procedimiento de responsabilidad tales normas y principios se contenían en los artículos 139 y siguientes de la LPAC, en términos sustancialmente coincidentes:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de I régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada “lex artis ad hoc”, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 145/2022, entre muchos otros,

de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis ad hoc” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La “lex artis”, por tanto, acaba como elemento modulador de la objetividad previsible de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervenientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPACAP (10.1 RRP), su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que “en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes”.

#### **CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria.**

Para los reclamantes la muerte autoinfligida de su familiar se debió a la inadecuada asistencia sanitaria recibida, y en particular, a la omisión de tratamiento electroconvulsivo (TEC) que, a su parecer, se encontraba indicado para la patología que presentaba el paciente. Del mismo modo, se alega que no debió dársele el alta en el estado en que se encontraba.

Estas alegaciones están íntimamente ligadas al criterio de la *lex artis*, pues se pretende vincular la producción del daño con la actuación de los facultativos intervenientes en la asistencia sanitaria, la cual ha de ser valorada y analizada desde la ciencia médica, determinando en qué medida aquélla se ajustó o no a los parámetros de una praxis adecuada y correcta.

La valoración de la actuación facultativa, para establecer en qué medida la decisión de no someter al paciente a TCE, dada su falta de indicación atendida la situación clínica de aquél, se ajustó o no a las exigencias médicas de esta práctica, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, resultan trascendentales los

informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Ahora bien, como ya se anticipó en una consideración anterior, los interesados no han traído al procedimiento una prueba adecuada y suficiente para generar la convicción acerca de la concurrencia de la mala praxis alegada, en particular, un informe pericial que sostenga sus alegaciones. Adviértase que, de la sola consideración de la documentación clínica obrante en el expediente, no puede deducirse de forma cierta por un órgano lego en Medicina como es este Consejo Jurídico, que la decisión de no aplicar TCE, en la situación en que acude el paciente al Hospital, no fuera adecuada a normopraxis. Esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es al actor a quien incumbe la carga de probar la quiebra de la *lex artis* que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al clásico aforismo “*necessitas probandi incumbit ei qui agit*”.

En cualquier caso, los informes técnicos que sí obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada al paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis, como de forma singular se desprende de la valoración crítica que de ella efectúa la Inspección Médica, a cuyas razonadas conclusiones, reseñadas y reproducidas en el Antecedente Sexto de este Dictamen, cabe remitirse en orden a evitar innecesarias reiteraciones.

Baste señalar ahora que dichos informes sostienen la adecuación a la “*lex artis*” de la decisión facultativa de no aplicar TCE al paciente, sino insistir en el tratamiento psicofarmacológico, al considerar que ante los síntomas y signos de enfermedad que presentaba el paciente el TEC estaría incluso contraindicado, según señalan los Psiquiatras del Hospital “Rafael Méndez” en su informe (Antecedente cuarto de este Dictamen). Dicho informe, además, destaca las diferencias existentes entre la patología que presentó el paciente durante su primera hospitalización (en mayo de 2015), en la que sí se indicó y aplicó el tratamiento ahora demandado por los familiares, y la segunda (en octubre de 2015). Así, mientras que el primer episodio depresivo presentaba características endógenas, el segundo era de características neuróticas. Lo explican en los siguientes términos:

*“El episodio que motivó la segunda hospitalización no presentaba, como se recoge en el informe de alta, las características de endogenicidad propias de un cuadro afectivo mayor melancólico. (...) Las alteraciones psicológicas predominan en estos episodios sobre las alteraciones biológicas, lo que contraindica la TEC como opción terapéutica de elección. Consensuamos por tanto que la opción terapéutica indicada era el tratamiento psicofarmacológico, reforzando la pauta prescrita ambulatoriamente por el Dr. Q y el abordaje psicológico que favoreciese la movilización del paciente”.*

En la misma línea se expresa la Inspección Médica, para la que en la primera hospitalización el paciente presentaba un cuadro depresivo mayor de características endógenas con ideación autolítica y contenido delirante del pensamiento que no respondió al tratamiento farmacológico tras un mes de ingreso hospitalario. Ante esta situación clínica estaba indicada la terapia electroconvulsiva, se administraron 9 sesiones, con mejoría del paciente, que fue alta hospitalaria el 20 de julio 2015. Sin embargo, en el segundo ingreso (octubre de 2015) el paciente no presentaba ritmo endógeno, contenido delirante ni ideación autolítica y sí un alto grado de neurotización, por lo que el tratamiento indicado era el farmacológico y no el TEC.

Además, como la aplicación de TEC sólo podía realizarse previo ingreso del paciente en el Hospital, los psiquiatras tomaron en consideración los efectos negativos que la hospitalización podía tener sobre el paciente y se llegó a la conclusión de que “... prolongar el ingreso hospitalario una vez establecida la pauta terapéutica adecuada iba también en detrimento de la evolución del paciente, por favorecer la mayor neurotización y hospitalismo. De hecho, experimentó mejoría durante esta segunda hospitalización y después del alta”.

En relación con este último extremo, es decir, la mejoría del paciente tras el alta hospitalaria de 29 de octubre sin haberle aplicado TEC, el Psiquiatra privado que atiende al enfermo casi un mes después, el 21 de noviembre, hace constar en su historia que “*en la visita hace crítica de la conducta autolítica, verbalizando proyectos de futuro, refiere estar bien en casa, que le apetece ver el futbol. Ahora mismo eutímico (sin clínica afectiva mayor)*”.

Al respecto, la Inspección Médica destaca que “*en las dos visitas posteriores [al alta hospitalaria del 29 de octubre] tanto al psiquiatra del CSM como al privado, manifestó mejoría y no presentaba clínica afectiva mayor. Ante esta situación clínica no era previsible el desenlace final que llevó al fallecimiento del paciente*”.

En suma, no se ha acreditado por los reclamantes que en la asistencia sanitaria dispensada a su familiar se incurriera en actuación contraria a normopraxis, ni en la decisión facultativa de no aplicar TCE ni en la de dar el alta hospitalaria con seguimiento en el Centro de Salud Mental. En tales circunstancias no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario, cuya prestación habría sido acorde a la *lex artis ad hoc*, y el daño padecido por los reclamantes, cuya causa habría de buscarse más bien en la voluntad autolítica del paciente, cuya intervención en la producción del daño resultó tristemente decisiva. La adecuación de las decisiones facultativas a normopraxis permiten, asimismo, descartar la antijuridicidad del daño.

Procede, en conclusión, desestimar la reclamación.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario, que se habría desenvuelto conforme a los dictados de la ciencia médica, y el daño alegado, ni su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.