



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 543/2018

(Sección 1ª)

La Laguna, a 3 de diciembre de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 512/2018 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 15 de mayo de 2017 a solicitud de (...) y (...), por los daños morales derivados del fallecimiento de su padre en dependencias del SCS.

2. Los reclamantes solicitan por los daños morales sufridos una indemnización de 25.800 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, el órgano competente para instruir y proponer la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial que se deriven de su ámbito de actuación es la Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de la Salud, conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la Salud.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. Los interesados exponen, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

El 2 de septiembre de 2016, sobre las 17:35 h, su padre se lanzó al vacío desde la ventana del cuarto de baño de la habitación 216, del Hospital del Tórax. Como consecuencia de la caída, falleció.

Los interesados reclaman porque el paciente presentaba un historial médico con intentos de autolisis. Ya había tenido, al menos, cuatro intentos de suicidio, por lo que se debían conocer los riesgos que presentaba el paciente, velando adecuadamente por su seguridad.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- Paciente de 74 años en 2015 que presenta como antecedentes patológicos: HTA, HBP (hipertrofia prostática), duodenitis y depresión mayor con intento de autolisis en varias ocasiones.

El Servicio de Psiquiatría en su informe nos relata las secuencias de su atención al paciente, y la primera vez que lo observan es en mayo de 2016 al que acude por múltiples heridas de arma blanca en tórax izquierdo por autolesión.

Se queja de molestias de una reciente operación en las que refiere no encontrarse bien y dificultades en la relación con su pareja. El Psiquiatra informa que no presenta síntomas melancólicos, psicóticos o deterioro cognitivo significativo. El Psiquiatra se entrevista con el paciente y con su hija.

El día 24 de mayo de 2016 el paciente vuelve a ser visto por Psiquiatría, está tranquilo, acepta tratamiento ambulatorio, critica su intento de autolisis, se le cita con carácter preferente a Psiquiatría ambulatoria, se habla con trabajadora social para buscar alternativa habitacional diferente a su domicilio, todo se acuerda con el paciente y familia, ya que no reúne criterios de ingreso no voluntario.

- El paciente se autolesiona en tórax con cuchillo de cocina y acude el 11 de junio de 2016 en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Candelaria, se valora y se realiza TAC de tórax, se procede a intervención quirúrgica tras hallazgo en la prueba diagnóstica de hemoneumotorax izquierdo con hemorragia alveolar. Ingresado en Servicio de Cirugía Torácica. Tras la cirugía ingresa en Servicio de Reanimación.

Se realizan distintas pruebas diagnósticas.

En tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos, valorado por Psiquiatría en varias ocasiones, vuelve a señalarse como causa de las autolesiones «dificultades adaptativas de la vida diaria» no detectándose síntomas psicóticos.

Sale de REA e ingresa de nuevo en planta de cirugía.

Durante el ingreso mejora paulatinamente y es atendido por distintos Servicios como Rehabilitación, Neurología y Psiquiatría, en calidad de interconsultas, mientras es atendido por su patología dominante, las lesiones en tórax por las que está ingresado en planta de cirugía.

El paciente presenta en esta fecha tres intentos autolíticos previos.

Es estudiado por Psiquiatría y se anota en historia clínica que está en las visitas con el especialista siempre orientado, consciente, coherente y colaborador.

Verbaliza deseos de muerte, está tranquilo, refiere arrepentimiento por los hechos, que el intento autolítico ha sido por los problemas conyugales, vive solo actualmente.

La hija confirma que son las discusiones con su pareja las que han provocado las autolesiones, incompatibilidad de convivencia con la actual pareja, también refiere la hija que ha ido perdiendo interés por las cosas.

Fallos en la memoria reciente y razonamiento que podían ser compatibles con una demencia, Psiquiatría ajusta tratamiento y realiza interconsulta con Neurología para valorar posible inicio de demencia, el neurólogo el 21 de junio de 2016, solicita analítica y RMN (Resonancia Magnética Nuclear), refiriendo que impresiona de cuadro orgánico.

La RMN realizada el 24 de junio de 2016 refleja múltiples alteraciones de señal afectando predominantemente a regiones periventriculares con predominio anterior encefálico de probable etiología vascular. Signos de atrofia fundamentalmente en ambos hemisferios cerebelosos.

Las alteraciones encontradas son hallazgos muy frecuentes en personas con HTA o que han sufrido ictus y otras enfermedades. Pero no diagnostica demencia por los datos hallados. En los mayores de 60 años la edad y la HTA son los factores primordiales que producen estas alteraciones.

El 26 de junio sufre dolor abdominal y es valorado por médico de guardia que tras exploración, radiografías y analíticas, diagnostica infección urinaria en estudio y trata con antibioterapia solicitando cultivo.

El 28 de junio dolor abdominal, diagnosticado previo de infección urinaria en tratamiento. Radiografía se observa heces y gas abundante, no defeca desde hace 3 días, tratamiento antieméticos y enema.

A su vez es tratado de sus molestias digestivas previas, rectorragias por hemorroides, el paciente tiene antecedentes de duodenitis y diverticulosis de sigma, etc.

Mejoría del cuadro digestivo.

El 27 de julio, es visto en interconsulta por el Servicio de Psiquiatría este servicio refiere que se queja de molestias físicas inespecíficas, preocupación,

distanciamiento de las visitas de su familia y parece motivado para un próximo traslado a un centro de crónicos donde pueda recibir un trato más personalizado, no objetivándose trastornos de tipo psicótico.

Así transcurre su estancia hospitalaria hasta que el día 29 de julio el paciente presenta otro nuevo intento de autolisis, ya que arranca unos soportes metálicos del cuarto de baño y se produce heridas con dicho soportes a nivel pectoral, es curado de dichas lesiones.

Tras ello, es valorado de nuevo por Psiquiatría que informa que se han producido de forma «imprevisible e impulsiva», a partir de dicho momento «se toman medidas de contención mecánicas (sujeción física)» y vigilancia estrecha por enfermería, se cambia el tratamiento intentando controlar esa impulsividad, se visita con regularidad.

La impulsividad es un rasgo importante de las autolesiones.

El Servicio de Psiquiatría informa que durante este tiempo el paciente se encuentra consciente, orientado, describe lo ocurrido como un arrebato, y lo atribuye a su soledad y desconexión social y familiar sin detectarse síntomas psicóticos.

La enfermera de Psiquiatría lo visita a diario, pasea con él, se intensifica la necesidad de traslado a un centro de crónicos, que le permita mayor interrelación social, ocupaciones, crear vínculos etc., lo cual no ocurre en un hospital de agudos, además «el paciente demuestra arrepentimiento por los hechos realizados, manifiesta proyectos de futuro, pregunta varias veces por la fecha de traslado a un centro de crónicos e insiste en las pocas visitas de su familia».

El Servicio de Psiquiatría nos informa que dado la evolución adecuada y la buena respuesta al tratamiento el 12 de agosto se anota recomendando su traslado a Centro de menor nivel de cambios y con mayor autonomía.

Insiste Psiquiatría en su informe que el paciente posteriormente a esta fecha comenta sus problemas físicos y que hasta el día 23 de agosto «no se evidencian trastornos sensorio-perceptivos, ni ideas delirantes, si presenta ideas sobrevaloradas de enfermedad». «El paciente no sufre nuevos episodios autolesivos».

El paciente sufre rectorragia en relación a hemorroides, valorado por Digestivo y CGD (cirugía gastroduodenal), no ven indicación de colonoscopia ni de intervención quirúrgica.

Desde el punto de vista de patología torácica el paciente evoluciona con normalidad.

Se contacta con la hija que refiere que no está en situación actualmente para atenderlo, se solicita valoración del trabajador social, para poder solicitar traslado a un centro sociosanitario.

Alta a la espera que Trabajo Social realice una valoración de la situación sociofamiliar y se pueda organizar un traslado a un centro sociosanitario.

El 26 de agosto, estable psiquiátricamente, el paciente es trasladado desde HGNSC al Hospital de Ofra, en «espera de centro sociosanitario de larga estancia, por falta de soporte socio-familiar para su retorno a domicilio».

En el Hospital de Ofra a su llegada se realiza interconsulta a Psiquiatría para «valoración y seguimiento» del paciente en el centro.

El día 27 de agosto, estando previamente estable hemodinámicamente, presenta nuevo episodio de rectorragia (de la cual ya había sido tratado previamente) y dolor abdominal, es derivado de nuevo al Hospital de la Candelaria, tras comentarlo con médico de Medicina Interna de dicho hospital donde es tratado y estudiado.

Se traslada de forma urgente al Hospital Nuestra Señora de Candelaria el 28 de agosto de 2016, al Servicio de Urgencias y es valorado por los Servicios de Psiquiatría y Medicina Interna.

Se realiza Ecografía abdominal el 29 de agosto de 2016 por existencia de dolor abdominal generalizado, en ella no se observa datos de diverticulitis aguda.

Se realiza nueva colonoscopia el día 1 de septiembre, se tratan las hemorroides y las angiodisplasias extirpándose un pólipo.

Una vez estabilizado el paciente se remite al Hospital de Ofra, a la espera de centro sociosanitario.

A su llegada la historia clínica refiere que el paciente está orientado y colaborador, estable hemodinámicamente.

En este tiempo el Servicio de Psiquiatría que observa al paciente refiere que se muestra preocupado por sus molestias físicas, interpreta que sus rectorragias podrían ser algún tipo de castigo por sus autolesiones.

El día 2 de septiembre el paciente se tira por la ventana de su habitación, siendo *exitus*.

A la vista de esos hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

Mientras que la depresión produce una dificultad para sentir sentimientos positivos (alegría, placer, goce, deseo, entusiasmo), por el contrario deja intacta la capacidad de sentir lo desagradable (un ruido molesto, una contrariedad, lo penoso y trabajoso, el trato hostil o áspero de los demás).

La modulación emocional está formada de pesos y contrapesos que nos ayudan a dar la respuesta justa a los estímulos y situaciones que acontecen.

En la depresión faltan unos frenos esenciales, para la ira y la rabia, para sentir amor por uno mismo y por los demás.

Los depresivos que previamente a la depresión tenían dificultad de control del mal humor y que entraban en estado rabioso a la primera de cambio, duplicaran estas conductas estando deprimidos.

En cambio, cuando la persona depresiva que por su talante anterior guarda las apariencias y no dirige rabia hacia el exterior la vuelve como un comportamiento auto lesivo, auto-punitivo o bien como un comportamiento agresivo-pasivo contra sí mismo.

Las autolesiones pueden ir desde insultarse a uno mismo, despreciarse, autocríticas destructivas, realizar acciones de autodegradación como ir con la ropa más lúgubre, evocar recuerdos desagradables, poner música fúnebre, etc. y finalmente también autolesiones físicas, como quemaduras, cortes, etc.

Se calcula que un 15% de las personas que se autolesionan tienen tendencias suicidas.

Es falso que todos los que se autolesionan son suicidas.

Es un mecanismo de defensa utilizado para sobrevivir no con intención de morir. Las autolesiones se tratan ambulatoriamente tras la resolución de los problemas físicos del paciente.

Se realizan sesiones tras los episodios, con Psiquiatra y Psicólogo que instauran tratamiento farmacológico y psicológico, siempre que no haya enfermedad mental que afecte a la valoración de la realidad como las psicosis, en esos casos se prescribe ingreso en Unidades Psiquiátricas.

Si hablamos de intentos de suicidio por tanto, se acepta que los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por un Psiquiatra antes de ser dados de alta del Servicio de Urgencias.

Las competencias de los especialistas en Salud Mental serían las siguientes:

- Realizar una observación diagnóstica.
- Establecer un plan de observación e intervención sobre el paciente.
- Contactar con los servicios adecuados en aplicación del plan acordado.
- Establecer qué pacientes tienen mayor riesgo de auto o heteroagresividad, por lo que deben ser más vigilados.
- Implementar los planes de tratamiento incluyendo las intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas sociofamiliares para la atención de estos pacientes.

Habitualmente, la decisión de hospitalizar a un paciente tras un intento de suicidio es un proceso complejo que dependerá de varios factores entre los que se podrían citar, la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades y la existencia o no de apoyo familiar o social.

Diversos autores consideran que estos pacientes deberían tratarse de la forma menos restrictiva posible.

Pacientes con historia de ingreso psiquiátrico y un diagnóstico actual de esquizofrenia o trastornos psicóticos fueron ingresados con mayor frecuencia. En general, la decisión de ingresar o no al paciente dependerá de tres factores principales: la repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida, el riesgo suicida inmediato del paciente, la necesidad de tratamiento del trastorno mental de base y la falta de apoyo sociofamiliar efectivo. Los trastornos adaptativos o neuróticos se asociaron más con tratamientos ambulatorios.

Las conclusiones a las que llega el SIP son:

- El paciente no es diagnosticado de demencia, toda vez que presenta un discurso lógico, es consciente de lo que hace, expone sus problemas, aunque existiera un deterioro cognitivo leve por la edad, no es diagnóstico de demencia.

Es consciente de la realidad, no sufre trastornos psicóticos.



Estas patologías (psicosis y demencias) enunciadas (y algunas otras que tampoco padece) son las que pueden llevar al paciente a ingresar en la Unidad de Internamiento Breve.

El padecimiento y base de sus trastornos es una depresión, depresión que estaba diagnosticada desde hacía años, y dicho diagnóstico lo corrobora el Servicio de Psiquiatría en la estancia hospitalaria, previo al fallecimiento del paciente.

La depresión no es causa de internamiento hospitalario por sí misma.

La depresión se trata durante todo el proceso que está hospitalizado tanto médicamente, como en atención psiquiátrica y psicológica.

El paciente en cuestión es ingresado en el servicio correspondiente que cura sus lesiones físicas, y mientras tanto es atendido por los profesionales correspondientes.

La estimación del riesgo de suicidio es algo muy complejo, recordemos que solo el 15% de los pacientes que se autolesionan llegan al suicidio.

Muy importante es el manejo psiquiátrico del paciente, que evalúa su estado mental, posibles causas de las autolesiones, entrevista familiar, estado socio-económico, diagnóstica, trata y solicita ayuda de psicólogos, enfermera psiquiátrica, trabajador social (...) Todo lo expuesto se realiza en la estancia hospitalaria del paciente, no se observa mala praxis médica en todo el proceso.

Tras la observación durante muchos días por el Servicio de Psiquiatría, de no existencia de patologías psiquiátricas que demuestren necesidad de ingreso en las unidades de internamiento breve hospitalaria o centro psiquiátrico, del estudio de su proceso autolesivo, que el paciente reniega, que pide perdón, etc., o sea que es realista con los hechos y de otros factores psiquiátricos contemplados se opta dada la escasa ayuda social y afectiva del paciente ingreso en centro sociosanitario adecuado a su edad, donde tenga compañía y ayuda para el día a día, y que cuente además con la ayuda psiquiátrica necesaria de Salud Mental.

Se diagnostican sus actos como realizados por impulso autolesivo, llamado autolesiona, no suicidio son actos impulsivos que hay que tratar para controlarlos.

El psiquiatra diagnostica que el impulso autolesivo (no de suicidio) estaba controlado y que la respuesta al tratamiento había resultado positivo y que cumplía los objetivos de alta médica.

El Psiquiatra habla con su familia, se explica.

El paciente deseaba y estaba ilusionado con dicho ingreso, no puso pegas, tampoco la familia, y no pusieron objeción ni restricción alguna.

Tengamos en cuenta que un paciente de estas características no puede estar vigilado todo el día, ni en el centro donde iba a ir ni donde estaba esperando para su traslado.

Antes de salir del HNSC la familia y el paciente sabían que iba a ir a un centro sociosanitario y que el paso por el Hospital de Ofra es temporal hasta encontrar cama en dicho futuro centro. Estos casos se habla previamente con el paciente y la familia, una de las razones es ver si la familia se puede hacer cargo del paciente.

Lo que se infiere de la historia clínica del paciente y del seguimiento especializado es que no se estimó finalmente que fuera preciso después de su estancia en el HNSC someterle a una vigilancia especial, todo ello después de un seguimiento clínico sucesivo con entrevistas clínicas y tratamiento farmacológico adecuado al caso que tratara la depresión y la llamada impulsividad de los actos, y tras todo un largo periodo de seguimiento desde que llega al Hospital el 11 de junio hasta que lo abandona a finales de agosto.

Al abandonar el Hospital de la Candelaria para traslado temporal al Hospital de Ofra ya circulaba libremente por dicho hospital durante largo tiempo previo.

Como decíamos, debido a que no podían hacerse cargo del paciente los familiares es por lo que se propone la solución del centro socio-sanitario de haber sido así su destino era el domicilio familiar.

Se entiende que en un centro sociosanitario no hay vigilancia especial para los pacientes, existe una vigilancia lógica según patologías y si existe algo que altere o pueda alterar la normalidad se avisa al médico o al Psiquiatra, pero los pacientes deambulan libremente por el centro de ingreso.

Por tanto tiene alta por las características y respuesta al tratamiento del paciente y se consideró seguimiento por Salud Mental con tratamiento farmacológico.

Según la historia clínica hospitalaria no se presenta quejas ni reclamación, tampoco se realizan con respecto a las condiciones del centro médico, cuando el paciente espera el traslado en el Hospital de Ofra.

Esto es lo que se realiza normalmente en casos como el del paciente, pero no todos los casos son iguales ni tienen los mismos condicionantes, el Servicio de Psiquiatría estudia primero y luego decide.

Las actuaciones médicas están contempladas con la práctica hospitalaria normalizada, y sobre todo y en primer lugar con el estudio psiquiátrico y social (o socio-afectivo) del paciente que aporta y aclara en su informe el Jefe del Servicio de Psiquiatría del HUNSC (...).

En el caso del paciente, y tal como están de deficitarios en plazas los centros sociosanitario, es trasladado del HUNSC al Hospital de Ofra (porque a su casa no podía ir, estaba solo y sin ayuda socio económica, la familia no podía hacerse cargo) mientras se mueven los mecanismos de búsqueda de centro de estancia para el paciente.

El traslado al hospital de Ofra se efectúa con tratamiento médico completo, se ajusta en los sucesivos días, en los cuales el paciente tiene otros problemas de salud crónicos que se exacerban.

El paciente se tira por la ventana del baño y fallece el día 1 de septiembre de 2016, y el 31 de agosto, previamente, es valorado por Psiquiatría que informa al respecto: «acudimos a valorar al paciente que está pendiente de pruebas complementarias adicionales por sus problemas abdominales (...) alerta y bien orientado, cooperador, ansioso preocupado por sus molestias abdominales, impresiona de pensamiento mágico/supersticioso, achacaba de alguna forma sus problemas abdominales a la mala suerte y a una especie de castigo por sus autolesiones».

Según se actúa no creemos afectada la práctica médica, la buena y adecuada praxis.

Creemos que el fatal desenlace del paciente no prueba mala praxis médica, se pusieron a su servicio todos los medios necesarios para el diagnóstico y tratamiento, la muerte ocurre en el hospital con seguimiento y tratamiento psiquiátrico, pero de haber ido a su domicilio que era su otro razonable destino, hubiera ocurrido en el mismo, no tenía una enfermedad mental que obligara a su ingreso hospitalario en Unidad Psiquiátrica, los controles sucesivos contemplaban un paciente consciente orientado, y que renegaba de los intentos autolíticos, no era previsible, ni advertible el desencadenamiento final, de haberse supuesto se hubieran puesto los medios necesarios para intentar evitarlo, lo que se desprende de la historia clínica del buen hacer de los médicos Psiquiatras durante su tratamiento.

Dadas sus características psicológicas se optó por un centro socio sanitario donde sus carencias socio-afectivas podían ser cubiertas, de lo que se quejaba el paciente, siempre con seguimiento y tratamiento psiquiátrico. La familia nunca se opuso.

3. El 2 de marzo de 2018 se dicta Acuerdo Probatorio admitiendo las documentales pruebas propuestas por las partes:

- Por parte de los interesados: La documental consistente en los documentos que acompañan la reclamación inicial e Informe del Director General del Hospital del Tórax, que indique:

\* Características de la habitación en la que se ubicó al paciente, así como de su cuarto de baño y la ventana del mismo, debiendo especificarse si las mismas tenían medidas de protección.

\* Medidas de prevención y cuidado que se adoptaron en relación con el indicado paciente teniendo en cuenta los antecedentes de autolisis del mismo.

Historia clínica de (...).

- Por parte del SCS: Informe del SIP, de 28 de febrero de 2018 e Historia clínica del paciente relativo a los hechos, objeto de reclamación. Informe del Jefe de Servicio de Psiquiatría del HUNSC (folio n.º 118-120).

En trámite de audiencia, los reclamantes reiteran las manifestaciones contenidas en su escrito inicial.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada al considerar que no existe relación causal entre el daño reclamado y la actuación sanitaria, por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

### III

1. Este Consejo ya ha tenido ocasión de pronunciarse en anteriores ocasiones sobre reclamaciones de responsabilidad patrimonial similares a la presente, basadas en el suicidio del paciente mientras se encontraba ingresado en un Centro hospitalario. Condensa esta doctrina nuestro reciente Dictamen 216/2018, de 17 de mayo, de la siguiente forma:

«Para la determinación de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada se ha de reiterar la doctrina de este Organismo respecto de casos similares al presente (DCCC 38/2016, 274/2014, 76/2010, 178/2006, 133/2002, entre otros), y, a su vez,

de la doctrina del Tribunal Supremo en su constante jurisprudencia (SSTS de 13 de octubre de 2008, de 5 de mayo de 2007 y de 27 de enero de 2001, entre otras).

Así, en su Sentencia de fecha 21 marzo 2007, el TS señala que:

“De la argumentación contenida en dicha sentencia se extraen las siguientes conclusiones que deben examinarse en relación al caso de autos. En primer lugar es necesario analizar si el intento de autolisis resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes de la paciente, por cuanto si atendidos estos podía resultar previsible lo ocurrido, hubiera devenido necesario adoptar las necesarias medidas de atención y cuidado.

De la anterior doctrina se colige que en este caso la valoración de la actuación del servicio público concernido y la posible concurrencia de responsabilidad patrimonial por el hecho lesivo viene determinada por dos circunstancias: por un lado, en que el estado y los síntomas que presentaba la paciente no eran expresivos, conforme las indicaciones y recomendaciones preventivas para el manejo del comportamiento suicida, de la posibilidad de tal resultado lesivo; por otro, en que se realizó un seguimiento continuo del estado de la hija de la reclamante, que no mostraba una ideación o determinación suicida, con soporte psicosocial y farmacológico adecuado a la patología que padecía.

De tales circunstancias ha de concluirse, por tanto, que no concurren los elementos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

De los antecedentes anteriormente expuestos se desprende claramente que el desenlace fatal fue impredecible y difícilmente evitable pues, pese a haberse realizado un preciso seguimiento de la evolución del estado mental de la paciente, no se pudo ni advertir, ni mucho menos impedir, que pusiera fin a su vida. (...)”».

2. Esta doctrina, es plenamente aplicable en el presente caso, ya que, como resulta de sus antecedentes clínicos y su conducta durante su estancia hospitalaria, era imprevisible la conducta autolítica del paciente, lo que se sostiene en las mismas razones vertidas en la Propuesta de Resolución, que se fundamenta a su vez en los informes médicos obrantes en el expediente, especialmente el emitido por el SIP.

Así, el Servicio de Psiquiatría nos informa que dado la evolución adecuada y la buena respuesta al tratamiento el 12 de agosto se anota recomendando su traslado a Centro de menor nivel de cambios y con mayor autonomía.

Insiste Psiquiatría en su informe que el paciente posteriormente a esta fecha comenta sus problemas físicos y que hasta el día 23 de agosto «no se evidencian trastornos sensorio-perceptivos, ni ideas delirantes, si presenta ideas sobrevaloradas de enfermedad». «El paciente no sufre nuevos episodios autolesivos».

Como su familia refiere que no está en situación de atenderlo, se solicita valoración del trabajador social, para poder solicitar traslado a un centro sociosanitario.

El 26 de agosto, estable psiquiátricamente, el paciente es trasladado desde HGNSC al Hospital de Ofra, en «espera de centro sociosanitario de larga estancia, por falta de soporte socio-familiar para su retorno a domicilio». En el Hospital de Ofra a su llegada se realiza interconsulta a Psiquiatría para «valoración y seguimiento» del paciente en el centro.

El día 27 de agosto, estando previamente estable hemodinámicamente, presenta nuevo episodio de rectorragia (de la cual ya había sido tratado previamente) y dolor abdominal, es derivado de nuevo al Hospital de la Candelaria, tras comentarlo con médico de Medicina Interna de dicho hospital donde es tratado y estudiado. Se traslada de forma urgente al Hospital Nuestra Señora de Candelaria el 28 de agosto de 2016, al Servicio de Urgencias y es valorado por los Servicios de Psiquiatría y Medicina Interna.

Una vez estabilizado el paciente se remite al Hospital de Ofra, a la espera de centro sociosanitario. A su llegada la historia clínica refiere que el paciente está orientado y colaborador, estable hemodinámicamente.

En este tiempo el Servicio de Psiquiatría que observa al paciente refiere que se muestra preocupado por sus molestias físicas, interpreta que sus rectorragias podrían ser algún tipo de castigo por sus autolesiones. El día 2 de septiembre el paciente se tira por la ventana de su habitación, siendo *exitus*.

3. De acuerdo con el Informe del SIP el paciente no es diagnosticado de demencia, toda vez que presenta un discurso lógico, es consciente de lo que hace, expone sus problemas, aunque existiera un deterioro cognitivo leve por la edad, no es diagnóstico de demencia.

Hay que tener en cuenta que la depresión no es causa de internamiento hospitalario por sí misma. La depresión se trata durante todo el proceso que está hospitalizado tanto médicamente, como en atención psiquiátrica y psicológica.

El paciente en cuestión es ingresado en el servicio correspondiente que cura sus lesiones físicas, y mientras tanto es atendido por los profesionales correspondientes.

La estimación del riesgo de suicidio es algo muy complejo, recordemos que solo el 15% de los pacientes que se autolesionan llegan al suicidio.

Tras la observación durante muchos días por el Servicio de Psiquiatría, de no existencia de patologías psiquiátricas que demuestren necesidad de ingreso en las unidades de internamiento breve hospitalaria o centro psiquiátrico, del estudio de su proceso autolesivo, que el paciente reniega, que pide perdón, etc., o sea que es realista con los hechos y de otros factores psiquiátricos contemplados se opta dada la escasa ayuda social y afectiva del paciente ingreso en centro sociosanitario adecuado a su edad, donde tenga compañía y ayuda para el día a día, y que cuente además con la ayuda psiquiátrica necesaria de Salud Mental.

Se diagnostican sus actos como realizados por impulso autolesivo, llamado autolesiona, no suicidio son actos impulsivos que hay que tratar para controlarlos.

El psiquiatra diagnostica que el impulso autolesivo (no de suicidio) estaba controlado y que la respuesta al tratamiento había resultado positivo y que cumplía los objetivos de alta médica.

Lo que se infiere de la historia clínica del paciente y del seguimiento especializado es que no se estimó finalmente que fuera preciso después de su estancia en el HNSC someterle a una vigilancia especial, todo ello después de un seguimiento clínico sucesivo con entrevistas clínicas y tratamiento farmacológico adecuado al caso que tratara la depresión y la llamada impulsividad de los actos, y tras todo un largo periodo de seguimiento desde que llega al Hospital el 11 de junio hasta que lo abandona a finales de agosto.

En el caso del paciente, y tal como están de deficitarios en plazas los centros sociosanitario, es trasladado del HUNSC al Hospital de Ofra (porque a su casa no podía ir, estaba solo y sin ayuda socio económica, la familia no podía hacerse cargo) mientras se mueven los mecanismos de búsqueda de centro de estancia para el paciente.

El traslado al hospital de Ofra se efectúa con tratamiento médico completo, se ajusta en los sucesivos días, en los cuales el paciente tiene otros problemas de salud crónicos que se exacerban.

El día anterior a su óbito, el 31 de agosto, es valorado por Psiquiatría que informa al respecto: «acudimos a valorar al paciente que está pendiente de pruebas complementarias adicionales por sus problemas abdominales (...), alerta y bien orientado, cooperador, ansioso preocupado por sus molestias abdominales, impresiona de pensamiento mágico/supersticioso, achacaba de alguna forma sus

problemas abdominales a la mala suerte y a una especie de castigo por sus autolesiones».

De lo anterior es claro que, pese a los intentos anteriores de autolisis, de los distintos informes psiquiátricos (el último el día anterior a su muerte) se desprende que no resultaba previsible que intentara acabar con su vida, por lo que se descartó la necesidad de adoptar otras medidas de atención y cuidado. Por lo tanto, acreditado que se prestó la asistencia que requería en cada momento y que, según los distintos informes obrantes en el expediente, no era previsible el desenlace final que se produjo, podemos concluir, de acuerdo con la jurisprudencia reseñada, que la Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio a la pretensión de los reclamantes, es conforme a Derecho, al no concurrir relación causal entre el funcionamiento del servicio sanitario, que se ha prestado de acuerdo a la *lex artis*, y el daño reclamado.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, se considera conforme a Derecho.