



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 1 2 / 2 0 2 0

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de octubre de 2020.

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 (...) en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 362/2020 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 28 de agosto de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 2 de septiembre de 2020.

2. La cuantía indemnizatoria solicitada, 216.029 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) 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). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, pues los daños sufridos, presuntamente, por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral [art. 4.1.a) LPACAP], como consecuencia del fallecimiento de su hermana, relación que se acredita en el expediente mediante la aportación del libro de familia, donde, además, constan otros hermanos, dos de los cuales se personan a lo largo del procedimiento como interesados.

5. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 26 de octubre de 2018 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del fallecimiento de su hermana, por suicidio, el 18 de noviembre de 2017.

II

El reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermana, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

«PRIMERO: (...) Mi hermana, es ingresada el día 8 de noviembre de 2017 y permanece hospitalizada hasta el día 10 así mismo de dicho mes de noviembre en que se le da el alta del Centro Hospitalario del Dr. Negrín de esta Ciudad de Las Palmas de GC. El motivo de su ingreso era "Ideación Autolítica". Estando dentro de su domicilio intentó autolesionarse no

siendo esta la primera vez y, siendo ese el motivo por el que fue ingresada. Tras recibir tratamiento durante unos días en el Hospital Dr. Negrín de esta Ciudad, se le da el alta, realizando una crítica de su ideación autolítica, niega su intencionalidad y acepta el apoyo que le ofrece el centro hospitalario, todo ello ante la presencia del médico que la atendió. Acepta, asimismo, la ayuda y el apoyo familiar que le pauta el médico para los siguientes días. Todo esto insistimos a presencia del médico que la atendía el cual sabía de sus antecedentes familiares en temas de suicidio y, sus intentos anteriores de consumir el mismo.

Hacemos hincapié en esto, pues tal y como establece la guía del insalu (SIC), la entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un importante papel en su evaluación, supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida.

SEGUNDO: El fin de semana en que mi hermana fue dada de alta, permaneció en compañía de varios familiares, siguiendo instrucciones del médico que la atendió el día del alta hospitalaria. Pasado unos días, mi hermana es encontrada muerta en la vía pública, en concreto en la calle (...), tras haberse precipitado al vacío, supuestamente desde su vivienda en la planta 10º del edificio en que vivía. El fallecimiento se produjo el día 18 de noviembre de 2017 sobre las 09,15 horas constatando el Exitus el médico Colegiado 03716 que acudió al lugar de los hechos y en el que se puede leer en su informe, que la paciente sufrió signos de muerte biológica por politraumatismo incompatible con la vida por precipitación.

(...), en el momento de su fallecimiento se encontraba de baja laboral (...), y lo estaba como consecuencia de un fuerte proceso depresivo grave del que tenía sobrado conocimiento el Servicio Canario de Salud y los médicos que la trataban.

(...)

La base que sustenta mi pretensión de que se declare la Responsabilidad Patrimonial de la Administración y se conceda la indemnización que se solicita radica en entender que la asistencia recibida por (...), ha sido inadecuada y que ha sido la causa de que la misma terminase con su vida. La falta de previsión por parte del Hospital que la trató es palmaria, ya que no previo algo tan importante como era la protección de la vida de la paciente cuando días antes había acudido a Urgencia y es internada con intención Autolítica, por lo que la misma se debió ver más protegida y no lo fue, ocasionando un daño a su persona irreversible, con el resultados que sabemos así como unos daños irreparables a sus familiares directos y amistades que están sufriendo las consecuencia de dicha pérdida, que insistimos pudo haber sido evitada si se hubiesen tomado las medidas correctas por la dirección facultativa del centro en el que estuvo días antes ingresada. La entrevista clínica que en su momento tuvo, debió ser el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un

importante papel en su evaluación, supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que podía haber jugado un papel relevante en la reducción del riesgo suicida de (...), pero la realidad fue otra muy distinta y eso que sus antecedentes también podían presagiar el fatal desenlace.

La evaluación del riesgo suicida debió ser en su momento una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida y a tener muy en consideración en un centro de atención especializada, pero la realidad fue otra, al no haberse adoptados todas las medidas preventivas encaminadas a que la paciente no ejecutara un acto como por el que fue ingresada, por tanto, fallaron los dispositivos preventivos que debió adoptar el centro hospitalario antes de darle el alta a (...).».

Reclama el interesado 216.029 euros por los daños sufridos.

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 13.3 RPAPRP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 29 de noviembre de 2018 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a que subsane su reclamación mediante la aportación de determinada documentación, viniendo a aportarla parcialmente el 20 de diciembre de 2018.

- El 17 de enero de 2019 y, a la vista de la documentación presentada, se requiere nuevamente al interesado a fin de que aporte testimonio completo de las Diligencias Previa n.º 5749/2017 seguidas ante el Juzgado de Instrucción n.º 8 de Las Palmas de Gran Canaria y, en su caso, resolución judicial firme que hubiese puesto fin al procedimiento penal incoado a resultas de dichas diligencias. El 30 de enero de 2019 se presenta escrito en el que, con relación al testimonio completo de las Diligencias Previa n.º 5749/2017, se señala que el reclamante no se ha personado en las mismas, disponiendo tan solo de las diligencias policiales n.º 2805/17, que se aportan.

- Por Resolución de 8 de febrero de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado, acordando la suspensión del procedimiento hasta la aportación de las referidas Diligencias Previa. Tras ser

aportadas el 25 de marzo de 2019, mediante Resolución de 3 de abril de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud, se levanta la suspensión del procedimiento, lo que se notifica al interesado el 16 de abril de 2019.

- Tras solicitarse informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), éste se emite el 2 de octubre de 2019, tras haber recabado la documentación oportuna: la historia clínica de la paciente en los distintos centros asistenciales y los informes de los Servicios implicados, así como informe del psiquiatra privado que trató a (...) por cuadro psicopatológico de carácter depresivo ansioso desde el 15 de febrero de 2017 hasta el 14 de noviembre de 2017, aportado el 25 de junio de 2019 por el reclamante a requerimiento del SIP.

- El 17 de octubre de 2019, y dado que no se ha cumplimentado por el reclamante aún, se le requiere nuevamente a fin de que, teniendo en cuenta la existencia de otros posibles interesados en la reclamación de responsabilidad - hermanos de la fallecida- aporte escrito de los mismos manifestando su intención de personarse en el procedimiento o, identifique el domicilio de los mismos a fin de que por esta Administración, se les efectúe el oportuno requerimiento. Ello se notifica al reclamante el 30 de octubre de 2019, presentando escrito el 11 de noviembre de 2019 en el que manifiesta ser el único que tiene interés el ser parte del procedimiento, si bien facilita los datos de sus hermanos.

- El 12 de diciembre de 2019, se cursa a aquéllos, (...), (...) y (...), escrito a fin de que manifiesten su intención de personarse en el procedimiento. Tras dos intentos de notificación personal a (...), se procede a notificar dicho escrito mediante publicación en el BOC n.º 40 de 27 de febrero de 2020 y en el BOE n.º 55, de 4 de marzo de 2020. Por su parte, los otros dos hermanos reciben notificación presentando escrito, el 27 de diciembre de 2019, en el que manifiestan que desean personarse en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, solicitando copia del expediente administrativo.

- El 11 de noviembre de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por el interesado, tanto la documental aportada como las testificales solicitadas, a excepción, por considerarse innecesaria, de testifical y pericial de la doctora que atendió a (...) en urgencias del Centro de Salud el 11 de noviembre de 2017, ya que su actuación consta en la historia clínica de la paciente, limitándose la facultativa a extender receta de lo prescrito en el Hospital Dr. Negrín. Asimismo, se incorpora en este trámite la documentación clínica

recabada durante la instrucción y el informe del SIP. Asimismo, se insta al reclamante a la aportación de pliego de preguntas a realizar. De ello recibe notificación el 18 de noviembre de 2019, aportándolo el 28 de noviembre de 2019.

- El 11 de noviembre de 2019, se cita como testigos al Dr. (...), psiquiatra privado de (...), y a la Dra. (...), facultativa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Negrín, si bien, se comunica desde la Dirección Gerencia de este centro hospitalario la imposibilidad de su citación por ya no estar vinculada al mismo y carecer éste de información para proceder a su notificación, lo que se notifica al interesado el 28 de noviembre de 2019.

- Con fecha 13 de diciembre de 2019 se realiza testifical a (...), con el resultado que obra en el expediente, más, no se practica la prueba testifical al Dr. (...) por no comparecer a la prueba, de lo que se expide diligencia el mismo día de la prueba.

- El 19 de diciembre de 2019 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación el reclamante el 30 de diciembre de 2019, sin que conste la presentación de alegaciones.

- Asimismo, el 22 de enero de 2020 se evacua trámite de audiencia a los otros dos interesados, que se habían personado en el procedimiento el 27 de diciembre de 2019, (...) y a (...), sin que tampoco hayan formulado alegaciones.

- Tras dictarse Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados el 15 de junio de 2020, y, en igual sentido, Borrador de Resolución del Director del SCS, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 21 de julio de 2020, se emite Propuesta de Resolución definitiva el 24 de agosto de 2020, que es remitida a este Consejo para ser sometida al preceptivo dictamen.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, como se analizará, la pretensión del reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica de la paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.- Paciente de 54 años de edad, en seguimiento por Médico Psiquiatra privado desde hace 9 meses (desde 15-02-2017 hasta 14-11-2017), por cuadro depresivo y ansioso -Trastorno

depresivo recurrente- con empeoramiento progresivo que relaciona con sintomatología de climaterio.

2.- Ingresa en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, el día 08-11-2017 por ideación autolítica (Ingesta de fármacos y cortes en su muñeca izquierda que requirieron sutura). Tiene antecedentes familiares de suicidios consumados de un primo segundo y de una sobrina de este primo segundo.

3.- A la exploración la paciente está lúcida, consciente, colaboradora, orientada en forma global, tranquila, adecuada, fascie hipomímica, buen contacto, discurso fluido, espontáneo, coherente, centrado en relatar el cuadro desde el principio en forma ordena, cogniciones depresivas, no alteraciones en el curso del pensamiento, sin alteraciones sensorceptivas ni síntomas psicóticos. Afecto hipotímico, no anhedonia, (Anhedonia: negación a experimentar placer) ni apatía, priman los sentimientos de culpa y vergüenza por la situación actual y a su dificultad para pedir ayuda a los demás en ese sentido, en contexto de rasgos de personalidad anancásticos (TOC) que le impulsan a salir de la situación por cuenta propia. Reconoce que cuenta con excelente apoyo sociofamiliar y con una situación de base. Niega ideación autolítica al momento de la entrevista, hace crítica completa del suceso y reconoce que la estancia en observación ha sido efectiva para solicitar ayuda antes de realizar una nueva tentativa. Acepta las ayudas propuestas, con planes adecuados a futuro, a corto y mediano plazo.

4.- Se realiza contacto telefónico con familiar (hermana), quien se compromete a realizar acompañamiento durante el fin de semana y apoyar a la paciente en el proceso de recuperación, se entregan pautas de manejo. Vigilancia estrecha durante los próximos días. Volver a acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario en caso de nueva ideación autolítica. Tanto la paciente como el familiar, se muestran de acuerdo.

5.- El día 10-11-2017, la paciente resulta Alta hospitalaria con tratamiento, recomendaciones e interconsulta a la Unidad de Salud Mental correspondiente.

6.- El día 14-11-2017, es valorada en consulta de su Médico Psiquiatra privado.

7.- El día 18-11-2017, la paciente resulta exitus».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible más que la aplicación de las técnicas sanitarias, diagnósticas y terapéuticas, en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la

obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público).

4. Partiendo de lo señalado, hemos de analizar en el presente caso si se actuó conforme a la *lex artis*, poniendo a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos precisos según el alcance de la ciencia médica en el momento de los hechos a fin de evitar el fatal desenlace.

Concretamente, a raíz de la prueba testifical realizada al reclamante, éste plantea, ante las preguntas seis y siete, como cuestiones a las que imputa el incorrecto funcionamiento del servicio: alta prematura a su hermana, así como que ni durante el ingreso ni al tiempo del alta se le pautó ningún tratamiento salvo medicación para tranquilizarla, y ausencia de cita posterior para hacerle seguimiento, limitándose a remitirla a su médico particular.

5. Pues bien, ciertamente, en el presente caso, argumenta, adecuadamente, la Propuesta de Resolución, en virtud del informe del SIP, la adecuación de la asistencia prestada a la paciente.

Ante todo, ha de aclararse que, a la vista de la historia clínica de la fallecida, se constata que sus cuadros depresivos fueron tratados por profesionales sanitarios privados, tanto psicólogos como psiquiatras, acudiendo a su médico de cabecera únicamente para la dispensación del tratamiento farmacológico pautado por los profesionales sanitarios privados. Por lo que no llevaba ni tratamiento pautado ni seguimiento de su depresión por profesional sanitario especializado (psiquiatra/psicólogo) del Servicio Canario de la Salud.

No hay constancia, en contra de lo afirmado por su hermano -(...)- en la testifical practicada el 13 de diciembre de 2019, de que acudiese a psiquiatra del Servicio Canario de la Salud a principios de 2017.

Además, manifiesta la paciente en todo momento su voluntad de seguir siendo atendida por su médico privado.

Bien, sentado esto, por tanto, la asistencia sanitaria especializada prestada por el Servicio Canario de la Salud fue puntual, limitada, a los días 8, 9 y 10 de noviembre de 2017, por intento de autolisis. Siendo correctamente valorada y evaluada por los profesionales sanitarios, no siendo cierto lo afirmado por el reclamante de que se le dio el alta de forma prematura y sin tratamiento o seguimiento toda vez que, la fallecida fue no solo valorada aquellos días en el SCS, reajustándosele el tratamiento pautado por su psiquiatra privado, sino que, después de estar en observación y se le deriva de forma preferente a la Unidad de Salud Mental de Ciudad Alta para seguimiento psicológico ya que la fallecida refiere que quiere seguir con su psiquiatra privado.

A efectos de dar el alta a la paciente, se tuvieron en cuenta todos los factores presentes, tanto los protectores como de riesgo, tras lo que se constata que puede seguir en tratamiento ambulatorio no siendo necesario su internamiento.

- Así, por un lado, con respecto a la asistencia prestada, como señala el informe del SIP, la OMS define el suicidio como un *«acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados»*.

En los estudios de autopsia psicológica, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio, siendo los trastornos más frecuentes asociados: la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros.

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida. La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo per se.

Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento. Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas.

La información necesaria para la evaluación del riesgo puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.

En cumplimiento de todo ello, en el presente caso a (...) se le hicieron varias evaluaciones del intento de suicidio, tal y como está protocolizado, por parte de varios profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Negrín, los días 8, 9 y 10 de noviembre de 2017.

En dichas evaluaciones se incluyeron entrevistas clínicas y exploraciones psicopatológicas. Había datos de enfermedad psiquiátrica, estaba diagnosticada de trastorno ansioso depresivo -no padecía una enfermedad mental grave- pero no intentos de suicidio previos o conductas autolíticas, lo que, como veremos, se constata por el psiquiatra privado que la atendía. No constan antecedentes de consumo de sustancias.

Desde el punto de vista individual, el único factor de riesgo era la existencia de una enfermedad física (cáncer de mama) que, por otra parte, había evolucionado hacia una recuperación completa, así como posibles alteraciones hormonales. También la edad y la ausencia de pareja estable.

Desde el punto de vista familiar o contextual la paciente poseía recursos familiares (hermanos) para hacer frente a la situación.

Asimismo, durante el ingreso, la paciente hace crítica del acto y expresa planes de futuro, lo que es un factor protector que expresa confianza en uno mismo.

Factores de protección como crítica de lo sucedido, expresión de planes de futuro, existencia de excelente apoyo social y familiar, todo lo que hacía pensar la no repetición de la conducta suicida.

De hecho, consta en las notas de psiquiatría durante su ingreso, con fecha 10 de noviembre de 2017:

«(...) No gestos autolíticos a lo largo de su vida».

Al respecto, se señala en la Propuesta de Resolución, que «En contra de lo afirmado por el reclamante, (...), nunca antes del intento de suicidio acaecido el 8 de noviembre de 2017, la paciente había intentado suicidarse. No constan, con anterioridad al 8 de noviembre de 2017, intentos de autolisis previos. En este sentido, tanto el psiquiatra privado (...) como los psiquiatras que valoraron a la paciente los días 8, 9 y 10 de noviembre, recogen la inexistencia de intentos de autolisis previos.

(...) Tras permanecer 48 h en observación, la paciente realiza crítica total del intento, niega intencionalidad autolítica actual y acepta el apoyo y la ayuda que se le ofrece. Se realiza una intervención para concienciación de la necesidad de tratamiento integral y de aceptar el apoyo familiar en este momento, frente a la cual la paciente se muestra permeable y se compromete al seguimiento».

Tras una ponderación de factores de riesgo y factores protectores, el profesional que la evalúa no considera necesario su traslado a la unidad de psiquiatría aunque sí se le deriva a la Unidad de Salud Mental (psicólogo) y al psiquiatra privado de la paciente, quien se compromete a atenderla tras el alta.

Por lo expuesto, el Servicio de Psiquiatría concluye que, de conformidad con el juicio clínico de los facultativos que la atendieron y las medidas contempladas en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) se aplicó el tratamiento oportuno y se siguió la *lex artis*, esto es evaluación por profesional idóneo, estudio y análisis previo de la paciente, empleo de técnicas o medios convenientes con aceptación universal -entrevista clínica- consentimiento de la paciente.

En la escala de evaluación SAD Persons (usada, en ocasiones para decidir conducta seguir ante conductas autolíticas) puntuaría 3-4 puntos, lo que supone un seguimiento ambulatorio, tal y como se indicó.

- Y, por otro, para completar el estudio de la paciente, dado que proviene de atención privada, y constando informe de su especialista, consta que desde el SCS el estudio de la paciente durante su ingreso se complementó a través del contacto con su psiquiatra privado. Así el 9 de noviembre de 2017, se anota por el psiquiatra que ante la existencia de factores de riesgo [la paciente vive sola, no había previsión de rescate, antecedentes familiares de suicidio (...)] se decide que permanezca en observación. Contacto con su psiquiatra de referencia [Dr. (...)] que se compromete a atenderla el lunes a las 10:00 h si se le da el alta (lo cual debería darse con el compromiso de sus hermanos).

Por ello, seguidamente, se realiza contacto telefónico con familiar (hermana), quien se compromete a realizar acompañamiento durante el fin de semana y apoyar a la paciente en el proceso de recuperación, se entregan pautas de manejo.

Plan: vigilancia estrecha durante los próximos días, volver a acudir al SUH en caso de nueva ideación autolítica. Tanto la paciente como el familiar se muestran de acuerdo.

El fallecimiento ocurre 8 días después de ser vista por facultativos del Servicio Canario de Salud, constando que, tras el alta, es vista por su psiquiatra privado, por última vez el 14 de noviembre de 2017, no observándose por éste, riesgo o intencionalidad suicida. Tal y como figura en el informe emitido por éste, tras el hecho, es evaluada, constatándose por el psiquiatra que se encuentra preocupada por lo sucedido, hace autocrítica del acto, muestra su arrepentimiento y su puesta a disposición a realizar las indicaciones del tratamiento y control pertinente, niega idea autolítica y manifiesta deseos de poder recuperarse lo antes posible y a volver a su vida cotidiana.

Asimismo, se le ofrece por su psiquiatra la posibilidad de comunicarse inmediatamente con él ante cualquier circunstancia, tanto la fallecida como sus familiares, no existiendo constancia de que, entre el 14 y el 18 de noviembre, la fallecida o sus familiares contactaran con él por empeoramiento del estado de (...), por lo que es posible entender que se encontraba estable y su estado no había empeorado y que no había presentado de nuevo ideación suicida.

Se observa, de todo lo examinado que ninguno de los profesionales sanitarios que la atendieron, tanto públicos como privados, a la vista del estado de la paciente, de su disponibilidad a tratamiento, la autocrítica de lo sucedido y sus planes a corto plazo y la negación de ideación autolítica, presagiaron un desenlace como el que finalmente se produjo.

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo *per se*.

En este caso, dado lo expuesto, la paciente fue debidamente tratada, no presentando en el momento de su atención por el SCS factores que determinaran su ingreso en la Unidad de Psiquiatría, sino seguimiento ambulatorio, tal y como se pautó, y en lo que estuvo de acuerdo la familia, con cuya colaboración se contó a tal fin.

Asimismo, en contra de lo afirmado por el reclamante, se ajustó el tratamiento y se añadió Rivotril, no siendo cierto que no se pautara tratamiento ni durante el ingreso ni tras el alta, al haber sido remitida además, al alta, a su médico privado, tal y como era la voluntad de la paciente, y por quien veía siendo tratada anteriormente, limitándose la atención del SCS en ese tiempo a recetar el tratamiento pautado por el especialista privado, a requerimiento de la paciente.

6. En relación con la carga probatoria cabría traer a colación la Sentencia núm. 84/2000 de 9 febrero, AC 2000\1373, de la Audiencia Provincial de Granada (Sección 4.^a), que entre otras indica:

«(...) En la actuación del personal sanitario no se produce la denominada responsabilidad por riesgo cuya consecuencia más inmediata es la inversión de la carga de la prueba, y ello porque no concurren en estos casos el fundamento de aquélla, cual es la responsabilidad cuasi objetiva como contrapartida del beneficio que se obtiene de la actividad desplegada. Así, la STS de 8 de octubre de 1992 (RJ 1992, 7540), señala que es imprescindible demostrar como hecho probado la imputabilidad de una acción positiva u omisiva con perfiles culpabilísticos. En la conducta de los profesionales sanitarios queda descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, debiendo el paciente acreditar el nexo causal y la culpa (doctrina ya consolidada en Sentencias de 7 de junio de 1988 [RJ 1988, 4825] , 7 [RJ 1990, 668] y 12 de febrero de 1990 [RJ 1990, 677]). En parecido sentido la STS de 13 de octubre de 1992 (RJ 1992, 7547) que establece que el personal sanitario tiene como obligación no la de obtener,

en todo caso, la recuperación del enfermo, o lo que es igual, no es una obligación de resultado, sino una obligación de medios, es decir, está obligado no a curar al enfermo, sino a proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia [STS 2 de febrero de 1993 (RJ 1993, 793)]. (...)».

En el presente caso, el reclamante no ha acreditado la falta de puesta a disposición de la paciente de todos los medios diagnósticos disponibles.

7. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por el interesado.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.