Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 0 2 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 12 de mayo de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 representación de (...) y (...), (...) y (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 152/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 31 de marzo de 2025 (con Registro de entrada de 1 de abril de 2025) es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. En relación con la preceptividad del presente dictamen, la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), mediante su Disposición final sexta que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

"e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros".

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

Por ello, en este caso, la cuantía indemnizatoria solicitada, 214.246,1 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) LCCC 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 legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

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. 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 de los interesados, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral [art. 4.1.a) LPACAP], como consecuencia del fallecimiento de su esposa y madre, según se acredita en el expediente. Si bien, en este caso, actúan los interesados mediante la representación debidamente acreditada de (...) (art. 5.1 LPACAP).

En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo, entre otros, en el Dictamen 66/2020, de 3 de marzo:

«4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como `iure hereditatis´, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte `iure propio´, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas

por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien `vida´ sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible `mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales `iure hereditatis´" (...) ».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa del esposo e hijos de la fallecida para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados del óbito de su esposa y madre, respectivamente. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

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 de la reclamación, ya que la acción se ha ejercitado por los interesados en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 4 de marzo de 2024 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del fallecimiento de (...), el 4 de marzo de 2023.

II

Los reclamantes instan 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 esposa y madre, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos destacables:

- (...) Inició cuadro de características depresivas sobre el año 2011 pero es desde 2019 cuando se agrava, con presencia de ideas de tipo delirante en torno al suicidio de su hermano hace más de diez años.

-(...) ha residido en los últimos años de su vida entre dos islas, isla de Tenerife de donde era natural y en la isla de Fuerteventura, lugar de residencia de su hija para luego volver a Tenerife.

-Aproximadamente, en el año 2011, se le diagnostica de depresión. Este diagnóstico ha sido una constante en el historial médico de la paciente por más de diez años, en el que su estado de salud ha ido empeorando. Dicho empeoramiento se ha debido al tratamiento -según los reclamantes- que el SCS hace a la salud mental,

desde las áreas de la Atención Primaria, la dinámica normalizada se basa en medicar y no derivar, y cuando se ha producido la derivación, esta no se ha materializado.

-En el 2019, los médicos de atención primaria (MAP) y el área de enfermería recogen como motivo de consulta, ansiedad, ganas de llorar, desasosiego, e incluso que lleva diez años tomando Lorazepam. Se vuelve a prescribir medicación, sin valorar la posibilidad de derivarla a Salud mental.

-Vuelve a acudir a enfermería con ansiedad y que la medicación no le ayuda. Se le pauta citarse con el MAP para valoración y es atendida veintiún días después y lo único que plasma en el historial son los diagnósticos de ansiedad y pauta de emulsiones cutáneas.

-Además, se hace constar que la paciente acude a psicólogo privado, por propia iniciativa de la paciente por mejorar su calidad de vida, al no ser derivada por el servicio de AP.

-Transcurren casi dos meses desde la última consulta y vuelve a acudir a su MAP donde ésta transcribe que *«lleva meses de ansiedad tras eventos personales que le han desencadenado el cuadro».*

- Vuelve a acudir a su enfermero de referencia, en fecha de 17 de diciembre de 2019. Lleva unos cinco días de ansiedad, agitación, insomnio y es pautada de nuevo y que sea valorada con su MAP.

- El 3 de enero de 2020, acude a su MAP para que le recete lo que el psiquiatra privado le ha pautado, ya que es ella por voluntad propia que acude al ámbito privado para que la medique un especialista, habida cuenta que no es derivada a Salud Mental, de lo expuesto por la MAP, no se hace más valoración, ni siquiera el tomar en consideración de hacer un seguimiento de la paciente, aunque fuera telefónico, sobre su evolución con el psiquiatra.

- A los doce días vuelve a acudir a su enfermero de referencia para decirle que sigue con la ansiedad.

- Doce días después vuelve a su MAP, por indicación de su enfermero. Diagnóstico: *«Ansiedad generalizada».*

- El 10 de febrero vuelve a acudir a su enfermero de referencia para indicarle la misma sintomatología, cuadro de ansiedad, que está más ansiosa de lo normal.

- En el año 2021, en el mes de septiembre acude a su MAP, y la doctora refiere como diagnóstico, «*trastorno depresivo mayor con episodio único con síntomas psicóticos*», siendo que el día 25, vuelve a acudir con episodio repetido de ansiedad y tras tener la primera cita con USM de Puerto de la Cruz, donde refieren que la llamarían, vuelve el 29 de septiembre, porque se siente que no mejora.

- Mes y medio después, el enfermero de referencia transcribe que acude a consulta porque se siente muy nerviosa y que está pensando en suicidarse.

- Desde el MAP, que procede a su derivación al CHUC, como interconsulta urgente, y no se hace una valoración de esto por la especialista de USM del CAE de Puerto de la Cruz.

- La paciente vuelve a repetir la idea del suicidio y que incluso viendo un barranco pensaba en saltar para que se fuera su sufrimiento, y en las observaciones de la psiquiatra no consta absolutamente referencia alguna a esto.

- Según hace constar la MAP en diciembre, desde USM ya le habían anulado la cita, sin haber sido atendida, es decir de la primera que vez que la ven, el 20 de octubre de 2020, no la vuelven a ver porque le han cambiado la cita (hasta casi dos meses después) y es esta MAP la que si mantiene un seguimiento y hasta solicita el informe del psiquiatra privado para tener su valoración especializada. En las notas de la doctora «*Niega ideas delirantes».*

- En febrero de 2022 tiene cita con Psiquiatra del CAE de Puerto de la Cruz, donde la especialista refiere lo siguiente: *«Refiere mejoría y cambio a psiquiatra privado».*

- En junio del 2022, consta que sigue teniendo problemas a pesar de la medicación recibida por el psiquiatra privado.

- En agosto del 2022, procedió a un intento de suicidio mediante ingesta de pastillas, y una vez que vuelve a residir en Tenerife, la propia MAP hace constar que hasta diciembre no tiene cita con el especialista, es decir, cuatro meses para que vuelva a tratarla un psiquiatra habiendo intentado quitarse la vida, obviando de manera clara que se encuentran con una paciente de riesgo.

- No consta más visitas a la USM de la viera, ya que se procedió a cambiar todas las citas, hasta el punto de que no podía acceder al servicio porque estos cambios eran correlativos sin llegarse a materializar en ningún caso las citas.

- (…), se quita la vida el 4 de marzo de 2023.

Justifican los reclamantes la relación de causalidad entre el suicidio de su esposa y madre, y el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en lo siguiente:

« (...) no ha existido coordinación alguna entre Atención Primaria y la USM del CAE del Puerto de La Cruz, y lo más grave de todo, como han sido las actuaciones de algunos facultativos sanitarios que han sido, nulas o negligentes, y decimos esto habida cuenta las observaciones transcritas por los distintos profesionales.

Es a iniciativa propia y de su familia que la Sra. (...) acude a psiquiatra privado para poder ser tratada de su diagnóstico al no recibir la asistencia médica especializada. Y aun así, no es tomado en cuenta por la psiquiatra de referencia.

- La Sra. (...) tuvo un intento de suicidio acaecido en Fuerteventura, con ingesta de gran cantidad de pastillas, por lo que fue hospitalizada en el Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña, hecho que es FACTOR DETERMINANTE Y DE RIESGO sobre el tratamiento y como se ha de actuar con pacientes con estos antecedentes, hecho que no ha sido tomado en cuenta por los servicios sanitarios. El principal factor de riesgo para el suicidio es el trastorno psiquiátrico: esquizofrenia, trastornos psiquiátricos y de personalidad, adicción al alcohol y otras drogas –fundamentalmente en comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos severos-, trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico, y, sobre todo, la depresión. El mayor riesgo se relaciona con la depresión y trastornos bipolares, diagnóstico que tiene la Sra. (...) y que además se corrobora por su psiquiatra privado.

(...)

Por ello afirmamos de manera tajante que la Sra. (...) ha sufrido una dejadez y un maltrato como paciente, ha sido VÍCTIMA DE UN MAL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO CANARIO DE SALUD al no ser valorada como UNA PACIENTE DE RIESGO, por los antecedentes de salud mental, su diagnóstico, la falta de derivación al servicio especializado, la mala calidad de atención, el intento de suicidio previo que deja más que demostrado, a lo largo de la exposición de este escrito, que de haber sido lo contrario, Doña (...) no hubiera vuelto a intentar quitarse la vida.

- Por tres ocasiones seguidas fueron anuladas las citas de (...) para acudir al especialista (Psiquiatra) y no fue tomado en cuenta, es decir las y los pacientes no son valorados de manera individual desde un punto de vista de su casuística, sino que son meros sujetos de cambios administrativos sin tener en cuenta que se encuentran como es el caso con una PACIENTE CON FACTOR DE RIESGO, CON UN INTENTO DE SUICIDIO PREVIO».

Por todo ello, se solicita una indemnización que es cuantificada en 214.246,1 euros.

III

1. En este procedimiento el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Desde el punto de vista formal, el presente procedimiento ha sido tramitado adecuadamente, constando las siguientes actuaciones:

- El 5 de marzo de 2024 se identifica el procedimiento y se insta a los reclamantes a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que reciben notificación el día 11 de marzo de 2024, aportando lo requerido el 24 de marzo de 2024. En escrito de mejora se aclaran determinados puntos de la reclamación, incidiendo la relación de causalidad entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

- Por Resolución de 4 de abril de 2024, del Secretario General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada, de lo que se recibe notificación por los interesados el 5 de abril de 2024.

- El 5 de abril de 2024 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a cuyo efecto, el 10 de abril de 2024, éste pide al Servicio de Normativa y Estudios requerir a los reclamantes la aportación de los informes de especialistas privados en psicología y psiquiatría a los que había acudido la paciente. Tras requerirse tal documentación el 15 de abril de 2024, los reclamantes la aportan el 30 de abril de 2024, lo que se remite al SIP.

- El informe del SIP es emitido el 26 de junio de 2024, tras haber recabado, tanto la documental antes referida, como la información obrante en Historia de Salud relativa a la asistencia recibida en el ámbito de Atención Primaria (AP) en las islas de Tenerife y de Fuerteventura; Historia Clínica relativa a la atención recibida en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) de Tenerife y en el Hospital General de Fuerteventura (HGF); e informes emitidos por los siguientes especialistas: (...), médico del Servicio de Psiquiatría del CHUC; (...), médico de Atención Primaria (AP) del Centro de Salud (CS) de Los Realejos (Tenerife); (...), director médico de AP de Fuerteventura; y (...), coordinador del Área de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura (HGF).

- El 28 de junio de 2024 se dicta acuerdo probatorio, en el que se admiten las pruebas documentales propuestas por los interesados y se incorpora la

documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP, declarándose concluso este trámite por obrar todas las pruebas documentadas en el expediente. De ello reciben notificación los interesados el 2 de julio de 2024.

- Con fecha 28 de junio de 2024 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, lo que se notifica a los interesados el 2 de julio de 2024, sin que conste la presentación de alegaciones.

- El 28 de marzo de 2025 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, que no es informada por el Servicio Jurídico al señalar que se trata de una cuestión resuelta previamente y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico, no siendo preciso, pues, tal informe, conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1997, de 7 de febrero, que señala que sólo procede la petición de informe al Servicio Jurídico en aquellas cuestiones que no hayan sido informadas con anterioridad.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de los interesados. Ahora bien, antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, en relación con la asistencia que nos ocupa, según el informe del SIP, constan en la historia clínica de la paciente. En aquél se hace constar:

Por un lado, y con carácter general, incluso aludiendo a episodios de depresión y ansiedad previos a los referenciados en la reclamación, constan los siguientes antecedentes de la paciente:

«1.- Según la documentación en su historia clínica, se trata de una mujer, nacida el 9/05/1960, de 62 años al momento de los hechos, con antecedentes médicos de obesidad, problemas de alimentación y carcinoma basocellular primario (2019).

2.- Natural de Tenerife, ha vivido a lo largo de su vida entre Fuerteventura, lugar de nacimiento de su esposo, y Tenerife. Entre 2006 y junio de 2020, residió de manera estable en Fuerteventura. A partir de esa fecha, regresó a Tenerife y solía viajar durante unos meses a Fuerteventura, donde continuaba residiendo su hija. Esto explica que la paciente haya recibido atención médica en ambas islas.

3.- Según consta en la historia clínica de Atención Primaria (AP) de Fuerteventura, la paciente tenía antecedentes de depresión reactiva a problemática de pareja, registrados por primera vez el 30 de agosto de 2006 (diagnóstico: depresión reactiva). En esa época, requirió

tratamiento farmacológico antidepresivo y fue derivada a la USM de referencia, aunque ella no acudió a una de las citas programadas, en abril de 2007, y se tuvo que volver a derivar.

4.- En la historia clínica de AP, el 7/06/2010 se refleja una recaída depresiva y problemas familiares, mostrando la paciente una actitud pesimista respecto a la eficacia de las intervenciones ofrecidas en AP ("se encuentra muy mal pero no cree que la ayuda por nuestra parte pueda solucionar nada de sus problemas"). De manera similar, el 5/11/2013 se describe una reacción de adaptación tras la separación de su marido.

5.- En esa primera fase de atención a la paciente, se registran de forma intermitente síntomas depresivos como "desánimo, baja autoestima, nerviosismo, alteraciones del sueño y del apetito" (nota clínica del 12/09/2006); "llanto fácil y constante" (nota clínica del 7/06/2010), con datos de mejoría entre episodios: "ha comenzado con la medicación y refiere encontrarse mejor" (nota clínica del 9/08/2011).

6.- Existen antecedentes de abandono del tratamiento psicofarmacológico con consecuente empeoramiento clínico (nota clínica de AP del 09/02/2012).

7.- El 18/10/2016, en la historia clínica de AP, se registra un episodio de ansiedad autolimitado en el contexto de un problema médico (diagnóstico de bultoma mamario).

8.- Aparte del tratamiento ansiolítico con benzodiazepinas (lorazepam, bromazepam), consta que ha sido tratada por su Médico de AP con distintos antidepresivos (fluoxetina y sertralina), sin que conste indicación de retirada de este último tratamiento farmacológico por parte del Médico de AP».

Además, y en especial, en relación con el momento asistencial referido en la reclamación, constan en la historia clínica de la paciente los siguientes datos, tal como detalla el SIP:

«1.- Según consta en las notas clínicas de AP del 25/09/2019, la paciente es evaluada por el médico de Atención Primaria tras ser derivada desde enfermería del Centro de Salud (CS) debido a un cuadro de ansiedad y llanto de 20 días de evolución, relacionado por la paciente con su estado de menopausia. Se le prescribe un antidepresivo de la categoría de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (escitalopram), utilizado para tratar síntomas depresivos y ansiosos. Se le proporcionan advertencias sobre el tratamiento (se entiende que se le explican: instrucciones de uso, el mecanismo de acción que incluye una latencia de respuesta de aproximadamente 4 semanas, posibles efectos secundarios y signos de alarma).

Los antidepresivos son una medida eficaz en el tratamiento de la ansiedad, y la paciente tenía antecedentes de responder favorablemente a estos medicamentos.

En esa fecha su Médico de AP le programa una cita de seguimiento al mes, período en el que se espera obtener respuesta al tratamiento farmacológico.

2.- Dos días después, el 27/09/2019, la paciente acude a consulta con enfermería por persistencia de ansiedad, sin síntomas o signos de alarma y "buscando un cambio farmacológico" por ineficacia (esperada, dada la reciente instauración del tratamiento). Enfermería recomienda mantener el tratamiento farmacológico hasta una nueva valoración por su Médico de AP.

3.- El 17/10/2019, en la cita con su Médico de AP, la paciente refiere haber acudido a un psicólogo privado y no haber tolerado el tratamiento instaurado. No se registran novedades clínicas, síntomas de alarma ni ideas suicidas.

4.- El 12/12/2019, su Médico de AP realiza un cambio farmacológico (inicio de paroxetina) debido a la persistencia de síntomas ansiosos reactivos a "eventos personales". No se señalan signos o síntomas de alarma, no se describe que la sintomatología ansiosa sea grave, y no constan ideas suicidas.

5.- El 17/12/2019, la paciente acude al Centro de Salud refiriendo mala tolerancia al tratamiento iniciado y se valora un cambio de antidepresivo a fluoxetina.

6.- A partir del 03/01/2020, se registra en la historia clínica de AP que la paciente está en seguimiento por un psiquiatra privado, quien le ha modificado el tratamiento (iniciando mirtazapina-un antidepresivo hipnótico y risperidona-un antipsicótico). A pesar de las varias consultas registradas en el Centro de Salud, en ningún momento la paciente manifiesta el deseo de ser derivada a Salud Mental ni describe síntomas graves.

7.- A pesar de estar en seguimiento por un especialista privado, la paciente mantiene contacto con su Centro de Salud, consultando en caso de dudas sobre el tratamiento (nota clínica del 12/01/2020), y se le explican signos de alarma. Además, consulta en ocasiones de reagudización de la ansiedad (15/01/2020: "se encontraba esperando a su esposo por analíticas y comenzó a sentirse ansiosa y nerviosa"; 10/02/2020: "desde esta mañana está más nerviosa de lo habitual").

8.- Ante episodios recurrentes de ansiedad, indicativos de un agravamiento del cuadro clínico y de una refractariedad a los cuidados proporcionados por AP, su Médico realiza una derivación preferente a Salud Mental el 11/02/2020.

9.- Antes de iniciar seguimiento por la Unidad de Salud Mental (USM), la paciente es valorada el 18/02/2020 en el Servicio de Urgencias del HGF, tras abandonar la mirtazapina y presentar un empeoramiento del cuadro con síntomas ansioso-depresivos y psicóticos (ideas de culpa e hipocondríacas), sin ideación suicida acompañante. Se registra positividad a cannabis, una sustancia conocida por sus efectos psicotrópicos que puede ocasionar síntomas de ansiedad y psicóticos. Se ajusta la medicación, añadiendo un antidepresivo y modificando el tratamiento antipsicótico. En esa ocasión NO requiere ingreso hospitalario.

10.- En los meses siguientes, es atendida en la Unidad de Salud Mental en la isla de Fuerteventura, con consultas el 19/03/2020, 02/04/2020, 11/05/2020 y 11/06/2020. Se registra una evolución favorable, con mejoría del ánimo y ausencia de ideas de suicidio o síntomas psicóticos. La última valoración es del 11/06/2020, cuando se le da de alta por traslado a Tenerife.

11.- Al trasladarse a Tenerife, su Médico de AP realiza una derivación preferente a la USM de referencia (Puerto de la Cruz) el 19/06/2020, donde es valorada por primera vez el 20/10/2020, acompañada por su marido, por un cuadro depresivo sin síntomas psicóticos o ideas de suicidio acompañantes. La paciente describe síntomas de ansiedad psíquica y somática.

12.- En la USM, es valorada en varias ocasiones (21/12/2020, 15/03/2021: no acude ni contesta a las llamadas, 15/06/2021, 21/09/2021, 28/09/2021, 07/02/2022, 08/03/2022: no acude) y se ajusta la medicación cuando es necesario. En ninguna nota clínica se registra la presencia de síntomas psicóticos o ideación suicida.

13.- En junio de 2021, cuando acude a consulta con su hija (quien puede corroborar el relato y/o describir síntomas no referidos por la paciente), se registra una mejoría. La paciente se muestra eutímica (anímicamente bien) y lleva una vida activa. Ante un aumento de peso, la paciente solicita modificar la medicación y se sugiere retirada gradual de unos de los fármacos (mirtazapina).

14.- Al revisar la historia clínica de Atención Primaria, se constata que la paciente, en ocasiones, no ha cumplido adecuadamente y de forma constante con la toma del tratamiento. En la nota del 17/06/2021, se registra que llevaba meses sin tomar una medicación prescrita por la especialista.

15.- El 28/09/2021, claramente fuera de las citas programadas (la última había sido hace 7 días), la paciente consulta en la USM debido a la intolerancia al último fármaco prescrito, lo que indica que está consciente de que puede acudir a la USM ante imprevistos o intolerancias a los medicamentos.

16.- La paciente mantiene seguimiento por un psiquiatra privado desde noviembre de 2021 (según informe de alta del Servicio de Urgencias del 17/11/2021, donde se menciona que ha estado acudiendo al privado desde hace tres semanas), quien ajusta la medicación.

Posteriormente, el 12/11/2021, se registra un empeoramiento clínico y la manifestación de ideación autolítica.

17.- Cuando acude al CS el 12/11/2021, manifestando que "está pensando en suicidarse", tras valoración del Médico de AP, se decide su traslado al Hospital Universitario de Canarias (HUC) para una valoración urgente. La presencia de ideas de suicidio implica la necesidad de una atención inmediata en un entorno hospitalario especializado, como puede ser el HUC, donde se pueden manejar de manera efectiva las crisis suicidas y realizar una

evaluación integral de su estado mental. Es importante destacar que, aunque la Unidad de Salud Mental (USM) evalúa imprevistos o sea pacientes que acuden sin citas y con novedades clínicas y que en ocasiones precisan derivación al hospital, no está equipada para gestionar emergencias psiquiátricas agudas como esta. Por lo tanto, la decisión de derivar a la paciente al HUC desde Atención Primaria fue la acción adecuada y coherente dada la gravedad de los síntomas presentados.

18.- En la valoración en el Servicio de Urgencias (SU) del 12/11/2021 se registran fobias de impulsión (miedo a atentar contra su vida), en contexto del aniversario de muerte del hermano. Es dada de alta con diagnóstico de ansiedad, al no presentar un episodio depresivo mayor ni ideación suicida activa o signos de alarma. En el informe consta que la paciente refiere que "estuvo durante un año en seguimiento por la USM, y actualmente está en seguimiento por psiquiatría de ámbito privado". Se le recomienda acudir a la USM de forma preferente, aunque no se registra posteriormente ninguna visita programada o imprevista a dicha unidad y la paciente sigue con su terapeuta privado.

19.- El 17/11/2021 se registra una nueva derivación desde AP al HUC por un episodio en el que la paciente verbaliza ideación autolítica. En el SU del HUC se describe a la paciente con ánimo hipotético de larga data (crónico), sin clínica psicótica ni depresiva mayor. Presenta pensamientos intermitentes de ideación autolítica y fobias de impulsión, activadas en el contexto del aniversario del fallecimiento del hermano. No se registra intencionalidad suicida.

Se identifican factores protectores, como sus hijos y planes futuros, como un viaje a Fuerteventura. Mantiene juicio de realidad conservado. Tras evaluación, es dada de alta con el diagnóstico de fobias de impulsión, con recomendación de seguimiento en la Unidad de Salud Mental (USM), aunque no se documenta su asistencia posterior.

Todos los datos registrados indican un bajo riesgo de paso al acto (realizar un suicidio): los pensamientos autolíticos son intermitentes, la paciente muestra temor a actuar (fobias de impulsión), no hay evidencia de intencionalidad suicida, cuenta con apoyo familiar protector, tiene planes de futuro y conserva un juicio de realidad adecuado.

20.- La paciente se muda temporalmente a Fuerteventura y continúa su seguimiento por psiquiatra privado, según la historia clínica de AP, donde se registra una mejoría clínica (24/01/2022). Consta que lleva una vida activa, con solo síntomas residuales de apatía y fallos de memoria).

21.- En la cita del 7/02/2022 con la psiquiatra de la USM, se documenta una mejoría clínica y la paciente informa del cambio a un psiquiatra privado. Esa mejoría coincide con la registrada en la historia de AP. La cita de febrero de 2022 es la última registrada en la historia clínica de atención especializada; la paciente NO acude a la cita de seguimiento programada para marzo de 2022.

Según el informe de la psiquiatra de la USM, se enfatiza la importancia de continuar con el seguimiento, pero la paciente expresa su decisión de no continuar, manifestando esta intención al no acudir a la cita programada el mes siguiente.

22.- A pesar de no acudir a la USM y abandonar el seguimiento, la paciente mantiene varios contactos tanto con el personal médico como con el de enfermería de AP, entre Fuerteventura y Tenerife, así como con un psiquiatra privado que realiza varias consultas durante esos meses, según se puede leer en la historia de AP.

23.- El marido asiste a las citas, solicitando ayuda cuando la paciente lo necesita y no es consciente de los cambios experimentados. De hecho, el 30/06/2022, el marido informa de un cambio: la paciente presenta un viraje hipomaniacal debido a la polimedicación (varios antidepresivos) pautada por su especialista privado. La paciente está más activa y duerme menos. El especialista inicia un estabilizador del ánimo (ácido valproico), sospechando un trastorno bipolar.

Se trata de una paciente de 62 años sin antecedentes de episodios maníacos/hipomaníacos ni historial familiar de trastorno bipolar, lo cual hace poco probable este diagnóstico, además de que el episodio parece desarrollarse como efecto adverso a la polimedicación.

24.- Entre junio y agosto de 2022 se realizan doce intervenciones telefónicas y presenciales desde el área de Atención Primaria (entre Fuerteventura y Tenerife).

25.- El 25/08 la paciente realiza una sobreingesta de fármacos de manera impulsiva (refiere haberlo hecho sin planificación) y con alta posibilidad de rescate (contacta con su hija tras hacerlo y está en casa con su pareja, quien la acompaña al Servicio de Urgencias). Esto requiere un ingreso hospitalario en la planta de psiquiatría del HGF (25/08/2022-12/09/2022). Entrevistada, la pareja refiere que antes del gesto, la paciente presentaba "ideas de muerte persistentes desde hace unas 2 semanas".

Al alta, se le diagnostica un episodio depresivo moderado-grave sin síntomas psicóticos (no se menciona un diagnóstico de trastorno bipolar).

26.- Dado que la paciente está viviendo temporalmente en Fuerteventura y planea regresar a Tenerife, al alta de la planta de psiquiatría (12/09/2022) y mientras la paciente sigue residiendo en la isla de Fuerteventura, se decide mantener un control semanal con enfermería de enlace del HGF. Esta información consta en el informe de alta, donde se registra una primera cita con enfermería para el 27/09/2022. Además, según la historia de AP, la medicación psicofarmacológica es revisada el 20/09/2022 por un especialista psiquiatra del HGF. De esto se infiere que, tras el alta de la planta, la paciente no queda sin atención, garantizando un seguimiento hasta su traslado a Tenerife y con el plan de que, al finalizar el seguimiento con el servicio de enlace del HGF, se realizará la coordinación con la USM de Tenerife.

27.- Según el informe de la psiquiatra, la paciente solicita un cambio de psiquiatra en la USM de Tenerife, derecho reconocido por la Ley 41/2002 de 14 de noviembre que establece la autonomía del paciente. Este cambio se hace efectivo el 13/10/2022.

Cuando solicita un cambio de especialista, el proceso de atención se ralentiza.

28.- Al regresar a Tenerife, la paciente continúa su seguimiento con el médico de Atención Primaria, requiriendo ajustes en su tratamiento farmacológico debido a la falta de disponibilidad en el mercado de ciertos medicamentos, como el clonazepam, y la caducidad de su receta electrónica. Su médico de AP solicita las analíticas necesarias para monitorizar los niveles en la sangre de ácido valproico (un fármaco estabilizador del ánimo). Esto indica que la paciente recibe atención médica regular, teniendo en cuenta que el médico general, aunque no sea especialista, tiene la capacidad de manejar psicofármacos y cuenta con los conocimientos necesarios para detectar síntomas o signos de alarma, derivando al paciente al Servicio de Urgencias si es necesario.

Se constata que la paciente tiene contactos con su Médico de AP en las siguientes fechas: 29/09/2022, 20/10/2022, 30/12/2022 y 16/01/2023 (en esta fecha donde la paciente manifestó "sentirse bien"), además de una llamada telefónica entre el médico y su hija el 28/02/2023.

29.- En las notas de AP se registra que las citas con la Unidad de Salud Mental (USM) fueron pospuestas, programándose por último para el 8/03/2023. Cabe destacar que la paciente había solicitado un cambio de especialista, lo cual ralentizó su atención.

- En la organización de las USM no se contempla la sustitución del médico de referencia en casos de ausencia por vacaciones, incapacidad temporal, congresos, etc. A pesar de ello, es una práctica común en las USM, como también se refleja en el informe de la psiquiatra, recibir a pacientes de manera imprevista, tanto presencial como telefónicamente, en caso de novedades clínicas, empeoramiento clínico o situaciones imprevistas.

- Tanto los pacientes ya "experimentados" (con antecedentes psiquiátricos previos, especialmente aquellos con intentos autolíticos previos) como sus familiares, están plenamente informados de que, ante cualquier síntoma o signo de alarma, pueden acudir al Servicio de Urgencias del Hospital o contactar con la USM para solicitar adelantar la cita o para una valoración imprevista. Según la documentación a nuestra disposición, no consta ningún contacto con la USM ni reclamación por parte de la paciente o de sus familiares para solicitar adelantar la cita.

- De hecho, su médico de AP recordó a la hija, durante una llamada telefónica el 28 de febrero de 2023, en la que la hija comunicaba la cancelación de la cita con la USM y que ésta había sido reprogramada para el 8 de marzo de 2023, la posibilidad de remitir a la paciente al Servicio de Urgencias en caso de presentar síntomas o signos de alarma, situación que en

ese momento no se reportó. Posteriormente, no se registraron más contactos con su médico de AP ni con el Servicio de Urgencias del Centro de Salud. Era una paciente que había consultado en otras ocasiones el Centro de Salud ante síntomas o signos de alarma (empeoramiento clínico y/o ideas de muerte).

30.- No constan accesos al SU de los Hospitales de Fuerteventura (HGF) o de Tenerife (CHUC) en esos días.

31.- El 4 de marzo de 2023, los familiares de la paciente alertan al 112 ante el suicidio consumado de la paciente.

Según consta en las notas clínicas del personal de AP que realiza la intervención en ese momento, en los 10 días previos, la paciente había comentado a sus familiares ideas de "quitarse del medio" e ideas de desesperanza. No consta que los familiares hayan informado a su Médico de AP, acudido al SU en esos días, o solicitado ayuda por este motivo. El mismo día del suceso, la paciente mostró señales de alarma al "no querer almorzar". La paciente sube a la azotea a las 13:30, y su marido no acude a la azotea para controlar la situación hasta las 16:00, a pesar de estar al tanto de las ideas suicidas manifestadas por la paciente».

2. Procede advertir, con carácter previo al análisis del daño por el que se reclama y la eventual relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público sanitario, que, en este caso, tal y como señala el SIP en sus conclusiones, hay tres aspectos fundamentales a tener en cuenta:

1) Ante todo, y en relación con el daño mismo objeto de la reclamación, consistente en el fallecimiento, por suicidio, de la esposa y madre de los reclamantes, procede aclarar:

« (...) el suicidio es una conducta compleja, en la que intervienen varios factores médicos, sociales, culturales y subjetivos.

- Existen datos epidemiológicos que sugieren un mayor riesgo suicida, como tentativas previas, pero no hay una medida definitiva o un instrumento diagnóstico que pueda predecir de manera absoluta y certera este riesgo.

- Además, el riesgo suicida no es constante a lo largo de la vida de un paciente. Algunos factores son inmodificables (estáticos), como las tentativas previas y los antecedentes familiares, mientras que otros son variables (dinámicos) y fluctúan según los eventos vitales y las exacerbaciones clínicas. Es crucial evaluar también los factores protectores y que pueden actuar como disuasivos, como el apoyo familiar o la religión.

- En la evaluación del riesgo suicida, no solo se consideran las ideas suicidas, sino también otros aspectos en un continuo de gravedad, como el miedo a realizar el acto (lo cual indica menos probabilidad de suicidio), la capacidad para hacer planes de futuro (indicativo de menos riesgo), y la presencia de intencionalidad y planificación, que sugieren mayor

riesgo. Por ejemplo, cuando la paciente fue evaluada en el servicio de urgencias del HUC en noviembre de 2021 y no precisó ingreso hospitalario, se valoraron varios factores protectores, como el apoyo familiar. Además, se determinó que no había intención suicida, y presentaba miedo, lo que indicaba un bajo riesgo de llevar a cabo el acto suicida. La evaluación también concluyó que no mostraba un estado afectivo que afectara su capacidad de juicio y toma de decisiones autónoma.

- El suicidio es una conducta que no se puede prever y/o prevenir de forma absoluta.

Esto determina que, a pesar de que se tomen todas la medidas recomendadas y disponibles para minimizar el riesgo, no es posible eliminarlo por completo».

2) Por otro lado, y respecto de la propia paciente, señala el SIP:

«Se trata de una paciente con antecedentes psiquiátricos previos al año 2019, quien ha experimentado episodios recurrentes de depresión y ansiedad en respuesta a estresores familiares o médicos. Su personalidad se caracteriza por una baja autoestima, la cual actúa como un factor de riesgo significativo para el desarrollo y la exacerbación de la ansiedad y la depresión al influir en la forma en que las personas interpretan y manejan los eventos estresantes de la vida cotidiana y las relaciones interpersonales.

La recurrencia de los síntomas ansioso-depresivos está intrínseca al tipo de trastorno que la paciente padece y a la personalidad que presenta, siendo los factores estresantes predisponentes a las recaídas.

Además, se ha documentado que la adherencia al tratamiento farmacológico es variable, y en ocasiones la paciente ha abandonado dicho tratamiento, lo que ha resultado en un empeoramiento clínico».

3) En tercer lugar, ha de destacarse que el proceso asistencial elegido por la paciente ha compaginado la asistencia privada con la pública, y, a su vez, dentro de ésta, y dados los viajes de la paciente entre Tenerife y Fuerteventura, se ha producido en dos islas distintas. Así, como señala el SIP:

«- En cuanto al acceso a la información clínica, es crucial considerar que la paciente ha recibido tratamiento casi simultáneamente en dos islas y por un psiquiatra privado, lo que dificulta el intercambio de información y la intervención terapéutica, especialmente en el ámbito tan subjetivo como el de la salud mental.

- Entre islas o diferentes hospitales, el acceso a la documentación clínica se limita a los informes disponibles en un apartado específico del programa informático Drago. Del mismo modo, el médico de Atención Primaria puede acceder únicamente a los informes clínicos. A pesar de estas limitaciones, se registró que al dar de alta a la paciente después de su única

hospitalización en el HGF, se llevó a cabo una coordinación con la Unidad de Salud Mental de referencia".

- Los cambios de terapeuta y la superposición de seguimiento por parte de un profesional privado también dificultan la creación de una alianza terapéutica sólida, fundamental para el cumplimiento del tratamiento, un seguimiento adecuado y la comunicación abierta. Además, puede suceder que el paciente no logre establecer una buena relación con el psiquiatra asignado, por razones que no están relacionadas con la competencia profesional del terapeuta. Por esta razón, existe la posibilidad de solicitar un cambio de especialista».

3. Pues bien, sentadas las señaladas premisas, y dados los términos de la reclamación formulada, procede analizar la adecuación o no de la asistencia prestada a la paciente en orden a tratar de evitar el fatal desenlace que es objeto de la reclamación.

En tal sentido, resultan determinantes las conclusiones del SIP, pues son el resultado de la información recabada de los datos de las historias clínicas de la paciente obrantes en los diferentes centros donde recibió asistencia, así como de los informes de especialistas aportados por los reclamantes y los recabados por el propio SIP de los siguientes especialistas: (...), médico del Servicio de Psiquiatría del CHUC; (...), médico de Atención Primaria (AP) del Centro de Salud (CS) de Los Realejos (Tenerife); (...), director médico de AP de Fuerteventura; y (...), coordinador del Área de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura (HGF).

De tales conclusiones se puede extraer lo siguiente:

Por una parte, comienza el SIP destacando que *«dentro del contexto del Servicio Canario de Salud existe un documento de consenso que regula las derivaciones de Atención Primaria a Salud Mental, con el objetivo de reservar el uso de servicios especializados para casos más graves o que no han respondido favorablemente al tratamiento en Atención Primaria.*

Este documento, en vigencia desde 2019, establece que para el trastorno de ansiedad generalizada, come era el diagnóstico inicial de la paciente, se recomienda la derivación a especializada solo cuando persiste una sintomatología significativa tras el tratamiento en Atención Primaria, o cuando existen criterios de gravedad como ideas suicidas, situaciones de agresividad hacia uno mismo o hacia otros, deterioro físico, sintomatología psicótica o afectiva severa, o complicaciones graves debido al tratamiento».

En el presente caso, que, tal y como consta en los antecedentes ya expuestos, comenzó como un cuadro de ansiedad en 2019, no había criterios de gravedad asociados, por lo que se decidió derivar a la Unidad de Salud Mental en febrero de

2020 debido a una evolución desfavorable que no respondió a los tratamientos proporcionados por Atención Primaria y requirió atención en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud.

Por otra parte, ha de destacarse que, como señala el SIP, y así lo recoge la Propuesta de Resolución:

«Como evidencian los múltiples contactos registrados en la historia clínica de Atención Primaria, la paciente recurre al centro de salud cuando lo necesita y parece haber establecido un buen vinculo terapéutico. Es importante destacar que tanto el médico de Atención Primaria como el enfermero tienen roles que van más allá de la simple prescripción de medicamentos; son profesionales sanitarios capacitados para brindar apoyo en situaciones de ansiedad y depresión. Están preparados para proporcionar apoyo emocional, practicar la escucha activa, ofrecer un espacio de ventilación emocional, detectar síntomas o signos de alerta, y en casos de urgencia, derivar al Servicio de Urgencias hospitalario o derivar a los dispositivos adecuados al caso.

Para confirmar esto, en noviembre de 2021 se detectan síntomas de alarma, y en dos ocasiones precisa ser derivada al Servicio de Urgencias del HUC debido a una situación urgente (ideas de muerte), situación que no puede ser demorada consultando la USM por el riesgo potencial por su integridad física».

Por otra parte, y advertida la dificultad de seguimiento de la paciente, que utiliza la sanidad privada al tiempo que la pública, que, a su vez se desarrolla en Fuerteventura y Tenerife, consta:

Durante el seguimiento realizado en la USM de Fuerteventura (19/03/2020-11/06/2020: alta por traslado) y en Tenerife (20/10/2020-8/03/2022: fecha en que no asiste), no se registraron síntomas psicóticos ni la presencia de ideas de suicidio.

A lo que se añade que, en marzo de 2022, al no acudir a la cita programada (es decir, abandonar el seguimiento) en la USM de Tenerife, confirmó su intención de continuar con su terapeuta privado.

En todo caso, en la cita anterior se había reportado mejoría clínica, dato confirmado en las notas clínicas de Atención Primaria de ese período, y que estaba en seguimiento por psiquiatra privado.

Se advierte ideación autolítica, por primera vez en la historia clínica de la paciente en fechas 12 y 17 de noviembre de 2021, pero lo es en el contexto de un cambio farmacológico realizado en ámbito privado. En ambas ocasiones, acude al

Centro de Salud que la deriva al Servicio de Urgencias hospitalario para evaluación psiquiátrica urgente.

A ello ha de añadirse que hay un único intento autolítico, el 25 agosto 2022, lo que requiere un ingreso hospitalario en la planta de psiquiatría del HGF (25/08/2022-12/09/2022). Sin embargo, al respecto, destaca el SIP que se trata de «*un gesto autolítico realizado con modalidad impulsiva y con alta posibilidad de rescate*».

En esta ocasión, explica el SIP, *«la paciente realiza una sobreingesta de fármacos de manera impulsiva (refiere haberlo hecho sin planificación) y con alta posibilidad de rescate (contacta con su hija tras hacerlo y está en casa con su pareja, quien la acompaña al Servicio de Urgencias)».*

Al alta, se le diagnostica un episodio depresivo moderado-grave sin síntomas psicóticos (no se menciona un diagnóstico de trastorno bipolar).

En este momento, además, estaba en seguimiento por especialista privado y en fase de ajuste del tratamiento farmacológico debido a un viraje hipomaníaco (euforia, aumento energía, pérdida del sueño), relacionado con la polimedicación antidepresiva instaurada en el ámbito privado.

Además, en esta ocasión los médicos hablan con su pareja, y se constata a lo largo de todo el proceso asistencial que la paciente contaba con el apoyo familiar (su esposo y su hija la acompañaban a las citas), sin constar que haya rechazado la autorización para que la especialista se comunicara con sus familiares.

En tal sentido explica el SIP:

«Sobre todo, cuando el paciente no tiene conciencia de los cambios psíquicos, los familiares desempeñan siempre un papel crucial al detectar y señalar síntomas o signos de alarma, así como al tomar decisiones oportunas, como alertar al 112 o acudir a la Unidad de Salud Mental de forma imprevista. Se registra en su historial que la paciente ha acudido en varias ocasiones acompañada tanto por su pareja como por su hija, especialmente en situaciones que implican cambios clínicos.

El especialista psiquiatra suele realizar un diagnóstico y tomar decisiones clínicas basándose en la información proporcionada tanto por el paciente como por los familiares, teniendo en cuenta sus particularidades y antecedentes personales y familiares, integrando esta información con lo explorado durante la consulta. Aunque no existan pruebas objetivas claras que diagnostiquen el estado psíquico de un paciente, hay elementos que se pueden explorar durante la consulta.

Basándose en todos estos datos (anamnesis, sintomatología referida y explorada por el especialista), se toman decisiones clínico-terapéuticas adecuadas.

Entre una consulta y otra, es posible que ocurra un empeoramiento clínico debido a la naturaleza del trastorno, factores de estrés, cambios en el tratamiento farmacológico, entre otros.

El paciente, o el familiar, siempre tiene la opción de consultar a su Médico de Atención Primaria, acudir o contactar de forma imprevista con la Unidad de Salud Mental en caso de síntomas o signos de alarma, o recurrir al Servicio de Urgencias».

Finalmente, señala el SIP que, antes de los acontecimientos, la paciente no estaba bajo seguimiento activo por Salud Mental, *«ya que había abandonado dicho seguimiento y había acudido por iniciativa propia a un especialista privado, donde se encontraba cómoda y con mejoría clínica. Al regresar a Tenerife después de su ingreso en el HGF, había solicitado un cambio de especialista psiquiatra».*

A pesar de esta situación, sin embargo, *«la paciente, con sus familiares, continuaba el seguimiento por parte de su Médico de Atención Primaria. En la última cita telefónica realizada con la médico referente de AP, la hija no describió síntomas o signos de alarma ni solicitó ayuda específica para ningún problema concreto. Únicamente solicitó que se volviera a derivar a la paciente a Salud Mental en caso de que se pospusiera la cita programada para el 8 de marzo de 2023».*

Dentro de este contexto, ha de decirse que la asistencia prestada por el Servicio Canario de la Salud fue acorde en todo momento con la sintomatología presentada por la paciente, teniendo en cuenta, además, que era tratada por psiquiatra privado, y que, ella misma acudía o no a sus citas con la sanidad pública, compartida en Tenerife y Fuerteventura. Además, insiste el SIP en la importancia de la información y actuación de su entorno familiar, a cuyo efecto destaca:

«Según consta en las notas clínicas relacionadas con el hallazgo del suicidio consumado, la paciente había estado experimentando ideación autolítica durante unos varios días antes de los acontecimientos. A pesar de esto, no se tomaron medidas a nivel familiar ni se decidió consultar al médico, como se había hecho en otras ocasiones (por ejemplo, noviembre de 2021).

En la historia clínica de la paciente, los familiares ya tenían conocimiento de que anteriormente había realizado un gesto autolítico (ingesta de fármacos en 2022) después de haber verbalizado ideas de muerte durante unos días. Se infiere que los familiares eran conscientes de que la verbalización de ideas autolíticas y desesperanza podía preceder a un gesto autolítico. Sin embargo, no se registran contactos con la Unidad de Salud Mental, donde la paciente tenía la opción de acudir sin cita previa, ni a nivel hospitalario ni de atención primaria, donde la última solicitud de asistencia por parte de un familiar fue una llamada telefónica el 28 de febrero de 2023.

No consta en la reclamación o en la historia clínica de AP o de atención especializada que los familiares hayan solicitado atención anticipada a la USM debido a un empeoramiento clínico de la paciente o formulado una reclamación a la USM por la cancelación de las citas. En el ámbito de la salud mental, los cambios en las citas suelen gestionarse de manera personalizada, buscando un equilibrio entre las agendas profesionales y la condición clínica del paciente.

Es evidente que el profesional que había evaluado previamente a la paciente en la Unidad de Salud Mental no pudo prever lo sucedido, ya que, al igual que su médico de AP, no estaba informado del cambio clínico y de la aparición de ideas de muerte.

Durante el seguimiento, previo, realizado por las Unidades de Salud Mental de Tenerife y Fuerteventura, nunca se registró ideación autolítica ni síntomas psicóticos».

En este sentido, el SIP señala, respecto del día del fatal acontecimiento:

«El mismo día del suceso, la paciente mostró señales de alarma al "no querer almorzar". La paciente sube a la azotea a las 13:30, y su marido no acude a la azotea para controlar la situación hasta las 16:00, a pesar de estar al tanto de las ideas suicidas manifestadas por la paciente».

Además, a todo ello coadyuvó la propia actitud de la paciente, destacando el SIP al respecto:

«Resaltar que en la historia de la paciente hay antecedentes de falta de adherencia al tratamiento farmacológico, con abandono parcial de la medicación u olvidos de la toma, según consta en la historia de Atención Primaria. Por lo tanto, no se puede descartar que también en esta ocasión la paciente haya interrumpido la medicación por iniciativa propia, un factor que generalmente protege contra posibles recaídas clínicas. Además, constan antecedentes de consumo de cannabis (positividad en 2020), una sustancia tóxica con capacidad para alterar el estado mental debido a su efecto psicotrópico».

De todo lo expuesto, cabe concluir que la asistencia, tratamientos y seguimiento de la paciente fue adecuado a la *lex artis,* teniendo en cuenta tanto su evolución a lo largo de todo su proceso asistencial como los propios conocimientos que podía tener el Servicio Canario de la Salud del concreto estado de ésta, dada la falta de información por parte de los familiares, la falta de adherencia al tratamiento de la paciente, las faltas de asistencia a las consultas, la diversificación de la atención pública y privada, entre otros factores. A pesar de todo ello, en todo momento se pusieron a disposición de la paciente y de su familia todos los medios terapéuticos y asistenciales indicados y disponibles en cada momento, siendo su fallecimiento consecuencia de su suicidio, que, como se ha descrito en el presente Dictamen es un suceso multifactorial difícil de prevenir, a pesar de todos los intentos para ello y

seguimientos de la sanidad pública, en un contexto tan complicado como el que se ha expuesto.

En conclusión, a pesar de haberse desarrollado la asistencia médica conforme a la *lex artis* en todo momento, el fatal desenlace no pudo evitarse.

4. Por lo demás, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba, reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio, señala:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho ("semper necesitas probandi incumbit illi qui agit") así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega ("ei incumbit probatio qui dicit non qui negat") y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios ("notoria non egent probatione") y los hechos negativos ("negativa no sunt probanda"). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su

extinción al que la opone. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y, del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC), que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012)».

5. Finalmente, también ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo:

« (...) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

Sin embargo, en el presente caso, a la vista de lo expuesto, los reclamantes no han aportado elemento probatorio alguno que permita sustentar la existencia de responsabilidad de la Administración en la asistencia por la que reclama, y, por su parte, la Administración sí ha probado la conformidad de su actuación a la *lex artis ad hoc,* por lo que procede desestimar la reclamación de los interesados.

Por todo ello, entendemos que la Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación efectuada, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación de los interesados.