Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 3 0 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de junio de 2026.

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 nombre y representación de los herederos de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 188/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva pues, pues los interesados reclaman conjuntamente en concepto de indemnización 222.034,84 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 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. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002,

[*] **Ponente: Sr. Fajardo Spínola.**

de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo los herederos de la persona fallecida personalmente perjudicada, padres y hermanos, según alega, la condición de interesados al haber sufrido el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP].

Este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares (por todos, Dictamen 408/2022, de 27 de octubre), en relación con la naturaleza jurídica de reclamaciones como la que aquí nos ocupa, de los familiares de la persona afectada por el hecho lesivo que le ha ocasionado su fallecimiento, siguiendo su reiterada doctrina emitida al respecto, lo siguiente:

«*En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes, se plantea el problema jurídico de la naturaleza jurídica de la reclamación de los herederos del paciente fallecido. Caben distintas hipótesis: Una sería aquella que entiende que el daño genera un derecho de crédito para el fallecido que se incorpora a la masa activa de la herencia y se trasmite a sus herederos. Otra, que los herederos sólo pueden reclamar un daño moral a título propio, por los daños personales derivados de la asistencia sanitaria recibida. Sobre si la acción para reclamar el daño moral es transmisible a los herederos, es una cuestión que ha planteado amplio debate doctrinal y jurisprudencial.*

(...)

En este sentido, 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 si 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".

Nos inclinamos, de acuerdo con la sentencia invocada, por considerar que en este caso se reclama un daño moral, que sólo puede ejercitarse a título personalísimo por los herederos perjudicados y que, por tanto, no es un derecho de crédito que forme parte de la masa activa de la herencia».

La citada doctrina, resulta aplicable al presente asunto, por lo que los reclamantes, padres y hermanos de la persona fallecida (Fundamento V de la reclamación), poseen interés legítimo para interponer la presente reclamación.

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, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó su reclamación el día 24 de febrero de 2025 por el fallecimiento del causante de los interesados, lo que aconteció el día 28 de diciembre de 2022, habiéndose sustanciado un proceso penal previo por los hechos que aquí nos ocupa (diligencias previas n.º 2694/2022, en el Juzgado de Instrucción n.º 2 de Santa Cruz de Tenerife), que finalizó con Auto de sobreseimiento provisional de 28 de septiembre de 2024.

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

II

1. En relación con los antecedentes de hecho, en la reclamación formulada por el representante de los interesados se exponen de la siguiente manera:

«*PRIMERO.- De las circunstancias en que prima facie se produjo el fallecimiento de (…).*

Según el atestado del Cuerpo Nacional de Policía «el día 27/12/2022 a las 07:20 se recibe llamada en el número de incidencias de este Grupo de Homicidios de la Brigada Provincial de la Policía Judicial (659463174) proveniente de la Sala Operativa del CIMACC, en la que comunican que un paciente ingresado en la zona de psiquiatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, sita en Carretera General del Rosario de S/C Tenerife, se había ahorcado en su habitación».

(…) había ingresado en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria la misma tarde del día 27 de diciembre de 2022 derivado del Centro de Salud de Ofra por parte del psiquiatra de dicho centro. En concreto, la razón de dicha derivación era que (...) se encontraba en un proceso de trastorno depresivo con síntomas psicóticos y había protagonizado hasta la fecha tres tentativas de autolisis en fechas recientes (uno por precipitación, otro por cortes con cuchillo y otro por intento de asfixia), todas ellas evitadas por la madre del fallecido. En vista de dichos antecedente, y para evitar que se produjese un fatal resultado, el médico que le atendió en el servicio de atención primaria tomó la decisión de derivarlo. Esta información consta en el atestado remitido por la Policía Nacional, que a su vez la toma del informe de ingreso hospitalario.

Se adjunta como documento número TRES, certificado de fallecimiento de (...) y como documento número CUATRO, copia del atestado de la Policía Nacional.

SEGUNDO.- Ya ingresado (...) en la planta de psiquiatría del hospital (y constando, por tanto, en el propio informe de ingreso hospitalario la razón de su ingreso y los antecedentes del paciente), en torno a las 07:20 horas del mismo día se recibe llamada en el Cuerpo de la Policía Nacional donde se comunica que un paciente ingresado en la zona de psiquiatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria se había ahorcado en su habitación. En concreto, y según información del propio atestado, se resume lo acontecido de la siguiente manera:

«A la llegada del actuante, el cuerpo se encuentra en la cama más próxima a la ventana, en posición de cúbito supino tapado por una sábana del hospital. En el mueble auxiliar se encuentra una sábana enrollada, con restos de sangre" (...) "En el lugar se encuentran los sanitarios que localizaron al fallecido, siendo la enfermera (...), con DNI (...) y número de teléfono (...) y el auxiliar de enfermería (...), con DNI (...) y número de teléfono (...). Los mismos manifiestan que (...) fue la última persona en ver con vida al fallecido, siendo a las 05:00 horas cuando realizaba el control periódico de las habitaciones de los pacientes, el cual tenía la puerta abierta por protocolos de seguridad, y siendo a las 05:40 horas cuando el llamado (...) al pasar por delante la puerta de la habitación del fallecido observó al mismo como estaba a los pies de la cama, con la sábana atada a la barandilla sita en el reposapiés de la misma y envuelta (o enrollada) alrededor del cuello, por lo que se dirigió hacia el fallecido tratando de incorporarlo mientras solicitaba ayuda puesto que no podía liberar la sábana del cuello por la gran presión que ejercía el cuerpo. Una vez acudió a su ayuda (...),

entre ambos lograron liberar el cuerpo y tumbarlo de cúbito supino sobre el suelo, con pulso débil, por lo que (...) inició la maniobra RCP a la vez que (...) solicitaba el equipo de parada cardiaca del que dispone la propia Residencia de LA Candelaria, los que continuaron con la maniobra de reanimación a su llegada, con resultado negativo».

De lo anteriormente expuesto se puede concluir, que existen sólidos indicios de que el fallecimiento de (...) se produjo como consecuencia de la ausencia o falta absoluta de previsión y de la debida atención por parte de los profesionales que lo atendieron; máxime si tenemos en cuenta que, según sus antecedentes médicos, fue hospitalizado para evitar, precisamente, que pudiese hacerse daño a sí mismo, tal y como -de forma incomprensible- finalmente ocurrió. No debemos olvidar que el paciente tenía antecedentes de proceso de trastorno depresivo con síntomas psicóticos y, además, como hemos anticipado más arriba, ya había protagonizado tres tentativas de autolisis en fechas recientes, que habían sido evitadas por su propia madre.

Es por ello por lo que consideramos que, a la vista del fatal desenlace, es lógico inferir que no se realizó una correcta valoración y atención del paciente. Más bien todo lo contrario, todo parece indicar que no se estableció ni el tratamiento médico adecuado, ni tampoco se llevó a cabo el control o vigilancia que foco de peligro requería».

2. En relación con el motivo en el que se fundamenta la reclamación formulada, en la misma se señala que:

«El hecho imputable a la Administración –en nuestro caso, al Servicio Canario de Salud- que trajo como consecuencia el fallecimiento del hijo de mi mandante es la ausencia o falta absoluta de previsión y de la debida atención por parte de los profesionales que lo atendieron tras su ingreso hospitalario; máxime si tenemos en cuenta que, según sus antecedentes médicos, fue hospitalizado para evitar, precisamente, que pudiese hacerse daño a sí mismo, tal y como -de forma incomprensible-finalmente ocurrió. No debemos olvidar que el paciente tenía antecedentes de proceso de trastorno depresivo con síntomas psicóticos y, además, como hemos anticipado más arriba, ya había protagonizado tres tentativas de autolisis en fechas recientes, que habían sido evitadas por su propia madre.

En este contexto, resulta ineludible dejar despejada toda duda de que estamos ante una manifiesta y notoria negligencia. Es por ello por lo que consideramos que, a la vista del fatal desenlace, es lógico inferir que no se realizó una correcta valoración y atención del paciente. Más bien todo lo contrario, todo parece indicar que no se estableció ni el tratamiento médico adecuado, ni tampoco se llevó a cabo el control o vigilancia que foco de peligro requería».

3. Con la finalidad de completar adecuadamente los antecedentes de hecho expuestos, es preciso tener en cuenta el informe del Servicio de Inspección y

Prestaciones de la Secretaría General del SCS, emitido el día 26 de octubre de 2025, en el que se afirma que:

«1.- El 27/12/2022, su psiquiatra de la USM remite al paciente al Servicio de Urgencias hospitalario con indicación de ingreso hospitalario, en el contexto de un cuadro depresivo con síntomas psicóticos (delirios de culpa) e ideas autolíticas, aún con cierto temor a llevarlas a cabo, y con antecedentes de tres intentos de suicidio abortados por familiares en las tres semanas previas. Se describe una evolución tórpida del cuadro psiquiátrico durante el seguimiento en la USM.

Antes de la derivación, se administra olanzapina 10 mg por vía oral (antipsicótico). El paciente colabora y acepta la medicación oral, sin requerir tratamiento inyectable.

En suma, y según las declaraciones testificales, se conocía la existencia de riesgo autolítico, motivo por el cual, ante la evolución clínica y la dificultad de manejo ambulatorio, se derivó al hospital con propuesta de ingreso hospitalario.

2.- Es admitido en el Servicio de Urgencias del HUNSC el 27/12/2022 a las 12:50 horas. Según la valoración psiquiátrica realizada en dicho contexto, registrada a las 13:32 horas, se describe a un paciente poco colaborador, angustiado pero tranquilo desde el punto de vista psicomotor, sin datos de agresividad. Presenta ideas delirantes de culpa con repercusión conductual y afectiva, en un contexto de ánimo bajo. Se constatan ideas de muerte persistentes y alteración del juicio de realidad, sin conciencia de enfermedad.

El psiquiatra que lo atiende en Urgencias confirma la indicación de ingreso hospitalario, de carácter involuntario, al manifestar el paciente su negativa a ingresar. Se emite un juicio diagnóstico de trastorno psicótico a filiar, probable trastorno depresivo con síntomas psicóticos, quedando pendiente el ingreso hasta disponer del resultado del test de COVID-19.

Según la hoja de órdenes médicas del Servicio de Urgencias (13:38 horas), firmada por el psiquiatra, se indica optimización de la dosis antidepresiva, manteniendo el tratamiento combinado con venlafaxina y mirtazapina; se ajusta la dosis de antipsicótico (olanzapina 10 mg) conforme a la indicación de la USM; se optimiza biperideno para contrarrestar efectos secundarios extrapiramidales; se optimiza dosis de ansiolítico (clonazepam 0,5 mg) y se pauta tratamiento antipsicótico adicional si fuera necesario en caso de agitación. Se prescribe vigilancia +++ y retirada de sujeciones en planta si el paciente colabora.

Según declaración testifical, el médico marcó la vigilancia de tres cruces (+++), medida que no especifica un intervalo temporal de vigilancia concreto, aunque este nivel implica una supervisión frecuente.

De acuerdo con el Protocolo para el Manejo de la Conducta Suicida vigente en el momento de los hechos, y que consta en la documentación clínica del expediente, el nivel de vigilancia +++ puede aplicarse a pacientes con riesgo medio o alto de suicidio, determinándose el nivel concreto de vigilancia en función de la psicopatología asociada.

Este nivel se indica cuando el paciente no presenta el grado máximo de agresividad o peligrosidad, que correspondería a un nivel ++++, y supone una observación continua, es decir, mantener localizado al paciente en todo momento, aunque sin llegar a la observación permanente, propia del nivel ++++, reservada a pacientes que requieren una vigilancia constante, presencial y más estrecha.

3.- Ingresa en planta de psiquiatría (UIB, Unidad de Internamiento Breve) del CHUNSC en la tarde del 27/12/2022. A las 18:03 horas, enfermería registra en el formulario de valoración por Patrones Funcionales (F.P.) de Salud Mental que el paciente no presenta sujeción física.

La primera nota de enfermería de planta, correspondiente a las 18:27 horas (nota de ingreso), recoge la indicación de vigilancia +++.

Según la declaración testifical del enfermero que prestó servicio durante el turno de tarde del 27/12/2022, el médico marca el nivel de vigilancia del paciente, en este caso de tres cruces (+++), lo que implica mayor frecuencia de rondas y estar más pendientes del paciente. Habitualmente, los pacientes con este nivel de vigilancia son ubicados en habitaciones próximas al control de enfermería, para facilitar la supervisión. Sin embargo, en este caso no fue posible debido a que el ala derecha de la planta se encontraba clausurada por motivos relacionados con la COVID-19. Por tal motivo, se le asignó la habitación más próxima disponible, la número 813 (cuarta habitación), ya que las restantes estaban ocupadas por pacientes con sus necesidades asistenciales.

4.- Según la nota de resumen del turno de noche, registrada por enfermería a las 06:24 horas del 28/12/2022, el paciente se muestra colaborador en la toma de la medicación (cena y del hipnótico antes de acostarse) y se mantiene tranquilo. Durante las rondas nocturnas, es encontrado durmiendo, manteniéndose la puerta de la habitación abierta en todo momento.

A las 05:00 horas se realiza una nueva ronda, en la que el paciente continúa dormido. A las 05:30 horas, un auxiliar que pasa frente a la habitación observa al paciente con una sábana enrollada al cuello, atada a la barandilla de los pies de la cama. El paciente no responde y presenta pulso débil. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y se avisa al equipo médico de parada y al psiquiatra de guardia.

El equipo especializado en emergencias intrahospitalarias continúa las maniobras de reanimación avanzada, sin éxito.

5.- El médico forense concluye que el fallecimiento se debió a asfixia mecánica por ahorcadura incompleta y asimétrica, en contexto de suicidio, estableciendo el momento de la muerte entre las 05:30 y las 06:00 horas.

6.- Según la declaración de una de las enfermeras que estuvo de turno durante la noche del 27 al 28 de diciembre de 2022, se realizó una ronda a las 04:00 horas, en la que el

paciente se encontraba durmiendo y tranquilo. La siguiente ronda, efectuada a las 05:00 horas por la otra enfermera del turno, confirmó que el paciente seguía dormido.

• La otra enfermera del turno de noche declara que el equipo estaba compuesto por dos enfermeras y tres auxiliares. Refiere que el paciente se mostró tranquilo durante la cena, que tomó correctamente su medicación, y que no presentó síntomas, manifestaciones ni quejas que hicieran sospechar lo ocurrido posteriormente. Añade que la puerta de la habitación permaneció abierta y que el paciente durmió en su cama durante toda la noche. Fue ella quien realizó la ronda de las 05:00 horas, comprobando que el paciente seguía dormido. A las 05:30 horas, un auxiliar que pasaba por delante de la habitación para acompañar a otro paciente que se había levantado vio al paciente y avisó inmediatamente a la enfermera.

• El auxiliar de enfermería confirma que el paciente se encontraba acostado, tranquilo y no agitado durante la noche. Al acompañar a otro paciente de vuelta a su habitación, observa al paciente tumbado en el suelo con una sábana enrollada al cuello.

7.- Según las diligencias previas nº 2694/2022, iniciadas tras la denuncia por posible imprudencia profesional, no se aprecia delito de imprudencia ni indicios de criminalidad. De las actuaciones practicadas se concluye que el suicidio no fue consecuencia de una ausencia de previsión o de atención por parte de los profesionales. Tampoco se observa incumplimiento relevante del protocolo para el manejo de la conducta suicida del HUNSC, ni de la guía de funcionamiento por equipos.

Consta acreditado que durante la noche del fallecimiento la puerta de la habitación permaneció abierta y se realizaron rondas al menos cada hora, encontrándose al paciente tranquilo y dormido. El nivel de vigilancia pautado (+++) corresponde, según protocolo, a pacientes con riesgo de autoagresividad o de fuga, lo que implica que el personal debe conocer en todo momento el estado y las actividades del paciente.

*El paciente utilizó para suicidarse la sábana y la barandilla de la cama, objetos sin potencial lesivo intrínseco. El citado protocolo del HUNSC establece medidas preventivas tales como: ubicación del paciente cerca del control de enfermería, conocimiento permanente de sus movimientos, preferencia por habitación compartida, retirada de objetos potencialmente peligrosos y revisión de estructuras que pudieran facilitar el acto autolítico. También contempla, según valoración médica, la posible prescripción de medicación sedante urgente, acompañamiento presencial por personal o familiar, contención mec*ánica, y valoración continuada del nivel de conciencia y del estado psicopatológico».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 24 de febrero de 2025, como ya se dijo.

El día 25 de marzo de 2025 se dictó la Resolución n.º 199/2025 de la Secretaria General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación presentada por la representante de las personas interesadas, suspendiéndose la tramitación hasta que recayera resolución firme; posteriormente, se dictó la Resolución de la Secretaria General del SCS n.º 488/2025, de 26 de junio, por la que se alzó dicha suspensión.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido, y el informe del Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC).

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no practicándose prueba alguna.

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia a las personas interesadas, presentando escrito de alegaciones, resultando de interés en el mismo la siguiente manifestación:

«SÉPTIMO.- Del expediente administrativo forma parte el documento titulado "Protocolo para el manejo de la conducta suicida", aprobado en el ámbito del Servicio Canario de la Salud, en el que se establecen recomendaciones específicas para el abordaje de pacientes con riesgo autolítico, entre otras:

Asignar al paciente hospitalizado una habitación situada cerca del control de enfermería para facilitar la observación.

Aumentar la vigilancia de estos pacientes en los momentos en que se sabe que la cantidad de personal es inferior (cambios de turno, horas de comida, noche, fines de semana o situaciones de caos en la unidad).

Observar, registrar e informar de cualquier cambio de humor o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles regulares de vigilancia.

OCTAVO.- En el caso de (...), nada consta en la historia clínica ni en los informes internos que acredite que:

Se le asignara efectivamente una habitación próxima al control de enfermería, en cumplimiento estricto del protocolo, a fin de facilitar la observación continuada.

Se hubieran intensificado las medidas de vigilancia precisamente en la franja horaria de menor dotación de personal, esto es, en la madrugada del 28/12/2022, limitándose la actuación a rondas aproximadas de carácter horario, en cuyo intervalo el paciente dispuso de tiempo para preparar y consumar una ahorcadura sin ser detectado.

Se documentaran de forma adecuada y sistemática los "resultados de los controles de vigilancia regulares", siendo particularmente llamativas las inconsistencias entre las anotaciones de enfermería de las 05:44 (en la que se indica que el paciente "duerme sin hipnótico") y de las 06:56 (en la que se afirma que tomó hipnótico a las 23:30), lo que resta fiabilidad al relato exculpatorio.

Todo ello revela un claro apartamiento de las pautas internas de actuación que el propio SCS se ha autoimpuesto para el manejo de pacientes con conducta suicida, lo que refuerza la existencia de un funcionamiento anormal del servicio y, cuando menos, de una pérdida de oportunidad relevante de evitar el resultado fatal».

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 24 de abril de 2026.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que «La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

2. En primer lugar, es preciso señalar que en el presente asunto, como ya se manifestó, se han tramitado diligencias previas, que finalizaron con el Auto de sobreseimiento provisional de 28 de septiembre de 2024, en el que consta el siguiente pronunciamiento:

«TERCERO.- Para apreciar una imprudencia punible es preciso, en cualquier caso, que la omisión de la previsión o de las cautelas exigibles sean de una cierta entidad y reprochabilidad, que sobrepase la mera culpa civil, y además ha de concurrir una relación de causalidad directa e inmediata.

En este caso, la eventual falta de diligencia por no haber agotado el personal del HUNSC todas las cautelas en orden a mantener una vigilancia constante del fallecido, a los efectos

de que pudieran haber evitado su suicidio, se considera que no presenta esa entidad suficiente para integrar una imprudencia tipificada como delito de imprudencia menos grave en el artículo 152 del Código Penal, y ello sin perjuicio de que pudiera integrar una responsabilidad en el ámbito civil o en otros ámbitos jurisdiccionales donde las exigencias culpabilísticas no sean tan rigurosas como en la penal y se orienten más hacia el aspecto reparador con base en responsabilidades de carácter más objetivado».

Pues bien, en este mismo sentido, este Consejo Consultivo se ha pronunciado muchas veces sobre la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, así por ejemplo en el Dictamen 187/2026, de 18 de mayo:

«Las reglas constitucionales, legales, jurisprudencias y doctrinales que rigen la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración pública son conocidas y han sido repetidamente aplicadas y expuestas en los pronunciamientos de este Consejo. Así, por ejemplo, en el Dictamen 265/2025, de 17 de junio, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP, lo siguiente:

"La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que `para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

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

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño´".

Y, en otras palabras, ha precisado además el mismo TS [Sentencia de 28 de marzo de 2007] que:

" (...) la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo

contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades".

Y añade:

"Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento"», doctrina aplicable al presente supuesto y que determina que lo que se debe dilucidar es si la Administración sanitaria ha cumplido con su obligación de medios o no, y si ha habido mala praxis o, por el contrario, se ha actuado conforme a *lex artis.*

3. En segundo lugar, en el informe del SIP consta expuesto el siguiente antecedente relativo a un intento de suicidio previo al que aquí nos ocupa, intento que se produjo también con ocasión de un ingreso hospitalario anterior y cuya mecánica se asemeja a la que finalmente llevó al fallecimiento del paciente; así, en dicho informe se señala que:

«*3.- Aproximadamente en agosto de 2022, de forma reactiva al ingreso hospitalario de su madre por Covid-19, inicia un cuadro depresivo con síntomas psicóticos (ideas delirantes de culpabilidad y alucinaciones auditivas comandatorias). Realiza un intento de ahorcamiento en septiembre de 2022, motivo por el cual requiere ingreso hospitalario (16-23/09/2022) en planta de psiquiatría (UIB, Unidad de Internamiento Breve). Durante dicho ingreso se le sorprende estrangulándose con la funda de la almohada, consiguiéndose abortar el intento; el psiquiatra de guardia pauta vigilancia +++. A lo largo del ingreso presenta mejoría clínica.*

Es dado de alta con diagnóstico de trastorno psicótico (F23.3), al predominar la clínica psicótica sobre la sintomatología depresiva. Se pauta tratamiento antipsicótico (aripiprazol), antidepresivo (duloxetina) y ansiolítico».

4. Pues bien, este antecedente, unido a los tres intentos de suicidio previos producidos en el ámbito familiar, uno de ellos también por asfixia, los cuales dieron a lugar a su internamiento final, comprueba este Consejo Consultivo la carencia de material para poder emitir un dictamen con arreglo a elementos suficientes de convicción sobre las medidas de seguridad adoptadas en este caso.

Por tal motivo, para poder entrar en el fondo del asunto, es necesario que se emita por especialista en psiquiatría, no perteneciente al Servicio actuante, un informe en el que se responda a las siguientes cuestiones, teniendo en cuenta para

ello el historial del interesado, especialmente sus intentos previos de suicidio, incluido el que se produjo en un ingreso hospitalario previo:

- Debe pronunciarse sobre si la valoración del peligro de suicidio del interesado y la adopción de una vigilancia de +++ y no una más intensa (la correspondiente a una graduación ++++), lo que hubiera implicado la adopción medidas tales como la sujeción mecánica, que con toda seguridad habría evitado el resultado final, fue una decisión conforme a *lex artis* o por el contrario constituye un supuesto de inadecuada *praxis* médica, en relación con las medidas de seguridad adoptadas.

- Debe pronunciarse también acerca de si el no haber situado al paciente en la habitación situada frente al control de enfermería, decisión que se adoptó por razones exclusivamente logísticas y burocráticas, como demuestra suficientemente la documentación incorporada al expediente, fue una decisión correcta o no desde un punto de vista médico, punto de vista éste que interesa a la hora de dilucidar si se ha actuado o no conforme a *lex artis*.

- Asimismo, se debe informar también acerca de si se podía haber empleado otras medidas de seguridad diferentes a las anteriores para evitar el resultado producido.

Este informe solicitado no puede ser sustituido por un informe del SIP, cuya opinión sobre el caso se conoce suficientemente.

5. Después de la emisión de dichos informes, se les otorgará nuevamente el trámite de vista y audiencia a las personas interesadas y se emitirá una nueva Propuesta de Resolución, que será remitida a este Consejo Consultivo para que sea dictaminada preceptivamente.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina contraria a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, que desestima la reclamación formulada, pues en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen procede la retroacción de las actuaciones.