



CONSEJO CONSULTIVO
DE
LA RIOJA

CONSEJO CONSULTIVO

DE

LA RIOJA



DICTAMEN

66/24

***RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL SANITARIA FORMULADA POR
LOS PADRES POR EL SUICIDIO DE SU HIJO DURANTE EL INGRESO
EN LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA (166.635,86 EUROS).***

En Logroño, a 26 de noviembre de 2024, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; y de las Consejeras D.^a Amelia Pascual Medrano, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D.^a M.^a Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D.^a María Belén Revilla Grande, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

66/24

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la reclamación de *Responsabilidad patrimonial sanitaria formulada por los padres por el suicidio de su hijo durante el ingreso en la planta de psiquiatría (166.635,86 euros)*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito fechado el 26 de marzo de 2024 y sellado de entrada en el Registro electrónico del Gobierno de La Rioja el día 27 de marzo de 2024, los progenitores del paciente, fallecido el día 06/10/2022, cuando contaba con 21 años de edad (nació el 17/07/2001), formuló la expresada reclamación administrativa de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, en la que narra los siguientes hechos en los que funda su reclamación:

-Que el paciente, se suicidó en el baño de la habitación de la planta de psiquiatría del Hospital Provincial de La Rioja, “*donde este se encontraba como consecuencia de intentos autolíticos que el mismo estaba padeciendo... Recordemos que el mismo fue ingresado en esa Unidad de psiquiatría para que estuviera las 24 horas vigilado, ante los reiterados y continuos intentos de suicidio que meses atrás estuvo teniendo.*

-Se incoaron Diligencias Previas (DPA) 906/2022 por el Juzgado de Instrucción núm. 3 de Logroño.

-Desde las 22:00 hasta las 23:00 el paciente, no fue vigilado, tal y como se deduce, a juicio de los

recurrentes, de las declaraciones de “*numerosos trabajadores, testigos de los hechos*”.

...

La habitación del paciente se encontraba continuamente en grabación debido al alto riesgo de suicidio que existía y pese a ello, durante una hora aproximadamente nadie se dio cuenta de que el paciente se había quitado la vida con un pantalón que se puso alrededor del cuello, y estando este último atado a uno de los pasamanos que tiene el baño”.

-Consideran que concurren los requisitos para declarar la responsabilidad de la administración por mala praxis y que “existe una infracción de la lex artis en la asistencia sanitaria proporcionada, tal como se constata de los documentos acompañados, de la que se deriva, en patente nexo de causalidad el resultado dañoso producido y cuya indemnización se reclama”.

2. Por lo que hace a la indemnización solicitada, el daño causado a los solicitantes lo cifra en **83.317,93 euros** a cada progenitor sumando un total reclamado de 166.635,86 euros más los intereses legales correspondientes.

3. La reclamación se acompaña del certificado de defunción del finado, de varios informes médicos, del informe preliminar de autopsia y de la Providencia de 31 de marzo de 2023 dictada por el juzgado de instrucción núm. 3 de Logroño en las DPA 906/22 “*acordando la no reapertura del procedimiento penal y acordando las reclamaciones que la parte solicitante quisiera ejercitar por la vía oportuna*” y oficio comunicando el hallazgo del cadáver y parte de médico de comunicación de defunción al Juzgado de Guardia.

4. En el informe, aportado, de alta del Servicio de Psiquiatría del HSP, emitido por el Dr. 1, se indica que ingresó en dicho Servicio el día 28/09/2022, ingreso que finalizó, por fallecimiento, el día 06/10/2022 y, en cuanto a los hechos que interesan, se refiere:

“Desde su llegada a nuestra unidad conductualmente desapercibido, descanso adecuado, presentando inicialmente restricción absoluta en las ingestas que posteriormente se va normalizando.

Presencia de un cuadro de gran patoplastia con presencia de ideación autolítica desde la adolescencia con periodos de exacerbación y atenuación. Además malestar con su imagen corporal y conductas bulímicas que sitúa en al menos el último año.

La hipótesis diagnóstica es de existencia de comorbilidad tanto a nivel de eje I como a nivel caracterial, pendientes de filiar.

*Se establece el siguiente plan terapéutico: ingreso para contención y simultáneamente reinicio de su asistencia a HD. No se modifica el tratamiento psicofarmacológico. El paciente muestra su predisposición a acudir a HD. Acude a terapia ocupacional en nuestra unidad y talleres terapéuticos, mostrándose colaborador y afable con buen nivel de participación en las actividades. Refiere **encontrarse mejor que en domicilio, aunque insiste en que su cuenta atrás continúa en marcha.** De forma profiláctica se decide cambiar la ubicación del paciente a una habitación individual con cámara de videovigilancia.*

El día 03/10/2022 tras hablar con responsables de HD se establece el siguiente plan de asistencia:

-Asistencia a actividades diarias a las que bajará y retomará acompañado con un auxiliar martes y jueves de 10:00 a 11:15. Miércoles de 11:45 a 12:45. Pudiendo ampliarse a lunes y viernes si el paciente acepta acudir a relajación.

-Consultas con psicología para intervención individual y administración de pruebas psicométricas pendiente de iniciarse a partir de la siguiente semana.

El paciente acude a dicho servicio con normalidad y en el horario programado los días 4,5 y 6 de octubre.

Según consta en la historia clínica en turno de noche del día 6 de octubre es encontrado por el personal sanitario en el baño de su habitación con signos de ahorcamiento, siendo ineficaces las maniobras de reanimación.

Ver notas evolutivas del médico de guardia de HGR y de psiquiatría c/ guardia de HSP:

-07/10/2022 evolución médica 2 (Médico).

MG: Avisan a las 23:11 horas por encontrar al paciente en la vuelta de la noche ahogado con una sudadera en el pasamanos del baño de la habitación. Cuando llego a la habitación el personal de enfermería y auxiliar de la planta ha iniciado reanimación cardiopulmonar y tiene monitorizado al paciente. Llamo a112 indicando la situación e indican que la UVI móvil está ocupada y que ambulancia convencional.

Continuamos masaje y ventilaciones periódicas, sin recuperar el paciente el pulso en ningún momento y sin indicar desfibrilación. A las 23:35 horas llegan enfermera y técnico de ambulancia convencional y se continúa reanimación Posteriormente llegan médico y, enfermera del CARPA, que intentan canalizar vía periférica sin éxito.

Tras 40 minutos de reanimación, sin conseguir pulso en ningún momento, se decide parar por muerte”.

5. En el informe médico forense (informe preliminar de autopsia) emitido con fecha 7-10-2022 y aportado con la reclamación, se hace constar:

“Data: Se estima la hora del fallecimiento entre las 22:15h y las 23:00h del 06/10/2022”.

6. Consta aportada Providencia del Juzgado de Instrucción núm. 3 de Logroño, de 31 de marzo de 2023, dictada en procedimiento DPA Diligencias Previas Procedimiento Abreviado 906/2022 del siguiente tenor:

“A la vista de las circunstancias en las cuales se produce el fallecimiento del paciente, las cuales constan el atestado policial que figura como acontecimiento digital nº 8, así como en el informe preliminar de Autopsia que figura como acontecimiento digital nº 6 donde se recogen: los antecedentes médicos e historial del paciente y los datos del levantamiento del cadáver, no es procedente la reapertura de las diligencias previas que se solicita en el escrito de fecha 24 de enero de 2023, toda vez que no se atisban indicios de criminalidad; sin perjuicio de las reclamaciones que la parte solicitante quisiera ejercitar en la vía oportuna”.

Segundo

El 15 de abril de 2024, el Sr. Secretario general Técnico de la Consejería consultante dicta Resolución por la que se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del día 23 de marzo de 2024, “*con el fin de determinar si procede indemnizar a los reclamantes y en qué cuantía por los daños ocasionados*” y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

1. Mediante escrito de 16 de abril de 2024, el Sr. Instructor del expediente comunica a los reclamantes la información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuya notificación no consta aportada al expediente.

2. Ese mismo día, requirió a la Dirección del Área de Salud del Hospital San Pedro (HSP), cuantos antecedentes y datos existieran relativos a la atención prestada al paciente, su historia clínica —relativa *exclusivamente* a la asistencia objeto de reclamación—, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada, y especialmente, respecto al cumplimiento en este caso de los protocolos para la prevención de suicidios en pacientes ingresados con perfiles de riesgo y, en general, cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión de los reclamantes.

3. Con fecha 22 de abril de 2024 se remite por la citada Área la siguiente documentación que obra en el expediente:

-Copia de la historia clínica.

Así como los informes aportados por:

- Dra. 3 (Servicio Psiquiatría).
- Dr. 4 (Servicio Psiquiatría).
- Dra. 2 (Servicio Oncología).
- Dr. 1 (Servicio Psiquiatría).
- TCAE 5 Hospital General de La Rioja).
- TCAE 6 Hospital General de La Rioja).

Cuarto

Entre la documentación clínica aportada, se observa en el listado de notas del Servicio, en el apartado de “*Observaciones de enfermería*” que el día del fallecimiento, se crea una nota a las 20:51, en la que se indica “*Desapercibido, adecuado en sus demandas con PS, se entretiene en zonas comunes pintando. Recibe llamada de su padre*”.

La siguiente nota de “*Observaciones de enfermería*” se crea el 07/10/2022 a las 3:20 horas que indica:

“Al comenzar el turno vemos al paciente en la sala de fumadores junto a otros pacientes. A las 23h. entramos a ofrecerle tomar algo de recena, la compañera grita pidiendo ayuda porque el paciente se encuentra tumbado en el baño con una prenda de ropa atada al asidero que hay junto al inodoro y enrollada en su cuello”.

En el informe emitido por el Dr. 1, médico especialista en Psiquiatría de 20/04/2024 se señala:

“SEGUNDO.- Dentro de las medidas preventivas adoptadas, en el ingreso del paciente, se decide ubicar al paciente en una habitación individual, en la que hay instalada una cámara de video vigilancia, que permite visualizar, que no grabar, al paciente durante su estancia en la habitación, pero que no permite la visualización del baño ubicado en la misma”.

Quinto

A requerimiento del instructor del expediente se emite informe por el Jefe del Departamento de Salud Mental, con fecha de 30/04/2024 en el que se hace constar que:

“El Paciente estaba registrado en su Historia Clínica, como paciente con alto riesgo de Conducta Autolítica. Permanecía en la habitación con vigilancia con cámara, esta cámara no cubría la estancia del baño -aseo, por cuestiones de intimidad y respeto a la persona, pero se cumplían los parámetros de seguridad establecidas en el Protocolo de Prevención de Conductas Autolíticas en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica del SERIS y control estrecho y vigilancia por el Personal Sanitario.

Respecto a las medidas de observación por parte del Personal sanitario están explícitamente especificadas en el Protocolo de Prevención del suicidio de Conducta Autolítica en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica del servicio riojano de Salud”.

Adjunta al informe documento de “*Protocolo de prevención del suicidio y autolesiones en unidades de hospitalización psiquiátrica del servicio riojano de salud*”.

En el Protocolo se considera que para la valoración del riesgo suicida la entrevista clínica es instrumento esencial. En este caso, el propio informe ya constata que la valoración había concluido con un **alto riesgo**.

En el apartado 5.2. Plan de Protección y tratamiento del Protocolo, se establece:

“El hospital debe disponer de medidas de protección pasivas, de carácter general, que dificulten la ejecución de una conducta autolítica/autolesiva y que sea comunes a todos los pacientes independientemente de su estado. Una vez identificado un paciente en riesgo elevado de suicidio, se pondrán en marcha unas medidas de abordaje que se desarrollaran en el apartado correspondiente, Conviene recordar que, de cara a la planificación de estas medidas, los principales métodos de suicidio en pacientes hospitalizados son el ahorcamiento, seguido de la precipitación; siendo el cuarto de baño y la propia habitación los escenarios más habituales”.

Se plantean medidas correctoras de los riesgos detectados entre las que se encuentran las de *“Establecer sistemas de monitorización/observación de los pacientes en riesgo de suicidio”*. Y entre las medidas a tomar se incluyen las siguientes:

“Se ubicará al paciente en una habitación donde puede realizarse una observación directa (o por cámara).

En cada turno habrá un enfermero/a asignado responsable de su vigilancia, seguridad y localización. Esta actividad se registrará en las hojas de enfermería.

Se establecerán periodos de observación y control del enfermo, en el régimen que se estime necesario: observación directa durante 2 horas, observación metódica cada 15 o 30 minutos, observación periódica, etc., con anotación en los formularios de registro o historia clínica.

../...

Mantener estrecha supervisión en los momentos en que disminuya el personal o situaciones en las que pueda desviarse su atención sobre otras actividades: cambios de turno, comidas, noches, etc.

../...

Observar los cambios sobrevenidos en la conducta y discurso del paciente durante el periodo de supervisión: retraimiento, mejoría súbita, cese de comunicación, comentarios sobre la muerte o el suicidio, gestos o intentos autodestructivos, incumplimentación terapéutica, salidas no prescritas, etc. Anotarlo en incidencias y advertir al médico responsable”.

Sexto

Obra a continuación en el expediente el informe de *CRITERIA*, de fecha 26 de junio de 2024, que firma la Dra. 7, médico especialista en Psiquiatría y con una alta especialización en la materia, suficientemente acreditada, en cuyo informe procede a analizar la asistencia sanitaria prestada al paciente por el Servicio Riojano de Salud, durante su ingreso en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría.

Cifra el riesgo de suicidio del paciente como *moderado-alto* aunque existían factores de protección que disminuían el riesgo y pone de manifiesto que el día que se produjo el suicidio del paciente, no consta que se hubiese producido ningún incidente que pudiera

haber precipitado su conducta suicida.

Destaca que:

“... según las anotaciones de la historia clínica y los informes médicos aportados, el paciente tenía activado el Protocolo de suicidio y estaba sometido a una vigilancia más exhaustiva debido al riesgo de suicidio que presentaba. Entre las medidas de vigilancia se incluían las siguientes: cuando acudía al Hospital de Día era siempre acompañado de personal sanitario, no tenía permisos de salida, se trasladó a una habitación individual con videovigilancia para una observación más estrecha, permaneciendo en la habitación en los momentos en se mostraba más alterado y constan anotaciones en todos los turnos de enfermería ya que si no estaba en la habitación permanecía en zonas comunes”.

Añade que:

“... no se describe en el comportamiento previo al intento de suicidio conductas que indicasen un riesgo inminente de paso al acto de la conducta suicida: no presentó incremento de la ansiedad, no presentó alteraciones de conducta ni agitación psicomotriz, no hubo un cambio brusco en su estado de ánimo, ni se observó la búsqueda de medios o herramientas para llevarlo a cabo. Por el contrario, el paciente se mantuvo durante la tarde/principio de la noche, en zonas comunes: «desapercibido, con demandas adecuadas con PS. Se entretiene pintando. Recibe llamada de su padre» (anotación de enfermería el día 06-10-2022, realizada a las 21:50h.). Al no observarse un riesgo inminente de paso al acto, no existían motivos para incrementar el nivel de vigilancia establecido para el paciente.

Como es habitual, en los aseos, para no vulnerar la intimidad del paciente, no se instalan cámaras, siendo en el aseo de la habitación donde realizó su suicidio”.

Séptimo

Consta también en el expediente el informe de la Inspección Médica, de 29 de agosto de 2024, emitido por la Sra. 8, del que destacamos por su interés el hecho de que el mismo día del acto, esto es:

“El 06/10/2022 es valorado por la psicóloga quedando reflejada en su anotación clínica que había acudido esa semana a dos sesiones de psicoterapia grupal, presentándose con deseos de participar y de reencontrarse con el resto de compañeros, que le acogen muy bien y él así lo recibe. Participa con buena actitud, en ocasiones invasivo y sobre todo con dificultades para escuchar a los demás, anticipando lo que él considera que van a expresar los demás. Menos victimista, con un discurso más positivo, aunque en la sesión vuelve a dejar ver como sus «desafíos le dan miedo» porque «en su reactividad puede llevarlos a cabo, y éstos no siempre son buenos para sí mismo». Se reconduce esta idea.

Ese mismo día, en el cambio de turno de noche del personal de enfermería, 22:00 h, es visto en la sala de fumadores junto a otros pacientes. A las 23:00 horas, cuando entran a su habitación en la ronda habitual se le encuentra ahorcado en el baño en el asidero del inodoro con una prenda de ropa. Se inician maniobras de RCP y se avisa al médico de guardia y a los servicios de urgencias. Tras 40 minutos de reanimación sin éxito se certifica su fallecimiento.

Según el informe médico forense elaborado con fecha 07/10/2022 para el Juzgado de instrucción N°3 de Logroño, se estima su fallecimiento entre las 22:15h y las 23:00 h.

Según informe del Jefe de Departamento de Unidad de Salud Mental, el paciente estaba registrado como de alto riesgo de conducta autolítica y se cumplieron los parámetros de seguridad del Protocolo de Prevención del suicidio y autolesiones en las Unidades de Hospitalización psiquiátrica del SERIS (año 2019). Permanecía en la habitación con vigilancia con cámara, cámara que no cubría la estancia del baño -aseo por cuestiones de intimidad y respeto a la persona.

Durante su ingreso consta haberse realizado por el personal de enfermería, medidas de vigilancia y control de los movimientos y actividades que realizaba, supervisando la pertenencia de objetos potencialmente peligrosos”.

Concluye la inspección que:

“... pese a las medidas de contención adoptadas, que se recogen en el Protocolo de Prevención del suicidio y autolesiones en las Unidades de Hospitalización psiquiátrica del SERIS, no se consiguió evitar que pusiera fin a su vida en la única estancia desprovista de vigilancia, por cuestiones de intimidad y respeto, y en el momento de un cambio de turno de personal al turno de noche, situación que puede explicar que se desviara la atención de su vigilancia durante la hora en que este tuvo lugar”.

Octavo

Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a los reclamantes, quienes comparecieron en esta fase presentado alegaciones en fecha 26 de septiembre de 2024, debidamente representados por Letrado, en las que pone de manifiesto que el segundo intento de suicidio del finado, había tenido lugar el fin de semana anterior a su ingreso en la UME de Psiquiatría del HSP (el primero fue en el año 2017); que a su entender el protocolo no fue cumplido de manera diligente, existiendo del mismo modo conductas recogidas en el listado que no solo indicaban que la idea autolítica no había desaparecido, sino que su "cuenta atrás" seguía su curso; que en el propio protocolo anti suicidio, se advierte al personal sanitario que la mayoría de suicidios en pacientes hospitalizados se producen por ahorcamiento, seguido de la precipitación, siendo el cuarto de baño el sitio más habitual y “*en base a esto, se les indica la importancia de elaborar un plan con medidas que permitan tener controlado en todo momento esta estancia*” y que en este caso no se introdujeron medidas que “*pudieran tener controlado de alguna forma ese cuarto de baño*”; igualmente considera incumplidos los periodos de observación.

Añaden, “... y a nuestro entender lo más grave, ha sido la conclusión cuarta del informe emitido por la Dra. 8, medico inspector, y es que esta dice, que «el paciente puso fin a su vida en un cambio de turno de personal, en concreto del turno de tarde al de noche, situación que puede explicar que se desviara la atención de su vigilancia durante la hora en que este (el suicidio) tuvo lugar». Lo anterior, no puede ser tenido en cuenta como

*excusa de ningún modo, y decimos esto, porque si acudimos al protocolo, de nuevo al punto «5.2.3 protocolo específico de prevención de conducta suicida», dice lo siguiente - cito textualmente - «mantener estrecha supervisión en los momentos en que disminuya el personal o situaciones en las que pueda desviarse su atención sobre otras actividades: cambios de turno, comidas, noches etc.»». Igualmente considera que la falta de indicios de conducta suicida que se alega en los informes, es una conducta de “*mejoría súbita*” que anticipaba el suicidio y que el personal del turno de mañana debió detectar. En conclusión, estima que el personal sanitario a cargo del finado, ha actuado de forma negligente y reitera la cuantía solicitada como indemnización en su reclamación inicial.*

Noveno

En fecha 1 de octubre de 2024, se formula la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación pues “*el daño alegado, cuya reparación se solicita, no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios*”.

La Propuesta fue informada favorablemente por la Dirección General de los Servicios Jurídicos (DGSSJJ) el 11 de octubre de 2024, en cuyo informe, además de coincidir con los argumentos de fondo sobre la ausencia de responsabilidad reseñados en la propuesta de resolución, advierte de la prescripción de la acción para reclamar responsabilidad patrimonial, cuyo plazo finalizó el día 7 de octubre de 2023.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 14/10/2024, y registrado de entrada en este Consejo el día mismo día, la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 14/10/2024, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

1. A tenor de lo dispuesto en el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros. Por lo tanto y reclamándose en este caso una cantidad superior a 50.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPACAP dispone que aquél deberá pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio Público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en la referida LPACAP.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución Española y 32.1 y 34.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y 65,

67, 81 y 91.2 LPACAP), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración; así como, finalmente, que ejerce su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “*seguro a todo riesgo*” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

2. Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *conditio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

3. Como consideración adicional, ha de recordarse que, según un principio general (consignado, por ejemplo, en el art. 217.2 Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento

Civil), es carga del reclamante la acreditación de la concurrencia de los requisitos de los que nuestro ordenamiento jurídico hace nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración (por todas, Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 2 julio de 2010, ECLI:ES:TS:2010:4119).

Tercero

Sobre la legitimación de los reclamantes para solicitar indemnización por el fallecimiento de su hijo.

La reclamación de los padres del paciente lo ha sido a título individual, por su condición de padres del mismo, lo que ha quedado acreditado por la certificación de defunción aportada al procedimiento. Esta legitimación es independiente de su posible condición de herederos del finado, tal y como expuso el Consejo en su dictamen D.14/24.

El derecho de los particulares a ser indemnizados por los daños que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia de la actividad de la Administración constituye un derecho de crédito de naturaleza patrimonial que tiene una función resarcitoria o reparadora, en cuanto que tiende a sustituir una utilidad perdida con un equivalente económico, tanto si lo que se ha de indemnizar es un daño de carácter material o patrimonial como si el daño imputable a la Administración es de tipo personal o extrapatrimonial.

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma casi unánime que la muerte no se indemniza a quien la sufre, sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que, o bien dependían económicamente de los ingresos de la víctima, en cuyo caso sería, en puridad, un daño patrimonial; o bien, lo que se indemniza es el dolor o sufrimiento que produce a los familiares la muerte de un ser querido, lo que es un daño no patrimonial. Tanto unos como otros, no los sufre el que muere sino los familiares cercanos, por lo que debe aclararse si la reciben ex “*iure hereditatis*” o “*iure proprio*”. La Sentencia del Tribunal Supremo (Sala Primera) de 15 de marzo de 2021 (STS 141/21, ECLI:ES:TS:2021:807, FJ 6.2) dice:

“La muerte no se indemniza a quien muere, sino a quienes sufren los daños morales o patrimoniales por tal fallecimiento. Ello es así, dado que no existe propiamente daño resarcible para el muerto, desde la esfera del derecho de daños, sino privación irreversible del bien máspreciado con el que contamos como es la vida, que extingue nuestra personalidad (art. 32 CC). La muerte no genera, por sí misma, perjuicio patrimonial ni no patrimonial a la víctima que fallece y, por lo tanto, en tal concepto, nada transmite vía hereditaria; cuestión distinta es que nazcan ex iure proprio derechos resarcitorios, originarios y no derivados, a favor de otras personas en razón a los vínculos que les ligan con el finado”.

En este sentido, señala la STS 246/2009, de 1 de abril, ECLI:ES:TS:2009:1841, que



“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»”.

De la misma manera, se expresa la STS 636/2003, de 19 de junio, ECLI:ES:TS:2003:4259, cuando proclama que se niega 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»”.

En parecidos términos, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 2 de Octubre de 2013 (rec.780/2006, ECLI:ES:TSJGAL:2013:7310), expone:

“Ello nos lleva a la vieja problemática relativa al titular del resarcimiento del daño causado por la muerte, donde se prodigan posturas de signo contrario, la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por el vivo que muere y que transmite a título hereditario a sus herederos; y la de la adquisición originaria del crédito resarcitorio por los perjuicios que sufren los familiares allegados del muerto por razón de su muerte a título de responsabilidad patrimonial. El criterio del resarcimiento de los familiares perjudicados a título propio se ajusta mejor al norte de la justicia resarcitoria porque, de un lado, permite compensar perjuicios sufridos por quienes no son herederos y porque simultáneamente evita reconocer indemnización a herederos que no sufren perjuicios por la muerte de la víctima, como sucede con aquellos que no estén ligados afectivamente con la víctima o incluso, con el Estado, cuando, por falta de parientes, es el heredero de la víctima.

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 proprio’, 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 transmisibile «mortis causa» a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales «iure hereditatis».

En suma, debemos distinguir, por un lado, el derecho a indemnización que asistía en vida al causante por las lesiones o menoscabos padecidos por sus condiciones laborales y que se alzaría como derecho económico integrable en el caudal relicto (art.659 Código Civil), no personalísimo y transmisible a los herederos (quienes estarían legitimados para el ejercicio de las acciones existentes para la integración de este derecho en dicho caudal). Y por otro lado, el derecho a indemnización que asiste a las personas con intensos vínculos de parentesco como consecuencia del fallecimiento de éste y que nace a partir de tan luctuoso suceso, el cual no forma parte de la masa hereditaria. Es decir, la indemnización por muerte que pueden reclamar dichas personas no trae causa de la

transmisión «iure hereditatio» de los eventuales derechos que correspondieran al difunto, sino que se otorgan “iure propio” por la producción a sus familiares o personas ligados a aquél por otro vínculo de afectividad, ostenten o no la condición de herederos, de un daño resarcible económicamente, aunque el mismo ha de entenderse como no derivado, en el sentido de producido en la propia esfera patrimonial del perjudicado.

(...) No olvidemos que solo puede transmitirse por sucesión lo que se posee en vida, sin perjuicio de que con la muerte pueda nacer el derecho de indemnización, pero no en favor del causante ni de sus herederos a título de comunidad hereditaria, sino de las personas que ostentan vínculos intensos que hacen presumir una pérdida evaluable económicamente para el Ordenamiento Jurídico”.

Por tanto, este Consejo considera correctamente acreditada la legitimación activa de los reclamantes para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial que ha dado lugar a la tramitación del presente procedimiento.

Cuarto

Prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial

1. En segundo lugar, y previamente al análisis del fondo del asunto, una vez establecida la correcta legitimación de los reclamantes, debemos analizar si la acción se ejercita en plazo o por el contrario si ha prescrito el derecho a reclamar.

Consideramos, coincidiendo con el informe de la DGSSJJ que la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpuso fuera del plazo de un año establecido por el art. 67.1 LPACAP.

2. De acuerdo con el art. 67.1 LPACAP, *“el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo”*, y en iguales términos se expresaba el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo común.

Teniendo en cuenta que la reclamación se presentó el 27/03/2024 (fecha del Registro de entrada), la cuestión relevante radica en precisar cuándo comenzó a computar ese plazo anual (*dies a quo*), esto es, cuándo tuvo lugar el hecho motivador de la indemnización y cuándo se manifestó su efecto lesivo. Si se data antes del 27/03/2023, la acción estaría prescrita.

3. Tal y como viene reiterando este Consejo, por todos D.60/24, sobre el momento en que empieza a correr el plazo de prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial, la Sala 3ª del Tribunal Supremo ha acogido decididamente la doctrina de la *actio nata*, explicitada por el art. 1969 del Código civil, según el cual *“el tiempo para la prescripción de toda clase de acciones, cuando no haya disposición especial que otra cosa determine, se*

contará desde el día en que pudieron ejercitarse”.

Así, la STS de 23/01/2001 (ECLI:ES:TS:2001:337), citada luego por otras muchas como las SSTs de 13/10/2004 (ECLI:ES:TS:2004:6445) y 01/03/2011 (ECLI:ES:TS:2011:964), recuerda que: *“el cómputo del plazo para el ejercicio de la responsabilidad patrimonial no puede ejercitarse sino desde el momento en que ello resulta posible por conocerse en sus dimensiones fácticas y jurídicas el alcance de los perjuicios producidos”* doctrina *“que tiene su origen en la aceptación por este Tribunal (...) del principio de «actio nata» (nacimiento de la acción) para determinar el origen del cómputo del plazo para ejercitarla, según el cual la acción sólo puede comenzar cuando ello es posible y esta coyuntura se perfecciona cuando se unen los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad”*.

Esta doctrina exige, en cada caso, un análisis pormenorizado del momento en el que el reclamante tuvo conocimiento del hecho causante del daño y de la ilegitimidad de ese daño.

4. El artículo 67.1 LPACAP tiene una regla de cómputo particular para el *“caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*. Por tanto, la determinación del día inicial depende de cuándo se sitúe el momento de curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, el momento en el que se concreta el resultado dañoso es muy concreto, el día 06/10/2022 el paciente falleció como consecuencia de un acto suicida, y la reclamación se interpuso el día 27/03/2024.

Es lugar común que, para fijar el día inicial de cómputo en estos casos, es preciso calificar previamente el daño. El plazo se inicia en día distinto si es permanente o continuado. Nos remitimos, al respecto, a la doctrina que hemos mantenido en buen número de dictámenes (D.57/12, D.64/12 o D.47/15).

En el caso de los daños definidos como permanentes, es evidente que, producido el acto causante del resultado lesivo, éste queda perfectamente determinado y puede ser evaluado o cuantificado de forma definitiva. Por el contrario, en el supuesto de daños continuados, al producirse éstos día a día en el tiempo, produciéndose un agravamiento paulatino sin solución de continuidad, el resultado lesivo no puede ser evaluado de forma definitiva hasta que no cesa el hecho causante de los mismos.

Daño permanente se refiere a una lesión irreversible, cuyo resultado lesivo queda perfectamente determinado desde la fecha en que se produce el acontecimiento, de tal forma que la realidad incontestable es que el daño ya se ha manifestado en todo su alcance

(D.64/12, D.40/13).

En la jurisprudencia el criterio coincide con el de este Consejo. El Tribunal Supremo (STS 24/03/2015, ECLI:ES:TS:2015:746) entiende que *“En los [daños] permanentes el hecho causante del daño se agota en un momento concreto en que despliega ya todos sus efectos y se conoce cuál es el alcance del daño, luego puede preverse cuál será su evolución”*. Se puede decir que en el caso de los daños permanentes, o de efectos permanentes y perdurables en el tiempo, el plazo empieza a contarse en el momento en que se produce la conducta causante del daño o se manifiesta su efecto lesivo (STS 23/10/2013, ECLI:ES:TS:2013:5201).

El cómputo del plazo de un año debe partir del día en que el fallecimiento sucede por eso, en el caso que nos ocupa es claro que el *dies a quo* para el cómputo de dicho plazo es el día 06/10/2022.

Este Consejo ya ha expresado en otras ocasiones (D.27/22 y D.60/24) que conforme al artículo 37.2 LRJSP, la exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones Públicas no suspenderá los procedimientos de responsabilidad patrimonial. En igual sentido, la pendency de un procedimiento penal no tendría que interrumpir el plazo de prescripción de la acción. Si se admitiera que el previo procedimiento penal interrumpiera el plazo de acción es por el inciso final del propio artículo 37.2 *“salvo que la determinación de los hechos en el orden penal podía ser necesaria para fijar la responsabilidad patrimonial”*, estaríamos aceptando tal relación, cuestión que en este caso se descarta, con más razón cuando se deduce con total claridad de la Providencia de fecha 31/03/2023 que para hacer *“renacer”* la acción, el día 24/01/2023 se insta al Juzgado una reapertura de las diligencias previas que el Juzgado, obviamente considera no procedente.

Desde el mismo día del fallecimiento del paciente, ya pudo ejercitarse la acción y el daño pudo ser evaluado con carácter definitivo, por lo que nada impidió a los reclamantes interponer la reclamación patrimonial desde ese momento. Y por tanto no existiendo ninguna causa que justificara la interrupción del plazo para reclamar, el plazo está prescrito.

En resumen, este Consejo, entiende que la acción está prescrita, coincidiendo con la consideración que hace la Dirección General de Servicios Jurídicos de 10 de octubre de 2024.

Quinto

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. Como hemos explicado reiteradamente en numerosos dictámenes, en el ámbito sanitario, el funcionamiento del Servicio Público (que es criterio positivo de imputación

que, con carácter general, utiliza el ordenamiento) consiste en el cumplimiento por la Administración de un deber jurídico, previo e individualizado respecto a cada paciente, que es correlativo al derecho de éste a la protección de su salud y a la atención sanitaria (cfr. art. 1.2 de la Ley General de Sanidad, que desarrolla los arts. 43 y concordantes de la Constitución), por lo que ese deber es *de medios* y *no de resultado* y se cumple, no respondiendo entonces la Administración, cuando la atención prestada ha sido conforme con la denominada *lex artis ad hoc*.

2. En el presente supuesto, y frente a lo que afirman la Propuesta de Resolución y la Dirección General de los Servicios Jurídicos, no cabe duda de la existencia de un fallo en la aplicación del Protocolo de prevención de suicidios que era de obligada aplicación a un paciente calificado por el propio Servicio sanitario como de “*alto riesgo*”, y que propició la “*oportunidad*” al paciente de perpetrar la terrible acción que consiguió culminar con éxito respecto a su propósito y que acabó con el resultado deseado por el mismo, el de su propia muerte.

Como la naturaleza de la obligación del sistema sanitario es de medios y no de resultado, para imputar responsabilidad deben concurrir, al menos, un título de imputación jurídica del daño y una relación de causalidad acreditada entre la actuación médica y el resultado dañoso producido.

La diligencia debida (*standard of care*), viene constituida por los principios o normas que rigen una determinada actividad, entre las que se encuentran las denominadas reglas de la *lex artis* (ley del arte), entendiendo como tal el conjunto de conocimientos, técnicas y habilidades aplicables en un concreto sector de la actividad humana y sirve como criterio para determinar la existencia de *mala praxis* cuando, quien se encuentra sujeto a ellas, incumple o desconoce las reglas de actuación por las que se rige la actividad profesional que desempeña, actúa como parámetro del comportamiento profesional exigible.

El diagnóstico médico constituye un proceso de razonamiento inferencial, que se lleva a efecto a partir del análisis del cuadro clínico que presenta el paciente y de las pruebas médicas procedentes, con la finalidad de emitir el pronóstico y pautar un tratamiento.

Un diagnóstico incorrecto no es, por sí solo, fuente generadora de responsabilidad, cuando se han empleado los medios necesarios para llevarlo a efecto actuando diligentemente.

Así se recoge en la Sentencia de la Sala de lo civil del Tribunal Supremo Sala Primera, de lo Civil, Sentencia 680/2023 de 8 mayo de 2023, Rec. 2467/2019 ECLI:ES:TS:2023:2050.

Según esta sentencia, la *lex artis*, en el caso de la responsabilidad médica, se añade

la locución *ad hoc*, que obliga a ponderar las concretas circunstancias de cada caso, en tanto en cuanto a situaciones diferentes no se les puede dar el mismo tratamiento jurídico mediante una artificiosa e injustificada asimilación.

En el presente caso, los reclamantes, tanto en la reclamación inicial como en las alegaciones presentadas, consideran infringida la *lex artis "ad hoc"*, y tal y como se deduce del informe pericial de la Dra. 7 y de la Inspección médica, el paciente fue adecuadamente diagnosticado y le fue aplicado el Protocolo de prevención de Suicidios por el Sistema riojano de Salud.

3. Queda, por tanto, analizar si, en este caso, concurre el criterio positivo de imputación, ya mencionado, del funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario, lo que determinaría la existencia de la responsabilidad reclamada; o si puede apreciarse algún criterio negativo de imputación, que la excluiría.

4. Para la Propuesta de resolución y a la vista de los informes incorporados al expediente, no se produjo ninguna negligencia, pues las medidas adoptadas, de acuerdo con el conocimiento que en ese momento se tenía del estado del paciente, no requería medidas diferentes a las adoptadas, siendo, por lo tanto, lo ocurrido un accidente de naturaleza imprevisible.

Sin embargo, del expediente se deduce con claridad que el paciente estuvo sin vigilancia desde las 22 horas a las 23 horas del día 06/10/2022, lapso de tiempo en el que nadie ha sabido o ha podido dar razón de sus movimientos, y durante el que el paciente dispuso de tiempo suficiente para culminar su propósito.

5. Pues bien, en este caso cabe concluir que la Administración Sanitaria incurrió en un evidente error al aplicar el protocolo de suicidios en este caso concreto, y no puede servir de excusa el hecho de que el paciente presentara durante todo el día una aparente mejoría en su estado de ánimo que nada hacía presagiar culminara en un nuevo intento de suicidio, ni que por causa del cambio de turno se produjera una hora sin vigilancia, incumpliendo de forma evidente el Protocolo, cuyas medidas requerían una observación metódica cada 15 o 30 minutos, con anotación en los formularios de registro o historia clínica, y mantener estrecha supervisión en situaciones en las que puede desviarse la atención del personal sobre otras actividades, en concreto se fija el cambio de turno. Al menos estas dos medidas fueron incumplidas y el paciente estuvo sin ser observado ni localizado durante una hora.

Desde luego, no parece que, en estas condiciones pueda calificarse como un suceso *imprevisible* o *inevitable* el hecho de que, disponiendo de la oportunidad y el tiempo suficiente durante el cambio de guardia, el paciente intentara y tuviera tiempo de culminar con éxito su suicidio.

Ese desgraciado resultado no constituía un suceso *imprevisible*. La mejor prueba de ello es que era obligado aplicar a este caso calificado como de alto riesgo, el Protocolo de prevención de suicidios, y ello obliga a considerar que el riesgo lejos de ser imprevisible era muy alto, como prueba la circunstancia de que se consumara en tan poco lapso de tiempo.

Tampoco parece que tal hecho merezca ser considerado como *inevitable*, sobre todo si el periodo de tiempo en el que el paciente estuvo sin vigilancia no puede, en ningún caso estimarse como el tiempo habitual de una visita ordinaria al cuarto de baño.

6. Por todo lo expuesto, consideramos que si bien se realizó un correcto diagnóstico y valoración del riesgo de suicidio del paciente, no se adoptaron todas las medidas pertinentes para evitar o minimizar ese riesgo, que, por otra parte, aparecían detalladas en el Protocolo de Prevención de Suicidios. La existencia de dicho Protocolo viene a poner de manifiesto la preocupación por el mantenimiento de la seguridad de los enfermos, con el fin de reducir el riesgo de suicidio mientras permanecen ingresados, fuera de la protección de la familia y, entiende este Consejo que es obligado brindarles la adecuada protección por el sistema de salud al que están encomendados, por lo que, el defecto en la aplicación del protocolo, supone un funcionamiento anormal del Servicio Público Sanitario, que determina la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sexto

Sobre la cuantía de la indemnización

Para fijar la indemnización, y dentro de las obvias dificultades que entraña traducir en una cantidad económica una pérdida como la sufrida por los padres del paciente, en tan penosas circunstancias, se considera oportuno, como ya hemos hecho en otras ocasiones (D.18/17), tomar en consideración la edad de la víctima, su convivencia con los reclamantes y los respectivos grados de parentesco; y asumir, como referencia orientativa, el baremo establecido en el Anexo de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (TR aprobado por RD-Leg 8/2004, de 29 de octubre) tal como ha sido reformado por Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y desarrollado por la Resolución de 02/02/2021, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (BOE de 19/02/2021).

El citado baremo es de aplicación referencial a las indemnizaciones por responsabilidad de la Administración Sanitaria, según establece la D.A.3ª de la precitada Ley 35/2015.

Pues bien, teniendo en cuenta esos parámetros y a la vista de las cuantías señaladas en la Tabla 1.a) del Baremo (Indemnizaciones por causa de muerte, perjuicio personal básico)

se considera razonable la indemnización que se contiene en dicho baremo referente al ejercicio de 2022 por importe de 76.790,72 euros para cada uno de los progenitores.

CONCLUSIONES

Primera

Procede apreciar prescripción para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial a la que se refiere el presente procedimiento por las razones expuestas en el fundamento de derecho tercero de este Dictamen.

Segunda

Respecto al fondo del asunto, de no apreciarse la prescripción, a juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debería ser estimada, en cuyo caso, la indemnización que pudiera corresponder a los reclamantes sería de 76.790,72 euros a favor de cada uno de los progenitores.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO