

En Logroño 3 de septiembre de 2025, 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. 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. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

58/25

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Responsabilidad patrimonial sanitaria, formulada por el manejo clínico de la depresión y fallecimiento de la paciente, derivado de la actuación efectuada por el Servicio Riojano de Salud, y que valora en 84.746,23 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 julio de 2024 y sellado de entrada en el Registro electrónico de la Delegación de Gobierno de Navarra ese mismo día (salida el 29 de julio de 2024), a través de Abogado en ejercicio perteneciente al M. I. Colegio de Abogados de Pamplona, en nombre y representación de DOÑA XX, y de sus hijos, mayores de edad, DOÑA XX y DON XX, presenta escrito de doble reclamación conjunta y solidaria de responsabilidad patrimonial: contra la Aseguradora del "*SERVICIO RIOJANO DE SALUD-SERIS*": la mercantil "*SHAM SEGUROS. SUCURSAL EN ESPAÑA*" y contra el "*SERVICIO RIOJANO DE SALUD-SERIS*", por el que relataba los siguientes hechos:

"PRIMERO.- La joven [...] - la mayor de tres hermanos -, siempre había sido una joven madura, responsable y trabajadora; a los 17 años comenzó a trabajar y a ser independiente. En el año 2018, con 30 años de edad, hubo de enfrentarse al durísimo golpe psicológico que supuso el fallecimiento súbito de su pareja, bien avenida, feliz y enamorada; golpe psicológico durísimo que coincidió también con la muerte de un tío materno por suicidio, más la pérdida de su empleo, añadido a problemas económicos familiares.

Los referidos acontecimientos vitales: estresantes y muy graves, sumieron a la joven [...] en una depresión mayor durante muchos meses; depresión mayor a la cual, -en el mes de julio 2018-, se sumaron "Síntomas psicóticos con ideación delirante"; motivo por el cual la joven hubo de ser ingresada en el Sº de Psiquiatría del "COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN SAN PEDRO DE LA RIOJA" de Logroño.

Tras dos semanas de ingreso hospitalario, la joven [...], recibió el Alta médica, siendo diagnosticada de una "Depresión con síntomas psicóticos".

SEGUNDO.- La joven [...], se mantuvo estable durante los años siguientes, siendo controlada en consulta de la "UNIDAD DE SALUD MENTAL" del "CENTRO DE SALUD de Arnedo", por la psiquiatra [...].

En el mes de febrero de 2020 - tras nuevo acontecimiento traumático, [...] empezó a presentar de forma brusca "Ánimo triste, apatía, sentimientos de soledad, así como discurso delirante de perjuicio, interpretaciones amenazantes del entorno, etc..."

Se optó por ingresar [...] en el Sº de Psiquiatría del "COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN-SAN PEDRO DE LA RIOJA", durante catorce días: desde el día 14.02.2020 al 28.02.2020.

Al Alta Médica, se le sumó [...] un nuevo diagnóstico: "TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO".

TERCERO.- Tras este último ingreso, la joven [...] no se recuperaría completamente, y en el mes de abril 2020, se le diagnosticó, de nuevo, de nueva "Descompensación psicopatológica", optándose por ordenar su ingreso involuntario/forzoso con fecha 30 de abril de 2020 en el "Sº DE PSIQUIATRÍA del COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN-SAN PEDRO DE LA RIOJA".

[...], permaneció ingresada hasta el 26 de mayo de 2020 tal y como consta en el Informe del Sº DE PSIQUIATRÍA del CHSM-SP DE LA RIOJA", de fecha 26.05.2020.

Durante este ingreso, se mantuvo el diagnóstico de "TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO", y se le pautó tratamiento con un fármaco inyectable denominado CLOPIXOL DEPOT® 200mg (3/4 amp. mensual): un muy potente antipsicótico-neuroléptico.

Tras el alta hospitalaria, la joven [...], continuó dependiendo de la "UNIDAD DE SALUD MENTAL" de su "CENTRO DE SALUD de Arnedo", a cargo de la Dra. [...], quien le suspendió el tratamiento neuroléptico de CLOPIXOL DEPOT®, debido a sus graves "Efectos secundarios" perfectamente descritos y conocidos en psiquiatría.

Así consta en el Informe del "CS. ARNEDO-ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA", firmado por la Psiquiatra [...], de fecha 10.02.2021.

Bajo la responsabilidad de la "UNIDAD DE SALUD MENTAL" de Arnedo, la joven [...], se mantuvo estable en los años siguientes, con tratamiento con Venlafaxinal 225mg Rt (1-0-0) y Aripiprazol 5 mg (1-0-0), con mejoría global de la sintomatología.

CUARTO.- Llegamos así, hasta primeros de diciembre de 2022, cuando la joven [...] padeció una nueva "descompensación psicopatológica, con desorganización conductual, ideación delirante, etc."

El día 5 de diciembre de 2022, [...], hubo de ser ingresada en el "S° DE PSIQUIATRÍA del COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN-SAN PEDRO DE LA RIOJA", de Logroño.

Durante este ingreso, fue medicada con un antipsicótico: OLANZAPINA hasta 30mg/día, y posteriormente, el día 14 de diciembre de 2022, se la prescribió, de nuevo, CLOPIXOL DEPOT inyectable mensual, pese a que esta medicación se había tenido que retirar anteriormente debido a los gravísimos efectos secundarios que había provocado en aquél momento a la joven [...].

Los psiquiatras se centraron en los síntomas psicóticos y delirantes, dejando a un lado el trastorno del estado de ánimo y la sintomatología depresiva que presentaba la joven.

[...] recibió el Alta el 23.12.2022, sin encontrarse bien y sin haber desaparecido su sintomatología depresiva, ni tampoco la psicótico/delirante.

Al Alta médica, modificaron el diagnóstico que tenía asignado hasta entonces: "TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO", por un diagnóstico: "ESQUIZOFRENIA PARANOIDE".

Tal y como consta en el Informe del S° DE PSIQUIATRÍA del CHSM-SP DE LA RIOJA", de fecha 23.12.2022.

QUINTO.- Al Alta hospitalaria, [...], se fue a vivir sola a su domicilio, sufriendo los graves efectos secundarios de la medicación antipsicótica que le inyectaron durante su último ingreso: CLOPIXOL DEPOT inyectable, y del resto de los fármacos que le habían prescrito desde el S° de Psiquiatría del "COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN-SAN PEDRO": OLANZAPINA 3 10MG (1 1-1), LORMETAZEPAM 42MG (al acostarse), TRANXILUM 515 MG (1-1 1), AKINETON 6 R (1-0-0).

A pesar de haber recibido el Alta, la paciente continuaba con sintomatología delirante, añadido a una muy grave sintomatología depresiva, para la que no se le había pautado medicación.

No se le prescribió al Alta ningún fármaco antidepressivo.

EL ALTA MÉDICA —sometida la paciente a los efectos conjuntos de los antipsicóticos prescritos—, y con sintomatología psicótica, delirante y depresiva, FUE PRECIPITADA, IRRESPONSABLE Y CONTRA LA "LEX ARTIS" de la psiquiatría.

[...] se fue sola a su domicilio, bajo la prescripción de múltiples fármacos, -todos ellos con posibles y graves efectos secundarios-, sin un tratamiento para su sintomatología depresiva, y sin el control médico que necesitaba una paciente de sus características.

Desde el S° de Psiquiatría del COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLÁN- SAN PEDRO, se la remitió a control ambulatorio por su psiquiatra [...] de la "UNIDAD DE SALUD MENTAL" de Arnedo.

SEXTO.- Consta en la hoja de Evolución de Psiquiatría -Salud Mental de la "USM DE ARNEDO".

"Llamó la madre, [...], a la Psiquiatra, refiriendo que se encontraba con su hija [...]. Esta se puso al teléfono, en principio colaboradora, pero haciendo comentarios delirantes de "que iba a ir a la consulta en avión", refiriendo que "no estaba tomando la medicación pautada."

La psiquiatra le prescribió por teléfono, sin ver a la paciente, un cambio en la medicación (Aripiprazol 10 mg (1-0-0), Venlafaxina 75 mg Rt (1-0-0)), antipsicótico y depresivo a dosis baja, y quedaron en que sería la madre la iría a por la nueva medicación.

- La siguiente anotación en la hoja de Evolución de Psiquiatría Salud Mental de la "USM DE ARNEDO".

La psiquiatra [...], anotó con esta fecha: "25.01.2023.- No acude a la consulta que tenía programada. Le llamo por teléfono, no quiere venir a consulta. Contrariada, no quiere que le demos la cita a su madre sino a ella, pero que tampoco quiere venir y "si llega una orden judicial ya me encargaré de no cumplirla". Juegos de palabras. Paranoide suspicaz, quejosa por el cambio de diagnóstico "yo la enfermedad que tengo es un esquizoafectivo". Demanda que se le suba la dosis de Venlafaxina como anteriormente. Insisto en que acuda a seguimiento."

ERA OBVIO QUE LA JOVEN [...] SE HALLABA TRASTORNADA, NECESITABA SUPERVISIÓN MÉDICA, NO SE ESTABA TOMANDO LA MEDICACIÓN, Y PROBABLEMENTE NECESITABA, UN NUEVO INGRESO HOSPITALARIO.

ELLA MISMA IMPLORABA A SU MÉDICO QUE LE INDICARA TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO (VENLAFAXINA).

NO SE TOMÓ NINGUNA DECISIÓN TERAPEÚTICA DESDE EL "SERVICIO RIOJANO DE SALUD-SERIS", Y SE DEJÓ ABANDONADA A UNA PACIENTE PSIQUIÁTRICA, CON UNA EVIDENTE DESCOMPENSACIÓN PSICOPATOLÓGICA, SÓLA, SIN EL MÍNIMO CONTROL MÉDICO."

2. En cuanto a la consecuencia que, a su juicio, se derivan de la asistencia que fue prestada, la reclamante entiende:

"El día 10 de febrero de 2023, la joven [...] de 35 años de edad, SE SUICIDÓ tirándose por la ventana de su domicilio.

NO SE LE PROPORCIONO A LA JOVEN [...], NI UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DE SU ENFERMEDAD, NI UN CORRECTO TRATAMIENTO, NI UN ADECUADO SEGUIMIENTO Y CONTROL POR PARTE DEL "SERVICIO RIOJANO DE SALUD SERIS".

"EL SUICIDIO DE LA JOVEN SE PODÍA Y DEBÍA HABER EVITADO".

3. Respecto a la indemnización por el anormal funcionamiento del Servicio Riojano de Salud, la reclamante expresa en su escrito: lo siguiente:

IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN QUE SE RECLAMA: Valoración de los daños. Para la valoración de los daños se viene utilizando "a MODO REFERENCIAL" el sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios Causados a las Personas en Accidentes de Circulación de Vehículos a Motor, reformado por la 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.

En este caso se habría de acudir a Indemnizaciones por causa de muerte.

Siniestro: Fallecimiento de la joven [...], el 10 de febrero de 2023, a los 35 años de edad.

Las cuantías indemnizatorias, están actualizadas y son las vigentes durante el año 2023, con la actualización correspondiente del año 2023, (sobre la actualización del año 2022, se aplicará un

incremento total de un 0,9 %, según el índice de revalorización de las pensiones que para el año 2022, que regula la Ley 11/2020, de 30 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para el año 2023, que establece en su artículo 35 una revalorización de las pensiones del 0,9 %).

Materializamos a continuación el correspondiente cálculo y valoración de la indemnización a percibir LA FAMILIA RECLAMANTE:

Madre, [...], de 57 años.

Hermanos, [...]Y [...], todos mayores de 30 años.

1) Perjuicio personal básico. Indemnización por causa de muerte TABLA 1A.

A los reclamantes les correspondería, según la citada Tabla:

A la madre: 47.610,25. -euros-

A los hermanos: $17.853,84 \times 2 = 35.707,68$. euros.

TOTAL: 83.317,93. euros.

2) Perjuicio Patrimonial. Tabla 1C

- Daño emergente. Perjuicio patrimonial básico: $476,10 \times 3 = 1.428,30$ euros

TOTAL por todos los conceptos: $83.317,93 + 1.428,30 = 84.746,23$ - EUROS.

De los intereses de demora del art. 20 de la LCS, que se aplican de oficio contra la Aseguradora y que se computarán desde la fecha del suicidio de la joven [...], el 10 de febrero de 2023, no hemos realizado, por el momento, cálculo.

La ASEGURADORA dispone de PLAZO DE CUARENTA DÍAS a partir de la recepción de ésta declaración del siniestro para efectuar el pago de que se reclama SIN INCURRIR EN MORA (Art.20.3º de la LCS).

TOTAL DEL PRINCIPAL RECLAMADO POR TODOS LOS CONCEPTOS = 84.746,23- EUROS.

4. A su reclamación la interesada acompañó la siguiente documentación:

Doc. nº 1 -Poder para pleitos.

Doc. nº 2 -Libro de familia.

Doc. nº 3-Escrito rector Diligencias Preliminares presentado al Juzgado de Logroño que corresponda de fecha 08/01/2024.

Doc. nº 4-Auto del Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Logroño (JPI) de admisión Diligencias Preliminares 13/03/2024.

Doc. nº 5-Diligencia de Ordenación del JPI de 08/04/2024.

Documentos números 6 a 11, contienen diversos informes de Psiquiatría del Hospital San Pedro (HSP) y del Centro de Salud de Arnedo.

Doc. nº 12 Informe Autopsia.

Segundo

El 02/08/2024, el Sr. Secretario General Técnico de la Consejería consultante dicta Resolución por la que tiene iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

1. Con fecha 9/08/2024 figura acuse de recibo de escrito del Sr. Instructor del expediente comunicando al representante de los reclamantes el nombramiento y diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

2. El 05/08/2024, el Instructor requirió a la Dirección del Área de Salud del Hospital de 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 la reclamación-, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada.

Cuarto

Con fecha 27 de mayo de 2024 se remite por la citada Área de Salud del HSP, determinada documentación con copia de la historia clínica a la que se le incorporan los informes que a continuación se resumen:

i) Informe del Médico Psiquiatra del Servicio Riojano de Salud, de fecha 05/09/2024, entre otras cuestiones expresa:

-“Que atendió a dicha paciente en los ingresos hospitalarios en la planta de Psiquiatría del Hospital San Pedro durante los años 2018, 2020 y 2022. Que en principio el cuadro clínico orientó hacia un cuadro depresivo con síntomas psicóticos pero que la evolución y síntomas presentes en los siguientes ingresos orientaron hacia un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. La sintomatología viró progresivamente hacia el polo psicótico con importante afectación global de la personalidad con empobrecimiento en todas áreas de funcionamiento y deriva vivencial.

-La paciente cumplía los criterios establecidos para el diagnóstico de Esquizofrenia recogidos en las clasificaciones internacionales (CIE-10):

- Ideas delirantes de control y influencia, de persecución.*
- Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.*
- Voces alucinatorias.*
- Síntomas negativos como apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales.*
- Desorganización conductual.*

-Que es bastante frecuente en la práctica habitual observar pacientes que en su evolución presentan una transición de síntomas y aparición de nuevos que modifican el diagnóstico asignado a dicho trastorno.

En el caso de la esquizofrenia los diagnósticos previos más frecuentes recogidos en la literatura especializada son diagnósticos del espectro de la esquizofrenia (F20.F29) y los trastornos esquizoafectivos (F25). (Transiciones diagnósticas hacia la esquizofrenia. Serrano E. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, Año 2012).

-Respecto a la elección de tratamiento se decidió la combinación de un Neuroléptico más incisivo por la intensidad de las ideas delirantes y la profunda desorganización conductual que presentaba en los primeros días de ingreso hospitalario. Neurolépticos menos incisivos no habían sido lo suficientemente eficaces en el pasado para revertir la sintomatología psicótica.

-Que ante la aparición de efectos adversos de tipo extrapiramidal (inquietud, temblor distal, tensión interna) del tratamiento se inició un fármaco indicado para el alivio de la sintomatología descrita. (Biperideno.Akineton R).

"Los fármacos anticolinérgicos son el tratamiento de primera línea en los efectos extrapiramidales inducidos por fármacos." Consejos clínicos para el tratamiento de síntomas extrapiramidales. Instituto de Psicofarmacología. Gregory Ponfome.2023.

-Que durante el ingreso hospitalario y dada la intensidad de las ideas delirantes, no se consideró adecuado pautar tratamiento antidepresivo, dado que los síntomas depresivos no cumplían criterios del trastorno depresivo Mayor.

En este sentido, tener en cuenta La revisión Cochrane. Antidepresivos para los pacientes con esquizofrenia y depresión. Publicado en Abril 2022.Autores: Whitehead C,Moss S,Cardino A, Lewis G.

Dicha revisión concluye que "en la actualidad no hay evidencias convincentes para apoyar o refutar el uso de antidepresivos en el tratamiento de la depresión en pacientes con esquizofrenia".

-Respecto al alta hospitalaria, se procedió a la misma, acompañada de su madre, cuando disminuyeron los síntomas psicóticos más prominentes y la conducta era más organizada".

ii) Informe de la Dra. de la Unidad de Salud Mental (USM) de Arnedo de fecha 12/09/2024. Entre otras cuestiones, dice:

"Paciente que inicia consultas en la Unidad de Salud Mental en julio de 2018, cuando tuvo que ingresar en la Unidad de psiquiatría del Hospital San Pedro por presentar un episodio depresivo con síntomas psicóticos. La paciente había sufrido una serie de acontecimientos vitales estresantes y graves en el año previo (fallecimiento súbito de su pareja, pérdida de empleo, problemática familiar y fallecimiento de un tío), lo que había provocado en los meses anteriores del ingreso la presencia de sintomatología depresiva a lo que se añadieron síntomas psicóticos caracterizados por ideación delirante de perjuicio y control, suspicacia e interpretaciones delirantes. Se estableció el diagnóstico de episodio depresivo con síntomas psicóticos y se inició tratamiento con Venlafaxina y Risperidona.

Se mantuvo estable hasta febrero de 2020, cuando de forma brusca comienza a presentar un estado de extrañeza y perplejidad, con discurso delirante de perjuicio, interpretaciones amenazantes del entorno, vivencias extrasensoriales junto con ánimo triste, apatía y sentimientos de soledad. También este episodio coincide con otro factor estresante grave que la paciente vive como traumático. Precisó ingresar nuevamente en la Unidad de psiquiatría y en ese momento se establece el diagnóstico de Tr esquizoafectivo y se pauta tratamiento con Venlafaxina, Risperidona y Lorazepam. Tras el alta hospitalaria, la paciente no acudió a consultas de seguimiento en la USM.

El 31 de marzo de 2020, se informa a la Unidad de Salud mental de que la paciente presenta conductas extrañas, con comentarios delirantes de perjuicio y de vigilancia a través de la televisión y de las redes sociales. Desde ese momento y en múltiples ocasiones y días diferentes, se intenta contactar tanto con la paciente para que retome consultas en la USM y hacer una valoración psicopatológica de su estado, como con su madre. El día 27 de abril y dado que se informa a la Unidad que persisten estos comentarios que sugerían descompensación psicopatológica y la paciente no acude a consulta en la USM, se realiza un informe de la situación que se dirige a la Autoridad Judicial. Tras ser valorada por la forense, la paciente fue remitida para ingreso en la Unidad de psiquiatría del HSP. Se mantuvo el diagnóstico de Tr esquizoafectivo y se pautó tratamiento con neuroléptico depot (Clopixol). Posteriormente a nivel ambulatorio se fue ajustando la dosis del inyectable hasta la suspensión porque la paciente refería quejas de aplanamiento que relacionaba con la medicación. Desde junio no acude a seguimiento en las consultas de Salud mental hasta diciembre de 2020 cuando lo retoma. A lo largo de las consultas se añade a su tratamiento previo con Venlafaxina, Gabapentina inicialmente y después Aripiprazol, con mejoría global de la clínica. Acudió a consulta en la USM por última vez en julio de 2021 y en ese momento seguía tratamiento con Venlafaxina y Aripiprazol.

Tras el informe de la USM al Juzgado (en abril de 2020) e ingreso de la paciente y la solicitud desde el Juzgado de informes médicos de seguimiento, se produjo un deterioro en la confianza y en la relación terapéutica, con un seguimiento más errático en la USM y con mayor suspicacia tanto con Justicia como con Sanidad.

En septiembre de 2022 es atendida en urgencias por cuadro de agitación secundario a consumo de Speed, que se resolvió en el Servicio de urgencias.

El día 5 de diciembre de 2022 precisó un nuevo ingreso en la Unidad de psiquiatría tras avisar la madre a las FOP por descompensación psicopatológica. La paciente presentaba sintomatología psicótica con ideación delirante de perjuicio junto con desorganización conductual. Durante el ingreso se estableció el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide y se pautó tratamiento con Olanzapina, Akineton, Tranxilium y Lormetazepam.

No acudió posteriormente a revisiones en la USM.

El día 20 de enero de 2023, se recibe información en la Unidad de que la paciente había hecho comentarios no coherentes por la calle. Se contacta con la madre (ya que ve a la paciente a diario a la hora de la comida) y esta refiere que fa ve bien negando la sintomatología referida a la USM, refiriendo quejas acerca de que las medicaciones le dejan triste y apática. Aunque se muestra muy contrariada con el sistema sanitario (quejosa por ingresos, algunos tratamientos, diagnósticos...), se compromete a intentar que retome consultas y se indica que acuda a consulta ese mismo día o el 25 de enero (siguiente día de consulta). Finalmente se consigue ese mismo día hablar con la paciente. Durante la entrevista telefónica se muestra afable y se compromete a acudir a la consulta el miércoles día 25 de enero. Refería haber reducido la dosis de Olanzapina a 1 comprimido al día porque le aplanaba (cuando la indicación era 1 cada 8 horas) y tampoco tomaba el Tranxilium ni el Lormetazepam. Solicitó retomar tratamiento con Venlafaxina y dado que no estaba tomando la medicación como se le había prescrito, se le planteó también retomar tratamiento con Aripiprazol (fármaco que había tomado previamente con buena tolerancia y mejoría clínica), lo que aceptó. Se comentó también con la madre que se mostraba de acuerdo y que se comprometió a supervisar a la paciente.

El día 25 de enero no acude a la consulta programada en la USM. Le llamo por teléfono, pero no quiere acudir a consulta. Se muestra contrariada, no quiere que le demos la cita a la madre sino a ella,

aunque no quiere acudir a seguimiento "y si llega una orden judicial, ya me encargaré yo de no cumplirla". Paranoide, suspicaz, algún juego de palabras en la conversación, sin que en el momento de la entrevista verbalizara ideación delirante estructurada. Se insistió en que acudiera a seguimiento en la USM. En las dos ocasiones que se habló con la paciente, no expresó deseos autolíticos".

Quinto

Con fecha 13 de septiembre de 2024 el Instructor remite escrito a la Dirección General de Prestaciones y Farmacia, para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre los aspectos esenciales de la reclamación para facilitar la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Sexto

Seguidamente, consta en el expediente el informe pericial de un determinado Doctor especialista del Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología de la Facultad de Medicina de la Ciudad Universitaria de Madrid de fecha 29 de enero de 2024. que, tras un detallado examen de la asistencia dispensada al paciente entre otras cuestiones expresa lo siguiente:

"Previo a su acto suicida de febrero de 2023, [...] no había tenido gestos suicidas previos. Tampoco, en las exploraciones psicopatológicas previas se refiere que tuviese ideas autolíticas estructuradas, o manifestase valorar esta conducta. Es decir, se trataba de una paciente con una enfermedad con riesgo relevante de suicidio, pero en la que no se detectaban los signos propios de que la paciente estuviese en riesgo específico de esa conducta. De los factores de riesgo, si bien presentaba la sintomatología afectiva grave, no parece que fuese una paciente de gran impulsividad, o con delirios que le generaran grave ansiedad, o que sus relaciones familiares fuesen especialmente conflictivas.

En realidad, las dos opciones posibles en el presente caso, es que [...] sufriera una descompensación de su enfermedad, cuyo curso sería aún más negativa al restringir su medicación, o bien que la precipitación fuese un acto disruptivo, que de forma súbita cometiera la paciente como, a veces, ocurre en estos enfermos.

La capacidad del médico de hacer seguimiento de pacientes que no colaboran adecuadamente, es realmente restringida, especialmente si no se han adoptado medidas de apoyo a la discapacidad. Si el paciente no acude a las consultas citas, puede intentarse contactar por teléfono, lo que aquí es evidente que sí se hizo. Si, falla ese recurso, se puede intentar contactar con la familia o personas próximas, si bien ésta es una conducta intrusiva, que a veces deteriora la relación con la paciente, por lo que debe de reservarse a situaciones en las que realmente se considere necesario. Ya el paso siguiente, es utilizar los servicios de policía municipal o de asistencia social, lo que generalmente también se vivencia como muy agresivo por el paciente.

A posteriori el análisis de las conductas no debe hacerse partiendo del resultado ya conocido de los hechos posteriores. A lo largo de la HC se evidencian episodios en los que [...] no acudió a citas de consultas sin que ello condujese a situaciones de riesgo para ella. Ni en las citas previas a su fallecimiento, ni en las anotaciones que constan en la HC, se evidencia que la paciente hubiese tenido fases previas de riesgo suicida. En consecuencia, entendemos que el manejo de la paciente fue correcto, aunque no fuera exitoso. Se trataba de una paciente joven (35 años de edad), que tiene mala adherencia

al tratamiento, y con una relación compleja con el personal sanitario, en la que era a priori necesario, no deteriorar el vínculo terapéutico.

El manejo del riesgo de suicidio es una actividad de tipo probabilístico. Es decir, se decide, según el criterio del médico, lo que se considera más favorable para el paciente. Sabemos que un ingreso no indicado médicamente, especialmente si se trata de un ingreso involuntario, es realmente perjudicial para la paciente, independiente de que pueda ser más o menos efectivo en prevención de conductas auto o heteroagresivas. No sólo deteriora la relación terapéutica y hace más ingobernable su seguimiento, sino que estimula el institucionalismo. Añadido a eso, la autoridad judicial no suele autorizar el ingreso involuntario de estos pacientes, que durante la entrevista judicial parecen coherentes y hasta colaboradores. Por otro lado, el no ingreso, en pacientes con cuadros como el que sufría [...], siempre conlleva cierto riesgo de suicidio, pues puede que el paciente no haya comunicado su ideación suicida o, simplemente, que el médico no haya podido obtener esa información. Lo que determina que la praxis sea adecuada o no, es que el tratamiento previo del paciente haya sido adecuado, lo que aquí es evidente, así como que no haya una situación de abandono, lo que aquí también puede excluirse. Según mi criterio, Salud Mental hizo correctamente el seguimiento de la paciente, y al fallar a la cita, se decidió esperar a las siguientes citas por si acudía voluntariamente. No había datos objetivos de que tuviese un riesgo de conducta suicida aumentado, ni tampoco se habían detectado señales de alarma de conducta suicida.

En la demanda se cuestiona el diagnóstico de la paciente, que se considera erróneo. En nuestra opinión esto no es cierto. El diagnóstico psiquiátrico es funcional en tanto que se establece según la clínica que tiene el paciente, y la permanencia o no de esta sintomatología. En nuestra experiencia, los pacientes con Trastorno Esquizoafectivo, frecuentemente son diagnosticados en el inicio de su enfermedad como patología ansiosa, tipo Trastorno de Ansiedad Generalizada o similar. Esta fase no se dio en nuestro caso, pues probablemente no acudió a Salud Mental hasta la aparición de la sintomatología depresiva. Posteriormente, aparece la depresión y suelen diagnosticarse como Depresión Mayor o Depresión con síntomas psicóticos. Según evoluciona, a veces tardan muchos meses, va predominando la sintomatología psicótica, por lo que se plantea la Esquizofrenia Paranoide, o si la sintomatología depresiva es muy marcada, Trastorno Esquizoafectivo. Así, en el presente caso no ha habido error diagnóstico, sino la evolución diagnóstica habitual en estos pacientes, en los que siempre se prioriza el diagnóstico más probable que se ajusta a su evolución clínica a su respuesta terapéutica. Así, creemos que no ha habido error diagnóstico.

Igualmente, si se examina la HC, hay un seguimiento regular de la paciente, que en ningún momento había realizado actos o amenazas de suicidio previo, ni presentaba factores de riesgo claros de esta conducta. Es decir, no hubo abandono de la paciente, ni otros datos que los propios de padecer su enfermedad, que indicaban un riesgo inmediato de conducta suicida.

Séptimo

Consta después en el expediente el informe de la Inspección médica, de 05/03/2025, quien después de realizar una descripción de los hechos acaecidos, establece las siguientes conclusiones:

“1ª. -Desde el inicio del seguimiento de la paciente por parte de la USM se fueron emitiendo diferentes diagnósticos, todos ellos acordes a la sintomatología que fue presentando a lo largo del tiempo. En la

literatura médica está reconocido que los diagnósticos de los trastornos mentales pueden variar en función de la evolución de la sintomatología, hecho que explica los cambios de criterio diagnóstico realizado, sin que esto que suponga un error de juicio clínico.

2ª.- El diagnóstico de esquizofrenia paranoide emitido en el último ingreso hospitalario puede considerarse ajustado a los criterios establecidos en los Manuales de diagnóstico actuales, al igual que el tratamiento pautado mediante el uso de antipsicóticos.

3ª.- El uso de Clopixol Depot fue suspendido en una ocasión previa a solicitud de la paciente por el efecto sedante que le ocasionaba. Este efecto sedante, propio del fármaco, no se puede entender como un efecto adverso grave que contraindicara su uso, no pudiendo considerar inadecuada su administración para el control del cuadro psicótico que presentaba en el último ingreso, que no se conseguía controlar con el uso de otros fármacos, máxime cuando ya había sido utilizado en un ingreso anterior y había funcionado controlando otro episodio psicótico.

4ª.- En el momento del alta emitida el 23/12/2023, sus síntomas psicóticos habían disminuido y presentaba una conducta más organizada, aceptando seguir tratamiento ambulatorio acompañada por su madre, no existiendo criterios en ese momento que justificaran la necesidad de continuar su control bajo seguimiento hospitalario.

5ª.- En su evolutivo se recogen otros episodios de negación a la toma de antipsicóticos y abandono del seguimiento en la USM, frecuentes en este tipo de patologías, no pudiendo considerar que el abandono de tratamiento ni la ausencia de contacto por parte de la paciente con la USM tras este último ingreso justificara la toma de otras medidas de control más agresivas, fundamentalmente cuando se contactó con ella y aceptó un nuevo tratamiento bajo supervisión por parte de su madre, insistiéndole en la necesidad de acudir a seguimiento.

6ª.- En ningún momento de su evolución la paciente refirió ideación suicida ni presentó ningún intento ni gesto autolítico. Tras el último ingreso no consta que presentara nuevos factores de riesgo de suicidio o circunstancias o conductas por los que se pudiera prever el inminente paso al acto que justificaran la adopción de otros protocolos de actuación”.

Octavo

1. Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a los reclamantes, mediante escrito dirigido a su representante con fecha 06/03/2025 y con acuse de recibo el 11/03/2025.

2. El representante de los reclamantes solicitó el traslado de todo lo instruido en el expediente el 12 de marzo de 2025.

A su vez, solicitó en el mismo escrito, *“interrumpir el plazo de trámite de audiencia para presentar alegaciones, hasta que nos sea remitido la copia íntegra y completa de la totalidad de los documentos que integran el expediente administrativo”.*

3. Con la misma fecha de 12 marzo de 2025 consta acuse de recibo del expediente por el despacho de Abogados.

Noveno

Con fecha 1 de abril de 2025 se remite escrito de alegaciones firmado por el representante de la parte reclamante, por el que se reitera la base y postulados de la reclamación inicial, volviendo a concluir que, *“EL SUICIDIO DE LA JOVEN SE PODÍA Y DEBÍA HABER EVITADO”*.

Por otra parte, se reitera la valoración del daño en 84.746,23 euros.

Y finalmente, SOLICITA:

“Se acuerde el inicio de negociaciones para finalizar el presente expediente de responsabilidad patrimonial mediante ACUERDO EXTRAJUDICIAL VINCULANTE”.

Décimo

En fecha 16 de mayo de 2025, se formula la Propuesta de resolución en el sentido 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”*, además de estar prescrita la reclamación presentada.

Undécimo

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el día 20 de mayo de 2025, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 23 de mayo de 2025.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 14/07/2025, la Consejería de Salud y Políticas Sociales, 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 24/07/2025, 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

Asumida la ponencia por el Consejero señalado 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 y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

La reclamante interesa una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 84.746,23 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPACAP, el mismo ha de 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, considerando los criterios previstos en la LPACAP, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social.

Segundo

Requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LRJSP y 65, 67, 81, 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 ejercite 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 (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

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.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro dictamen 3/07, “*la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo*”.

Como señala la STS de la STS, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, (ECLI:ES:TS:2005:2943), en su FJ 4º, que: “«...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la

responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», *debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*".

Adicionalmente, según ha reiterado este Consejo en buen número de dictámenes, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja número 206/2008, de 12 de septiembre (ECLI:ES:TSJLR:2008:292), que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

*"En aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 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 y 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 non 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 su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 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 identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de 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). **En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de 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**".*

Tercero

Prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial

Consideramos que la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpuso fuera

del plazo de un año establecido por el art. 67.1 LPACAP. Este Consejo, entiende que la acción está prescrita, coincidiendo con la consideración que se hace tanto en la Propuesta de Resolución como en el informe de la Dirección General de Servicios Jurídicos de 20 de septiembre de 2024.

1. 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 26/07/2024 (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 26 de julio de 2023, la acción estaría prescrita.

2. 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 Cc, 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 Sentencia del TS de 23/01/2001 (ECLI:ES:TS:2001:337), citada luego por otras muchas las Sentencias del TS de 13/10/2004 (ECLI:ES:TS:2004:6445) y de 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.

3. 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, tal como ha quedado expuesto, la reclamación se interpuso en el 26 de julio de 2024 y la paciente se suicidó el día 10 de febrero de 2023, en consecuencia, el plazo de un año para interponer la reclamación ha quedado rebasado, y la acción debe considerarse prescrita.

La acción podría no estar prescrita en el supuesto de que existieran secuelas, que no es el caso. Tal como hemos recogido en numerosos dictámenes, el plazo se inicia en día distinto si es permanente o continuado, (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 no es sinónimo de intratable, sino que hace alusión a una lesión irreversible e incurable, cuyas lesiones quedan perfectamente determinadas desde la fecha en que tiene lugar el alta médica o se efectúa el diagnóstico, sin que ello pueda confundirse con los padecimientos que derivan de la enfermedad susceptible de evolucionar en el tiempo. En el daño permanente, como es en este caso, es indudable que *el dies a quo* o inicio del cómputo para reclamar se inicia el día en que se produjo el óbito. Es decir, en este caso, se inició el 10 de febrero de 2023 y terminó el 10 de febrero de 2024.

En el escrito de reclamación se afirma que, *“La presente reclamación de responsabilidad patrimonial se ha interpuesto dentro del plazo de un año, desde la producción del daño (fallecimiento por suicidio de la paciente, en este caso), o de la curación o la determinación del alcance de las secuelas, para el caso de daños de carácter físico o psíquico, que establece el art. 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas”*, pero es evidente que no ha sido así, ya que se presentó y así consta en el expediente, de manera fehaciente, el 26 de julio de 2024.

Aún se podría entender que la acción se ejercita en plazo, si hubiera habido algún acto de interrupción del plazo antes del transcurso de un año. Es cierto que consta en el expediente administrativo que se presentaron Diligencias Preliminares ante el Juzgado de Primera Instancia núm 3 de Logroño (Diligencias Preliminares 20/2024), que se tramitaron desde el 8 de enero de 2024 hasta el 8 de abril del mismo año, pero es doctrina pacífica del Tribunal Supremo que las Diligencias Preliminares no interrumpen el plazo para reclamar.

Así se indica en la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª). Sentencia núm. 894/2022 de 30 junio (ECLI:ES:TS:2022:2722), Fundamento de Derecho Cuarto:

"La fijación de doctrina y la decisión del recurso.

De conformidad con las sentencias que se acaban de recoger (en especial, SSTs de 2 de marzo de 2011 -recurso de casación núm.1860/2009- y 16 de diciembre de 2017-recurso de casación núm. 2599/2007- debemos llegar a los siguientes pronunciamientos:

(I) la interposición de una diligencia preliminar para la obtención de la historia clínica no constituye una acción idónea a los efectos de interrumpir el plazo de prescripción de un año para reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por daños derivados de la actuación sanitaria.

(II) la presentación de un escrito limitado a comunicar la intención de interrumpir la prescripción mediante su presentación al amparo del artículo 1973 del Código Civil no puede determinar dicha interrupción en el ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública por daños derivados de la asistencia sanitaria, al no ser acción idónea para ello".

Esa jurisprudencia se ha visto confirmada este mismo año por la Sentencia de 13 de mayo de 2025 (ECLI:ES:2025:2153) referida a la interposición de Diligencias preliminares para identificar a la entidad aseguradora de la Administración, cuyo fundamento sexto dice:

"En un procedimiento administrativo para exigir la responsabilidad patrimonial de la Administración, la interposición de una solicitud de diligencias preliminares ante la jurisdicción civil (art. 256.1.5.º LEC) encaminadas a la obtención de las circunstancias de identificación de la entidad aseguradora con la que la Administración demandada pueda tener concertado un seguro de responsabilidad por daños no produce efectos interruptivos de la prescripción de la acción para exigir responsabilidad patrimonial ex artículo 67 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de procedimiento administrativo común de las administraciones públicas".

Es decir, que la reclamación en vía patrimonial se ha presentado fuera de plazo porque las Diligencias Preliminares no lo interrumpieron y esto determina que esté prescrita.

Por ello, el primer motivo por el que debe ser desestimada la reclamación presentada es que se encuentra prescrita.

Cuarto

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

La prescripción de la acción eximiría de avanzar más en el estudio del presente supuesto. No obstante, de manera subsidiaria, entraremos, con brevedad a analizar la existencia de responsabilidad en el presente supuesto.

1. En el presente supuesto, la parte reclamante afirma, respecto a la atención recibida de la paciente por el Servicio Riojano de Salud (SERIS), los siguientes postulados:

i) (“Existió un diagnóstico psiquiátrico incorrecto. En su último ingreso, siendo diagnosticada la paciente de “ESQUIZOFRENIA PARANOIDE”, cuando realmente se trataba de un “TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO”, con síntomas delirantes y depresivos, y con alteración del estado de ánimo de la paciente”.

ii) “Ante este diagnóstico errado, solamente se trataron los síntomas delirantes, dejando de lado la sintomatología depresiva y la alteración del estado de ánimo, Todos estos síntomas seguían presentes al alta hospitalaria. El alta fue precipitada”.

iii) “Se abandonó a la paciente, por parte del SERIS, ante una descomposición psicopatológica no recuperada, en una paciente que no aceptaba su enfermedad, no tenía adherencia al tratamiento farmacológico, ni acudía a las consultas de control en la USM. Un conjunto de hechos indubitados que la condujeron a un suicidio previsibles”.

Concluyendo que, **“No se le proporcionó a la joven, ni un correcto diagnóstico de su enfermedad, ni un correcto tratamiento, ni un adecuado seguimiento y control por parte del SERIS”.** Por lo que entiende que, **“el suicidio de la joven se podía y debía haber evitado”.**

2. De los diversos informes presentados por la Administración sanitaria encontramos información sobre cada uno de los extremos objeto de la reclamación, respecto a la asistencia sanitaria que recibió la paciente por el SERIS, refutando sus afirmaciones, así:

i) Respecto al diagnóstico:

En principio el cuadro clínico orientó hacia un cuadro depresivo con síntomas psicóticos pero que la evolución y síntomas presentes en los siguientes ingresos orientaron hacia un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. La sintomatología viró progresivamente hacia el polo psicótico con importante afectación global de la personalidad con empobrecimiento en todas áreas de funcionamiento y deriva vivencial.

La paciente cumplía los criterios establecidos para el diagnóstico de Esquizofrenia recogidos en las clasificaciones internacionales (CIE-10), (informe del psiquiatra de 5 de septiembre de 2024).

El diagnóstico psiquiátrico es funcional en tanto que se establece según la clínica que tiene el paciente, y la permanencia o no de esta sintomatología. Así, creemos que no ha habido error diagnóstico, (informe pericial de 29 de enero de 2025).

En la literatura médica está reconocido que los diagnósticos de los trastornos mentales pueden variar en función de la evolución de la sintomatología, hecho que explica los cambios de criterio diagnóstico realizado, sin que esto que suponga un error de juicio clínico.

El diagnóstico de esquizofrenia paranoide emitido en el último ingreso hospitalario puede considerarse ajustado a los criterios establecidos en los Manuales de diagnóstico actuales, al igual que el tratamiento pautado mediante el uso de antipsicóticos, (informe de la inspección médica de 5 de marzo de 2025).

ii) Respecto al tratamiento:

Si se examina la HC, hay un seguimiento regular de la paciente, que en ningún momento había realizado actos o amenazas de suicidio previo, ni presentaba factores de riesgo claros de esta conducta, (informe pericial).

En el momento del alta emitida el 23/12/2023, sus síntomas psicóticos habían disminuido y presentaba una conducta más organizada, aceptando seguir tratamiento ambulatorio acompañada por su madre, no existiendo criterios en ese momento que justificaran la necesidad de continuar su control bajo seguimiento hospitalario, (informe de la Inspección).

iii) Respecto al desenlace final:

no hubo abandono de la paciente, ni otros datos que los propios de padecer su enfermedad, que indicaban un riesgo inmediato de conducta suicida, (informe pericial).

En ningún momento de su evolución la paciente refirió ideación suicida ni presentó ningún intento ni gesto autolítico. Tras el último ingreso no consta que presentara nuevos factores de riesgo de suicidio o circunstancias o conductas por los que se pudiera prever el inminente paso al acto que justificaran la adopción de otros protocolos de actuación, (informe de la Inspección).

Por todo lo expuesto anteriormente, la conclusión de todos los informes contenidos en el expediente señala que la asistencia prestada ha sido adecuada y conforme a la *lex artis* en cada momento.

3. Criterio del Consejo

Este Consejo Consultivo lamenta profundamente la muerte que origina la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, pero comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución, por cuanto, efectivamente, tal y como señalan, tanto los facultativos que intervinieron en la atención a la paciente, como el resto de los informes sanitarios, que hemos reflejado anteriormente, concluyen que, atendidas todas las circunstancias concurrentes, los profesionales sanitarios actuaron conforme a los protocolos, técnicas y conocimientos adecuados al caso concreto, es decir, cumplieron con la *lex artis ad hoc*.

Por otra parte, no hay relación causal, no hay daño antijurídico, se han rebatido los postulados de la reclamación, y no aportando prueba alguna, ni informe pericial que pueda sostener sus apreciaciones, singularmente su conclusión por la que “*el suicidio podía haberse evitado*” consideramos que, no ha habido error de diagnóstico ni abandono de la

paciente, entendemos que la actuación de los profesionales con la paciente fue la correcta, y que el suicidio no fue consecuencia de un error evitable en su tratamiento.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, **por estar prescrita la acción** y, subsidiariamente, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación a *la lex artis ad hoc*.

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
EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO