

Expediente Núm. 194/2009  
Dictamen Núm. 77/2010

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa*  
*Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de marzo de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 10 de febrero de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños que sufren tras el asesinato de su hijo por un enfermo mental.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito presentado en una oficina de correos el día 22 de julio de 2005, los interesados formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños psíquicos que sufren tras el asesinato de su hijo por un enfermo mental.

Inician su relato señalando que el día 23 de julio de 2004 su hijo fue apuñalado por la persona que identifican y que, como consecuencia de las

heridas causadas, el niño falleció el mismo día de la agresión, padeciendo los reclamantes trastornos psiquiátricos como resultado de tan traumático suceso.

Manifiestan que “el 1 de junio de 1999” el agresor había acudido al centro de salud mental, “siendo diagnosticado de descompensación psicótica y esquizofrenia paranoide”, y refieren el tratamiento pautado. Consignan las fechas en que acude a consulta al mismo centro de salud mental, en las que se detecta que, “si bien durante unos días había tomado el tratamiento prescrito”, con posterioridad no sólo lo dejó, “sino que se negó tajantemente a seguir con el mismo”. El día 4 de agosto de 1999, después de otra consulta en el centro de salud mental, intenta suicidarse y es trasladado al hospital. Es dado de alta el día 4 de noviembre, haciéndose constar en el informe correspondiente que “el tratamiento que le fue indicado por la psiquiatra consultora del hospital (...) debía (...) ser revisado por parte de su psiquiatra del centro de salud”. Al día siguiente lo visita en su domicilio el doctor, “que le pauta un tratamiento con un antidepresivo más un antipsicótico”. El día 9 de ese mismo mes el psiquiatra “habla por teléfono con el paciente”, le dice que “no sigue el tratamiento pautado porque el antidepresivo lo marea y que no toma el antipsicótico porque él no es un enfermo psicótico. El médico insiste en la pauta del tratamiento y acuerdan hablar por teléfono en dos días. Ese mismo día se pone en contacto con el psiquiatra la madre” del agresor, solicitándole “una medicación más floja, motivo por el cual el médico le prescribe otro tratamiento y le escribe una carta al paciente mandándole (...) que le llame por teléfono al día siguiente”.

Afirman que, a pesar de ser el agresor un enfermo psicótico aquejado de esquizofrenia paranoide que había tenido un intento de suicidio muy grave, y constarle al psiquiatra que no seguía el tratamiento, “el facultativo que lo trataba no sólo no pone dicha circunstancia en conocimiento del Ministerio Fiscal”, a los efectos establecidos en el artículo 203 del Código Civil, “sino que ni siquiera se le hace ningún tipo de seguimiento al paciente” y que desde dicha fecha “no se produce ningún contacto entre psiquiatra y enfermo, tal como está protocolizado en la Red de Salud Mental del Área 5.<sup>a</sup> para los trastornos mentales severos (trastornos esquizofrénicos graves)”, hasta que el

citado individuo asesina a su hijo, por lo que el asesinato no se habría producido "si el esquizofrénico hubiese estado bajo tratamiento médico y controlado por el personal" de los servicios de salud.

Por la muerte y pérdida irreparable de su hijo, así como por los daños psicológicos y morales que sufren, solicitan una indemnización por importe de trescientos mil quinientos seis euros (300.506 €).

A efectos probatorios, acotan los archivos del Centro de Salud y del Centro de Salud Mental de ....., del Hospital "X", del Hospital "Y", del Centro Penitenciario ..... y las diligencias previas incoadas con motivo de estos hechos en el Juzgado de Instrucción N.º 1 de Gijón.

Acompañan a su reclamación una copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Diligencia del Secretario del Juzgado de Instrucción N.º 1 de Gijón, de 23 de julio de 2004, en la que se hace constar la muerte de un niño a causa de las heridas producidas con un cuchillo por la persona identificada por los reclamantes. b) Informe del Responsable del Centro de Salud Mental que atendió el agresor, de fecha 4 de febrero de 2005, en el que se menciona que "fue atendido en este centro de salud mental entre el 18-5-99 y el 10-11-99". Consigna la atención prestada los días 18 de mayo, 1 de junio, 6 y 22 de julio y 4 de agosto de 1999 y que "la impresión de la primera consulta fue: '¿descompensación psicótica?' Posteriormente, al codificar el historial (...) anotó: 'descomp. psicótica xxx. E. paranoide F20'. El diagnóstico se basaba en el relato por parte del paciente de 'alusiones', recetándosele el correspondiente tratamiento. Indica que "la evolución fue de mejoría parcial. En la consulta del 1-6-99 había tomado el tratamiento sólo unos días; en las consultas de los días 6-7-99 y 22-7-99 sigue sin tomar el tratamiento y sigue estable: 'he superado la situación en términos generales, pero me quedan dudas (...)'. Se refiere a los síntomas psicóticos, las 'alusiones'. Acepta seguir acudiendo a consulta pero se niega a seguir tratamiento y a hacerse una analítica que se le propone". Expone que "el 4-8-99 acude por iniciativa propia (la cita acordada era para más adelante) refiriendo encontrarse de nuevo peor: 'gestos de la familia y de la gente' que entiende como alusiones. Está suspicaz y esquivo. Se le pauta tratamiento" y que "ese mismo día ingresó" en

un hospital de Gijón por 'caída desde un 5º piso'. El informe de su estancia hospitalaria de 3 meses no refiere más y añade en las recomendaciones: 'revisar tratamiento por parte de Psiquiatría'. No hace ningún comentario sobre su estado psiquiátrico durante ese tiempo". Señala que entre el 5 y el 10 de noviembre de 1999 fue atendido por otro especialista que, "ante la indicación del informe del hospital (...) lo visita en su domicilio el 5-11-99 considerando (que) 'ha tenido un intento de suicidio (...). Humor depresivo, ha tomado conciencia de lo que hizo. No quiere hablar de su problemática. Reacio a la medicación. Aparentemente no alucinaciones ni alteraciones del pensamiento'. Indica un antidepresivo más un antipsicótico a dosis baja (...). El 9-11-99 habla por teléfono con el paciente, que refiere que no toma el tratamiento porque el antidepresivo le mareaba y el antipsicótico tampoco porque él no es un psicótico". El doctor "insiste en la pauta de tratamiento y acuerdan hablar por teléfono de nuevo en 2 días". Ese mismo día la madre acude al centro de salud mental y habla con el doctor solicitándole "medicación (más) floja", que le prescribe, escribiéndole una carta al paciente para que le llame por teléfono al día siguiente. En el historial se constata que ese día 10 "no telefonea y (que) no se producen más contactos, ni se registra más información". Añade que "no consta (...) que haya tenido contactos en otros centros de salud mental, ni hay una indicación específica de alta médica".

**2.** Con fecha 1 de agosto de 2005, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias dicta resolución por la que acuerda "declarar la suspensión del procedimiento administrativo en tanto recaiga resolución firme en el orden penal". Dicha resolución, así como la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio y las normas del procedimiento con arreglo a las cuales se tramitara se comunica a los reclamantes el día 8 de septiembre de 2005.

**3.** Mediante escritos de 4 y 19 de agosto de 2005, la Gerencia del Hospital "Y" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, entre otros documentos, una copia de la historia clínica del agresor obrante en el

centro de salud mental en el que fue atendido y un informe del Responsable del mismo en relación con la asistencia prestada.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Hoja de interconsulta del día 7 de mayo de 1999, solicitada con carácter preferente. b) Hoja de anamnesis de la primera consulta, fechada el 18 de mayo de 1999, en los Servicios de Salud Mental. En ella se indica que vive con su madre, que es el menor de 2 hermanos, "no fumador./ Bebedor (no desde que toma la medicación); antes, 1 vez a la semana (los lunes) (...). El resto de la semana, nada, salvo agua./ No otros hábitos tóxicos". Tras finalizar el instituto se dedica a la "lectura. Escribe desde adolescencia". Consulta, remitido por su médico de Atención Primaria, por delirios de alusión. Señala que tomó la medicación pautada por aquél hasta el día 16 de mayo y que "después suspendió Haloperidol" porque se "encontraba desplomado físicamente y a la vez inquieto y nervioso". En cuanto a lo de los delirios de alusión, me ayudó" a controlarlos. Ahora "siento que son un error y que por medio de voluntad e inteligencia los puedo controlar". El paciente sitúa el inicio de la clínica en noviembre de 1996; en junio de ese año falleció su padre y pasó unos "meses muy malos". Refiere "apetito conservado. Sueño (...) (peor con Haloperidol). Tranxilium bien./ No ideación suicida" y que tenía como plan de futuro "superar esta situación (mejoría con el tto., a pesar de inconvenientes)". Manifiesta tener "buena relación con su madre y con su hermana". El día 1 de junio de 1999 se anota que ha tomado medicación "solamente algunos días./ Dice estar mejorado (...). Recomiendo tomar tto., aunque dudo de que lo haga./ Hipercorrecto todo el tiempo./ Citas mensuales". El 6 de julio se especifica "no tomó el tto. Dentro de lo que cabe bien (...). Le digo que si le doy cita, dice que no quiere venir, pero si se la doy sí va a venir". El día 22 de julio se indica que "no quiere hacerse analítica (...). Acudirá, sin embargo, mientras yo lo cite, aunque no quiere seguir tto./ Se encuentra 'muy bien', porque por el verano (...) 'me animo'". El 4 de agosto "acude por iniciativa propia (alentado por la familia), porque se encuentra peor, nervioso, poco apetito./ Se repite clínica anterior" y se le pauta tratamiento. El 5 de noviembre se apunta "visita domiciliaria (...). Reacio a la

medicación. Aparentemente no alucinaciones, ni altr. pensamiento". El día 9 del mismo mes se menciona, en conversación telefónica, que la medicación "le produjo mareos y somnolencia y lo dejó. No comenzó con el Risperdal. Se niega a tomar esta medicación porque él no es un psicótico. Sólo quiere el Tranxilium. Se le dice que no se va a discutir con él (...) si es psicótico o neurótico./ Que lo piense y vuelva a llamar el miércoles". El día 19 de noviembre se anota que "viene la madre (...). Le escribo una carta pidiéndole que me llame mañana (por) la mañana". El 20 de noviembre se refleja que "no llamó (por) teléfono (?)". c) Informe de alta del Servicio de Traumatología del Hospital "Y", fechado el 4 de noviembre de 1999, en el que se recomienda revisar tratamiento por parte de Psiquiatría.

El informe del Responsable del Centro de Salud Mental de ....., fechado el 16 de agosto de 2005, coincide con el emitido el 4 de febrero de 2005 con ocasión de las diligencias previas incoadas, añadiendo únicamente que es un "resumen de las intervenciones realizadas recogidas de la historia clínica en este centro. No tenemos ninguna información (...) de la intervención psiquiátrica realizada durante su internamiento en el hospital (...), que se cita de manera parcial en la reclamación que se nos envía".

**4.** Con fecha 13 de mayo de 2008, los reclamantes presentan en una oficina de correos un escrito en el que solicitan continuar con la tramitación del expediente, adjuntando una copia de la sentencia dictada por la Audiencia Provincial de Asturias en relación con los hechos objeto de reclamación.

La Sentencia de la Sección 8ª de la Audiencia, fechada el 4 de abril de 2008, condena al agresor "como autor responsable de un delito de asesinato con la concurrencia de la eximente incompleta de alteración psíquica (...). Del mismo modo (...), en concepto de indemnización abonará a (los ahora reclamantes) la cantidad de doscientos mil euros (200.000 €)". En ella se hace constar que el Jurado ha declarado probado que "el día 23 de julio de 2004 (...), el acusado (...) dirigiéndose (al niño) de manera sorpresiva, sin posibilidad de defensa tanto del propio menor como de las personas más cercanas que había en el parque, con intención de acabar con su vida, le

sujetó, inmovilizó y degolló utilizando la navaja que llevaba, causándole muerte por heridas inciso-punzo-cortantes por arma blanca (navaja) localizadas en el cuello, con resultado de shock hemorrágico agudo y destrucción de centros vitales”, y que el niño era hijo único de los ahora reclamantes, con quienes convivía. En los fundamentos de derecho se consigna que “el Jurado (...) llegó al convencimiento de que el acusado padece una enfermedad mental severa, denominada esquizofrenia paranoide, y que, a causa de la misma, en el momento de realizar los hechos tenía sus facultades de inteligencia y voluntad gravemente mermadas; sin considerar probado, por el contrario, que tuviera dichas facultades totalmente anuladas, resaltando especialmente a estos efectos la primera valoración psiquiátrica realizada dos días después” de suceder aquéllos. Se razona la concurrencia de alevosía, pues el agresor conservaba “la suficiente conciencia como para salir de casa portando un cuchillo, como para no exhibirlo delante de la gente previamente a ejecutar los hechos (...), como para escoger una víctima frágil (...), y como para dirigir el arma certeramente hacia una zona vital del cuerpo del niño”; se considera que el agresor es responsable del delito por “haber realizado material, voluntaria y directamente los hechos que lo integran”, y se constata que “la gravedad de los hechos (...) y la justificada alarma social generada con los mismos (...) han dejado en evidencia un deficiente funcionamiento en el sistema del tratamiento de enfermos con alteraciones psíquicas importantes - que no reconocen su enfermedad y se niegan a tomar medicación-; funcionamiento que urge mejorar de una forma digna para el enfermo y adecuada para la convivencia familiar y social”.

**5.** El día 6 de junio de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a los interesados la reanudación del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial a partir del día 15 de mayo de 2008, y les indica el plazo para su resolución y los efectos del silencio administrativo.

6. Mediante oficio de 11 de julio de 2008, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia del informe enviado al Juzgado de Instrucción N.º 1 de Gijón, en relación con las diligencias previas incoadas. En él, suscrito por la Directora Médica el día 28 de febrero de 2005, se consigna que el agresor "fue atendido en este hospital en fecha 6 de agosto de 1999", indicando la doctora "al final del informe sobre la consulta realizada en la UCI `preciso entrevista con los familiares y antes del alta valorar su posible traslado a la Unidad de Psiquiatría .....´./ En fecha 9 de agosto figura en la historia que `no quiere que vuelva Psiquiatría´, no constando que se realizaran más consultas durante su estancia en el hospital./ En el informe de alta, de fecha 4 de noviembre de 1999, se recomienda, por el (...) traumatólogo firmante del informe, `revisar tratamiento por parte de Psiquiatría´, sin especificar servicio al que se deriva, si bien se entiende al servicio que seguía tratamiento antes del ingreso, esto es al Centro de Salud Mental .....".

7. Con fecha 7 de agosto de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto suscribe el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él afirma que "no constan antecedentes de internamientos involuntarios o ingresos urgentes por patología mental. Tampoco consta ningún episodio ni sospecha de heteroagresividad, ni se recogen verbalizaciones del enfermo ni avisos de la familia relativos a posibles amenazas o agresiones a terceros. Finalmente consta que el paciente vivía con su madre y hermana con quienes mantenía `buena relación´ según refiere. Consecuentemente, no parece que en ningún momento se diesen criterios que aconsejasen un internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico (...). Es preciso partir de que el daño fue causado por el agresor, ajeno por completo a la Administración, tal y como se desprende de la sentencia del orden jurisdiccional penal recaída sobre los hechos. El argumento de los reclamantes gira en torno a una presunta omisión, pero no referida ésta a los momentos previos a la agresión, sino a varios años antes. Concretamente, desde que el paciente es atendido por los servicios médicos hasta que se

produce la muerte del menor transcurrieron cuatro años y medio sin que por la familia conviviente con el paciente se haya solicitado prestación asistencial alguna. Los reclamantes consideran que es precisamente la ausencia de tratamiento psiquiátrico y de atención social a un enfermo mental la que determina la responsabilidad patrimonial de la Administración que, a su juicio, omite el cumplimiento de sus deberes. Sin embargo, no resulta acreditado que los perjuicios alegados hayan sido causados por el funcionamiento de los servicios públicos. La doctrina y jurisprudencia han objetado frontalmente una interpretación extensiva del deber de vigilancia de los centros educativos, sanitarios y similares que terminaría convirtiéndolos en una especie de actividad absolutamente controlada en cualquiera de sus manifestaciones, lo que llevaría, de admitirse, a convertir a la Administración pública en un asegurador universal a través del instituto de la responsabilidad patrimonial extracontractual”.

**8.** Mediante escritos de 8 de agosto de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**9.** El día 21 de julio de 2008, la Jefa de la Unidad de Coordinación de Salud Mental remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios los informes existentes en el Área sobre la asistencia médica prestada al enfermo y los emitidos durante la tramitación de las correspondientes diligencias previas. Adjunta, entre otros, los siguientes: a) Informe del Servicio de Psiquiatría del Hospital “Y”, de fecha 28 de julio de 2004, en el que se especifica que el paciente se encuentra “orientado, reticente, parco en respuestas y negando psicopatología (...). Estado cognitivo conservado. Imposible profundizar más en su psicopatología. No hábitos tóxicos conocidos. No conciencia de enfermedad”. b) Informe del mismo Coordinador, fechado el 19 de noviembre de 2004, en el que se indica que, “en el Área V, me consta que (el enfermo) ha sido atendido solamente en el Centro de Salud Mental .....”. c) Informe emitido por una facultativa de la Fundación Hospital .....- el

día 19 de noviembre de 2004, en el que se señala que el agresor “no tiene abierta historia en este hospital”. d) Informe del Coordinador de los Servicios de Salud Mental del Área Sanitaria V, de fecha 3 de mayo de 2005, según el cual “el programa de atención a trastornos mentales severos fue elaborado por un grupo de trabajo integrado por diferentes profesionales, psiquiatras, psicólogos y enfermeros, y supone el marco de referencia para la atención integral a los pacientes con este tipo de trastornos, no tratándose por tanto de un protocolo de pautas de actuación médica regladas ni de una guía clínica para el tratamiento de estos trastornos./ El programa fue elaborado en el primer cuatrimestre del año 2001, no teniendo conocimiento por mi parte de ningún protocolo ni programa entre 1999 y el 2001”.

**10.** Con fecha 4 de octubre de 2008, emite informe una asesoría privada, a instancias de la entidad aseguradora. En él, una vez descritos los hechos, se indica que “se trata de un enfermo diagnosticado de esquizofrenia que, como muchos otros, presenta una mala adherencia a los tratamientos: se calcula que entre 30-40% de los pacientes bajo tratamiento a largo plazo no cumplen el tratamiento (...). Por ley sólo se puede obligar a un paciente a cumplir el tratamiento si éste ha cometido un delito y hay sentencia que indique que le obliga a realizarlo (...). Sabemos que en los primeros contactos con los servicios de salud mental en el año 99 no presentaba conductas violentas o grave psicopatología, o al menos su familia no alertó a los médicos de su comportamiento (...). A lo largo de estos 4-5 años que transcurrieron hasta la comisión del delito, la familia (...) no volvió a éste ni a otro centro de la red psiquiátrica a solicitar ayuda y no se ha podido recoger la existencia de internamientos ni atenciones del paciente en servicios de urgencia a causa de su patología mental”.

**11.** Evacuado el trámite de audiencia mediante escrito notificado a los reclamantes con fecha 4 de noviembre de 2008, el día 6 de ese mismo mes comparece uno de ellos en las dependencias administrativas y se le hace

entrega de una copia del expediente, compuesto en ese momento por cien (100) folios, según consta en la diligencia extendida al efecto.

**12.** Con fecha 21 de noviembre de 2008, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones en un registro del Área de Inspección del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Tras citar diversa normativa aplicable, se oponen a los argumentos contenidos en el informe técnico de evaluación y en el emitido a instancias de la compañía aseguradora, al entender que “los equipos de salud mental deben de asegurar la continuidad de los cuidados del enfermo mental (...). Es una de las funciones asignadas a los centros de salud mental la de hacer un seguimiento directo y supervisar a los pacientes dados de alta por el servicio de hospitalización (...). Los servicios de salud mental deben de prestar una atención integral de los problemas del enfermo mental. (...). La atención de los enfermos mentales que padezcan trastornos mentales severos es de carácter prioritario (...). Los terapeutas encargados de la atención a los enfermos mentales tienen una responsabilidad clínica para con los pacientes y para con la sociedad que, con respecto a esta última, incluye el evitarle perjuicios (...). Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización”.

Los reclamantes afirman que “los servicios de salud mental incumplieron sus obligaciones, obviando la responsabilidad clínica que (...) tienen que asumir para con los pacientes y para con la sociedad”, porque no se le realizó al agresor seguimiento alguno durante 5 años, limitándose el mismo a una visita domiciliaria, a una llamada telefónica y a un único contacto con su madre, lo que impidió detectar un agravamiento de su enfermedad, un brote psicótico o una descompensación que le hicieran realmente peligroso para terceros o para él mismo. Los servicios de salud mental nunca se plantearon iniciar las actuaciones necesarias para proceder al internamiento involuntario del agresor ni para que tomara el tratamiento en contra de su voluntad. Añaden que estos incumplimientos denotan un funcionamiento

anormal de los servicios de salud mental del Principado de Asturias que ya fue puesto de manifiesto en la sentencia penal. Estiman que en el presente caso existe relación causal entre el funcionamiento de la Administración y el hecho dañoso, pues si los servicios de salud mental hubieran ejercido un control y un seguimiento estrecho durante al menos 5 años, en definitiva, si no hubiesen incumplido las obligaciones que por la normativa legal les venían impuestas, habrían podido evitar la muerte de su hijo.

Adjuntan a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Programa de atención a trastornos mentales severos, establecido dentro del Plan estratégico para el desarrollo de los servicios de salud mental, y datado el 8 de abril de 2001. b) Declaración efectuada por el Jefe del Servicio de Psiquiatría del Centro de Tratamiento Integral ..... en las diligencias previas incoadas con motivo de los presentes hechos, fechada el 4 de agosto de 2005. Consta en ella que “no atendió como médico psiquiatra al imputado ni tampoco lo conoce o conoció personalmente, sino exclusivamente por referencias y ello después de los hechos que al mismo se le imputan”. A preguntas de la acusación para que manifieste si en el caso de enfermos con diagnóstico análogo al emitido en relación con el imputado, en donde además conste que representan un riesgo cierto para su propia persona, consecuencia de intentar el suicidio arrojándose desde un quinto piso, se adoptaría la medida de internamiento involuntario del paciente, contesta que “como opinión personal y a la vista de los datos se adoptaría la medida de internamiento involuntario”. c) Declaración de la psiquiatra que atendió al enfermo mental entre mayo y septiembre u octubre de 1999, realizada el día 26 de octubre de 2005, en la que manifiesta que aquél padece un trastorno mental severo; que debería haber tenido tratamiento, control y seguimiento por parte de los psiquiatras y de los facultativos del centro de salud que lo atendían, pero que conseguirlo es más complicado; que a pacientes diagnosticados de trastorno mental severo se les intenta hacer un seguimiento más estrecho, mediante llamadas telefónicas reiteradas, contactos con la familia y visitas domiciliarias; que no se planteó la posibilidad de internar al agresor en una Unidad de Psiquiatría porque durante el tiempo que lo estuvo tratando y antes del intento de suicidio no había

ningún indicio de que su padecimiento entrañara peligrosidad para su persona o para terceros. d) Declaración del Responsable del Centro de Salud Mental ....., de fecha 3 de agosto de 2005, en la que expone que ante un paciente con trastorno mental severo se aconseja un seguimiento mínimo de 2 años en los menos severos y de 5 años en los más severos, porque las estadísticas reflejan que es el periodo en el que hay peligro de recaída; que en el historial del agresor no había ningún comentario que indicara que se trataba de un paciente con mal pronóstico, si bien existe el diagnóstico de gravedad de psicosis esquizofrénica y la última vez que consultó la valoración fue de estado psíquico compensado; que, al valorar el psiquiatra que lo atendió que estaba compensado o que no existía riesgo en ese momento, no estaba justificado actuar judicialmente en contra de su voluntad; que a pesar de que en el protocolo a seguir se indica que deben establecerse mecanismos para que los pacientes como el posteriormente agresor no se desvinculen, en este caso se desvinculó, aunque se hizo lo señalado en el protocolo como actuación indicada, es decir, llamarle por teléfono, visitarle en su domicilio y tener un contacto posterior con su madre. e) Declaración del último psiquiatra con el que consultó el agresor, del día 26 de octubre de 2005, en la que consta que en el momento en que atendió al agresor existía la posibilidad de ingresar a los enfermos aquejados de trastorno mental severo “en una Unidad de Psiquiatría”.

**13.** El día 28 de noviembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación formulada. En ella afirma que “no parece que en ningún momento se diesen criterios que aconsejasen un internamiento no voluntario por razón de un trastorno psíquico. No cabe desconocer que es el propio autor de los hechos el que es condenado por la sentencia de la Audiencia Provincial al pago de una indemnización de 200.000 € y que por tanto los reclamantes, en principio, ya tienen un título que reconoce su derecho a una compensación por los daños sufridos (...). En ningún caso parece que deba darse traslado total o parcial de esta deuda a la

Administración sanitaria, toda vez que ésta no fue declarada responsable civil subsidiaria (...). No resulta acreditado que los perjuicios alegados hayan sido causados por el funcionamiento de los servicios públicos”.

**14.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 10 de febrero de 2009, registrado de entrada el día 16 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. ...., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En 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”. En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 22 de julio de 2005, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 23 de julio de 2004, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no

impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**QUINTA.-** El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo

transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

**SEXTA.-** Los reclamantes interesan una indemnización por los daños que sufren tras el asesinato de su hijo por un enfermo mental, y que atribuyen al incumplimiento por parte de los servicios públicos de salud de sus obligaciones asistenciales respecto a éste.

Consta en el expediente la muerte del hijo de los interesados en las trágicas circunstancias que relatan el día 23 de julio de 2004, por lo que cabe presumir que, como padres, sufren un daño moral susceptible de valoración económica que efectuaremos en caso de estimar que concurren los presupuestos de hecho de la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado no puede significar automáticamente la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que es preciso examinar si se dan las circunstancias que permitan reconocer a los reclamantes su derecho a ser indemnizados, por concurrir los demás requisitos legalmente exigidos. En concreto, hemos de analizar si existe relación de causalidad entre el perjuicio alegado y la actividad o inactividad del servicio público de salud.

En su escrito inicial, los perjudicados reprochan al servicio de salud que el facultativo que trató al paciente no comunicó al Ministerio Fiscal que aquél había abandonado el tratamiento, a los efectos del artículo 203 del Código Civil, y que no se le hizo seguimiento desde noviembre de 1999. En el trámite de audiencia, alegan que los facultativos que atendieron al enfermo no se plantearon el inicio de actuaciones para proceder a su internamiento involuntario, ni para que tomara el tratamiento en contra de su voluntad, a lo

que, a su juicio, estaban obligados. Es decir, los interesados deducen una responsabilidad de la Administración por omisión, vinculando causalmente el fallecimiento, de un lado, al hecho de que no se hubiera realizado “ningún tipo de seguimiento” de la enfermedad mental del responsable de la agresión y, de otro, a que no se llevara a cabo el internamiento forzoso de dicho paciente.

Es cierto que los servicios de salud están obligados a prestar a los ciudadanos asistencia sanitaria especializada, que en el caso de la asistencia psiquiátrica comprende el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización. Ahora bien, dicha obligación se encuentra limitada por el derecho del paciente a negarse al tratamiento, derecho que se recogía en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la redacción vigente en 1999, y en la actualidad reconocido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

En relación con la asistencia prestada por el servicio público sanitario al responsable de la mortal agresión, está acreditado en el expediente instruido que el enfermo acudió por primera vez al médico de Atención Primaria, con motivo de síntomas psiquiátricos padecidos desde hacía 3 años, el día 7 de mayo de 1999 y que el facultativo le deriva -con carácter preferente- al centro de salud mental, al que acude el día 18 del mismo mes, es decir, 11 días después de la primera cita. En la tercera visita -6 de julio del mismo año- el paciente “dice que no quiere venir” a la consulta, a pesar de lo cual consta que la especialista que le atiende, con gran persuasión, consigue el compromiso del enfermo de volver, siempre que le cite.

Entre agosto y noviembre de 1999, tras un intento de suicidio, la historia clínica acredita que el paciente fue atendido en el Servicio de Traumatología del Hospital “Y”, y que una vez dado de alta en este Servicio, el día 4 de noviembre, el psiquiatra del centro de salud mental le visita en su domicilio al día siguiente; mantiene posteriormente con él una conversación telefónica; se comunica con la madre del enfermo, al que prescribe una nueva

medicación y le escribe una carta pidiéndole, infructuosamente, que se ponga en contacto con él.

En relación con la medida de internamiento involuntario, cabe decir que el artículo 211 del Código Civil, en redacción dada al mismo por la disposición final duodécima de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, vigente en 1999, establece que “El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas”.

Como indicio de la necesidad de facilitar el internamiento del enfermo, los interesados han aportado las declaraciones emitidas por diversos especialistas en las diligencias previas incoadas con motivo del suceso que nos ocupa. Uno de ellos estima que en este caso, en el que concurre el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con el intento de suicidio, adoptaría la medida de internamiento involuntario; sin embargo, este psiquiatra no había atendido al enfermo, sino que lo conoció por referencias, y después de ocurrir los hechos que al mismo se le imputan, es decir, después de julio de 2004. La especialista que trató al paciente hasta agosto de 1999, y que lo vio el mismo día en que el enfermo intentó suicidarse, afirma que hasta esa fecha no había ningún indicio de que el padecimiento del imputado entrañara peligrosidad y que de las exploraciones realizadas no cabía deducir la posibilidad de un riesgo heteroagresivo. Por su parte, el responsable del centro de salud mental declaró que no estaba justificado actuar judicialmente en contra de la voluntad del enfermo tras el intento de suicidio, pues el psiquiatra que lo atendió valoró que estaba compensado o que no existía riesgo en ese momento. En idéntico sentido, el informe técnico de evaluación considera que en ningún momento se dieron factores que aconsejasen un internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

En efecto, no existe constancia de que el paciente autónomamente, o por mediación de su familia, haya requerido asistencia psiquiátrica, ni ordinaria

ni urgente, de los servicios sanitarios públicos entre finales de noviembre de 1999 y julio de 2004. De hecho, a lo largo de los más de cuatro años en los que el homicida no mantuvo contacto con los servicios de salud mental no hay constancia pública de que tuviera una conducta social anormal, de forma que, contrariamente a lo que se alega por los familiares reclamantes, difícilmente hubieran podido aplicársele medidas especiales de control, y aun menos imponérsele un tratamiento sin internamiento o un internamiento forzoso, mediante intervención judicial, incluso en el caso de que se hubiera negado a recibir tratamiento. Tampoco hay indicio alguno de que hubiera realizado actos agresivos contra terceras personas con anterioridad a ser reconocido por los servicios sanitarios públicos.

Con base en ello, consideramos que la Administración sanitaria no tenía la obligación de solicitar autorización judicial para promover medidas terapéuticas extraordinarias, dado que ni los especialistas que lo trataron en aquel momento, ni su entorno cercano familiar, lo estimaron necesario o apreciaron en su conducta signos de peligrosidad social. En último extremo, y por lo que se refiere a la pretendida relación causal, no cabe sostener que un internamiento eventualmente acordado en 1999 por el órgano judicial competente habría evitado una agresión cometida en el año 2004, salvo que se acepte como hipótesis que dicha medida seguiría vigente con toda seguridad el día en que aquella se produjo, transcurridos más de cuatro años; medida de internamiento permanente, por otra parte, cuya posibilidad no justifican los interesados, ni cabe mantener a la vista de la historia clínica conocida, de la que únicamente se desprenden comportamientos autoagresivos.

Por tanto, no cabe apreciar relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el asesinato en 2004 del hijo de los reclamantes, pues no existe ningún indicio que haga presumir razonablemente que los hechos no se habrían producido de haber sido otra la actuación de la Administración pública, dada la situación objetiva del agresor, quien según los especialistas y su propia familia no presentaba en 1999 signos de peligrosidad.

A similar conclusión se llega en la sentencia dictada por la Sección 8ª de la Audiencia Provincial de Asturias con fecha 4 de abril de 2008, de la que no se deduce en modo alguno que la conducta homicida del enfermo haya estado determinada, directa o indirectamente, por la ausencia de control médico por parte de los servicios sanitarios dependientes de la Administración, ni mucho menos que la muerte del niño haya sido consecuencia obligada y necesaria de ello. Es cierto, no obstante, que la sentencia, óbiter dictum, afirma “la gravedad de los hechos (...) y la justificada alarma social generada con los mismos, (que) han dejado en evidencia un deficiente funcionamiento en el sistema del tratamiento de enfermos con alteraciones psíquicas importantes - que no reconocen su enfermedad y se niegan a tomar medicación-, funcionamiento que urge mejorar de una forma digna para el enfermo y adecuada para la convivencia familiar y social”.

Sin embargo, también es cierto que existen, por desgracia, ejemplos variadísimos y abundantes de acciones violentas que resultan per se imprevisibles, tanto en sujetos diagnosticados de enfermedad mental y sometidos a tratamiento estable, como en personas que nunca han sido objeto de atención sanitaria, por lo que es imposible establecer a priori, y menos presumir, una relación causal entre el seguimiento sanitario de un enfermo mental y el resultado de una acción como la cometida, por horrible que haya sido el daño.

En todo caso, es obligado dejar constancia de que, como la experiencia demuestra, las agresiones físicas no resultan connaturales a los enfermos mentales, siendo muy escaso el número de las realizadas por los mismos, las cuales, al menos en términos estadísticos -únicos que pueden ser utilizados con carácter general como instrumento de medida de ese tipo de acciones- son infinitamente menores en número a las atribuidas a, o realizadas por, personas carentes de toda tipificación patológica y que en modo alguno serían diagnosticadas como enfermos mentales.

Sin perjuicio de lo anterior, y reiterando una vez más que es imposible conectar de forma causal y necesaria enfermedad mental y actos agresivos contra terceros, no cabe desconocer que en pacientes diagnosticados por los

servicios públicos de enfermedad mental muy grave -como es el caso de la psicosis y de la esquizofrenia paranoide-, se dan momentos de descompensación -circunstancia que, en defecto de tratamiento adecuado, suele tener carácter recurrente-, por lo que resulta adecuado que por parte de los servicios sanitarios de carácter comunitario de su demarcación se dedique a estos enfermos una atención singular, con seguimiento del estado de su enfermedad para prevenir descompensaciones, aun cuando, con frecuencia, resulte arduo conciliar la atención sanitaria conveniente con la actitud refractaria al tratamiento de algunos de estos pacientes.

Dicho seguimiento puede hacerse de múltiples formas, desde las más activas, como las visitas domiciliarias, hasta las que tienen un carácter más rutinario, al modo de las llamadas telefónicas. Precisamente para facilitar una atención sanitaria compleja, reglada y ordenada, los equipos de salud mental se han configurado de forma multidisciplinar, integrando profesionales de muy distinta índole: médicos, psicólogos, diplomados en enfermería, asistentes sociales, personal de gestión administrativa y auxiliares de enfermería, que han de actuar coordinados entre sí a fin de que la labor de seguimiento en el ámbito de la zona asignada resulte factible y no recaiga únicamente sobre el médico.

En el presente caso el enfermo fue atendido durante varios meses por la Administración sanitaria, recurriendo a las visitas domiciliarias y a un seguimiento del mismo mediante relación telefónica e incluso epistolar, pero no podemos ignorar que, por causas que desconocemos, este tipo de atención no tuvo continuidad, como pone de relieve la ausencia de anotaciones relativas al paciente en los archivos del centro de salud mental desde finales de noviembre de 1999. Cualquiera que haya sido la razón que explique esta circunstancia, es obligación de este Consejo Consultivo poner de relieve que el funcionamiento del servicio público sanitario debe procurar ceñirse estrictamente a los términos del artículo ocho, apartados c) y h), del Decreto 81/1986, de 11 de junio, por el que se regula la Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

Ahora bien, la constatación de que el funcionamiento del servicio público sanitario pueda ser perfeccionable no implica necesariamente el reconocimiento de la responsabilidad de la Administración, pues para ello sería preciso establecer un nexo causal entre ese concreto funcionamiento y el hecho que ha provocado el daño, lo cual no ha quedado probado en el supuesto que nos ocupa.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º  
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.