

Expediente Núm. 184/2010
Dictamen Núm. 207/2011

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 2 de junio de 2011, 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 6 de julio de 2010, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 23 de julio de 2008, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Inician su relato refiriendo que el día 23 de agosto de 2007 su hija y hermana, respectivamente, “en tratamiento psiquiátrico con medicación por

esquizofrenia", tras una discusión "con su madre (...), motivada por la medicación (...) que tenía que tomar", la agredió y "le infirió al menos 42 heridas incisas" con arma blanca, "causándole la muerte". Dicha paciente estaba en "tratamiento psiquiátrico desde 1982, sufriendo desde esa fecha hasta la actualidad diversos ingresos clínicos debido a brotes psicóticos agudos". Manifiestan que siempre fue atendida por sus padres, "encargados de velar por que tomase la medicación y de controlar su enfermedad" que con el tiempo "se fue agravando", lo que junto con el hecho de que sus padres fueran "haciéndose mayores" les dificultaba cada vez más el control de su hija, "quien no reconocía la enfermedad y se negaba a tomar la medicación"; circunstancias que habían sido puestas en conocimiento del personal médico que la atendía en el Centro de Salud Por esta razón, sus padres habían solicitado, sin éxito, "en numerosas ocasiones el internamiento de su hija con el fin de que pasaran a hacerse cargo de ella los servicios de salud", al resultarles imposible "atenderla de forma adecuada". Añaden que "el agravamiento de su enfermedad había generado situaciones peligrosas para la integridad física de las personas que la rodeaban", especialmente la de sus padres, que "convivían con ella". Además, la paciente no "colaboraba con el tratamiento, al no tener conciencia de su enfermedad, siendo a menudo sus padres incapaces de obligarle a medicarse" y no "acudía al hospital para que le administrasen el tratamiento prescrito", lo que "agravaba aún más" su esquizofrenia paranoide; enfermedad que precisa ser controlada con "puntualidad y exactitud".

Consideran que las circunstancias descritas ponen en "evidencia un deficiente funcionamiento" del sistema de tratamiento de enfermos "con alteraciones psíquicas importantes -que no reconocen su enfermedad y se niegan a tomar la medicación-", y muestran una situación que "en ningún caso fue controlada adecuadamente por el Servicio de Salud del Principado de Asturias (...), perfecto concededor de los motivos que provocaban los diferentes ingresos hospitalarios de (la paciente)". Concluyen que si se hubiera producido su internamiento se "habría evitado a buen seguro el trágico desenlace final".

Hacen constar que “por estos hechos se sigue, contra (la paciente), procedimiento penal” ante el Juzgado de Instrucción N° 2 de Mieres, “encontrándose en fase de conclusiones provisionales”.

Solicitan una indemnización de doscientos cincuenta mil euros (250.000 €).

Adjuntan copia de la siguiente documentación: a) Denuncia ante la Comisaría de la Policía Nacional de Mieres, de fecha 23 de agosto de 2007. b) Informe médico forense de autopsia, de 24 de agosto de 2007. c) Informe médico forense de la paciente, emitido el día 23 de agosto de 2007. d) Informe de un especialista en Psiquiatría, de fecha 28 de marzo de 2008.

2. Mediante escrito de 8 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a los reclamantes la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio y les indica que, “dado que se encuentran en curso actuaciones penales sobre los hechos objeto de reclamación, le adjuntamos Resolución de fecha 08-8-08 por la que se declara la suspensión del procedimiento administrativo en tanto recaiga resolución firme en el orden penal”.

3. Con fecha 30 de julio de 2009, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de los reclamantes en el que solicitan que se incorporen al expediente la Sentencia de la Audiencia Provincial de Asturias de 17 de febrero de 2009 y el Auto de 5 de marzo de 2009, por el que se declara firme aquella sentencia. Adjuntan copia de dichos documentos.

4. Mediante escrito de 5 de agosto de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a los reclamantes la fecha de recepción en el referido Servicio de su escrito solicitando la reanudación del

procedimiento, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Con fecha 13 de agosto de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Unidad de Coordinación de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias la historia clínica de la paciente, un informe sobre su situación clínica y “cuantos antecedentes existan sobre el asunto, con especial referencia a las solicitudes de internamiento”. El día 9 de noviembre de 2009 se reitera dicha petición.

6. Con fecha 1 de diciembre de 2009, la Jefa de la Unidad de Coordinación de Salud Mental remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la paciente, en la que figura incluido el informe emitido por la Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital el día 24 de agosto de 2007.

7. El día 7 de enero de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, señala que “se trata de una paciente (...) con un diagnóstico grave de psicosis esquizofrénica paranoide de evolución crónica (...), que ha estado siempre relativamente bien controlada sintomatológicamente. Ha tenido en veintidós años siete ingresos hospitalarios por descompensaciones alucinatorio-delirantes y por conflictos familiares, más frecuentes en los últimos meses por la relación que mantenía con un varón a seguimiento en la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías y a quien la familia no aceptaba. La clínica siempre ha sido similar en todos los ingresos, destacando que nunca fue necesario solicitar autorización judicial, ya que (...) siempre aceptaba el ingreso por las buenas relaciones que tenía con el personal de la Unidad. Nunca se necesitó aplicar un protocolo de contención mecánica por agitación o riesgo de auto o hetero-agresión. Dentro de la cronicidad de su enfermedad, ha presentado una evolución con largos periodos de estabilidad

clínica, acudiendo a las consultas médicas programadas con conciencia de enfermedad, aunque difícilmente aceptada, y tomando la medicación (...) de forma bastante regular (...); relativamente (...) buena integración social y actividades lúdico-ocupacionales. Prueba de ello es que su última consulta ambulatoria fue el 16-08-07 en el Centro de Salud Mental donde la paciente acudió y se le puso (...) la medicación depot que tenía pautada (...). Además (...) tenía tratamiento oral (...). La paciente estaba citada para nueva consulta según el seguimiento ambulatorio establecido para ella de nuevo a los 7 días (...). El 17-08-07 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital contando no estar de acuerdo con el tratamiento y refería que no le sentaba bien”, comentándose el caso “con el psiquiatra que se encontraba en ese momento en la Unidad pero no llegó a valorarla, ya que (...) la paciente abandonó el hospital al que había acudido sola, sin ser acompañada por ningún familiar./ A pesar de su relativamente estable situación clínica, el día 23 de agosto de 2007, tras mediar una discusión con su madre, la arrojó al suelo y comenzó a darle patadas, golpeándola con una silla y posteriormente le produjo la muerte por heridas de arma blanca con apuñalamiento. Esta conducta no era previsible, ya que no era una paciente especialmente agresiva o conflictiva, estaba adecuadamente atendida y en ningún momento se asumió más riesgo que con cualquier otro paciente con su mismo diagnóstico y tratamiento ambulatorio o en comunidad. (...). En la documentación clínica no consta que la familia haya demandado un régimen de internamiento para (ella) más allá de los ingresos en la Unidad de Agudos cuando la situación clínica lo requirió. Tampoco consta ningún episodio ni sospecha de heteroagresividad, ni se recogen verbalizaciones de la enferma ni avisos de la familia relativos a posibles amenazas o agresiones a terceros. Consecuentemente, no parece que se diesen criterios que aconsejasen un internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”.

8. Mediante escritos de 25 de enero de 2010, 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. Con fecha 22 de febrero de 2010, la Jefa del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite al Servicio instructor un oficio de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Asturias en el que se solicita la remisión del expediente administrativo. El día 26 de febrero de 2010, el referido Servicio traslada al Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia del mencionado expediente.

10. Con fecha 29 de marzo de 2010, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Psiquiatría. En él afirma que “predecir la conducta violenta con certeza no es posible clínicamente”, aunque existen “factores de riesgo de probabilidad en las personas con enfermedad mental grave como son: enfermedad aguda y escasamente controlada, falta de adherencia terapéutica, abuso de drogas y antecedentes de conducta violenta e historia pasada, y por supuesto es más frecuente que se presente en el hombre”. Considera que “este caso carecía de todos estos factores de riesgo: es mujer, no estaba descompensada de su enfermedad, como apuntan todos los informes médicos consultados (no delirios ni alucinaciones), no consumía drogas y, aunque a regañadientes, se ponía quincenalmente, al menos en los momentos previos del hecho, medicación antipsicótica de acción prolongada”.

Concluye que no se puede alegar falta de asistencia, pues recibió “cuidados médicos y rehabilitadores durante todo el tiempo que mantuvo contacto con los servicios públicos: era atendida semanalmente cuando la situación lo requería y fue internada incluso a petición personal”, por lo que la asistencia fue adecuada “dentro de la lex artis”.

11. Mediante escrito de 10 de mayo de 2010, se comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 21 de mayo de 2010 se presentan en las dependencias administrativas y obtienen una copia de aquel, compuesto en ese momento por doscientos noventa (290) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

12. Con fecha 4 de junio de 2010, los reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se reafirman en los términos del escrito inicial y manifiestan que en los informes incluidos en el expediente se omite “el hecho de que la paciente durante el año 2007 no había seguido de manera continuada el tratamiento prescrito, siendo este hecho conocido por los médicos que la atendían, cuando incluso consta en el propio expediente que le habían dado el alta voluntaria el 21 de junio de 2007, hecho que omiten todos los informes mencionados; es decir, que desde el 21 de mayo de 2007, fecha del último inyectable suministrado, la paciente no tiene ningún contacto con los servicios médicos hasta que acude a Urgencias el día 16 de agosto de 2007 (...), por el agravamiento de su situación. Evidenciándose así que (...) había estado tres meses sin tener ningún control médico y la medicación suministrada se le hizo de acuerdo a un tratamiento establecido después de superar un ingreso hospitalario y dentro de un tratamiento que había abandonado tres meses antes./ Otro hecho relevante y soslayado por tales informes es que ningún psiquiatra le hubiera atendido cuando acude a Urgencias al Hospital”. Los reclamantes sostienen que sí existían factores de riesgo de conducta violenta, ya que “la paciente estaba escasamente controlada (...) y sufría una alteración grave, tal y como reconocen los diversos informes citados (...), pudiendo añadirse en ocasiones el tercero de abuso de drogas, debido a la ingesta de alcohol, tabaco o pastillas”, y que las conclusiones “de dos informes independientes realizados en el seno de la investigación judicial por el asesinato de (su esposa y madre) (...) ilustran

sobre diferentes aspectos que los informes psiquiátricos de la Administración y de la compañía aseguradora (...) omiten y/ o rechazan”.

Así, en el informe de los forenses del Instituto de Medicina Legal de Asturias, de fecha 8 de enero de 2008, consta que “se aprecia en la examinada pensamiento alterado, mostrando ideas delirantes de perjuicio y de autoreferencia (...), relata lo que es compatible con alucinaciones auditivas de ideas delirantes, “oye voces cuando va por la calle” (...), se han evidenciado remisiones incompletas y brotes agudos de actividad” de la esquizofrenia paranoide que padece, concluyéndose que “de lo expuesto deriva la necesidad de asistencia específica, tratamiento psiquiátrico y elementos de custodia evitando el abandono del tratamiento”.

Por su parte, un especialista en Psiquiatría refiere, en un informe de fecha 28 de marzo de 2008, que la paciente presenta una “síntomatología (...) delirante (...), con algunos brotes psicóticos en los que llegan a aparecer claras alucinaciones auditivas y olfativas y delirios paranoicos no estructurados. Se puede decir que su proceso ha seguido un curso con mejorías y empeoramientos, pero en una línea que puede considerarse severa”, por lo que “necesita un tratamiento y seguimiento muy cercano, pues la evolución ha sido tórpida y el pronóstico sigue siendo negativo si no hay la suficiente garantía terapéutica, médica y social”.

Adjuntan copia de los siguientes documentos: a) Sentencia de la Audiencia Provincial de Asturias de 4 de abril de 2008 (Sección 8ª). b) Informe médico forense del Instituto de Medicina Legal de Asturias, de fecha 8 de enero de 2008. c) Denuncia presentada en la Comisaría de la Policía Nacional de Mieres el día 15 de septiembre de 2004. d) Diligencia de antecedentes del atestado. e) Declaración de una testigo en la referida comisaría. f) Protocolo de atención urgente y traslado de personas con posible enfermedad mental. g) Informe del Centro de Salud referente a uno de los reclamantes, de fecha 11 de mayo de 2010.

13. El día 23 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que “la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*”, pues el hecho de que produjera la muerte de su madre por heridas de arma blanca “no era previsible, ya que no consta ningún episodio ni sospecha de heteroagresividad, ni se recogen verbalizaciones de la enferma ni avisos de la familia relativos a posibles amenazas o agresiones a terceros”, por lo que “no parece que se diesen criterios que aconsejasen un internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de julio de 2010, registrado de entrada el día 12 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, cuyo original adjunta.

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 23 de julio de 2008, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 23 de agosto de 2007, 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.

Asimismo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

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 interesados solicitan una indemnización por los daños que sufren tras la muerte de su esposa y madre, a consecuencia de las lesiones ocasionadas por una enferma mental -hija de la fallecida-, y que atribuyen al

incumplimiento por parte de los servicios públicos de salud de sus obligaciones asistenciales respecto a esta.

Consta en el expediente la muerte de la esposa y madre de los reclamantes en las trágicas circunstancias que relatan el día 23 de agosto de 2007, por lo que cabe presumir que, como esposo e hijo, sufren un daño moral susceptible de valoración económica que efectuaremos en caso de estimar que concurren los presupuestos legales para declarar 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 perjudicados 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 interesados reprochan al servicio de salud que “no adoptó las medidas terapéuticas adecuadas al no proceder al necesario internamiento” de la enferma, “a pesar de haber sido solicitado el mismo por sus familiares desde hace años, en varias ocasiones, y al existir en su historial clínico diversos brotes psicóticos agudos”; internamiento “que de haberse producido habría evitado a buen seguro el trágico desenlace final”. En el trámite de audiencia, tras señalar que hubo “un total abandono del tratamiento sin que desde el centro de salud se hiciera nada para controlar dicha situación”, indican que existen “múltiples referencias a acciones de violencia, tanto auto como heterogéneas”, y que los ingresos hospitalarios se “han producido a partir de finales del año 2003”, tres de ellos “en fechas cercanas al fatal desenlace”, no siendo estos voluntarios, pues, “salvo en una ocasión”, acude “acompañada de algún familiar e incluso llevada por las fuerzas del orden”. Resaltan que en la visita de la paciente “a los servicios de Urgencias de un hospital el (...) 17 de agosto de 2007” no hubo una valoración “por parte del médico psiquiatra de

guardia" porque aquella abandonó" el centro, por lo que no se siguieron las pautas "señaladas en el protocolo", y añaden que "era reacia a seguir el tratamiento", no pudiendo concluirse "que estaba controlada sintomatológicamente", siendo "este hecho conocido por los médicos que la atendían". Es decir, los interesados deducen una responsabilidad de la Administración por omisión, vinculando causalmente el fallecimiento, de un lado, al hecho de que "se produjo un abandono del control de la paciente" desde el punto de vista de los tratamientos pautados -a los que era reacia- y, de otro, a que no se llevara a cabo el internamiento forzoso de la misma.

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 aparece 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 a la responsable de la mortal agresión, está acreditado en el expediente instruido que la enferma era tratada por los Servicios de Salud Mental desde 1985, y que en la cuarta consulta comunicó que iba a dejar el centro para seguir tratamiento con psiquiatras privados, si bien vuelve nuevamente en 1991, siendo diagnosticada en 1995 de psicosis de tipo esquizofrénico, pautándosele tratamiento médico e incluyéndola en distintos programas de integración laboral, no siendo necesario su ingreso psiquiátrico hasta noviembre de 2003. Durante el año 2004 tuvo varios ingresos seguidos (mayo, julio y septiembre), no constando más hasta el año 2007 (uno en enero y dos en abril), a los que

acude a iniciativa propia o a instancia de su familia, sin presentar durante los mismos conductas violentas y sin que fuera necesario adoptar medidas excepcionales de seguridad.

En relación con la medida de internamiento no voluntario, cabe decir que el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, vigente en 2007, 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 o a tutela, requerirá autorización judicial”. Esta será previa “a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida”.

Como indicio de la necesidad de facilitar el internamiento de la enferma, los interesados han aportado las declaraciones emitidas por diversos especialistas en las diligencias previas incoadas con motivo del suceso que nos ocupa. Dos de ellos estiman que padece esquizofrenia paranoide y que a lo largo de los años de evolución se han evidenciado remisiones incompletas y brotes agudos de gran actividad -que no especifican-, de lo que se deriva la necesidad de asistencia específica, tratamiento psiquiátrico y elementos de custodia evitando el abandono del tratamiento; sin embargo, estos especialistas no habían atendido a la enferma, sino que la conocieron después de ocurrir los hechos que a la misma se le imputan, es decir, después de agosto de 2007, y la conclusión final citada la hacen después de señalar expresamente un hecho evidente, que “ha sufrido un brote de actividad violenta”. El tercer especialista tampoco había atendido a la enferma y, tras mantener con ella una entrevista el día 25 de marzo de 2008, concluye que necesita un tratamiento y seguimiento muy cercano y que el tratamiento sigue siendo negativo si no hay la suficiente garantía terapéutica médica y social.

Por el contrario, la Jefa del Servicio de Psiquiatría del hospital donde fue tratada afirma que “nunca se necesitó aplicar un protocolo de contención mecánica por agitación o riesgo de auto o hetero-agresión”, y refiere que en “los ingresos (...) nunca fue necesario solicitar autorización judicial”, pues,

incluso a pesar de que en “una ocasión fue traída por la policía”, siempre “aceptaba el ingreso por las buenas relaciones que tenía con el personal de la Unidad”, constando al respecto en el informe de alta hospitalaria del 13 de abril de 2007 que “para su traslado al hospital” fue preciso avisar a las fuerzas de orden “por decisión de la paciente”. La psiquiatra de la paciente -desde el 26 de abril de 2004- indica que “la familia tampoco” le “demandó un régimen de internamiento” más allá “de los ingresos en la Unidad de Agudos cuando la situación clínica lo requería”, lo que es asumido por el informe técnico de evaluación, que concluye que “no parece que se diesen criterios que aconsejasen un internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”. Igualmente, el especialista en Psiquiatría que emite informe a petición de la compañía aseguradora, tras indicar que “era atendida semanalmente cuando la situación lo requería” y que “fue internada incluso a petición personal”, afirma que “no se recogen solicitudes de la familia sobre otro tipo de atención asistencial solicitada”, añadiendo que “no se comprende lo que la familia quiere decir a propósito de que el Servicio de Salud se hiciera cargo de ella”, ya que “lo hacía a través de una atención continuada, frecuente y sin escatimar medios”. Respecto a la previsibilidad del suceso, la Jefa del Servicio de Psiquiatría considera que “no era previsible a la vista de su historia clínica, ya que la paciente se caracterizaba más por la inhibición psicomotriz que por alteraciones de conducta”; en el mismo sentido, la psiquiatra de referencia señala que “no era previsible”, pues “no era una paciente especialmente agresiva o conflictiva”, y precisa que los ingresos a lo largo de estos 22 años han sido por “descompensaciones alucinatoriodelirantes en unos casos y en otros como contención ante conflictos familiares”, añadiendo que dichas descompensaciones -“no frecuentes” si se comparan “con otros pacientes psicóticos”- no se solían “acompañar de auto o heteroagresividad, esto corroborado con la madre”.

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 la trataron a lo largo del año 2007, ni su entorno cercano familiar, lo estimaron necesario ni apreciaron en su conducta signos de peligrosidad. En último extremo, y por lo que se refiere a la pretendida relación causal, no cabe sostener que un internamiento habría evitado la agresión cometida, salvo que se acepte como hipótesis una medida de internamiento permanente que no cabe mantener a la vista de la historia clínica conocida.

En relación con la segunda imputación, referente al hecho de que en los meses anteriores al suceso hubo un “total abandono del tratamiento sin que desde el centro de salud se hiciera nada por controlar dicha situación”, no cabe desconocer que en pacientes diagnosticados por los servicios públicos de enfermedad mental muy grave -como es el caso de la esquizofrenia paranoide- se dan momentos de descompensación -circunstancia que, en ausencia de tratamiento adecuado, suele tener carácter recurrente-, por lo que resulta conveniente 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, la enferma fue atendida durante muchos años por la Administración sanitaria. La psiquiatra de referencia indica en su informe que “se ha trabajado con buen apoyo de enfermería con la paciente y la madre” y que con esta última “se mantenía en contacto (...) telefónicamente”, en ocasiones “acompañando a la paciente y en otras a solas”. En los meses anteriores al suceso, durante el año 2007, hubo varios ingresos ya detallados y se pautó un seguimiento semanal de la paciente, si bien en alguna ocasión no acudió a las citas, en cuyo caso, el seguimiento se llevó a cabo mediante relación telefónica. No podemos ignorar, además, que el día 19 de junio de 2007 se le concedió a la enferma el alta voluntaria solicitada -para acudir a consulta privada-, como ponen de relieve las anotaciones relativas a la paciente que obran en los archivos del centro de salud mental, y que acudió de nuevo a dicho centro el día 16 de agosto siguiente, donde se le administra un inyectable y se le prescribe tratamiento oral. Al día siguiente volvió sola al Servicio de Urgencias, refiriendo que le sentaba mal el tratamiento y que quería ver al psiquiatra, ausentándose del centro antes de ser valorada por el especialista, sin que conste anotación alguna hasta la correspondiente al día del suceso, en la que se refleja que acude la policía para comunicar los hechos. Cualesquiera que hayan sido las razones que expliquen esta circunstancia, es obligación de este Consejo Consultivo poner de relieve que el funcionamiento del servicio público sanitario debe procurarse 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.

Es cierto, como indican los reclamantes, que en la Sentencia dictada por la Sección 8ª de la Audiencia Provincial de Asturias con fecha 4 de abril de 2008, relativa a la conducta homicida de un enfermo mental, se afirma 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”.

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 causado.

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, o realizadas, por personas carentes de toda tipificación patológica y que en modo alguno serían diagnosticadas como enfermos mentales.

Por lo expuesto, consideramos que no cabe apreciar relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el fallecimiento en 2007 de la esposa y madre de los reclamantes, pues no existe ningún indicio que haga presumir razonablemente que debiera haber sido otra la actuación, ni tampoco que la actividad terapéutica guarde relación con los lamentables hechos, dada la situación objetiva de la agresora, quien según los especialistas no presentaba con anterioridad al día del suceso signos de peligrosidad. Por otro lado, 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, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación formulada 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.