

Expediente Núm. 226/2018  
Dictamen Núm. 41/2019

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

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*Menéndez Sebastián, Eva María*  
*García García, Dorinda*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 14 de febrero de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 septiembre de 2018 -registrada de entrada el día 5 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados del homicidio de un familiar cometido por otro, que atribuyen a una deficiente atención psiquiátrica.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 28 de noviembre de 2017, la representante de los perjudicados presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños morales derivados del homicidio de la esposa y madre de sus representados, que atribuyen al

deficiente seguimiento por parte del servicio público del trastorno mental que padecía el autor de los hechos.

Señala que este "actualmente está diagnosticado de esquizofrenia paranoide, comenzando los episodios psicóticos en el año 2013./ El 24 de mayo de 2013 acude al Hospital 'X' a una consulta en Salud Mental como consecuencia de haber tenido la sensación de haber sufrido acoso laboral (...). No fue hasta el año 2014 cuando fue diagnosticado por primera vez de un episodio psicótico en un Servicio de Urgencias en Barcelona por motivos similares (...), todo relacionado con el trabajo. En Barcelona le pautan 'Risperidona', que dejó de tomar cuando volvió a Asturias, pues él mismo consideró que 'fue el psicólogo el que sacó las cosas de madre'. Realizó posteriormente una consulta en (...) Psiquiatría del Centro de Salud Mental ....., pero solo una única vez (...). En junio de 2016 (...) se le diagnostica un trastorno esquizotípico de la personalidad, quedando ingresado en la Unidad de Psiquiatría" de la Fundación Hospital 'Y' "del 19 al 24 de junio (...) de forma voluntaria y aceptando seguir un tratamiento tras el alta consistente en la toma de 'Invega 9' y 'Placinoral 2', este último en caso de ansiedad o insomnio (...). Durante los días (en) que permaneció ingresado se realiza un seguimiento de la evolución, se le veía orientado auto y alopsíquicamente; tranquilo y adecuado, abordable, colaborador. Niega alteraciones sensorio-perceptivas y presentaba una ideación de dudoso carácter delirante. No se objetiva una clara ideación delirante, ni existieron alteraciones en la sensorio-percepción, tampoco se detectaron ánimo depresivo ni ideas autolíticas. Además de realizar el seguimiento de la evolución se le practican diversas pruebas (...). Tras el ingreso acudía mensualmente a consultas de Salud Mental en el Hospital 'X' con la psicóloga clínica (que identifican), no recibiendo atención psiquiátrica específica pese a la gravedad de su enfermedad".

Reseña que acude a consulta "los días 6 de julio, 1 de septiembre, 28 de septiembre, 26 de octubre y 17 de noviembre", y que "en la consulta de 1 de septiembre cuando la doctora le pregunta por la medicación que le habían

pautado” en la Fundación Hospital “Y” “refiere que la terminó y que no la volvió a tomar ni deseaba hacerlo, tampoco volver a ser visto por Psiquiatría, y ante esto la médica no hace nada al respecto para que el paciente siguiera tomando la medicación que era necesaria para su enfermedad. Si (...) hubiese seguido tomando la medicación su esquizofrenia estaría controlada, de manera que no habría tenido los delirios sufridos días posteriores”.

Manifiesta que el 19 de noviembre de 2016 (*sic*) el enfermo asesinó a su madre. Ingresó en el centro penitenciario el día 1 de diciembre de 2016, siendo trasladado el mismo día a la Unidad de Psiquiatría del Hospital “Z” para una valoración psiquiátrica que “confirmó el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (...), y se le pautó el inicio de tratamiento con `Risperidona oral´”. Subraya que “desde que recibe el tratamiento en la prisión desarrolla una vida normalizada y sin conflictividad alguna”, de lo que extrae que si se hubiera planteado “un mínimo seguimiento y pautado o controlado por un psiquiatra” del Servicio de Salud del Principado de Asturias “la toma de medicación adecuada para su patología” el fallecimiento por el que se reclama no habría tenido lugar.

Afirma que el joven “padecía una enfermedad grave que precisaba de un amplio y completo seguimiento” y que “algo falló en la cadena de los servicios sanitarios de Salud Mental por cuanto no existe seguimiento psiquiátrico (...) desde su alta en el ingreso voluntario que realizó” en la Fundación Hospital “Y” “en el mes de junio de 2016”, subrayando que “presentaba una ideación delirante relacionada con un matiz religioso que claramente revelaba la existencia de un trastorno disocial de la personalidad y una psicopatología grave tributaria de una esquizofrenia paranoide que en cualquier momento podía descontrollar al paciente y provocar un daño fácilmente evitable si por el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) se hubiera pautado mínimamente un control psiquiátrico y farmacológico adecuado a (sus) circunstancias”, de lo que se desprende -según afirma- que este Servicio “deba indemnizar por vía de responsabilidad patrimonial a los familiares de la fallecida”, y sostiene que se está ante un supuesto “muy similar” al enjuiciado por la Sala de lo Contencioso-

Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en la Sentencia de 24 de julio de 2012.

Solicita una indemnización para sus representados de trescientos mil euros (300.000 €) en concepto de daño moral “sin perjuicio de la determinación que en fase probatoria pueda concretarse”.

Manifiesta que la reclamación se presenta “al objeto de interrumpir la prescripción de un año desde el fallecimiento de la esposa/madre de mis representados, si bien como quiera que aún no existe causa penal finalizada por sentencia firme debe (...) la Administración sanitaria (...) proceder de forma inmediata a su suspensión en tanto no se resuelva la causa penal”.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Copia incompleta de una escritura pública de poder judicial otorgada por los reclamantes. b) Diversas anotaciones e informes de Salud Mental correspondientes a la historia clínica del hijo de la fallecida. c) Informe que el Servicio de Psiquiatría del Hospital “Z” dirige al Juzgado de Instrucción N.º 2 de Gijón con fecha 29 de diciembre de 2016 en el que, tras la valoración del paciente, se establece el diagnóstico de “esquizofrenia paranoide”. d) Informe médico forense de 15 de febrero de 2017, librado en sede judicial por dos facultativas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Asturias tras la exploración psicopatológica del paciente, en el que se concluye que padece una “esquizofrenia paranoide”. e) Informe pericial privado, de 29 de marzo de 2017, en el que se señala que el paciente “padece un trastorno mental y del comportamiento compatible con una esquizofrenia paranoide”.

**2.** Mediante oficio de 13 de septiembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la representante de los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará.

Asimismo, acuerda “declarar la suspensión del procedimiento administrativo en tanto recaiga resolución firme en el orden penal”, considerando que “se encuentran en curso actuaciones penales ante el Juzgado de Instrucción N.º 2 de Gijón” y que “la fijación de los hechos por este orden jurisdiccional puede tener, razonablemente, incidencia sobre el procedimiento de responsabilidad patrimonial”.

**3.** Mediante escrito presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias el 21 de marzo de 2018, la representante de los interesados comunica que por Auto de 19 de marzo de 2018 se ha declarado la firmeza de la sentencia dictada en el asunto de referencia, al objeto de que se proceda a “alzar la suspensión” del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Adjunta copia de ambas resoluciones judiciales.

**4.** El día 4 de abril de 2018, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a las Gerencias de la Fundación Hospital “Y” y del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia y un informe de Salud Mental sobre el concreto contenido de la reclamación.

Mediante oficio de la misma fecha, traslada a la representante de los interesados el acuerdo en virtud del cual se reinicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial.

**5.** Con fecha 26 de abril de 2018, la Gerente de la Fundación Hospital “Y” envía al Servicio instructor una copia de la documentación obrante en la historia clínica del paciente.

**6.** El día 8 de mayo de 2018, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente, junto con el informe librado el 25 de abril de 2018 por el Director del Área de Gestión Clínica de

Salud Mental de la Fundación Hospital "Y". En él señala que "el 24 de mayo de 2013 (...) fue derivado por primera vez a Salud Mental por su médico de Atención Primaria (...) para consulta por psicólogo por (...) `ansiedad. Clínica ansiosa reactiva a problemática laboral`. Se prescribió tratamiento con un ansiolítico (...). El 29 de mayo de 2013 fue valorado por primera vez en el centro de Salud Mental (...). En dicha consulta no se recogen síntomas psicóticos ni amenazas de tipo agresividad hacia sí mismo o hacia los demás, siendo la primera impresión diagnóstica de `problemas relacionados con el empleo y desempleo`".

Explica que posteriormente "no tuvo seguimiento en los servicios de Salud Mental por cambio de residencia, habiendo estado fuera de Asturias durante un periodo (tiempo no precisado)", y que "según información aportada (...) por el paciente y familia (...) en el año 2014 acudió de forma urgente a un centro sanitario de Barcelona, donde le diagnosticaron un episodio psicótico y le pautaron tratamiento con un fármaco antipsicótico (Risperidona por vía oral). De este tratamiento no consta que (...) haya realizado seguimiento o consultas de revisión, y el mismo paciente manifestó que había dejado de tomar la medicación. Por ello, se estima que pudo estar dos años sin seguimiento, sin tratamiento y sin que conste que se hubieran producido incidentes graves o agresiones durante todo ese periodo".

Indica que el 19 de junio de 2016 acude "acompañado de los padres" al Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital "Y" "por alteraciones de conducta de unos días de evolución. Tras la valoración urgente se acuerda el ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (...). Este ingreso (primero) se hace con la conformidad del paciente, de forma voluntaria. Durante la hospitalización se aprecian indicios de posibles síntomas psicóticos; no obstante, no se aprecia una ideación claramente delirante ni de intensidad ni de duración suficiente como para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, siendo la impresión diagnóstica de trastorno esquizotípico (...), y (se) pautó tratamiento con otro fármaco antipsicótico (...) y ansiolítico para situaciones de

ansiedad (...); tras el alta hospitalaria fue derivado al Centro de Salud Mental ..... para tratamiento y seguimiento ambulatorio”.

Reseña que la primera consulta ambulatoria se produjo el “6 de julio de 2016 (a los 13 días de la salida del hospital)”, y que “desde el alta hospitalaria hasta la fecha de la agresión a la madre, cinco meses aproximadamente (del 24-6-2016 al 19-11-2016), el paciente tuvo seis consultas programadas en el centro de Salud Mental, de las cuales (...) asistió a cinco, no acudió a una y en las dos últimas (...) fue citado con acompañamiento familiar para ampliar información sobre su evolución y funcionamiento en el domicilio”.

Precisa que el seguimiento ambulatorio fue asignado a una especialista en Psicología Clínica, y que no acudió a la consulta del 24 de agosto de 2016, siendo “por ello (...) requerido desde el centro de Salud Mental por la terapeuta de referencia mediante llamada telefónica”. Significa que durante el periodo de seguimiento ambulatorio “en las revisiones clínicas no se apreciaron síntomas psicóticos (...). En las entrevistas con el paciente y con familiares (en dos ocasiones) no consta que se hubieran producido incidentes en forma de agresiones ni de amenazas hacia el propio paciente o hacia otras personas (...). Tampoco en las revisiones e impresiones de la clínica del paciente o de la familia acompañante (...) se apreciaron indicios o sospechas de un empeoramiento progresivo (...). El paciente rechazó continuar tomando el tratamiento antipsicótico desde el primer mes tras el alta hospitalaria, así como tener consulta con un psiquiatra además de la atención psicológica; esto fue manifestado en al menos dos consultas sucesivas (...). El periodo transcurrido entre el último seguimiento en el Centro de Salud Mental (17-11-2016) y la agresión fue de dos días (19-11-2016). En esta última consulta no se apreciaron manifestaciones verbales ni no verbales que hicieran sospechar un empeoramiento clínico del estado del paciente. Tampoco el familiar acompañante, presente en la consulta, manifestó ninguna observación en el domicilio familiar que sugiriera un empeoramiento ni que se hubieran producido incidentes desde la anterior cita a la actual”.

Afirma que “antes de la fecha de la agresión (19-11-2016) el paciente fue valorado por varios especialistas (psicólogos y psiquiatras) en diferentes momentos de la evolución (...), y dichas valoraciones fueron realizadas en diferentes Servicios (Centro de Salud Mental, S. Urgencias, Unidad de Hospitalización) (y) en cada uno de los centros se emitió una impresión diagnóstica diferente”, pero “ninguno de los especialistas emitió el diagnóstico de esquizofrenia. Este diagnóstico se hizo posteriormente al episodio de agresión y muerte de la madre del paciente (...). Los diagnósticos han ido evolucionando de forma progresiva de menor a mayor gravedad. En el año 2013 fue diagnosticado de problemas relacionados con el empleo, en el 2014 (...) de episodio psicótico (Barcelona), en el 2016 (...) de trastorno esquizotípico y finalmente (...) de esquizofrenia paranoide. Todo ello orienta hacia una evolución de forma lenta y larvada”.

Subraya que antes del “episodio de agresión a la madre no se tenía constancia de episodios (...) previos de agresiones hacia sí mismo o hacia otras personas (...). En las consultas (ambulatorias con psicóloga y hospitalarias con psiquiatra) en ningún momento (...) verbalizó amenazas auto ni heteroagresivas. Tampoco se observaron conductas agresivas hacia otras personas ni hacia objetos durante el tiempo (en) que estuvo hospitalizado (seis días) (...). En las entrevistas mantenidas con familiares (...) se hizo constar que (...) había tenido algún periodo en (el) que se manifestó irritable, pero sin hacer referencia a episodios de agresiones previas (...). El tratamiento farmacológico de tipo antipsicótico no tiene indicaciones específicas en los trastornos de tipo esquizotípico (último diagnóstico que tenía asignado el paciente antes del episodio violento), ya que no disponemos de ningún fármaco con indicaciones aprobadas de forma específica para este tipo de trastorno. Por ello, su uso es opcional según la situación clínica del paciente y puede ser complementario con otras intervenciones terapéuticas a dosis bajas de medicación o prescripciones temporales, siendo posible en algunos casos el abordaje terapéutico sin uso de psicofármacos (...). El paciente, habiendo sido diagnosticado de un episodio

psicótico en (...) 2014, estuvo dos años aproximadamente sin consultas y sin constancia de que hubiera tomado la medicación prescrita, sin que ello condujera a la aparición de reacciones violentas o agresiones (...). Cuando (...) rechazó continuar tomando el tratamiento farmacológico, así como (...) acudir a consulta con un psiquiatra, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones clínicas para no tomar otras medidas como una hospitalización o un tratamiento involuntario (...): El paciente en el momento de rechazar el tratamiento farmacológico tenía 31 años (mayor de edad) (...). No había sido declarado incapaz judicialmente (...). Aceptó continuar acudiendo a las consultas con su especialista de referencia (psicóloga clínica), y así lo hizo hasta el episodio de agresión. Este punto se consideró como rechazo de una parte del tratamiento recomendado y aceptación de una alternativa terapéutica (abordaje psicoterapéutico) y seguimiento de su evolución (...). En las sucesivas revisiones no se apreciaron síntomas manifestados por el paciente o por la familia de convivencia que alertaran de un empeoramiento progresivo y con ello de la necesidad de tomar otras medidas terapéuticas de forma involuntaria”.

Concluye que “el paciente ha tenido un seguimiento continuado por personal especialista de Salud Mental, con competencia para la valoración clínica del mismo, ya que la principal herramienta en este tipo de trastornos es la entrevista clínica, la observación directa y el seguimiento”, y que “en el momento de la agresión a su madre no tenía prescrito tratamiento farmacológico por rechazo de él a seguir tomando la medicación recomendada, considerando que él mismo aceptó una alternativa terapéutica basada en tratamiento psicoterapéutico y el seguimiento para mantener la observación, así como la reevaluación periódica de su estado clínico. Por ello, en ningún momento de este periodo de seguimiento se consideró necesaria la adopción de medidas coercitivas de fuerza o de tratamiento involuntario (...). Mantuvo la asistencia a las consultas con su terapeuta y en ocasiones la valoración fue contrastada con las informaciones aportadas por familiares directos de

convivencia. Además en los antecedentes constan periodos previos sin tratamiento farmacológico y sin que se produjeran agresiones por el paciente”.

Destaca que, si bien “los procesos de tipo esquizofrenia en unos casos tienen un comienzo agudo o subagudo, donde se puede establecer una fecha aproximada de inicio del proceso”, en otros “el inicio es larvado, insidioso, con clínica parcial, fluctuante y lentamente progresiva, donde es frecuente que los pacientes, según el momento evolutivo, tengan varios diagnósticos previos hasta que el seguimiento a largo plazo permite hacer el diagnóstico de esquizofrenia”, y que el caso que nos ocupa “se ajusta al segundo tipo de trastorno, es decir, de inicio lento, progresivo, larvado y donde no se puede precisar en qué momento se inició el trastorno de tipo esquizofrenia; de ahí puede derivar la variabilidad diagnóstica y terapéutica”.

**7.** Con fecha 14 de junio de 2018, y a instancia de la entidad aseguradora, emite informe una licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Legal y Forense. En él destaca que el paciente, diagnosticado de trastorno esquizotípico, que era mayor de edad y no estaba incapacitado judicialmente, “aceptó proseguir controles con su especialista de referencia (psicólogo clínico)”, siendo la terapia psicológica un “abordaje psicoterapéutico indicado a los pacientes diagnosticados de trastorno esquizotípico” y el uso de antipsicóticos “opcional según la situación clínica del paciente”.

Concluye, “tras la revisión de la documentación clínica”, que “el paciente tuvo un seguimiento adecuado y cuidadoso (incluso se contactó telefónicamente cuando no acudió a una consulta), no presentó sintomatología que sugiriera empeoramiento y con ello la necesidad de tomar medidas terapéuticas involuntarias (...). Mantuvo la asistencia a las consultas de manera voluntaria, en ocasiones acompañado por un familiar directo de convivencia con el que se contrastaban las informaciones. Ni el entorno familiar del paciente, ni los profesionales de Salud Mental detectaron situaciones y/o sintomatología que obligasen a adoptar medidas coercitivas o tratamientos involuntarios para

asegurar la convivencia. Antes del episodio de agresión a su madre no había presentado actitudes violentas ni amenazas auto ni heteroagresivas./ La clínica psiquiátrica iniciada en el 2013, según revisión de la historia clínica, ha ido evolucionando de manera lenta y larvada a lo largo de los años de menor a mayor gravedad. Se han constatado periodos sin seguimiento ni tratamiento farmacológico, a pesar de la indicación, con buena adaptación y sin interferencia en las actividades de la vida diaria del paciente./ El diagnóstico de esquizofrenia paranoide se realizó tras el homicidio”. Por ello, considera “la actuación (...) conforme con los protocolos y la *lex artis*”.

**8.** Mediante escrito notificado al representante de los interesados el 18 de julio de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una relación de los documentos obrantes en el expediente.

**9.** Con fecha 19 de julio de 2018, un representante de los interesados comparece en las dependencias administrativas y obtiene una copia de los documentos que integran el expediente.

El día 30 del mismo mes, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que afirma que, “finalizada por sentencia absolutoria la causa penal (...) seguida por el homicidio (...), basta leer con atención la sentencia para comprobar que la causa eficiente y principal de la muerte violenta por estrangulamiento fue la ausencia de control psiquiátrico por el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) del paciente, pese a que lo tenía mal diagnosticado y dentro de los circuitos de Salud Mental, habiendo estado ingresado en la Unidad de Agudos” de la Fundación Hospital “Y” “y pautándosele al alta asistencia psicológica y no psiquiátrica./ Ello pone de relieve la responsabilidad de la Administración sanitaria que ya ha sido declarada en un supuesto similar” por la Sala de lo

Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias y confirmada por el Tribunal Supremo “en el asunto de la muerte de un niño en el Parque Isabel La Católica por la agresión de un enfermo mental en la que se condena” al Servicio de Salud del Principado de Asturias “en un supuesto en el que la adherencia al tratamiento del autor era nula”.

Solicita que sea estimada la reclamación formulada interesando una indemnización de 100.000 €.

**10.** El día 13 de agosto de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios propone desestimar la reclamación asumiendo las conclusiones obrantes en los informes recabados durante la instrucción del procedimiento. Afirma que “los servicios sanitarios de la Administración pública han actuado correctamente y conforme a los criterios de la *lex artis*, no habiendo nexo causal alguno entre el normal funcionamiento de los servicios públicos y la muerte (de su familiar)”, y niega que “la sentencia relacione como `causa de la muerte violenta por estrangulamiento la ausencia de control psiquiátrico por el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) del paciente, pese a que lo tenía mal diagnosticado y dentro de los circuitos de Salud Mental´. La sentencia en ningún momento hace semejante afirmación. Como ya se ha dicho reiteradamente, el paciente no estaba diagnosticado definitivamente por las características clínicas de su proceso y sí estaba en tratamiento y seguimiento riguroso”.

Por otro lado, destaca que el pronunciamiento judicial condena al autor de la muerte “en concepto de responsabilidad civil al pago de las indemnizaciones de 50.000 € a su padre y de 20.000 € a cada una de sus hermanas”, y subraya, “en relación con la indemnización solicitada a la Administración pública (...), que la parte reclamante ha rebajado sus pretensiones iniciales de 300.000 € a 100.000 €, siendo lo cierto que ni en el escrito inicial ni en el de alegaciones motiva y justifica dichas pretensiones,

limitándose a dar cifras a tanto alzado, huyendo de todo baremo o regla al uso”.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de septiembre de 2018, 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 Sanidad, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido

en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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 28 de noviembre de 2017, habiendo tenido lugar el fallecimiento de la que trae origen -pese al error en que incurren inicialmente los perjudicados al datarlo en el 19 de noviembre de 2016, y que se arrastrará en los informes librados a instancia de la Administración durante la instrucción del procedimiento- el día 29 de noviembre de 2016 -según consta en el apartado de hechos probados de la sentencia-, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

**CUARTA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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, apreciamos 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

91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la LPAC.

**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 solicitan una indemnización por los daños derivados del fallecimiento por homicidio de su esposa y madre, respectivamente, que relacionan con la deficiente asistencia prestada al autor de los hechos que padecía un trastorno mental y que es, a su vez, hijo y hermano de los perjudicados.

Los documentos obrantes en el expediente acreditan tanto el óbito por el que se reclama como las circunstancias en las que se produjo, y dado el cercano parentesco que unía a los interesados con la fallecida y con el agresor hemos de presumir que el suceso les ha ocasionado un daño moral susceptible de ser reclamado en esta vía, como ya hemos señalado en la consideración segunda de este dictamen. Ahora bien, en el caso de que la Administración decidiera estimar la reclamación deberá tener en cuenta, a efectos de evitar una duplicidad indemnizatoria prohibida por el ordenamiento jurídico, que la sentencia penal incorporada al expediente reconoció a las mismas personas que aquí reclaman el derecho a percibir una indemnización del autor del delito en concepto de responsabilidad civil por daño moral que asciende a 50.000 € para el padre y 20.000 € para cada una de sus dos hermanas.

En el ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración, como venimos señalando reiteradamente, la mera constatación de un perjuicio surgido en el curso de la actuación del servicio público sanitario no implica

automáticamente la existencia de la misma, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Este Consejo Consultivo ha manifestado que el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, debiendo señalarse que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose

el deber médico a la aplicación de los medios precisos para la interpretación de los síntomas mostrados por los pacientes.

También es criterio firme de este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En este caso, se demanda al servicio público una responsabilidad por omisión, ceñida en el escrito de reclamación a la falta de “control psiquiátrico y farmacológico adecuado a las circunstancias” del paciente que, según afirman los perjudicados, “presentaba una ideación delirante relacionada con un matiz religioso que claramente revelaba la existencia de un trastorno disocial de la personalidad y una psicopatología grave tributaria de una esquizofrenia paranoide que en cualquier momento (lo) podía descontrolar”. En el escrito de alegaciones añaden a la anterior reconvención la de que el enfermo estaba “mal diagnosticado”.

Sin embargo, los interesados no aportan prueba alguna que sostenga sus imputaciones. Al contrario de lo que indican los reclamantes en su escrito de alegaciones cuando afirman que de la sentencia con la que finalizó el proceso seguido en vía penal se deduce que la “causa eficiente y principal de la muerte” habría sido “la ausencia de control psiquiátrico por el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) del paciente, pese a que lo tenía mal diagnosticado y dentro de los circuitos de Salud Mental, habiendo estado ingresado en la Unidad de Agudos” de la Fundación Hospital “Y” “y pautándosele al alta asistencia psicológica y no psiquiátrica”, lo cierto es que de la citada resolución judicial no puede extraerse tal conclusión. En efecto, entre los hechos probados de la sentencia consta que “en el momento de la comisión del hecho delictivo (su autor) sufría un trastorno mental y del comportamiento compatible con una esquizofrenia paranoide de la que no estaba siendo tratado”, pero esta aseveración obvia que la determinación de la patología que afectaba al enfermo

no se alcanzó hasta después de perpetrado el homicidio, de modo que no habiéndose diagnosticado la esquizofrenia aún a la fecha de ejecución del delito resultaba lógico que su autor no estuviera recibiendo tratamiento para tal dolencia.

El éxito de la pretensión de los reclamantes, dados los concretos títulos de imputación de la responsabilidad que demandan, depende de que pueda tenerse por probado que el diagnóstico establecido por el servicio público sanitario antes de cometer el crimen era erróneo -para lo cual debe estarse, como hemos señalado, a los signos y síntomas evidenciados en el paciente durante la asistencia prestada por los servicios de Salud Mental-, o de que se acredite, al menos, que el estado del enfermo ponía de manifiesto un razonable riesgo potencial para su salud o para la de los demás que revelaba el error del manejo abordado y justificaba la imposición, aun en contra de su voluntad, de asistencia psiquiátrica o tratamiento farmacológico. A propósito de esta última imputación debemos destacar, como ya hemos señalado en ocasiones anteriores (por todas, Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de mayo de 2013 -ECLI:ES:TS:2013:2299-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que en los casos en que se demanda de la Administración una responsabilidad por omisión la jurisprudencia resulta unánime al condicionar su apreciación a la existencia de un deber jurídico de actuar por parte de esta siempre que se pruebe que tal deber ha resultado incumplido dando lugar a una situación de anormalidad en la prestación del servicio.

A falta de actividad alguna de los reclamantes dirigida a acreditar los anteriores extremos, este Consejo no cuenta con más elementos técnicos para formar su juicio que los que resultan de los documentos incorporados al expediente -algunos de los cuales han sido aportados por los propios interesados- y los informes médicos librados en el curso de la instrucción.

En cuanto al supuesto error diagnóstico, los informes emitidos durante la tramitación del procedimiento, particularmente el elaborado el 25 de abril de 2018 por el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental de la

Fundación Hospital "Y", destacan que la diagnosis de los procesos de tipo esquizofrenia tienen en unos casos un comienzo agudo o subagudo y en otros -como ocurre en el presente- un inicio "larvado, insidioso con clínica parcial, fluctuante y lentamente progresiva, donde es frecuente que los pacientes, según el momento evolutivo, tengan varios diagnósticos previos hasta que el seguimiento a largo plazo permite hacer el diagnóstico de esquizofrenia". El informe médico librado en el curso del proceso judicial por dos Forenses del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Asturias (aportado por los reclamantes -folios 77 a 79-) vendría a corroborar que el diagnóstico de la esquizofrenia no es sencillo ni apreciable fácilmente, y que se alcanza tras un seguimiento previo y relativamente prolongado en el tiempo de los pacientes durante el cual debe indagarse sobre la presencia de signos que, además, han de evidenciarse con cierta persistencia. Así, se expresa en el citado informe que "la esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas (durante una parte significativa de un periodo de un mes -o menos tiempo si ha sido tratado con éxito-): a) ideas delirantes, b) alucinaciones, c) lenguaje desorganizado, d) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, e) síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo, alogia o abulia. Junto con la presencia de dos de los síntomas anteriormente reseñados existe una disfunción sociolaboral, de modo que la actividad laboral, las relaciones interpersonales y el cuidado de uno mismo están claramente por debajo del nivel que previamente al inicio del trastorno tenía el individuo. La duración de lo anteriormente expuesto debe de ser de al menos 6 meses".

En el caso de que se trata, las anotaciones obrantes en la historia clínica de Salud Mental del paciente en el periodo comprendido entre su ingreso voluntario en la Fundación Hospital "Y" el día 19 de junio de 2016 y el 17 de noviembre de 2016 -fecha correspondiente a la última consulta producida doce días antes de cometer el homicidio- dan cuenta de que los facultativos que le atendían rastrearon con detalle en él los signos diagnósticos descritos en el

informe forense que acabamos de citar, aunque no los hallaron. Así, en el informe de alta tras el citado ingreso hospitalario, en el que diagnostica "T. esquizotípico", consta que el enfermo se muestra "consciente y orientado auto y alopsíquicamente. Tranquilo y adecuado. Correctamente vestido y aseado, abordable y colaborador. No presenta alteraciones aparentes del estado de ánimo. Niega alteraciones sensorceptivas. Ideación de dudoso carácter delirante de contenidos místico-religiosos, dice ser muy religioso, leer la Biblia y adoptar sus enseñanzas (...). Trabaja desde abril y dice (que) no ha tenido problemas (...). Se considera una persona solitaria, sale poco pero en parte es (porque) se gasta mucho dinero por ahí y sus planes son independizarse y comprarse un coche (...), tiene amigos a los (que) tampoco ve mucho./ Dice (que) tuvo problemas con la familia desde los 15 a los 25, pero asume la responsabilidad". En las hojas relativas a las notas de progreso se anota, el 6 de julio de 2016, "discurso coherente, adecuado, colaborador, centrado en problemática laboral. Rigidez cognitiva? Comenta que se da cuenta de que no (...) ha ido mal en el trabajo pero que sintió un acoso. Le pido que ejemplifique y comenta situaciones susceptibles de ser interpretadas de múltiples formas, lo comprende pero comenta haber estado seguro de cuál era la intención. No hace comentarios que impresionen de ser delirantes; le cuesta, eso sí, ejemplificar. Ahora se siente tranquilo en el nuevo trabajo. Impresiona de ser muy responsable en el trabajo, y además le gusta (...). Le pregunto por las quejas que refleja la historia de su madre sobre él: le percibía aislado, dice que se ha vuelto más desconfiado pero mantiene sus actividades". El 1 de septiembre de 2016 se refleja que "dejó el trabajo (...), esta vez fue distinto (...). No se sintió acosado (...). Discurso coherente, colaborador, un tanto desconfiado, pero no mantiene un contacto psicótico" y, el 28 de septiembre de 2016, que "ahora está desganado, desmotivado con buscar trabajo. Duerme y come bien. Es evidente que rumia mucho sobre el tema laboral. Por otra parte, le agobia (porque) sabe que hace falta el dinero en casa./ No verbaliza clara ideación delirante, pero sí muchos pensamientos de desconfianza (...). Patina, a

veces queda con una amiga. No sale por la noche (porque) no tiene dinero". El 26 de octubre de 2016 acude a la consulta con una hermana que afirma verle "mejor", aunque "malpensado de siempre", y en la última consulta, el 17 de noviembre de 2016, a la que asiste también la hermana, comenta "que tenía la habitación sucia, horario descontrolado y que ahora está mejor. Sin embargo, sigue sin buscar trabajo, no se siente todavía preparado (...). Persiste la desconfianza (...). Tiene una amiga (fue novieta y hablan ahora)". La hermana comenta en esta consulta "algunos síntomas y cómo le vio en el ingreso, 'se reía sin sentido', 'hablaba de Dios', 'decía que mi padre no era mi padre', 'le dieron antipsicótico'. Ante esto él reconoce que no estaba bien", lo que se interpreta por la facultativa que lo atiende como "personalidad de base con rasgos de desconfianza sobre la cual parece que eclosionaron episodios psicóticos previamente".

La historia clínica evidencia también que el servicio público sanitario mantuvo en todo momento el preceptivo seguimiento del paciente tras el ingreso hospitalario producido el 19 de junio de 2016, dando cumplimiento así a lo dispuesto en el artículo 8, letra c), 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, que atribuye a los centros de Salud Mental la función de "Hacer seguimiento directo y supervisión a los pacientes dados de alta por el servicio de hospitalización". En efecto, según muestran las notas de progreso del centro de Salud Mental encargado de efectuar su control posterior, el día 24 de agosto de 2016 el paciente "no acude ni avisa", disponiéndose que "llamaré al usuario, dado que se trata de un paciente grave./ Se le llama a lo largo de la mañana, tiene el tfno. desconectado y no contestan al fijo. Se intentará de nuevo". El intento fructificó, pues el paciente acudió a consulta a la semana siguiente. El caso, por tanto, difiere totalmente del que invocan los interesados (tratado por el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en la Sentencia de 24 de julio de 2012 -ECLI:ES:TSJAS:2012:3172-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª, y resuelto definitivamente

por la Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de mayo de 2013 -ECLI:ES:TS:2013:2299-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), en el que se reconoció la responsabilidad del Principado de Asturias a causa del crimen cometido por un paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide que había permanecido cinco años desvinculado del Servicio de Salud Mental por omisión del deber de efectuar su seguimiento. En este supuesto el enfermo ya estaba diagnosticado de esquizofrenia con anterioridad a la perpetración del delito, mientras que en el caso objeto del presente dictamen dicho diagnóstico no se alcanzó hasta después de cometido el homicidio y fue revelado con ocasión del informe médico forense de 15 de febrero de 2017, librado en sede judicial por dos facultativas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Asturias tras la exploración psicopatológica del paciente, en el que concluyeron que padecía una "esquizofrenia paranoide".

En cuanto al episodio iniciado el 24 de mayo de 2013 por "clínica ansiosa reactiva a problemática laboral", debemos destacar que el seguimiento, aunque no fuera obligado por no haber existido un ingreso hospitalario previo, tampoco fue posible por cambio de residencia al haberse trasladado el paciente fuera de Asturias, según informa el Director del Área de Gestión Clínica de Salud Mental de la Fundación Hospital "Y". Y respecto al episodio asistencial en un centro sanitario de Barcelona, debe señalarse que en aquella ocasión, según consta en el correspondiente informe del Servicio de Urgencias del Hospital de Bellvitge de 16 de marzo de 2014 aportado por el paciente, se le diagnosticó "Estat ansietat", pautándosele Risperidona, aunque sin hacer ninguna referencia a que el paciente hubiera presentado un brote psicótico, como afirma la familia. No consta que el servicio público de salud asturiano tuviera noticia de este episodio de ansiedad hasta su ingreso en la Fundación Hospital "Y" el 19 de junio de 2016.

Por último, sobre el reproche relativo a la falta de "control psiquiátrico y farmacológico adecuado a (sus) circunstancias", debemos considerar, a falta de prueba alguna a instancia de parte que lo sustente, que, según señalan los

informes médicos librados durante la instrucción del procedimiento, la terapia psicológica es un abordaje admitido cuando se trata de pacientes diagnosticados de trastorno esquizotípico, y que el uso de antipsicóticos no tiene indicación específica en este tipo de dolencias, siendo opcional en función de su situación clínica.

En definitiva, no existe prueba alguna de que la pauta asistencial seguida en el caso al que nos referimos fuese errónea, pero, además, consta en el expediente que el paciente se resistía a consultar con un psiquiatra o a tomar medicación, y no cabe ignorar que, según nuestra legislación, toda actuación en el ámbito de la salud precisa el consentimiento libre y voluntario del afectado, y que dicho consentimiento debe prestarse de modo personal, salvo en los supuestos excepcionales determinados por su incapacidad para tomar decisiones, en los que resulta admisible su otorgamiento por representación. La adopción de medidas sanitarias sin contar con la aquiescencia del interesado queda limitada, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9.2 de 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, a los supuestos excepcionales de "riesgo para la salud pública" o "riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo", y ninguno de ellos se había apreciado durante el seguimiento del paciente en el presente caso. Es más, quienes formulan la reclamación y convivían con el enfermo tampoco alertaron al servicio público de la existencia de signos que pudieran anticipar tales riesgos, y dadas las condiciones en las que se encontraba puede presumirse que conservaba la capacidad de decidir por sí, por lo que tampoco resultaba posible el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, en los términos de lo establecido en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En suma, de lo actuado en el expediente no ha quedado probada la existencia de práctica alguna contraria al buen hacer. Dado que la imputación de los reclamantes solo se sostiene en sus propias manifestaciones, lo que no

es suficiente para tenerla por probada, y que, por el contrario, todos los informes obrantes en aquel sostienen que la actuación del servicio público fue correcta, la pretensión resarcitoria ejercitada no puede ser acogida.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.