



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **202/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 15 de julio de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 4 de marzo de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otro, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **70/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** El día 26 de marzo de 2009, x presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS), en su propio nombre y en representación de su hermano x, en el que, en síntesis, expresa lo siguiente.

La madre de ambos, x, falleció el 14 de abril de 2008 como consecuencia de un acto violento cometido por su hijo x, debido a la grave enfermedad mental que éste padecía, esquizofrenia maníaca, diagnosticada por el SMS desde varios años antes. Los reclamantes consideran que a pesar de que x ha sido tratado en diferentes centros de atención primaria y hospitalaria del SMS, no lo ha sido de forma correcta pues, a su entender, de haber estado tratado, controlado y vigilado en todo momento por el SMS nunca habría ocurrido el referido hecho. A tal efecto, afirman que no siempre que el enfermo tenía una crisis el SMS acudía a recoger al enfermo para su ingreso en el centro correspondiente y que, cuando lo hacía, citaban a la familia a una hora y lugar determinados, y si no estaba allí el enfermo porque, al no regir bien su mente, a veces desaparecía de dicho lugar, la ambulancia se iba. Entienden que el SMS no debió desentenderse del enfermo y, si no concurría a la cita, deberían de hallarlo, porque un enfermo de estas características era un peligro para cualquier persona, como finalmente se ha demostrado al causarle la muerte a su propia madre. Por todo ello reclaman una indemnización, sin concretar su cuantía.

Junto con la reclamación, los interesados aportan la siguiente documentación:

- Certificado de defunción de x.
- Copia del libro de familia y los DNI de la fallecida e hijos.

- Escrituras de declaración de herederos y adjudicación de la herencia.
- Poder notarial otorgado por x en favor de su hermana.
- Copia del carné profesional de letrado a quien se designa como representante.

Solicitan, además, la práctica de prueba documental, esencialmente el historial médico del paciente en diversos centros sanitarios, y la pericial que aportarán en su momento.

**SEGUNDO.-** Con fecha 2 de abril de 2009, el Director Gerente del SMS dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que es notificada a los interesados. En la misma fecha, se pide la historia clínica de x, y los informes de los médicos que lo asistieron, a la Gerencia de los hospitales "*Morales Meseguer*", "*Virgen de la Arrixaca*" y "*Román Alberca*", y a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia y al Centro de Salud Mental "*Infante Juan Manuel*". El 7 de abril de 2009 también se solicitó dicha documentación al hospital "*Reina Sofía*".

**TERCERO.-** Habiendo tenido conocimiento la instrucción de que, con anterioridad a la interposición de la reclamación, los interesados habían solicitado la historia clínica de x, acordó la incorporación al expediente de reclamación patrimonial de las historias clínicas ya recabadas con anterioridad del hospital "*Virgen de la Arrixaca*" y "*Román Alberca*".

**CUARTO.-** El 24 de abril de 2009 se incorpora al expediente la historia clínica de z remitida desde el hospital "*Morales Meseguer*", informando desde la Gerencia de este centro que el paciente fue atendido por el Servicio de Psiquiatría perteneciente al hospital "*Reina Sofía*".

**QUINTO.-** La Coordinadora del Centro de Salud Mental "*Infante D. Juan Manuel*" remite, junto con la historia clínica del paciente, informes de intervención psiquiátrica (realizado por el Dr. x, folios 403-407 exp.), psicológica (realizados por la Dra. x y la Dra. x, folios 408-409) e intervención social (realizado por la trabajadora social x, folio 410).

Se transcribe, por ser de especial interés al relatar las sucesivas asistencias que le fueron prestadas al paciente, el primero de estos informes, de fecha 24 de abril de 2009:

*"x solicitó por primera vez tratamiento en este centro el 15 de Mayo del 2000, derivado por su médico de cabecera desde el centro de salud de Santomera, con un informe que hace referencia al diagnóstico de psicosis aguda y síndrome depresivo reactivo con intento de autolisis, aludiendo a un ingreso hospitalario psiquiátrico que se produjo en noviembre del año 1999, cuyo informe no consta en nuestra historia clínica. Sí consta un informe de un ingreso anterior en julio del 99 en el que se le diagnostica de Depresión Unipolar Recurrente con síntomas*

psicóticos.

*El 15 de mayo del 2000 acude por primera vez al centro. Le acompaña la madre. Se abre su historial clínico, con historia de acogida, donde el paciente destaca que a raíz de un accidente de tráfico ocurrido cuatro años antes con traumatismo craneoencefálico, no se encuentra bien, que ha sufrido estados depresivos con desánimo, aislamiento y en algunos momentos síntomas de carácter psicótico. Así mismo en este tiempo hace referencia a la mala relación con su entorno familiar, tanto con su madre como con su ex mujer, de la que lleva separado un año y con la que tiene una hija de 6 años.*

*Tras la primera exploración psiquiátrica, donde se encontraba relativamente estable psiquiátricamente, se plantearon las siguientes actuaciones:*

*Solicitar un EEG (Se realizó el 30/8/2000 con resultado normal). Reinstaurar la medicación (que la había abandonado hacía un mes). Discutir en sesión otros aspectos del tratamiento.*

*En esta entrevista se recoge que se habló a la madre de precauciones a adoptar y que consultara ante cualquier cambio.*

*En la siguiente entrevista, con fecha 26/6/2000, el paciente manifiesta encontrarse mucho mejor, con buen estado afectivo con ganas de vivir y haciendo una crítica adecuada a sus conductas anteriores. El paciente se reconoce de personalidad impulsiva y nerviosa. Se plantea la derivación a psicología para valorar su personalidad, ya que una vez recuperado de su clínica depresiva se aprecian rasgos de personalidad y conductas compatibles con trastorno de la personalidad.*

*En la siguiente consulta del 30/8/00 se van perfilando estos rasgos y se dispone citarlo con psicología.*

*El día 26/10/00 no acude a su cita porque está ingresado en el Hospital Morales Meseguer desde el día 22/10/00 y salió de alta el día 11/11/00 con diagnóstico de Trastorno Afectivo Recurrente y Trastorno de la Personalidad.*

*El 17/11/00 acude a su cita y se valora incrementar el uso de fármacos antiepilépticos por sus efectos eutimizantes y antiimpulsivos. Se le cita para el día 20/12/00. Ese día avisa que no puede venir y se le da cita para día 8/1/01, en cuya entrevista se valora evolución y tratamiento. Tres días antes había tenido su primera entrevista con psicología, a la que no acudió y se le citó nuevamente para el 6/2/01.*

*La siguiente cita con psiquiatría se produce el 27/2/01, presenta efectos adversos de la medicación neuroléptica que se corrigen adecuadamente. Se cita para el día 9/4/01, a cuya cita no acude. Viene el día 11/5/01, se encuentra bien clínicamente y se reajusta la medicación.*

*El 25/06/01 viene a la cita habiéndose producido un nuevo ingreso hospitalario, por alteraciones de conducta tras discusión con la madre, que duró desde el 26/5/01 al 18/6/01. En el informe de alta figura el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo y Cociente Intelectual Límite.*

*El 28/06/01 la trabajadora social de este centro inicia coordinación con la trabajadora social de Santomera.*

*A la siguiente cita el día 12/07/01 no acude. Viene el 6/08/01 y se encuentra bien clínicamente, por lo que se le cita para el 19/10/01. En esta entrevista se encuentra bajo de ánimo. Se le reajusta la medicación y se le prescribe un antidepresivo. A los pocos días, el 30/10/01 se aprecia mejoría de su ánimo. Se sigue ajustando medicación según su estado anímico. En la siguiente cita del 9/11/01 se sigue registrando mejoría de sus estados de ánimo.*

*El día 3/12/01 no acude a la cita. El 18/2/02 tampoco acude a la cita. Estuvo ingresado desde el 23/1/02 hasta el 4/03/02, según sabemos por el informe que consta en la historia. El 26/06/02 no acude a su cita con psiquiatría y no hay ningún contacto con el centro hasta el 18/12/02, donde la trabajadora social de este centro plantea la continuidad del tratamiento en nuestro centro.*

*El día 20/03/03 no viene a la cita y acude el día 28/03/03 y se reinicia el tratamiento. Pero abandona el contacto con nosotros, no viniendo a la siguiente cita del 28/4/03. Ya no se produce ningún contacto con este centro hasta el 21/11/03, en que la trabajadora social recibe una llamada telefónica de un abogado solicitando información sobre el Centro de Día de San Andrés, para proponer su tratamiento por vía judicial. Se habían producido dos ingresos seguidos en el hospital psiquiátrico Román Alberca por orden judicial, uno del 25/10/03 hasta el 6/11/03 y el otro al día siguiente del 7/11/03 hasta el 18/11/03, cuyos informes nos llegaron posteriormente.*

*El 26/1/04 es derivado de nuevo por su médico de cabecera a este centro y la entrevista se realizó el día 3/2/04 y se vuelve a reiniciar el tratamiento, pero a la siguiente cita del 1/3/04 tampoco acude. Estaba ingresado en el Psiquiátrico Penitenciario de Alicante desde el 20/2/04. Situación de la cual tenemos noticia el 4/3/05, que de nuevo acude a nuestro centro a través de su médico de cabecera. Aporta informe del Psiquiátrico Penitenciario con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo tipo maníaco y el tratamiento recibido por el paciente.*

*A partir de esta fecha se abre hoja de seguimiento con enfermería para administrar el tratamiento inyectable que venía prescrito y que se mantiene como tratamiento principal y al que se le suman otros psicofármacos orales.*

*El 7/3/05 se le administra el primer inyectable de acción prolongada en el centro.*

*Se le cita para el 4/4/05 para continuar su tratamiento, y en esta fecha se propone derivar a psicología para estudio y terapia de familia, a la que sólo acuden el paciente y la hermana en dos ocasiones.*

*El 29/4/05, dados su buena evolución y su buen estado clínico, se contacta con la trabajadora social para poner en marcha su asistencia a los recursos de rehabilitación y reinserción social. En este aspecto solo viene a dos entrevistas. Una el 15/06/05, en la que se constata su falta de motivación para estas actividades, y otra el 30/9/05,*

*donde telefónicamente expresa su negativa a asistir a estos recursos manifestando su deseo de trabajar.*

*El 26/5/05 acude a nuestro centro tras un ingreso hospitalario voluntario de cinco días de duración por alteración del estado de ánimo. Se continúa administrando el tratamiento inyectable.*

*Entre mayo y octubre del 2005 acude regularmente y toma su tratamiento adecuadamente, lo que le mantiene muy estabilizado clínicamente, llegando incluso a tener proyectos laborales.*

*Tras la cita del 19/10/05 deja de venir y parece que abandona el tratamiento y el 29/12/05 acude la hermana a solicitar un informe para ingresarlo, porque según refiere está perdiendo el control. Se le hace informe para ingreso hospitalario, siendo la primera vez que se nos requiere este tipo de intervención. El 10/1/06 se remite a la hermana por fax a petición suya un informe del tratamiento que tomaba en la última cita de octubre del 2005.*

*El 24/1/06 no acude a su cita. Posteriormente sabemos que estaba ingresado de nuevo en el psiquiátrico penitenciario de Alicante.*

*El día 31/7/06 viene la hermana a comunicarnos una situación de descompensación clínica, solicitando un informe para ingresar en el hospital. Ingresa al día siguiente en el Hospital Psiquiátrico Román Alterca. El día 4/8/06 hay una interconsulta telefónica con la Dra. x para informar de los tratamientos realizados. A partir de este ingreso y tras conversación con la Dra. x se acuerda que cuando mejore de su estado agudo se programe su paso a la Unidad de Media Estancia con la finalidad de mantener un ingreso prolongado y realizar los tratamientos propios de dicha unidad. A los pocos días de estancia se fuga, acudiendo al día siguiente con la hermana y solicitando seguir tratamiento ambulatorio y le conciertan una cita en nuestro centro el día 19/10/06.*

*Acude a sus citas programadas del 17/11/06 y del 29/12/06 en los que se constata un buen estado clínico.*

*En el año 2007 no viene a las citas de enero y febrero, y en abril de nuevo hay una demanda familiar por la hermana solicitando informe para ingreso por empeoramiento tras abandono del tratamiento dos meses antes. Dicho informe motiva un ingreso desde el 20/04/07 al 16/05/07, que es dado de alta y se reitera el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo. Acude al centro el 25/5/07 en buen estado clínico y con el tratamiento instaurado durante su ingreso.*

*El 28/06/07 acude a su cita. Se encuentra bien, pero muy centrado en el tema de su madre. Indica las cosas que según él le ha hecho, y quiere que vean si ella está bien. No manifiesta esto con agresividad ni actitud querulante. Una semana antes, el 20/06/07 solicitó un informe para justificar su no asistencia a un tema de empleo.*

*El 6/9/07 no acude a la cita. Se piensa que podría estar en Italia, ya que a primeros de julio manifestó su intención de viajar a Italia a ver a su padre y a buscar trabajo. Se le hizo un breve informe con la medicación que tomaba, por si se marchaba que siguiera tomándola allí. No sabemos nada de él hasta el 28/02/08 que vuelve a la consulta tras un ingreso hospitalario que se produjo desde el 15/1/08 al 21/2/08, del que tenemos conocimiento cuando se*

concierta la cita para el 28/2/08, a la que acude acompañado de su cuñado y de nuevo estabilizado. Se le da cita de revisión para el 17/3/08, a cuya cita no acudió, siendo, pues en febrero la última vez que se le atiende en este centro.

*El diagnóstico psiquiátrico de x a nuestro juicio es el siguiente:*

*Trastorno Esquizoafectivo (F25).*

*Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3).*

*Nivel Intelectual Medio-Bajo (C.I. total: 83)".*

**SEXTO.-** La Directora Gerente de la Gerencia de Atención Primaria envió la historia clínica del paciente que se custodia en el Centro de Salud de Santomera, e informe de la doctora x sobre sus antecedentes en ese centro (folio 473).

**SÉPTIMO.-** Desde las Gerencias de los hospitales "Virgen de la Arrixaca" y "Reina Sofía" remiten asimismo la documentación solicitada.

Del primer hospital, se destaca un informe de 11 de mayo de 2009, del Dr. x, Jefe del Servicio de Psiquiatría (folio 517), sobre las dos primeras estancias del paciente en 1996 y sobre la tercera y última, en 2008, tras el homicidio de su madre, indicando el informe sobre esta última estancia que el paciente sólo estuvo un día y no pudo realizársele su exploración y diagnóstico psicopatológico pues fue decidido su traslado urgente por la Guardia Civil.

Del segundo centro destaca un informe, de la misma fecha que el anterior, del Dr. x, Jefe de Psiquiatría del hospital (folios 519-521), en el que reseña las tres estancias del paciente en el centro (del 5 de mayo al 23 de julio de 1999, del 20 de abril al 16 de mayo de 2007 y del 12 de enero al 21 de febrero de 2008).

Se destacan las reseñas de las dos últimas estancias:

*"SEGUNDO INGRESO, desde el 20-4-2007 hasta el 16-5-2007.*

*El ingreso fue también de tipo involuntario con comunicación al juzgado y autorización judicial posterior.*

*Ingresó a las 18'44 horas trasladado por ambulancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca como consecuencia de descompensación psicótica (la hermana había venido esa mañana del ingreso a este hospital trayendo una nota de su psiquiatra habitual refiriendo que el paciente tenía descompensación psicótica).*

*Durante el ingreso se trató al paciente con antipsicóticos y ansiolíticos y al alta se encontraba consciente y orientado, abordable y colaborador, sin insomnio y con apetito normal, sin alteraciones del curso ni contenido del pensamiento, más adecuado a la realidad, sin ideas de muerte ni autolisis, con adecuado apoyo familiar y refiriendo que acudiría a las revisiones ambulatorias. Se informó del alta a su psiquiatra habitual Dr. x. Derivado a su Centro de Salud mental con cita para el Dr. x el día 25-5-07 a las 10'45 horas.*

*TERCER INGRESO, desde el 12-1-2008 hasta el 21-2-2008.*

*El ingreso fue de tipo involuntario con comunicación preceptiva al juzgado correspondiente. Se realizó a las 12'36 horas, viniendo el paciente acompañado por sus familiares por un cuadro clínico de heteroagresividad en el medio familiar. En el momento del ingreso se le realizó un análisis de orina para detección de sustancias de abuso que resultó negativo para opiáceos, cocaína, anfetaminas y cannabis (queda constancia en la historia).*

*Durante el ingreso (fue) asignado como médico responsable del paciente al Dr. x, se trató al paciente con antipsicóticos (quitiapia y amisulpride,) así como con un estabilizador del ánimo con capacidad de potenciación del tratamiento antipsicótico y disminución del nivel de agresividad (ácido valproico). Como consecuencia del tratamiento el estado del paciente mejoró con respecto al ingreso, en el que se había mostrado poco colaborador, irritable y desafiante, con agresividad contenida, querulante, disfórico, con ideación delirante autorreferencial y de perjuicio centrada en el medio familiar y el entorno social más cercano, nula conciencia de enfermedad y trastornos del sueño. Tras un periodo de tratamiento hospitalario de más de cinco semanas el paciente mejoró con el tratamiento pautado y causó alta verbalizando espontáneamente la intención de continuar tratamiento ambulatorio y revisiones en su centro de salud mental. Es de destacar que la estancia media en unidades de psiquiatría de agudos para pacientes esquizofrénicos está situada en torno a las cuatro semanas y que el paciente referido estuvo hospitalizado más de cinco semanas.*

*El paciente salió de alta hospitalaria con una cita para su psiquiatra habitual que fue fijada el día 28 de febrero de las 10'00 horas. El protocolo de continuidad asistencial existente en nuestro hospital certificó que el paciente había acudido con normalidad a la cita fijada, con lo que se dio por concluido nuestro proceso asistencial.*

Tras ello, el informe expresa lo siguiente:

#### **"INFORME FINAL RESPECTO A LOS HECHOS RECLAMADOS**

*"En base a lo anterior y en referencia a las manifestaciones cursadas en la reclamación debemos añadir que en los tres ingresos tenidos en nuestro hospital se le atendió adecuadamente y cuando sus síntomas mejoraron se le dio el alta médica con derivación a su centro de salud mental correspondiente. Que esa es la conducta habitual en la época actual, en que siguiendo la LEY GENERAL DE SANIDAD se trata a los pacientes psiquiátricos en las unidades de psiquiatría de hospital de referencia y en la que se ha seguido un largo proceso de*

*desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos, estando a día de hoy la mayor parte de los pacientes psiquiátricos en sus domicilios y con tratamientos ambulatorios seguidos en los Centros de Salud Mental, quedando la media y larga estancia reducida a los pacientes que no consiguen suficientes mejorías tras su estancia en las unidades de agudos, que suelen oscilar entre las dos y las cuatro semanas.*

*También es necesario recordar que el TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO que padece x incluye para su diagnóstico la necesidad de padecer síntomas esquizofrénicos y que la Esquizofrenia es una enfermedad con un riesgo relativo aumentado para conducta violenta que se incrementa cuando además hay un consumo de sustancias, y en el caso de x había antecedentes de consumo de sustancias recogido en la historia clínica sobre etapas anteriores y, sin embargo, dio negativo en los análisis practicados en el momento del último ingreso, lo que es indicativo de que al menos en los últimos tiempos anteriores a esa fecha no había consumido sustancias. Recientemente, en una revisión sobre esquizofrenia y violencia (M.C. Angermeyer "Schizophrenia and violence". Acta Psychiatr. Scand. 2000, 102 (Suppl.407): 63-67) encuentra a partir de la revisión de múltiples trabajos publicados sobre el tema que el riesgo relativo de que una persona que padezca síntomas esquizofrénicos presente una conducta violenta es de aproximadamente 4 con respecto a la población sin enfermedad. Quiere esto decir que un paciente con esquizofrenia tiene 4 veces más probabilidad de tener una conducta violenta que una persona que no la padece. En otra revisión sobre el tema (E. Walsh et al "Violence and schizophrenia: examining the evidence". Br. J. Psychiatry, 2002, 180; 490-495) encuentran que el riesgo de violencia puede aumentar si se consumen drogas (sustancias de abuso) o si se presentan síntomas agudos de la enfermedad. En cualquier caso concluyen que sólo una pequeña parte de la conducta violenta padecida por la sociedad es atribuible a la esquizofrenia. En el paciente referido ignoramos si en el momento de los hechos se daban alguna de esas circunstancias de consumo de sustancias o de una recaída psicótica brusca que hubiesen podido influir en una posible pérdida del control de la realidad y/o síntomas psicóticos delirantes o alucinatorios que le llevasen a cometer los hechos que motivan esta reclamación".*

**OCTAVO.-** El 9 de noviembre de 2009 el representante de los reclamantes comparece en las dependencias del SMS y toma vista del expediente, y el siguiente 11 presenta un escrito en el que informa de las actuaciones judiciales penales seguidas tras la muerte de la madre de x, en el rollo de reparto 4/09 de la Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Murcia, dimanante del sumario 1/09 del Juzgado de Instrucción nº 1 de Murcia, y que culminaron con sentencia de dicha Audiencia recaída el 25 de septiembre de ese año, notificada en octubre, si bien aún no se les había comunicado la firmeza de la misma, por lo que el procedimiento penal no se podía entender todavía definitivamente concluido.

Además, dicho escrito expresa, por un lado, y en síntesis, que dicha sentencia hacía referencia a que x había sido previamente condenado en dos ocasiones por delito de malos tratos en el ámbito familiar, por agresiones a su madre, imponiendo ambas sentencias (de 2003 y 2006) la medida de internamiento en centro psiquiátrico; por otro, señala que, en el presente caso de la muerte violenta de su madre, la referida sentencia le absolvía del delito de asesinato por aplicación de la eximente de enajenación mental debida a su conocido trastorno psiquiátrico, acordando su internamiento en establecimiento psiquiátrico, del que sólo podrá salir por prescripción facultativa en los períodos y con el régimen y condiciones que determinen las autoridades sanitarias, internamiento que se dispone con un límite máximo de 20 años, debiendo informar semestralmente dichas autoridades sobre la evolución y estado del paciente.

Por otra parte, el compareciente solicita la suspensión del procedimiento de responsabilidad patrimonial hasta que se incorporen al mismo las referidas actuaciones penales, cuya copia había solicitado del correspondiente órgano judicial, pues lo consideraba imprescindible para, a su vista y la de la historia clínica obrante en el expediente, pudiera presentar informes periciales que acreditasen la negligencia del SMS en el seguimiento y tratamiento del paciente. Asimismo, solicita como prueba la testifical de x y de x, de los que indica que pueden ser citados a través del compareciente.

**NOVENO.-** En respuesta al anterior escrito, mediante oficio de 18 de noviembre de 2009 la instrucción le comunica que se suspende el procedimiento durante el plazo necesario para la aportación por su parte de los informes periciales a que se refiere el compareciente, sin que dicho plazo pueda ser superior a tres meses.

**DÉCIMO.-** El 26 de febrero de 2010, el representante de los reclamantes presenta un escrito, acompañando al mismo una copia del procedimiento judicial penal de referencia (de 1.133 folios, que se han remitido a este Consejo Jurídico en soporte digital), y solicitando la práctica de las siguientes pruebas: documental, consistente en la incorporación al expediente de las referidas actuaciones penales y del historial clínico del paciente ya obrante en el mismo; y la testifical indicada en su escrito anterior.

**UNDÉCIMO.-** A dicho escrito contesta la instrucción mediante comunicado de fecha 22 de marzo de 2010, en el que indica que se considera innecesaria la prueba testifical propuesta porque la cuestión a dilucidar es de índole técnica, sin perjuicio de que el reclamante pueda aportar toda aquella documentación de la que disponga durante la tramitación del procedimiento, pruebas periciales incluídas.

**DÉCILOSEGUNDO.-** El 14 de abril de 2010, el representante de los reclamantes presenta escrito en el que solicita que se acuerde tener por incorporado al expediente la documentación dimanante de las actuaciones penales de referencia y reitera la necesidad de la prueba testifical solicitada, alegando que, al margen de lo relativo a si la asistencia fue adecuadamente prestada por el SMS, interesa probar en qué condiciones fácticas se prestó tal asistencia, para lo cual es útil dicha testifical.

**DECIMOTERCERO.-** Mediante oficio de 23 de abril de 2010 la instrucción comunica al representante de los reclamantes que se ha tenido por aportado, como prueba documental, el expediente judicial presentado por aquél y, en cuanto a la testifical solicitada, que puede presentar por escrito las declaraciones de los testigos a que se refiere.

**DECIMOCUARTO.-** Obra en el expediente un dictamen médico, de 9 de noviembre de 2010 aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por un psiquiatra, en el que, tras analizar los antecedentes, realiza diversas consideraciones médicas y conclusiones, destacando lo siguiente:

*"1. La reclamación de la familia se realiza sobre hechos inconcretos.*

*2. Está fuera de la competencia del SMS la búsqueda de los pacientes por las calles de las ciudades. Sólo de su traslado.*

*3. x, salió de alta hospital el 21 de febrero de 2008 estando estable clínicamente y continuaba en esta situación el 28 de febrero, última cita a la que acudió".*

**DECIMOQUINTO.-** Solicitado en su día un informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 20 de mayo de 2013, en el que, tras analizar los antecedentes, realiza diversas consideraciones médicas y conclusiones, destacando lo siguiente:

*"Se realiza segunda reacogida en el CSM (Centro de Salud Mental) el 3/02/2004 e ingresa en Foncalent el 20 de febrero de 2004, siendo alta el 18/02/2005. Tercera reacogida en el CSM el 4/03/2005. Acude a la cita siguiente del mes de abril. Ingreso en H. Román Alberca del 19 al 24 de mayo 2005. El paciente había solicitado ingreso por alteración del estado de ánimo. Acude a las citas con psiquiatra en julio, agosto octubre y diciembre. En el 2006 no acude a la cita de enero ni a las siguientes. En el mes de julio acude la hermana refiriendo que ha sido de nuevo alta en Foncalent y que lo encuentra mal. Su psiquiatra elabora un informe y el paciente ingresa en el H. Román Alberca del 1/08/2006 al 19 de octubre del 2006. Al alta de la unidad de agudos se deriva para ingreso en la Unidad de Media Estancia, con el objetivo de crear conciencia de enfermedad y adherencia psicoterapéutica; psicoeducación e intervención familiar y reinserción social y laboral. Es alta al día siguiente, porque tanto él como su familia optan por seguir el tratamiento en régimen ambulatorio. Se deriva de nuevo al CSM, acude a las citas de octubre, noviembre y diciembre. En abril de nuevo acude su hermana al psiquiatra del CSM, que elabora un informe que motivó nuevo ingreso desde el 20 de abril hasta el 16 de mayo de 2007. Acude al CSM en mayo y en junio. El último ingreso hospitalario es del 12 de enero del 2008 hasta el 21 del mismo mes y la última vez que acude al CSM es el día 28 de febrero. El homicidio de su madre sucede en abril. A las actuaciones enumeradas habría que añadir las actuaciones de psicólogos y trabajadores sociales puestos a disposición del paciente (aunque irregularmente y escasamente utilizados por él y su familia). El paciente fue atendido profusamente en el SMS. La medicación utilizada es la acorde para tratar a estos pacientes, al alta hospitalaria el paciente siempre ha presentado una clara mejoría de su estado, sin clínica activa, por lo que se le ha derivado a seguimiento ambulatorio, que es lo habitual y lo adecuado en el tratamiento de estos pacientes. Cuando la familia ha demandado asistencia urgente han sido atendidos. Las desestabilizaciones se producían al abandono del tratamiento y en ocasiones se añadía la ingesta de tóxicos. Se han utilizado recursos ambulatorios e ingresos hospitalarios en unidades de agudos de hospitales generales y en la unidad de agudos del único hospital psiquiátrico de la Región de Murcia. Estaba previsto el ingreso del paciente en la unidad de media estancia, sin que se produjera el mismo por decisión del paciente y de su familia (en ese momento no había criterios de ingreso involuntario). En el último ingreso del 2008 (en el que se recoge que estuvo previamente ingresado en la UPH de Ibiza), al alta no presenta clínica activa ni psicótica ni afectiva, situación que se mantenía en la última revisión en el CSM del 28 de febrero. A la siguiente cita de marzo el paciente no acudió. No consta ninguna comunicación posterior al 28 de febrero de la familia, en ninguna instancia asistencial. El homicidio fue cometido el día 14 de abril y de ese día solo se dispone del informe del HUCA que dice que no se le pudo realizar exploración psicopatológica y que los análisis practicados dieron negativos a drogas. La sentencia judicial absuelve al paciente del delito de asesinato. Por todo lo anterior, entiendo que la actuación del SMS en relación a la asistencia psiquiátrica prestada a x ha sido correcta y ajustada al normal funcionamiento.*

## CONCLUSIONES

1. X presentaba un Trastorno Esquizoafectivo como principal diagnóstico psiquiátrico. El paciente presentaba con frecuencia conductas violentas.
2. El paciente fue tratado principalmente por el SMS. Se utilizaron amplios recursos sanitarios, tanto en régimen ambulatorio como en régimen de internamiento. Se ofertó el ingreso en Unidad de Media Estancia. El paciente también fue ingresado en el Psiquiátrico penitenciario de Foncalent.
3. Tras las altas hospitalarias el paciente se encontraba estabilizado sin clínica psicótica activa.
4. El paciente presentaba abundantes abandonos del tratamiento y descompensaciones posteriores. A lo largo de la evolución ha habido consumo de tóxicos.

5. Las demandas de la familia siempre fueron atendidas.

6. El tratamiento llevado a cabo por el SMS ha sido correcto y ajustado al normal funcionamiento de los servicios".

**DÉCIMOSEXTO.-** Mediante oficios de 22 de octubre de 2013 se comunica a las partes la apertura del trámite de audiencia y se requiere al reclamante para que cuantifique el daño por el que se reclama, sin que conste la comparecencia ni la presentación de alegaciones por los interesados.

**DECIMOSÉPTIMO.-** El 26 de febrero de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no acreditarse infracción a "*lex artis ad hoc*" en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama.

**DÉCIMOCTAVO.-** En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

## CONSIDERACIONES

**PRIMERA.-** Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

**SEGUNDA.-** Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes están legitimados para reclamar indemnización por el daño moral inherente al fallecimiento de su madre, que se imputa a los servicios sanitarios del SMS. Su legitimación, a título propio, deriva, pues, de su condición de hijos de la finada y no, "*iure hereditatis*", de su consideración de herederos del patrimonio de ésta.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha del fallecimiento que motiva la reclamación y la fecha de presentación de ésta.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

No obstante, se debe hacer notar que la suspensión del procedimiento que fue acordada por la instrucción mediante oficio de 18 de noviembre de 2009 (Antecedente Noveno), no podía fundarse, como se hizo, en el hecho de que los reclamantes pretendiesen presentar informes periciales a la vista de la documentación judicial y clínica aportada al expediente, pues esos informes no constituyen las "*pruebas técnicas o análisis*" a que se refiere el artículo 42.5, d) LPAC, de forma que la aportación de los informes a que se referían los reclamantes no justifica la suspensión del procedimiento sino, a lo sumo, la ampliación del plazo para practicar pruebas, que, en cualquier caso, pudieron ser aportadas por los interesados en el trámite de audiencia final acordado, e incluso posteriormente, lo que no consta.

Cuestión distinta es la procedencia de suspender el procedimiento por causa de la pendencia de actuaciones penales que puedan influir en la determinación de hechos relevantes para la sustanciación de la reclamación, lo que viene siendo reconocido por la jurisprudencia y doctrina consultiva, incluida la de este Consejo Jurídico, en reiterados Dictámenes; suspensión que debe alzarse cuando se consideren finalizadas tales actuaciones penales, lo que, según apuntaban en su momento los reclamantes, coincidía con el momento en que adquiriera y se comunicara a las partes la firmeza de la sentencia nº 50/2009, de 25 de septiembre, de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Murcia.

### **TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.**

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "*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*". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "*el derecho a la protección de la salud*", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

**CUARTA.-** Sobre la alegada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

Como se expuso en los Antecedentes, los reclamantes consideran que fue inadecuado el tratamiento y seguimiento realizado por el SMS de la grave patología psiquiátrica que padecía x, lo que fue causa de que éste, el 14 de abril de 2008, debido a su enfermedad, atacara a su madre propinándole múltiples puñaladas, decapitándola.

Por lo que se refiere a los hechos en sentido estricto, la referida sentencia declara que el acusado, previamente condenado en sentencias de 2003 y 2006 por sendos delitos de malos tratos a su madre, acordando en cada caso, además, la medida de internamiento en centro psiquiátrico (aunque no se concreta aquí su duración, de los informes emitidos se deduce que nunca estuvo internado más de un año), previamente diagnosticado de trastorno esquizoafectivo y politoxicomanía patológica, en la referida fecha atacó violentamente a su madre y en la forma antes apuntada, causándole la muerte, estando en el momento de los hechos sumido en delirios de perjuicio y alucinaciones acústicas, como expresión sintomatológica de su esplendor psicótico, que producen la abolición de sus facultades intelectivas y volitivas, aplicándole la eximente de enajenación mental, si bien acordando la medida de *"internamiento en centro psiquiátrico cerrado, por tiempo que no podrá rebasar los 20 años y del que sólo podrá salir con conocimiento de este tribunal, por prescripción facultativa y por período, régimen y condiciones que clínicamente se determinen por las autoridades sanitarias, que informarán semestralmente de su evolución y estado"*.

Sin embargo, la sentencia no realiza pronunciamiento alguno sobre la actuación sanitaria del SMS, y los reclamantes, frente a lo anunciado en sus escritos presentados en el presente procedimiento, no aportan informe pericial alguno que avale que en la actuación sanitaria pública se produjera una infracción a la *"lex artis ad hoc"* que determine la responsabilidad patrimonial pretendida; antes al contrario, los informes médicos emitidos en el procedimiento coinciden en que el tratamiento y seguimiento fue el correcto ante la respuesta que, en cada momento, y ante cada ingreso temporal, daba el paciente. En este sentido, debe destacarse que, incluso tras las dos condenas por malos tratos a su madre, la familia insistía en todo momento en el tratamiento ambulatorio del paciente, sin solicitar la única medida que podía evitar en todo caso las agresiones en el entorno familiar, que era la del internamiento indefinido. En este sentido, los reclamantes no han aportado informe pericial que se atreviese a afirmar, vista la respuesta razonablemente positiva del enfermo tras sus periódicos tratamientos por diversos centros del SMS, según exponen los informes emitidos, que su situación mental en el momento anterior a los hechos hacía tan probable una agresión fatal a su madre como para acordar (entonces, obviamente, no tras el luctuoso acontecimiento) una medida tan drástica como la de su internamiento indefinido, única manera, se insiste, en evitar la eventualidad de este acontecimiento, teniendo en cuenta, además, que el paciente no era capaz de vivir completamente apartado y desvinculado de su madre, a pesar de que su patología daba lugar a una conflictiva relación con la misma.

En este caso, y visto el minucioso relato de los tratamientos aplicados en cada momento por los diferentes centros del SMS (como se dice, razonablemente exitosos en su función, sólo limitadamente paliativa, de la patología del paciente -desgraciadamente, dado el estado de la ciencia médica), resulta pertinente recordar, por un lado, que en ninguna de las dos previas actuaciones penales seguidas por malos tratos a su madre hubiese recaído informe forense o de experto que hubiere motivado que el correspondiente juzgado acordase para el paciente un internamiento indefinido o muy prolongado, cuando antes incluso de la primera de las correspondientes sentencias se tenía ya un diagnóstico preciso de su trastorno esquizoafectivo. Por otro, vistos los informes emitidos, no se ha acreditado la existencia de ninguna circunstancia con la relevancia suficiente como para que los servicios sanitarios adoptasen, entonces, s decir, en un momento anterior a la fatal agresión del enfermo, otras medidas que las que habían sido aplicadas. No cabe afirmar, sólo a la vista del posteriormente desgraciado acontecimiento, que la actuación debida del SMS hubiese sido la de proponer entonces un internamiento indefinido del enfermo (que, se insiste, sería la única manera de haber evitado en todo caso los daños a su madre), pues con ello se estaría incurriendo en la denominada *"prohibición de regreso"* en el juicio médico, de la que se hace eco la STSJ de la Región de Murcia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, nº 540/14, de 20 de junio (ya citada en nuestros Dictámenes nº 277 y 375/14, de 6 de octubre y 29 de diciembre, respectivamente):

*"Interesa destacar lo que la doctrina jurisprudencial denomina "prohibición de regreso", a la que alude la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 20 de mayo del dos mil once o la de 7 de mayo del dos mil siete, cuando dice que "no puede cuestionarse el diagnóstico inicial del paciente si el reproche se realiza exclusivamente en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del*

*razonamiento práctico". Por tanto, como dice la Sentencia del 26 de abril del dos mil trece de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, en su sede de Valladolid, "no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban".*

En consecuencia, visto el contenido de los referidos informes y conforme con lo expresado en la Consideración precedente, debe concluirse que, en el caso analizado, no puede considerarse acreditada la existencia de una mala praxis médica de los servicios sanitarios regionales que hubiera sido causante de los daños por los que se solicita indemnización, por lo que debe desestimarse la reclamación objeto de Dictamen. A mayor abundamiento para dicha desestimación, la reclamación, la reclamación no ha cuantificado el daño que alega, como es preceptivo.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.-** No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

**SEGUNDA.-** En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.