



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 17 / 2019

### (Sección 1ª)

La Laguna, a 16 de enero de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la ***Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 583/2018 IDS)\*.***

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado el 27 de noviembre de 2018 (Registro de entrada en el Consejo Consultivo el 30 de noviembre de 2018) por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias.

2. Resulta aplicable el art. 142.3 de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LRJAP-PAC), y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, normativa esta última aplicable, porque la reclamación fue presentada antes de la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de Procedimiento Administrativo Común (DT3ª).

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

## II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), la cual reclama en su propio nombre, al haber sufrido graves daños personales y morales por la presunta actuación negligente de los servicios de urgencia del Hospital Dr. José Molina Orosa en Arrecife, Lanzarote, perteneciente al Servicio Canario de la Salud (art. 4 LPACAP).

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud y la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues se presentó el 26 de abril de 2016, habiéndose producido los hechos por los que se reclama el día 24 de junio de 2015 (art. 142.5 LRJAP-PAC).

### III

La interesada, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que funda la presente reclamación:

«PRIMERO.- De los antecedentes y hechos que importan a la atención médica que causa la presente reclamación.

Con fecha 23 de junio de 2015 sobre las 15:00 horas, (...) es llevada por su marido (...) al servicio de Urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa, en Arrecife, Lanzarote, perteneciente al Servicio Canario de Salud, ya que la misma desde hacía días venía confrontando extraños comportamientos de su conducta, que presagiaban alguna enfermedad mental, siendo el detonante de acudir al servicio de urgencias del Hospital, el hecho de que en ese momento, se quedó inerte, no respondía a las preguntas que se le hacían, estaba rígida, como en “trance”, solo parpadeaba. No hacía caso a señales ni a las personas a su alrededor.

Una vez arriban al servicio de urgencias del Hospital mencionado, perteneciente al Servicio Canario de la Salud en Arrecife, es ingresada.

Informe Clínico de Urgencias, a las 16.44 horas del propio día 23 de junio de 2015. Y se refiere el siguiente historial:

(...) mujer de 34 años que acude traída por su marido por alteración de conducta hace unos días y hoy se la encuentra en el coche sin responder a los estímulos con la cabeza hacia abajo, no presenta otros síntomas asociados. Refiere el esposo que hace un año aproximadamente viene presentando conductas inapropiadas pero hace una semana ha comenzado a decirle que el dolor de la espalda que tiene el esposo se debe a un cuchillo que le han clavado o que le van a clavar en la espalda y que el esposo tiene dentro de él un fallecido y otras ideas parecidas ahora vemos paciente que no coopera y tiene fibrilación cerebral. No fiebre no parece según dice el esposo que ha estado muy sobrecargada y estresada (...).”.

La hoy demandante, en ese momento paciente (...) se mantiene ingresada durante toda la tarde, y el Jefe del Servicio Médico de ese día, el Dr. (...) es quien decide, ante la situación clínica evidente de la paciente, llamar y localizar al especialista en psiquiatría para que acuda a valorar el caso y tomar las decisiones pertinentes a su especialidad. Es así, que se localiza en horas de la tarde al Dr. (...), con DNI (...), Médico Psiquiatra perteneciente al Servicio Canario de Salud en dicho Hospital, como especialista en psiquiatría, que acude aproximadamente sobre las 23.30 horas, a atender la paciente.

El antes mencionado especialista en psiquiatría, se limita a conversar con la paciente y con su esposo; no indaga antecedentes, (que existen) y del cual tiene conocimiento, ya que la misma ha sido tratada con anterioridad en el propio Hospital y en su Consulta Privada,

tampoco valora situación de ideas delirantes sostenidas desde hace días, que aumentan y conllevan su ingreso en horas de la tarde, omitiendo a nuestro modo de ver, la utilización de los protocolos elementales establecidos en estos casos.

Así también, la conclusión y el diagnóstico emitido en el Informe Clínico de Urgencias esa noche, lleva implícito el anterior actuar, que deriva en la decisión errónea de dar el alta médica. Consideramos que no supervisó debidamente a la paciente que lo necesita, ante los evidentes síntomas de un momento de la enfermedad en ascenso. No supo detectar que la paciente empeoraba.

Dice su Informe Clínico de Urgencias IC Salud Mental:

“(...) Acudo a valorar a la paciente médico de profesión que hoy en la tarde es traída por el esposo por motivos aparentes a la salida del centro deportivo donde están sus hijos comenzó a mostrarse rígida temblor palpebral y según refiere el esposo como en "trance" , así se mantuvo durante un período prolongado y poco a poco fue recuperándose en todo momento ha estado consciente la paciente dice recordar todo lo sucedido , de la entrevista realizada después de dejarla varias horas en recuperación tanto ella como el esposo coinciden que en estos momentos están bajo la presión de cambios psicobiográficos importantes, posible cambio de residencia a otro país,, necesidad de aprender otro idioma, y situaciones de orden personal que han constituido una cadena de hechos estresantes que han hecho sentir presionada.

Considero que al menos de momento no es necesario tratamiento farmacológico pues no existen elementos que lo justifiquen y sólo me limitaré de forma puntual a asociar un ansiolítico durante una semana e ir reduciendo hasta eliminar en dos semanas. Recomendando acudir a psicología de forma preferente por considerar que se trata de una personalidad rasgos h que se han expresado en un cuadro transitorio de conversión. ID: Crisis H. Transitoria. Tratamiento Alprazolán 0.50 mg 8am y 8 pm una semana después solo en la noche una semana e ir eliminando progresivamente hasta dejar de tomarlo en los próximos 15 días. RECOM ENDACIÓN: ACUDIR A USM DE VALTERRA Y SOLICITAR CITA PREFERENTE CON PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. ALTA POR PSIQUIATRÍA (...)."

Esta parte considera que ha habido quebrantamiento de la *lex artis ad hoc* médica. Tal afirmación, lo hacemos amparados entre muchas doctrinas y Jurisprudencia del Tribunal Supremo en casos similares, así también por ejemplo la Sentencia de la Sección 11ª de la Audiencia Provincial de Valencia núm. 603/2009 de fecha de 28 de octubre que señala:

"(...) El substrato de todo contrato de arrendamiento de servicios médicos, está constituido por lo que doctrinalmente se denomina "*lex artis ad hoc*", que no significa otra cosa que los criterios médicos a tomar han de ceñirse a los que se estimen correctos, siempre con base a la "libertad clínica" y a la prudencia, en otras palabras, la observancia de la "*lex artis ad hoc*" exige la toma en consideración del caso concreto en que se produce la actuación o intervención médica y de las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las

incidencias inseparables en el normal actuar profesional, teniendo en cuenta las especiales características del autor del acto médico, de la especialidad, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, la influencia de otros factores endógenos - estado e intervención del enfermo- o exógenos la influencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria- para calificar dicho acto como conforme o no a la técnica médica normal requerida.

(...) el diagnóstico viene constituido por el conjunto de actos médicos que tiene por finalidad constatarla naturaleza y transcendencia de la enfermedad que sufre el enfermo, de ahí que se considere dicha actuación médica como la primera y más importante, pues el tratamiento ulterior dependerá del diagnóstico previo. Y para la exigencia de responsabilidad por un diagnóstico erróneo o equivocado, ha de partirse de si el medico ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en el momento, para emitirlo".

En el caso que nos ocupa; atendiendo a los antecedentes de la paciente, debidamente registrados en su Historial Médico y que constan en el Hospital donde fue atendida, así como los síntomas debidamente descritos en horas de la tarde de ese día, entendemos, la existencia de un NEXO DE CAUSALIDAD entre la atención deficiente del médico Psiquiatra quien no observa debidamente el protocolo establecido para pacientes psiquiátricos en servicios de urgencias, valora erróneamente una enfermedad y da el alta médica a una paciente en franco ascenso hacia un Brote Psicótico con ideas delirantes.

Tal decisión es directamente proporcional a los perjuicios sociales y morales que ha tenido la paciente y sufre en la actualidad. La no observancia con la diligencia debida del protocolo regulado en este tipo de casos por parte del médico en el momento en que fue llamado para la atención de la paciente que se encontraba desde hacía horas con síntomas evidentes de una enfermedad mental en ascenso, queda debidamente acreditado, en el escaso margen de tiempo que existe entre la decisión del médico (...) y la sucesión de hechos que más adelante se narrarán, actuando bajo un brote psicótico agudo con ideas delirantes luego diagnosticado, cuestión que hace prosperable la reclamación que se trata.

La errónea decisión adoptada por el Dr. (...), Médico Psiquiatra quien actuaba como especialista perteneciente al Servicio Canario de Salud, precedida de una mala utilización del protocolo establecido en casos psiquiátricos de este tipo, el cual fue llamado por el Jefe de Servicios Médicos del Hospital Dr. José Molina Orosa, para que emitiera sus criterios médicos especializados, ante la gravedad de síntomas de la paciente, observada por éste y otros médicos no especialistas allí presentes, ha dado origen a un perjuicio que esta parte considera irreparable, hacia la persona de la hoy reclamante (...).

Según el Informe Clínico de Urgencias a la paciente se le concede y firma la errónea decisión de alta médica psiquiátrica a las 00, 37 horas del día 24 de junio, y en dicha alta médica se dice:

(...) Considero que al menos de momento no es necesario tratamiento farmacológico pues no existen elementos que lo justifiquen y sólo me limitaré de forma puntual a asociar un ansiolítico durante una semana e ir reduciendo hasta eliminar en dos semanas. RECOMENDACIÓN: ACUDIR A USM DE VALTERRA Y SOLICITAR CITA PREFERENTE CON PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. ALTA POR PSIQUIATRÍA (...).

Los hechos suceden 20 minutos después. (...) Al llegar a su vivienda. HUELGAN LOS COMENTARIOS

Para acrecentar aún más si cabe, las manifestaciones expuestas, existe a fecha de hoy, Informe Médico Forense de fecha 1 de marzo de 2016, emitido por los Médicos Forenses (...) y (...), adscritos al Juzgado de Instrucción Número Tres de Arrecife, el cual una vez analizados los antecedentes, así como la documental médica, y luego de un continuo y riguroso seguimiento por meses a (...), han manifestado cuestiones como (...)" entendemos que el día de los hechos (...) presentaba un cuadro caracterizado por gran confusión, agitación emocional y una importante disfunción cognitiva provocada por la existencia de un delirio (creencia firme e irreductible al razonamiento lógico de una idea) de características extravagantes, claramente inverosímiles e incomprensibles, que condicionaban durante el desarrollo de los hechos que se le imputan una merma completa en la comprensión, en su naturaleza y consecuencias de los actos realizados a consecuencia de esas ideas delirantes, que provocaban una ausencia total en su capacidad de juicio y comprensión de la realidad en esos momentos (...)"

Existe una diferencia de tiempo tan mínimo entre la decisión del médico psiquiatra en darle el alta médica y enviarla a su casa y su estado en el momento de los hechos, que imposible entender como el médico especialista no se diera cuenta de la magnitud de la enfermedad veinte minutos antes, partiendo, reitero, no solo de los evidentes síntomas de ideas delirantes narrados por los familiares que le llevaron a urgencia, sino también, ante la presencia de una paciente con antecedente psiquiátricos, los cuales y según Historia Clínica; venían tratándose desde el año 2011.

Existe, no cabe dudas, un nexo de causalidad directo entre la omisa actuación y la errónea decisión del médico psiquiatra Sr (...), perteneciente al Servicio Canario de Salud en el Hospital Dr. José Molina Orosa en dar el alta médica a la paciente y no discurrir con sus conocimientos científicos correctamente la situación de enfermedad mental evidente de la paciente, y los hechos ocurridos veinte minutos después de haberse tomado tan incorrecta decisión.

Esta parte es del criterio, que si se hubiera atendido conforme al protocolo establecido a la paciente (...), por parte del médico Psiquiatra (...), así también se hubiere supervisando

debidamente a la misma aplicando todos sus conocimientos como especialista en el ramo, estamos seguros que nunca hubiera tomado la decisión de darle el alta médica, pues acreditado esta, que no era difícil diagnosticar; a la vista del Informe Forense (que se adjunta), y de los antecedentes que poseía la paciente así como a los síntomas narrados por los cuales fue llevada a Urgencias del Hospital, que estábamos delante de una persona en estado de crisis psicótica con ideas delirantes, lo cual le fue diagnosticado, desgraciadamente, TARDE, quiero decir, después que sucedieron los hechos que le han causado un perjuicio moral de imposible reparación, tanto a ella como a su familia.

A los efectos probatorios acompañamos informe Clínico de Urgencias de fecha 23 de junio de 2015 donde consta el alta médica indicada por el especialista que se le da a las 00:37 horas del día 24 de junio de 2015, además de ello, acompañamos algunos de los documentos médicos de seguimiento efectuados a la paciente (...) en la sala de psiquiatría del Hospital Dr. José Molina Orosa de Arrecife, (posterior a los hechos) entre los meses de julio y agosto de 2015. Así también Historia Clínica que consta en el Hospital Dr. José Molina Orosa. Adjuntamos Informe Médico Forense de fecha 1 de marzo de 2016, que concluye su estado mental sin capacidad de comprensión el día de los hechos, luego de una ardua valoración que ha llevado a las conclusiones que obran”.

SEGUNDO.- De la Responsabilidad de la Administración.

Algunas referencias al protocolo exigido a los médicos en las actuaciones con pacientes psiquiátricos en servicios de Urgencias:

La calidad de los cuidados es el objetivo fundamental de todos los profesionales sanitarios, y con el fin de conseguir este objetivo al tratar con pacientes psiquiátricos en situación de urgencia, existen unas líneas de actuación que les sirven de guía. El tratar con pacientes Psiquiátricos en situaciones de Urgencias conlleva un riesgo añadido, por una parte tratar la patología de base que ha provocado la Emergencia y por otra estabilizar el brote Psicótico que presenta en ese momento.

Es necesario establecer un diagnóstico diferencial sobre la etiología de los síntomas, fundamentalmente entre si son debidos a un trastorno psiquiátrico o a una situación aguda derivada de una intoxicación o un cuadro orgánico, o a ambos.

Ante una urgencia psiquiátrica, en primer lugar hay que hacer un triaje, es decir, decidir si existe una circunstancia que pueda ser mortal para el paciente o engendrar una situación de violencia, descartando conductas de agitación y amenaza, conductas autodestructivas y problemas médicos graves que puedan precipitar una atención inmediata.

Evaluación: Tras descartar problemas graves, hay que buscar enfermedad somática ante cuadros delirantes, obnubilación, afasia, disartria, ataxia, sin olvidarnos descartar nunca una alteración de la glucemia.

Exploración Psiquiátrica: Antes de "entrarle" al paciente, debemos conocer su ambiente familiar y social, lugar en que se encuentra, posesión de armas u objetos potencialmente lesivos, compañía, posibilidades de ingreso y traslado y la opinión de la familia al respecto.

Puntos a considerar en la exploración:

- 1.- Aspecto general, apariencia y lenguaje. Actitud ante la entrevista.
- 2.- Signos premonitorios de violencia o agresividad (auto o hetero)
- 3.- Motivo de la consulta, y quien la solicita. Historia de la enfermedad.
- 4.- Criterio de la realidad y juicio. Versión del paciente de su presencia. Interpretación de las cosas.
- 5.- Nivel de orientación, atención y vigilia.
- 6.- Ideación delirante y alucinaciones.
- 7.- Estado afectivo [depresión, ansiedad, pánico, euforia, indiferencia (...)]
- 8.- Antecedentes médicos y psiquiátricos [ingresos, tratamientos (...)]
- 9.- Antecedentes familiares (alcohol, psicosis, trastornos afectivos, demencia)

El médico especialista en psiquiatría (...) actuando aquel día como médico perteneciente al Servicio Canario de Salud es el responsable de no haber practicado como era su responsabilidad aspectos tan básicos del protocolo como los subrayados en párrafo anterior, entre otros.

Somos del criterio, que no actuó con el cuidado y la diligencia debida ni utilizó todos sus conocimientos científicos en el transcurso de su observación aquella noche, ya que eran evidentes los síntomas del brote psicótico que presentaba la paciente tal y como lo refirió el esposo en el Hospital, y el incremento de síntomas evidentemente graves como las ideas delirantes, entre los muchos que se recogen en el informe clínico aquella tarde, lo que motivó la decisión de llevarle al servicio de urgencias del hospital.

Era también evidente, para el Jefe del Servicio Médico en el Hospital de aquel día, que la paciente presentaba un cuadro agudo de su situación, que solo debería ser tratado por un médico especialista, por tanto, toma la decisión de llamar al Psiquiatra que se encontraba ese día de Guardia, el Dr. (...). Por tanto: Esta parte no se explica cómo, presentando la paciente un cuadro de ideas delirantes claro y evidente, y conociendo el facultativo, que ha sido llamado por el servicio de médicos del Hospital de ese día, ante la gravedad del estado de la paciente, no se plantea desde un primer momento dejarla ingresada, o al menos llevar a cabo una observación más rigurosa, y tratamiento adecuado, y simplemente, decide darle el alta médica y la envía a casa.

Con esta decisión desacertada y alejada del protocolo que debió seguir y regir en la relación médico - paciente; la (...), una vez dada el alta, no tardó más de 20 a 30 minutos

para efectuar acciones contra la vida de sus hijos, y la suya propia, que se acreditan en los partes médicos de fecha 24 de junio de 2015 que se adjuntan a esta reclamación para su conocimiento y efectos. Es decir, comete acciones que devenían claramente del Brote Psicótico que padecía, en un estado de confusión extremo, que le ha valido para declarársele inimputable de dichas acciones, sin embargo, poco tiempo antes, este especialista no supo predecir, la magnitud de la enfermedad y no le fue observado siquiera algún síntoma, que aconsejara, como debió ser, su ingreso en el centro hospitalario.

Si bien es cierto que el médico y en este caso el Servicio Canario de Salud no debe responder por los actos que objetivamente efectuó la (...), lo cierto es que dichos actos, pudieron haberse evitado, con un diagnóstico más acertado y adecuado a las extremas circunstancias que presentaba la paciente al momento de ser atendida por el especialista, no enviándola a su casa ante la enfermedad que padecía y que derivó en los fatídicos actos contra su persona y la de sus hijos minutos después de habersele dado el alta médica.

Los perjuicios ocasionados han sido de tal magnitud que merece indudablemente el actuar de este médico, y de la institución a quien representa en este caso el Servicio Canario de Salud, un reproche jurídico y por otra parte la demandante Sra. (...), requiere de un resarcimiento por los daños y perjuicios que presenta.

Los actos cometidos, y sus circunstancias, que se investigan en el Juzgado de Instrucción Nº 3 de Arrecife, han sido valorados por los Médicos Forenses y han llegado a la conclusión que (...), al momento de los hechos ( ocurridos poco tiempo después de dársele el alta en el Hospital) "(...) presentaba un cuadro caracterizado por una gran confusión, agitación emocional y una importante disfunción cognitiva provocada por la existencia de un Delirio que condicionaba sus actos, ocasionando una merma completa en la comprensión, en su naturaleza y consecuencias, de los hechos con ausencia total en su capacidad de juicio en esos momentos (...)".

Deviene inevitablemente el nexo causal existente entre la mala praxis del especialista y en este caso del sistema Canario de Salud a quien demandamos, y el fatal desenlace.

El no haber adoptado el médico especialista en Psiquiatría adscrito al Servicio Canario de Salud las medidas necesarias para que el hecho no se produjera, es decir, el no adoptar un método y análisis acorde a la buena praxis; debiendo haber identificado la enfermedad, o las posibles situaciones o riesgos ante los evidentes síntomas que presentaba la paciente cuando fue vista, indudablemente suponen un mal funcionamiento de la Administración.

Cuando un psiquiatra no proporciona el apoyo y la atención que se esperan de él, y esto produce algún daño al paciente, puede responsabilizársele por negligencia médica. Al tratar los estados emocionales y mentales de las personas, los psiquiatras deben tener sumo cuidado cuando diagnostican los síntomas y prescriben un tratamiento. En algunos casos, la vida de un

paciente puede estar en juego. Un diagnóstico erróneo relacionado con una condición médica podría tener consecuencias graves, como las tuvo en este caso.

Consideramos dentro de los actos que en doctrina pudieren constituir negligencia psiquiátrica, en este caso se han incurrido como mínimo en los siguientes: 1) No supervisar debidamente a un paciente que lo necesita (una exploración psiquiátrica deficiente u omisa, sin aplicar debidamente el protocolo establecido). 2) No diagnosticar una condición médica que empeora.

Por todo ello, la responsabilidad de la Administración es patente ya que se dan todos los requisitos para que se le atribuya: en primer lugar, los hechos son imputables a la Administración, puesto que se desarrollaron en el Hospital Dr. José Molina Orosa entidad perteneciente al Servicio Canario de Salud en Arrecife, Lanzarote ; en segundo lugar, se produce una lesión consistente en que al no ser diagnosticada del brote psicótico con ideas delirantes que presentaba, se le da el alta médica, pudiendo adoptarse, ante la gravedad de la situación una decisión más acertada y dejársele en observación en el Hospital, o disponer su ingreso directamente situación que conllevo a la comisión de los hechos que le ha llevado a quebrar su vida y sus aspiraciones de una manera absoluta, enfrentándose a la idea real para todos, pero irreal para ella, de que agredió a sus propios hijos, a la real y constatada situación de haberse agredido ella misma con una situación de peligro para su vida, que su núcleo familiar, el cual al momento de los hechos se encontraba debidamente estructurado, se encuentra en estos momentos quebrado, que sus hijos menores de edad han tenido que pasar por lo desagradable y antinatural de verse o sentir que su madre les agrede. Los daños a su matrimonio, a su familia y a su desarrollo profesional, han quedado patentes y acreditados de una manera irreversible, y porque todavía en la actualidad y desde el mes de agosto de 2015 se encuentra privada de su libertad.

Es por ello que entendemos y reproducimos las palabras del marido de (...), cuando nos dice en múltiples ocasiones “(...) nada de esto hubiere pasado si el médico, el psiquiatra, el que se supone que es la persona capaz y especializado, en determinar estas enfermedades o sus síntomas, la hubiere dejado esa noche ingresada en el hospital, y no la hubiere enviado a casa (...)”

(...) ha sufrido directamente los envites de una mala praxis, de una inaplicación del protocolo, de una decisión desacertada de un especialista, como consecuencia de un mal funcionamiento de la Administración; en tercer lugar la relación de causalidad, el hecho descrito merece ser considerado causa del daño ya que es en sí mismo idóneo para producirlo. Si por parte del médico especialista en psiquiatría se hubieran llevado a cabo los protocolos de recomendaciones emitidos por el Ministerio de Sanidad PARA LA ATENCION DE PACIENTES PSIQUIATRICOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS EN LOS HOSPITALES, y hubiera valorado correctamente los síntomas que presentaba (...), así como sus antecedentes psiquiátricos, se habría diagnosticado con más exactitud su enfermedad y nunca se le hubiere dado el alta

médica aquella madrugada del día 24 de junio de 2015, por tanto, no hubieren ocurrido los fatídicos acontecimientos que han derivado en los perjuicios que reclama.

En el presente caso no cabe duda que la reclamante ha experimentado un daño efectivo como consecuencia de una actuación de los servicios sanitarios en la asistencia sanitaria dispensada que no ha sido conforme a la *lex artis*.

No se siguió el protocolo de atención a pacientes psiquiátricos en servicio de Urgencias de los Hospitales, no hubo una debida supervisión de la paciente, se erró en el diagnóstico ante lo evidente de la enfermedad, y lo peor, el diagnóstico incluyó un alta médica; facilitando el desencadenante de los posteriores acontecimientos que hemos narrado, hechos que efectúa bajo un estado de estupor que no le permitían comprender el alcance de sus actos. Por lo tanto, entiende esta parte acreditado que la actuación del médico especialista de la Administración Sanitaria ha sido contraria a la *lex artis ad hoc*.

TERCERO.- De los daños que justifican la presente reclamación.

Los daños producidos como consecuencia de una actuación de los servicios sanitarios en la asistencia dispensada que no ha sido conforme a la *lex artis*, son difíciles de tasar, ya que no existe compensación monetaria alguna, para la reclamante, ante el perjuicio social y sobre todo MORAL que se le ha causado tal actuación a la reclamante.

Sin embargo, pueden considerarse como daños de tipo Moral que se mantienen y mantendrán en la reclamante los siguientes:

1.- Destructuración de su familia. Hasta el momento de los hechos era una familia estructurada, matrimonio que trabajaban ambos, niños en el colegio, vacaciones todos los veranos, y de ello, han pasado a ser: hijos agredidos por su madre, madre en prisión, padre sin trabajo encargándose de toda la educación manutención y educación de los hijos, sin presencia materna, hijos en tratamiento psicológico al igual que el esposo. Situación de incalculable valor monetario

2.- Situación psicológica que han atravesado y mantienen esos hijos menores de edad, quienes fueron agredidos por su propia madre, un evento poco frecuente y que necesitara de un tratamiento psicológico continuo y prolongado con evidentes secuelas de incalculable valor monetario

3.- Eliminación en la reclamante de sus aspiraciones como profesional de la medicina, ya que es indudable que la agravación de dicha enfermedad, la situación acontecida, su permanencia en prisión, y el tratamiento que deberá continuar hacen inviable, cuanto menos, de momento la práctica de su profesión la cual le llevo muchos años de preparación y estudios.

4.- La permanencia en prisión de la reclamante desde el 27 de agosto de 2015 hasta la actualidad, más de siete meses privada de libertad, que hacen o han hecho de su vida más agónica si cabe.

5.- La afrontación personal y psicológica de la reclamante ante el regreso a su vida normal, a estar junto a sus hijos, de quienes se encuentra separada hace más de 9 meses, afrontar lo que hizo, moral y socialmente y adaptarse a vivir con ello, es un perjuicio moral de incalculable valoración.

7.- Los perjuicios que se deriven de los anteriores y que surjan a través del tiempo.

Todo lo anterior, entiende esta parte no puede ser tasado por separado ya que constituyen PERJUICIOS MORALES imposibles de valorar por separados, ya que; ¿cómo se tasa o valora, que por no haberle efectuado un médico un buen diagnóstico, y haber tomado la decisión desacertada de enviarle a casa, ella agrediera con un cuchillo a sus menores hijos? ¿También que se agrediera a sí misma muy gravemente?

¿Cómo se valora y tasan 230 días privada de libertad, por hechos que ni siquiera recuerda, y que ya se ha acreditado que era incapaz de comprender el alcance de sus actos?

¿Cómo se valora y tasa pasar de una situación de familia estándar, estructurada a la desestructuración total de la familia? ¿Cómo tasa los daños morales del marido, de sus hijos, ante tal situación?

¿Cómo se valoran las circunstancias psicológicas que tendrá que pasar la reclamante a su regreso a casa, junto a los menores hijos que agredió, y ante la sociedad?, ¿cómo valorar el perjuicio moral que constituye la pérdida de confianza en ti misma, en la profesión que estudiastes y la pérdida de autoestima ante los hechos acontecidos?

Finalmente, a criterio de todos los implicados, prudencialmente, entendemos que debe valorarse la totalidad de los daños sufridos por (...) y su entorno más directo y resarcírsele por dichos daños morales sufridos y que continua sufriendo en la suma de 300.000€ (trescientos mil euros); dicha cantidad deberá ser actualizada a la fecha en la que efectivamente se proceda a indemnizársele».

## IV

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme a los art. 13.3 del RD 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 42 LRJAP-PAC).

## 2. Constan las siguientes actuaciones:

**2.1.** La reclamante en su escrito, que se da por íntegramente reproducido, solicita una indemnización de 300.000 euros por los daños morales causados por la «errónea decisión de alta médica psiquiátrica» el día 23 de junio de 2015 cuando acudió al servicio de urgencias del Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote, llevada por su marido al presentar alteración de su conducta.

Y ello dado que, según refieren, transcurridos veinte minutos después del citado alta, lesiona a sus hijos y se autolesiona.

**2.2.** Con fecha 29 de febrero de 2016 se remitió escrito a la interesada por el que, de conformidad con lo establecido en el art. 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por Ley 4/1999 de 13 enero, se le informa sobre el procedimiento instado, plazo de resolución del mismo y efectos del silencio administrativo, en su caso.

Asimismo se le requiere a los efectos de subsanar y mejorar la solicitud.

Con fecha 26 de mayo de 2016 mediante escrito aporta la documentación requerida, entre otra el poder de representación de (...) de 12 de mayo de 2016 así como copia del Auto de 29 de abril de 2016 del Juzgado de Instrucción número 3 de Arrecife, en el procedimiento ordinario sumario número 2062/2015 por el que se declara procesada a la reclamante y se ratifica la situación de prisión provisional.

**2.3.** Con fecha 16 de junio de 2016 se dictó Resolución por la que se admitió a trámite la reclamación y se suspendió la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial hasta tanto recayese resolución judicial firme. Dicha resolución fue debidamente notificada el 27 de junio de 2016.

**2.4.** Con fecha 28 de marzo la reclamante presenta escrito mediante el que se aporta Sentencia de 22 de febrero de 2017 por la que se absuelve a la reclamante de los delitos por los que había sido imputada, señalando que se acreditó «fehacientemente la causa de eximente de la responsabilidad criminal en el momento de los hechos».

A la vista de lo cual mediante Resolución de 4 de abril de 2017 se dictó Resolución por la que se levantó la suspensión del procedimiento y se solicitaron los informes pertinentes.

El 2 de junio de 2017 se recibe escrito por el que la letrada (...) presenta escritura de poder notarial por el que se persona en el ERP 73/2016, tras haber solicitado la renuncia de la dirección del letrado (...).

**2.5.** El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones fue emitido con fecha 26 de abril de 2018

**2.6.** El 29 de mayo de 2018 fue dictado Acuerdo Probatorio y se practicó la prueba acordada salvo la testifical del Dr. (...) que no pudo llevarse a cabo por encontrarse en situación de incapacidad temporal.

Ultimada la instrucción del procedimiento, con fecha 5 de julio de 2018 se acordó el preceptivo Trámite de Audiencia, notificado mediante correo certificado el 31 del mismo mes y año, y a cuya notificación se le adjuntó relación de documentos obrantes en el expediente administrativo.

La reclamante alegó que la «declaración más importante y esclarecedora para esta parte no se produjo, por lo que se evidencia una clara acción omisiva por parte del Dr. (...) que generó esta inmensa imprudencia y que ha causado un daño irreparable». Reitera la petición de una indemnización de 300.000 euros.

**2.7.** La propuesta de Resolución desestimatoria de las pretensiones de la reclamante fue informada favorablemente por el Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias con fecha 25 de octubre de 2018.

**2.8.** La propuesta de resolución del Secretario General del Servicio Canario de la Salud por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial es de fecha 19 de noviembre de 2018.

## V

**1.** La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- 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 patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño».

Una nutrida jurisprudencia (reiterada en las SSTS -3ª- 29 de enero, 10 de febrero y 9 de marzo de 1998) ha definido los requisitos de éxito de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración en torno a las siguientes proposiciones:

«A) La acreditación de la realidad del resultado dañoso -"en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas"-;

B) La antijuridicidad de la lesión producida por no concurrir en la persona afectada el deber jurídico de soportar el perjuicio patrimonial producido. La antijuridicidad opera como presupuesto de la imputación del daño.

El criterio se recoge, por todas, en la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2000, al interpretar que:

"El título de atribución concurre, así, cuando se aprecia que el sujeto perjudicado no tenía el deber jurídico de soportar el daño [hoy la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común plasma normativamente este requisito al establecer en su artículo 141.1 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 (...)]. Así puede ocurrir, entre otros supuestos, cuando se aprecia que la actividad administrativa genera un riesgo o un sacrificio especial para una persona o un grupo de personas cuyas consecuencias dañosas no deben ser soportadas por los perjudicados, o cuando del ordenamiento se infiere la existencia de un mandato que impone la asunción de las consecuencias perjudiciales o negativas de la actividad realizada por parte de quien la lleva a cabo.".

C) La imputabilidad a la Administración demandada de la actividad causante del daño o perjuicio. Lo que supone la existencia de un nexo de causalidad entre la actividad administrativa y el perjuicio padecido.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo tiene declarado, desde la sentencia de 27 de octubre de 1998 (RJ 1998, 9460) (recurso de apelación núm. 7269/1992), que el examen de la relación de causalidad inherente a todo caso de responsabilidad extracontractual debe tomar en consideración que:

a) Entre las diversas concepciones con arreglo a las cuales la causalidad puede concebirse, se imponen aquellas que explican el daño por la concurrencia objetiva de factores cuya inexistencia, en hipótesis, hubiera evitado aquél.

b) No son admisibles, en consecuencia, otras perspectivas tendentes a asociar el nexo de causalidad con el factor eficiente, preponderante, socialmente adecuado o exclusivo para producir el resultado dañoso, puesto que válidas como son en otros terrenos irían en éste en contra del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

c) La consideración de hechos que puedan determinar la ruptura del nexo de causalidad, a su vez, debe reservarse para aquellos que comportan fuerza mayor única circunstancia admitida por la ley con efecto excluyente, a los cuales importa añadir la intencionalidad de la víctima en la producción o el padecimiento del daño, o la gravísima negligencia de ésta, siempre que estas circunstancias hayan sido determinantes de la existencia de la lesión y de la consiguiente obligación de soportarla.

d) Finalmente, el carácter objetivo de la responsabilidad impone que la prueba de la concurrencia de acontecimientos de fuerza mayor o circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficiente para considerar roto el nexo de causalidad corresponda a la Administración, pues no sería objetiva aquella responsabilidad que exigiese demostrar que la Administración que causó el daño procedió con negligencia, ni aquella cuyo reconocimiento estuviera condicionado a probar que quien padeció el perjuicio actuó con prudencia. El Tribunal Supremo en sentencia de fecha 18 de octubre de 2001 la define la *lex artis* como "la técnica, el procedimiento o el saber de una profesión). Este es un criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico, que toma en consideración tanto las técnicas habituales, la complejidad y las trascendencia vital de la enfermedad, o la patología así como factores exógenos o endógenos propios de la enfermedad.

D) La salvedad exonerante en los supuestos de fuerza mayor. A este efecto, es doctrina jurisprudencial constante la recogida por la Sala Tercera del Tribunal Supremo en la sentencia de 31 de mayo de 1999, la que establece que fuerza mayor y caso fortuito son unidades jurídicas diferentes:

a) En el caso fortuito hay indeterminación e interioridad; indeterminación porque la causa productora del daño es desconocida (o por decirlo con palabras de la doctrina francesa: "falta de servicio que se ignora"); interioridad, además, del evento en relación con la organización en cuyo seno se produjo el daño, y ello porque está directamente conectado al funcionamiento mismo de la organización. En este sentido, entre otras, la STS de 11 de diciembre de 1974: "evento interno intrínseco, inscrito en el funcionamiento de los servicios públicos, producido por la misma naturaleza, por la misma consistencia de sus elementos, con causa desconocida".

b) En la fuerza mayor, en cambio, hay determinación irresistible y exterioridad; indeterminación absolutamente irresistible, en primer lugar, es decir aún en el supuesto de que hubiera podido ser prevista; exterioridad, en segundo lugar, lo que es tanto como decir que la causa productora de la lesión ha de ser ajena al servicio y al riesgo que le es propio. En

este sentido, por ejemplo, la STS de 23 de mayo de 1986: "Aquellos hechos que, aun siendo previsibles, sean, sin embargo, inevitables, insuperables e irresistibles, siempre que la causa que los motive sea extraña e independiente del sujeto obligado". En análogo sentido: STS de 19 de abril de 1997 (apelación 1075/1992).Y

E) La sujeción del ejercicio del derecho al requisito temporal de que la reclamación se cause antes del transcurso del año desde el hecho motivador de la responsabilidad.

Criterios de distribución de la carga de la prueba. Guarda, también, una evidente importancia la identificación de los criterios de aplicación a estos supuestos de los principios generales de distribución de la carga de la prueba. Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio ( RCL 1998, 1741 ) ), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo (...) de Código Civil (LEG 1889, 27), que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho ("semper necesitas probandi incumbit illi qui agit") así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega ("ei incumbit probatio qui dicit non qui negat") y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios ("notoria non egent probatione") y los hechos negativos ("negativa non sunt probanda").En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de setiembre de 1997, 21 de setiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia contencioso-administrativa para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la *lex artis* y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este

criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física. En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la *lex artis*, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la, preparación, y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la *lex artis* se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad. Este límite nos lo proporciona el criterio de la *lex artis*, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico) mientras que en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración. El criterio de la *lex artis* se define como ad hoc, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso. La sentencia del TS de fecha 17 de julio de 2012 establece "El motivo ha de ser igualmente rechazado, pues como señala, entre otras muchas, la sentencia de esta Sala de 9 de diciembre de 2008 (RJ 2009, 67) (recurso de casación núm. 6580/2004), con cita de otras anteriores, «cuando se trata de reclamaciones derivadas de la

actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *Lex Artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, 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».

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

2. La Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante, y lo hace con fundamento en el informe del SIP, concluyendo la adecuación a la *lex artis* de la asistencia prestada a la paciente, y a la doctrina de la «prohibición de regreso», que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o tratamiento diagnóstico o inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por la paciente, o que la valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar.

Reproducimos las conclusiones del informe del SIP:

«1.- A tenor de los síntomas y signos detectados en la paciente en el momento de su asistencia, valoración, exploración y pruebas complementarias en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Arrecife de Lanzarote: Hospital Dr. José Molina Orosa, por el Médico Psiquiatra, y en consonancia con todo ello, se decide un diagnóstico y se pauta el tratamiento a seguir. Entendemos que tal decisión fue la acertada, ajustada a la clínica que presentaba y en función de la sintomatología que refería en el momento de su atención en Urgencias con ausencia de factores condicionantes para ingreso psiquiátrico-hospitalario.

2.- La paciente estuvo en observación en el Servicio de Urgencias del Hospital durante un largo periodo (siete horas y media), y se procedió al Alta con diagnóstico acorde a la sintomatología que presentaba en ese periodo asistencial.

3.- El marido de la paciente admitió los consejos del Médico Psiquiatra y no nos consta que exigiese el ingreso de su esposa. Ya en su domicilio colegimos que existiría un ambiente sosegado hasta el punto de que el marido de la paciente salió a pasear al perro -ello probaría

una bonanza familiar completa (esposa, hijos y madre política)- y, por tanto, no era presumible lo que acontecería poco tiempo después (intento de autolisis y heterolisis).

4.- En el escrito de reclamación se alude a los antecedentes que existen -colegimos que se refiere a antecedentes personales psiquiátricos-. Estos NO fueron referidos ni por la paciente ni tampoco por el marido de ésta, en el Servicio de Urgencias, el día 23 de junio de 2015.

El Informe Médico Forense, de fecha: 01-03-2016, indica nerviosismo, insomnio, llanto fácil, por causas externas tales como: Traslado a otro país, cambio laboral en otro país, estrés, muerte de padre, aprendizaje de otro idioma, problemas de pareja/separación, época de estudios.

Asimismo otro Médico terapeuta del ámbito privado de la Psiquiatría, diagnóstico estrés - a la paciente, en un periodo anterior a los hechos que nos traen cuenta-, por los mismos motivos aludidos en el párrafo anterior, a los que añadiríamos la ansiedad/angustia que le suscitaba la idea de hacer una prueba de conocimiento del idioma para la obtención de un puesto de trabajo que tendría posibilidades de conseguir, en Suiza. Y, sin embargo, no le prescribió psicofármacos.

5.- Por los Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de: Correcta. Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*. Sería fácil con todos los síntomas, signos y datos de un Brote Psicótico, presentados, lograr un diagnóstico de certeza, y únicamente entonces podría afirmarse con rotundidad, qué exploraciones, pruebas complementarias, pautas y acciones deberían de haberse solicitado y realizado. Las decisiones tomadas en Urgencias -en función de la sintomatología disponible de la enfermedad en la paciente- no fueron indicativas de mala praxis.

6.- Estimamos que, para determinar la responsabilidad de la Administración Sanitaria, fuera parte del daño suscitado y nexo de causa entre éste y la atención médica dispensada, debe existir una infracción que pueda demostrarse, del arte adecuado de actuación en los profesionales Médicos denominado: *lex artis*, siendo éste el referente para determinar la actuación correcta de aquéllos.

De tal modo es esto así, que si no es posible asociar al efecto dañoso, una infracción de la *lex artis*, no cabría estimar la reclamación que se promueve.

Consideramos que en modo alguno debe deducirse responsabilidad en la Administración Sanitaria por toda actuación de los servicios asistenciales que tenga relación causal con el

efecto dañoso suscitado. La responsabilidad sólo derivaría de la inadecuada atención y disposición de medios médico-quirúrgicos.

Así pues, si no está presente esa inadecuada atención y disposición de medios, se entiende que el daño ocurrido no resulta antijurídico y por tanto, aquél, no es imputable a la Administración Sanitaria.

Por otra parte, la mera relación causal si la hubiere, entre la atención médica prestada y el resultado adverso, no generaría per se responsabilidad en la Administración, siempre y cuando se hubiesen dispuesto para la atención de la paciente, de los medios que -de modo razonable-, se precisaran para el diagnóstico.

La *lex artis ad hoc* (correcto acto médico ejecutado por el profesional de la Medicina) es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión si no también la infracción de dicha *lex artis*. Se considerará desviación de la ciencia o arte médica, cuando lo sean los protocolos que guían y encauzan la práctica de la Medicina.

7.- La jurisprudencia del Tribunal Supremo y de los Tribunales Superiores de Justicia, nos señala que no por reiterado deja de ser cierto que “(...) a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiario para el paciente (...)” La *lex artis* constituye un principio según el cual la labor médica es una obligación de medios y no de resultados; de manera que la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria únicamente cabe considerar que ha surgido cuando concurre una desviación de los protocolos que rigen la práctica de la Medicina.

8.- Este razonamiento es apropiado, ya que incluso en una buena práctica asistencial, no es posible prever ni prevenir todo efecto nocivo y por ende, la Administración Sanitaria no puede tornarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el intervalo de cualquiera de sus correctas actuaciones. La Medicina se limita, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o sanación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento médico-quirúrgico sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud disipada, se refiere. La salud no es un bien que pueda elegirse o que se conceda mediante solicitud.

9.- No queda resuelto por parte de la señora reclamante, que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma; y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis; antes bien, puede

sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, no debe establecerse responsabilidad patrimonial ya que la existencia de ésta requiere de nexo causal -que entendemos que no existe- entre la atención médica prestada y el resultado adverso; toda vez que para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración Sanitaria, es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende.

10.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados. Así la prestación sanitaria en su constante progreso debe adecuarse paulatinamente al estado del saber actual y aplicar a cada enfermo las renovadas nociones médico-quirúrgicas, no sin los ajustes pertinentes que se acomoden a las peculiaridades de cada persona enferma.

11.- Por todo lo expuesto precedentemente, el Servicio de Inspección Médica y Prestaciones, a la vista de la documentación recabada, luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos advertidos, considera -por conclusión razonada- que no cabe estimar la actuación de los Servicios Asistenciales como la causa del daño reclamado, toda vez que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis ad hoc*, valorando como correcta la actuación dispensada por los Servicios Asistenciales de la Administración Sanitaria y, por ende, carente de antijuridicidad; no hallando nexo de causalidad necesario para la pretensión reclamada, ni proceder anormal alguno por parte del Médico Psiquiatra, en el decurso del proceso asistencial en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Arrecife de Lanzarote: Hospital Dr. José Molina Orosa. No se considera, por conclusión razonada, que la actuación de los servicios asistenciales fuera la causa del daño reclamado.

12.- Por consiguiente, no concurriendo los requisitos determinantes de responsabilidad, el Servicio de Inspección considera inexistente la responsabilidad patrimonial en la Administración Sanitaria».

Resulta importante también referirse al informe del servicio al que se imputa por la reclamante la actuación anormal, firmado por el psiquiatra (...):

«Con motivo del Expediente de Responsabilidad Patrimonial nº 73/16, tramitado a instancias de (...), se solicita, por parte del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, se emita informe en relación a la citada reclamación.

Al efecto, se emite el informe solicitado:

Hechos: el día 24.6.2015 acude a urgencias acompañada por su marido, (...), de 34 años de edad. El motivo de consulta es, según figura en la historia clínica, "alteraciones de

conducta. No responde a órdenes". Esta sintomatología es referida desde ese mismo día, por tanto llevaba algunas horas de evolución.

En la historia clínica de urgencias aparecen reflejados los antecedentes personales médicos preguntados al paciente y la pareja. En este sentido son referidos hipotiroidismo subclínico durante el embarazo, migrañas y piel fototipo 1. No son referidos otros antecedentes orgánicos ni psiquiátricos.

Posteriormente a la fecha de la atención en urgencias se ha podido comprobar que (...) habla sido atendida en consulta de Psicología Clínica por un cuadro de carácter adaptativo en relación a problemática laboral. Ni en ese momento fueron referidos estos antecedentes, ni la historia ha revelado antecedentes psiquiátricos mayores.

Siguiendo las directrices habituales, desde el servicio de urgencias se realiza un descarte de patología orgánica, incluyéndose TAC cráneo, con resultados normales y Electrocardiograma. Se descarta, dentro de las posibilidades que el cuadro por el que (...) acude a urgencias, esto es, mutismo, se debe a una patología neurológica.

Posteriormente se realiza una solicitud de interconsulta a psiquiatría de guardia para valorar el cuadro que en ese momento presentaba (...).

Durante la entrevista con psiquiatría de guardia se realizan los procesos básicos de la entrevista en urgencias:

Durante la entrevista no son referidos antecedentes psiquiátricos.

Se realiza entrevista con la paciente y familiar, realizando la exploración psicopatológica pertinente. Durante dicha entrevista, la clínica que motivó la consulta en urgencias ha desaparecido, ya que la paciente contesta a preguntas y habla con normalidad en todo momento. Así mismo permanece orientada en persona, tiempo y espacio, no refiriendo psicopatología de otra índole. Esto queda confirmado y reflejado en el informe posterior, una vez se hizo efectivo el ingreso en la Unidad de Internamiento Breve, donde se especifica lo siguiente: "En el Servicio de Urgencias no rebeló nada de lo que estaba ocurriendo al psiquiatra de guardia (a quien sí le rebeló sus preocupaciones fue a su marido, según nos comenta la paciente)".

Así mismo no verbaliza ideación suicida o de heteroagresividad en ningún momento, hecho que también ella relata durante el ingreso ("paciente asegura que en este momento no había decidido ni agredir a sus hijos ni intentar suicidarse. Una vez en casa súbitamente decidió matar a sus hijos para evitar que se los quitaran "los místicos"), pues en el momento de la entrevista en el servicio de urgencias no había pensado en realizar los hechos que acontecieron posteriormente.

Son verbalizadas dificultades de carácter socio-familiar que generan un nivel de angustia elevado en la paciente.

Frente a esas consideraciones: falta de antecedentes psiquiátricos, no verbalización de psicopatología de carácter psicótico (alucinaciones, delirios), resolución de la clínica que motiva el cuadro (mutismo), se pacta un alta del servicio de urgencias de acuerdo con la paciente y la familia.

No existían motivos, dados durante la entrevista, transcurriendo ésta con normalidad, y en ausencia de datos clínicos justificativos, para la realización de un ingreso urgente contra la voluntad. Dichos criterios para la realización de un ingreso involuntario vienen establecidos por los artículos 763 y siguientes de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, refiriéndose "a la persona que por razón de trastorno psíquico no esté en condiciones de decidir por sí".

Se diagnostica un cuadro de características conversivas cuya definición es la siguiente: Según el DSM-IV-TR (A.P.A. 2002) los criterios diagnósticos del trastorno de conversión son:

A. Uno o más síntomas o déficit que afectan a la función motora voluntaria o sensorial y que sugieren una condición neurológica u otra condición médica general.

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o déficit debido a que el inicio o exacerbación de ambos está precedido por conflictos y otros estresores.

C. El síntoma o déficit no se produce intencionalmente ni de manera fingida (como en el trastorno facticio o en la simulación).

D. Tras el examen clínico apropiado, el síntoma o déficit no puede ser explicado completamente por una condición médica general, por los efectos directos de una sustancia o por una conducta o experiencia culturalmente normales.

E. El síntoma o déficit origina malestar o deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento del sujeto, requieren atención médica.

F. El síntoma o déficit no se limita al dolor o a una disfunción sexual, no acontece exclusivamente durante el curso del trastorno por somatización y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Esta definición se ajusta a la clínica y evolución que presentaba (...), para la cual se hicieron los exámenes médicos pertinentes, incluidos la realización de TAC craneal, con el consiguiente descarte de patología orgánica. Así mismo fue referido por la propia paciente situaciones estresantes como causales de la clínica, causas propias de un cuadro de características conversivas. Durante la entrevista con psiquiatría de guardia esta clínica (mutismo) había desaparecido. Este término de crisis conversiva es para muchos autores, sinónimo de histeria de conversión, el cual se ajusta al diagnóstico final de urgencias. El proceder en un caso de trastorno de conversión, es en primer lugar el descarte de patología orgánica, acto realizado por el servicio de urgencias, y posteriormente una valoración con

psiquiatría. En cuanto al tratamiento recomendado para estos casos es el uso de psicofármacos a corto plazo y la psicoterapia. (Psiquiatría Clínica. Kaplan y Saddock).

Ambos tratamientos fueron pautados desde el servicio de urgencias, como queda reflejado en dicho informe.

Asimismo, las situaciones de violencia nunca pueden predecirse al completo. Existen determinados factores de riesgo para poder prever, nunca con una seguridad plena, pues la conducta humana, no es predecible siempre, las conductas de heteroagresividad y de suicidio. De estas características la más importante es la presencia de conducta de heteroagresividad o suicidas previas. Entre otros factores que fueron explorados, con resultados negativos durante la entrevista, predictores de conducta violenta, son referidos en la bibliografía:

1. Actos de violencia muy recientes.
2. Amenazas verbales o físicas.
3. Portación de armas
4. Agitación psicomotora progresiva
5. Intoxicación por alcohol o drogas.
6. Patología cerebral (...) (Psiquiatría Clínica. Kaplan y Saddock).

En el caso de (...) no fueron referidos, ni se encontraba en su historia antecedentes de este tipo de conductas. Así mismo durante su estancia en el servicio de urgencias de aproximadamente 7 horas, tampoco aparecieron conductas de heteroagresividad o autoagresividad que motivaran ningún tipo de contención física, farmacológica o verbal.

El protocolo al que se refiere (...) no es, bajo nuestro conocimiento un protocolo establecido por el Servicio Canario de Salud.

De cualquier forma y desgranando los puntos presentados en la reclamación realizada :  
Puntos a considerar en la exploración:

- 1.- Aspecto general, apariencia y lenguaje. Actitud ante la entrevista.

La entrevista fue realizada en condiciones habituales, sin necesidad de dispositivos extraordinarios [seguridad, personal celador, (...)]. La paciente presentaba un aspecto normal y contestó a las preguntas formuladas con normalidad.

- 2.- Signos premonitorios de violencia o agresividad (auto o hetero).

No existían durante su estancia en urgencias signos premonitorios de violencia, ni fueron referidos en la entrevista, como quedó indicado por la paciente en posteriores entrevistas y refleja el informe posterior. Así mismo queda explicado más arriba que no presentaba dichos signos de violencia inmediata durante la entrevista.

### 3.- Motivo de la consulta y quien la solicita. Historia de la enfermedad actual.

Queda reflejado en la historia el motivo de consulta. (...) dejó de hablar en las horas previas y por dicho motivo, acudió a urgencias con su familia.

### 4.-Criterio de la realidad y juicio. Versión del paciente de su presencia. Interpretación de las cosas.

Durante la entrevista fueron verbalizadas dificultades socio familiares, tanto por la paciente como por el familiar, sin verbalizar en ningún momento sintomatología psicótica como (...) confirma en posteriores entrevistas, lo cual queda reflejado en informes posteriores. Así mismo no existen pruebas complementarias médicas [TAC, controles analíticos, (...)] que permitan dilucidar la presencia o ausencia de síntomas psicóticos. Es durante la entrevista donde éstos pueden manifestarse. Es por ello importante la presencia de antecedentes personales de sintomatología psicótica. Éstos no existían.

### 5.-Nivel de orientación, atención y vigilia.

La paciente se encuentra plenamente orientada en persona [sabe quién es, quién la acompaña, (...)], lugar [conoce a las personas con las que interactúa en urgencias, así como el lugar donde se encontraba, (...)] y en tiempo (establece relaciones temporales acerca del inicio y motivos de la sintomatología, el mutismo).

### 6.-Ideación delirante y alucinaciones.

No son verbalizados este tipo de síntomas por (...) hasta su ingreso posterior cuando las relata al personal de la Unidad de Internamiento Breve, no pudiendo por tanto conocerse previamente. Así mismo tampoco existían signos indirectos de la presencia de dichos síntomas [desorientación, contacto psicótico, (...)].

### 7.- Estado afectivo [depresión, ansiedad, pánico, euforia, indiferencia (...)].

Se explora dicho estado durante la entrevista. Son relatados síntomas de la esfera ansiosa en relaciones a las situaciones socio-familiares.

### 8.- Antecedentes médicos y psiquiátricos [ingresos, tratamientos (...)]. Son preguntados en las entrevistas y reflejados en el informe.

### 9.-Antecedentes familiares.

Son preguntados en las entrevistas en urgencias y reflejados en el informe.

### 10.-Historia anterior y evaluación actual de consumo:

No son verbalizados por (...) o su familia. Durante la entrevista no se encuentra signos de intoxicación.

Factores orgánicos que concurren. Se realiza TAC y ECG para descarte de patología orgánica. Riesgos de agresividad (auto y/o hetero).

No presenta dichos síntomas durante la totalidad de su estancia en urgencias, ni son relatados por (...) o su familia antecedentes en este sentido.

Predominio de síntomas.

La sintomatología de conducta mutista desaparece durante su estancia en urgencias, no verbalizándose otra psicopatología excepto las dificultades relacionadas con estresores socio-familiares. Por tanto el predominio de los síntomas en ese momento concuerda con un trastorno de características conversivas.

Plan de actuación: Una vez evaluado al paciente debemos decidir su tratamiento y su traslado si lo necesita, y en ese caso, decidir a donde va a ser trasladado , manteniendo siempre unos criterios de ingreso, los cuales serán:

Se realiza plan de actuación que incluye la pauta de un tratamiento y derivación, con carácter preferente, a consultas de Psiquiatría y Psicología en Unidad de Salud Mental, según queda reflejado en el informe».

Los antecedentes del informe clínico de Urgencias, y el informe realizado a las 20:49 horas por el Servicio de Urgencias, ponen de relieve circunstancias que podían hacer prever que la paciente estaba sufriendo una crisis psicótica, que se niegan en el informe del Servicio de Psiquiatría, por el sólo hecho de no reflejarse en la entrevista con el psiquiatra, cuando ya constaba en los informes realizados por los servicios médicos durante la estancia en Urgencias aquel día. En la historia de tal informe se habla de una alteración de conducta, hace unos días y que ese día se agudizó al no responder a estímulos y mantenerse con la cabeza hacia abajo. El esposo refiere conductas inadecuadas desde hace un año, pero desde una semana atrás comienza a decirle que el dolor de espalda que tiene el esposo se debe a un cuchillo que le han clavado o le van a clavar en la espalda y que el esposo tiene dentro de él un fallecido y otras ideas parecidas. La paciente no coopera y tiene fibrilación palpebral. No fiebre y según el esposo ha estado sobrecargada y estresada. El esposo manifiesta que la esposa está como «en trance». La paciente está en observación en el hospital largas horas durante las cuales permanece inmóvil, sin responder a estímulos. Sobre las 23:30 la ve el psiquiatra, y tras una conversación en la que se muestra poco cooperadora, diagnostica cuadro transitorio de conversión, pero aprecia mejoría y le da el alta psiquiátrica. No considera necesario tratamiento farmacológico y le receta un ansiolítico durante dos semanas, recomendando acudir a USM Valterra, pidiendo cita preferente de psicología y psiquiatría.

Aproximadamente media hora después del alta médica la reclamante atenta contra la vida de sus hijos y la suya propia, constando informe clínico de hospitalización, donde se hace constar que padece un trastorno psicótico.

En la página 41 del expediente administrativo figura un informe del año 2011 de la Unidad de Salud Mental de Valterra, del Servicio Canario de la Salud, en la que consta un trastorno adaptativo mixto ansioso depresivo.

En el informe clínico de alta del Servicio de Psiquiatría de fecha 24-08-2015, se dan más detalle de lo ocurrido la noche de los hechos:

«La paciente y su esposo habían decidido de común acuerdo hace unos 2 o 3 años trasladar su residencia a Suiza (país del que es natural su esposo). La relación de pareja se ha ido deteriorando progresivamente. En los últimos meses tanto la paciente como su esposo plantearon en varias ocasiones la posibilidad de un divorcio. En este contexto, y anticipando un divorcio en Suiza que pudiera suponer la pérdida de sus hijos, la paciente comenzó a sentirse cada vez más angustiada. Buscó asesoramiento en distintos ámbitos, incluyendo el Área de la Mujer de la Consejería de Servicios Sociales del Cabildo Insular. También contactó con una terapeuta a nivel privado que le dio ciertas indicaciones, entre ellas que hiciera un árbol genealógico de su familia y de la de su esposo.

La paciente explica que en las 4-6 semanas previas al ingreso comienza a sentirse además de progresivamente angustiada, cambiada, diferente, extraña. Por una parte explica que se obsesionó con la confección de los árboles genealógicos (búsqueda de información, recuperación de objetos antiguos, creencias extrañas respecto a los mismos y su significado). Por otra parte, empezó a sentir que tenía una intuición que le permitía adivinar cosas y ver significados ocultos a los demás (de manera que adquiría cada vez mayor capacidad para relacionar eventos o situaciones, y para adelantar acontecimientos).

El día 22 (el anterior a los hechos) visitó a la persona que iba a quedar a cargo de la venta de su casa [cuyo nombre de pila es (...)], en compañía de su marido. Es una persona con la que tenían una cierta relación previa. En la visita a su casa les enseñó una pirámide que contiene las cenizas de su madre, así como diferentes elementos esotéricos. La paciente en esa visita estructuró su delirio: "comprendió" que esa persona "es un judío", que no era honesto con ellos y que quería quitarles a su hijo ("(...) (...) como (...), que además nació un 24 de diciembre") para que se prolongue su estirpe ("porque su mujer no es judía y no puede transmitirla").

El día 23 explica que estaba muy receptiva a su entorno, se sentía observada, todo el mundo hablaba de ella, pasaban muchas cosas extrañas a su alrededor. Todo el mundo la miraba, la interpelaba por su nombre, le decía cosas, la vigilaba. Se sucedían las "coincidencias". Se encontró con varias personas, encuentros a los que dio un significado delirante. (...) y su hija fueron a visitarles a su casa por la mañana pero ella no les dejó

entrar. A mediodía, muy cansada e impresionada por la magnitud de las experiencias vividas, comprendió que ese día (esa noche) ha sido escogido para su muerte por "(...) y su grupo", a los que se refiere como "los místicos". Por ese motivo decidió no volver a hablar para no ponérselo fácil", "cada vez que hablaba o incluso que levantaba el brazo provocaba que pasaran cosas"). En este contexto es llevada al Servicio de Urgencias por su familia. En el Servicio de Urgencias no rebeló nada de lo que estaba ocurriendo al psiquiatra de guardia (a quien sí le rebeló sus preocupaciones fue a su marido, según nos comenta la paciente). Al ser consciente de que no había podido permanecer en todo momento inmóvil y en silencio, escenificó su mejoría para obtener el alta médica. Debía ir a su casa para proteger a sus hijos. La paciente asegura que en este momento no había decidido ni agredir a sus hijos ni intentar suicidarse. Una vez en casa súbitamente decidió matar a sus hijos para evitar que se los quitaran "los místicos". Posteriormente, consciente de lo que había hecho, intentó suicidarse. El detonante de estos hechos podría ser que oyó a (...) saludar a su marido en la puerta de la casa (a su llegada del hospital su marido salió un momento y coincidió con (...), que pasaba por delante de su casa), pero la paciente no lo recuerda con claridad.

#### EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:

Evolución: desde su ingreso hemos realizado un abordaje farmacológico y psicoterapéutico del caso. A nivel psicopatológico la evolución ha sido favorable: ha desaparecido por completo la sintomatología psicótica y la paciente ha adquirido una adecuada capacidad de introspección, habiéndose intentado el trabajo sobre dos aspectos: la integración de la experiencia psicótica en la propia biografía y el reinicio del contacto con su familia».

En la página 273 del expediente administrativo, en el informe de Urgencias del día 23/06/2015, a las 20:49 consta igualmente:

«Paciente mujer de 34 años de edad, en el servicio desde hace unas cuatro horas, AP: hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 50 mcg/24 h, migraña. Nódulo mamario de aspecto benigno en seguimiento. No conocemos antecedentes psiquiátricos aunque consta visita a USM hasta en dos ocasiones en el año 2012.

Traída por su marido por desconexión del medio, aparentemente la paciente estaba con su marido en el coche y tras abandonar éste el vehículo unos veinte minutos objetiva al volver que la paciente se ha bajado del mismo y está sentada en la vía pública, mostrando disminución del nivel de conciencia, desconexión absoluta del medio y arreactividad a estímulos. Según comenta familiar la paciente ha presentado comportamientos extraños durante el último año, que se han exacerbado durante la última semana en relación a situación estresante. Además su marido ha objetivado comentarios extravagantes, dudosas alucinaciones audiovisuales. Aparentemente no hay datos que sugieran ingesta medicamentosa o de tóxicos.

(...) .Impresiona de trastorno conversivo. Pendiente de valoración por psiquiatra».

En el informe médico forense (página 66 y siguientes del expediente administrativo) consta que la entrevista con el médico psiquiatra duró 15 o 20 minutos. Que en ella la paciente apenas contó nada al médico y que el marido le insistió que contará todo al psiquiatra. El médico le dio el alta a las 00:37 horas del día 24-06-2015.

Reproducimos parte de su contenido:

«Se trata de una mujer adulta joven investigada por lesionar con arma blanca a sus dos hijos y seguidamente autolesionarse. La investigación policial contenida en el procedimiento no aporta ningún dato que sugiera planificación de los hechos, ni se sospecha motivación alguna, ya sea económica, por problemas familiares o de otra índole.

En cuanto a la patobiografía de la informada, de las entrevistas realizadas y la documentación aportada no podemos concluir existiera algún condicionante anormal en el desarrollo de su personalidad. No consta en el historial aportado ningún episodio psiquiátrico mayor ni seguimiento por especialista. La informada refiere como único antecedente de interés, a lo largo de su vida, varios episodios de "nerviosismo" con insomnio, ansiedad y llanto fácil, pero que relaciona con eventos de estrés objetivo (fallecimiento de su padre, traslado a otro país, épocas de presión por estudios, etc.) y de forma aislada, en dos de ellos, refiere que se sentía "observada", desconociéndose otras características de estas vivencias.

Centrándonos en el objeto de la pericia, entendemos que, según lo referido por la informada y su esposo, durante las semanas previas a los hechos que motivan estas diligencias, (...) padecía una situación compatible con el inicio de una descompensación psicótica, ya que refieren en esos días un cuadro caracterizado por insomnio, preocupación excesiva por ideas extrañas, cambio de conducta con mayor irascibilidad e incluso momentos de agresividad y desarrollo de ciertas capacidades que le permitían relacionar sucesos. Finalmente, el día de los hechos, presenta un pensamiento patológico con ideas irreductibles al razonamiento lógico, que entendemos claramente delirantes [centrado en (...) y su grupo místico", que le observaban en todo momento, que querían "la sangre de su marido", para perpetuar "su estirpe"], completamente estructurado, manifestado con discurso incoherente y comportamiento desorganizado, que finalmente llega a catatónico con inmovilidad motora absoluta ("porque si hablaba, movía algo, incluso abría los párpados podría provocar que pasara algo malo"), todo ello de forma tan evidente que su familia decide el traslado rápido a urgencias hospitalarias, donde ingresa a las 16:44 h del día 23/6/2015. Una vez allí, (...) permanece en ese estado de mutismo acinético durante varias horas, del que sale brevemente manifestando a su marido alucinaciones sensorio-perceptivas (refiere que habló con su padre fallecido que estaba en el box de urgencia al lado de ella y se despidió de su familia). Así las cosas, el facultativo médico de urgencias realiza varias pruebas, descartando patología orgánica y solicitando interconsulta con psiquiatría, entrevista que se realiza

finalmente, según refiere el marido de la informada aproximadamente a las 23:30h de ese día, siendo dada de Alta a las 00:37 del día 24/6/2015. Durante el trayecto en coche hasta la casa, el marido de la informada refiere que (...) lee el informe de Alta y en varias ocasiones se lleva un dedo a la boca y le dice "ssssshh". Al llegar a su casa se produce la hetera y autoagresión que motiva estas diligencias, hechos que (...) hasta el momento de la última entrevista realizada recuerda escasamente, refiriendo como desencadenante que oyó la voz de (...) y comprendió, en relación a la idea delirante que llevaba días construyendo, que venía a secuestrar a su hijo, no recordando (excepto "ver sangre en los niños" y "cortarse y no sentir dolor") nada del momento exacto de la agresión. Esta amnesia localizada y parcialmente selectiva es incompatible con un olvido ordinario o voluntario, entendiéndose es consecuencia directa de la naturaleza traumática de la experiencia vivida y constituye una amnesia disociativa.

Así las cosas, en la madrugada del 24/6/2015 (...), reingresa en el hospital donde permanece en la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría hasta el día 27/8/2015, siendo dada de Alta con el diagnóstico de Trastorno Psicótico Agudo con predominio de ideas Delirantes (CIE-X).

Por todo lo anterior, teniendo en cuenta la perspectiva del seguimiento realizado a la informada durante este tiempo, entendemos que el día de los hechos (...) presentaba un cuadro caracterizado por una gran confusión, agitación emocional y una importante disfunción cognitiva provocada por la existencia de un Delirio (creencia firme e irreductible al razonamiento lógico de una idea) de características extravagantes, claramente inverosímiles e incomprensibles, que condicionaban durante el desarrollo de los hechos que se le imputan, una merma completa en la comprensión, en su naturaleza y consecuencias, de los actos realizados a consecuencia de esas ideas Delirantes, que provocaban una ausencia total en su capacidad de juicio y comprensión de la realidad en esos momentos.

Durante el seguimiento realizado pudimos apreciar la desaparición de esa sintomatología psicótica, entendiéndose que este episodio tuvo una duración menor de 1 mes, ya que durante la entrevista realizada en la UIB con fecha 20/7/2015 no se evidenció pensamiento patológico o desorganizado, ni alteraciones en la comunicación ni alucinaciones. No hemos apreciado existan indicios que nos sugiera simulación, ni pruebas de que los síntomas descritos se produjeran intencionadamente, así como tras la última entrevista entendemos que la vida psíquica de la informada ha retornado de forma completa al nivel de funcionamiento previo, por lo que en su conjunto, desde un punto de vista categorial, entendemos que el cuadro padecido es compatible con un Trastorno Psicótico Breve (DSM-V).

Finalmente, debemos puntualizar que atendiendo a la gravedad del trastorno mental padecido por sí mismo, así como a la magnitud de la violencia hetera y autoinflingida evidenciada durante el acmé del cuadro, consideramos necesario se lleve a cabo un

seguimiento obligatorio por personal médico especializado, que deberá determinar la periodicidad del mismo y la conducta terapéutica a seguir. En este sentido, informamos que el trastorno padecido, entre sus características generales, presenta un pronóstico para la mayoría de individuos muy favorable en cuanto a su funcionalidad social y sintomatológica, pero se describen altas tasas de recaídas, con la característica esencial de tener un inicio brusco de los síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado) o comportamiento psicomotor anómalo, entendiéndose por brusco un cambio de estado no psicótico a otro claramente psicótico dentro de un periodo menor de 2 semanas, situación que entendemos supera las posibilidades del control ambulatorio (en los 6 meses que lleva en prisión la informada ha mantenido control psiquiátrico en 2 ocasiones, sin seguimiento psicológico especializado) por lo que sugerimos se establezca una medida de seguridad para ella consigo misma como para ella con su entorno que tenga en cuenta estas características. Finalmente, informamos que eventos vitales estresantes pueden ser el detonante de este tipo de episodios psicóticos lo que entendemos es un condicionante para su vida familiar, social y profesional.

#### 7.- CONCLUSIONES MÉDICO LEGALES.

Primera.- Que tras los reconocimientos practicados entendemos que (...), durante el desarrollo de los hechos que se le imputan presentaba un cuadro caracterizado por una gran confusión, agitación emocional y una importante disfunción cognitiva provocada por la existencia de un Delirio que condicionaba sus actos, ocasionando una merma completa en la comprensión, en su naturaleza y consecuencias, de los hechos que se le imputan, con ausencia total en su capacidad de juicio en esos momentos.

Segunda.- Que entendiendo que la gravedad del trastorno mental padecido por sí mismo y dada la magnitud de la violencia hetera y autoinflingida evidenciada durante el acmé del cuadro, requiere el seguimiento obligatorio por personal médico especializado. En este sentido, informamos que del trastorno padecido se describe en altas tasas de recaídas, con la característica esencial de tener un inicio brusco de los síntomas psicóticos (cambio de estado no psicótico a otro claramente psicótico dentro de un periodo menor de 2 semanas, situación que entendemos supera las posibilidades de un control ambulatorio.

Tercero. Que eventos vitales estresantes pueden ser el detonante de este tipo de episodios psicóticos situaciones que entendemos como condicionantes para su vida familiar, social y profesional».

En la sentencia de la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Las Palmas de Gran Canaria de fecha 22 de febrero de 2017 (página 102 del expediente administrativo) constan como hechos probados:

«Que el día 23 de junio de 2015, la acusada, (...), nacida el día 31 de octubre de 1980, con DNI (...), sin antecedentes penales, en prisión provisional por esta causa desde el 29 de

julio de 2015, tras haber estado en observación por motivos psiquiátricos en Urgencias del Hospital de Lanzarote durante siete horas, y siéndole otorgado el alta sobre las 00:30, sobre la 01:30 de la madrugada del día 24 de junio, hallándose en su domicilio familiar sito en la calle (...) junto a sus dos hijos menores de edad (...), de 5 años de edad, y (...), de 3 años de edad, en el dormitorio donde se hallaban los mismos utilizando un cuchillo de cocina de unos 17 cm. les asestó varias puñaladas en el cuello y en los brazos en el caso de (...) y en el cuello y en el pecho, en el caso de (...), mientras gritaba "hay que acabar con él, es el diablo, hay que matarlo", intentando por ende acabar con la vida de ambos sin conseguir su propósito. Posteriormente, la acusada se asestó a si misma varias puñaladas con el mismo cuchillo en varias partes de su cuerpo y se postró en la cama aferrándose a una imagen de acero de una virgen que apretó fuertemente contra su pecho, permaneciendo así varios minutos, hasta la llegada de los agentes de la Guardia Civil. En la planta alta del domicilio también se encontraba la madre de (...) abuela de los menores que tras oír ruidos bajó a la habitación, descubrió a (...) portando el cuchillo y procedió a auxiliar a los menores, sacando primero a (...) de la habitación y tras entrar nuevamente a la habitación, sacando de la misma a la pequeña (...).

Con su acción la acusada le ocasionó a (...) heridas incisas a ambos lados del cuello superficiales, una herida de aproximadamente 2 centímetros y medio en cara lateral del brazo izquierdo, dos heridas centimétricas en zona dorsal izquierda; que requirieron para su sanidad además de una primera asistencia facultativa y tratamiento médico-quirúrgico provocándole secuelas consideradas como un perjuicio estético ligero moderado consistentes en una serie de cicatrices lineales en cuello y brazos.

De igual modo con su acción la acusada le ocasionó a (...) una herida inciso contusa de unos 10 centímetros de longitud en cara anterior de cuello, una herida inciso contusa redondeada en hemitórax izquierdo de 1,5 centímetros de diámetro y múltiples heridas incisas contusas en dedos de ambas manos; que requirieron para su sanidad además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico-quirúrgico; así como secuelas consideradas como un perjuicio estético ligero, consistentes en una serie de cicatrices lineales, en cuello y pecho.

En el momento de producirse los hechos, la acusada tenía completamente absolutamente anuladas sus capacidades volitivas e intelectivas, sus facultades de entender, querer y obrar respecto a los hechos más arriba reseñados, al padecer un brote psicótico concretado en un delirio que condicionaba sus actos y que le provocó la ausencia absoluta de juicio».

Al final del fundamento de derecho primero, se indica que los hechos ocurren de manera inmediata al alta médica dada a las 00:37 del día 24 de junio de 2015.

El FD quinto (párrafo tercero) de la referida sentencia señala que media hora antes de la agresión cometida, (...) fue valorada por el psiquiatra de guardia

otorgándole éste el alta y en aquel momento ya existía una situación de descompensación que no fue advertida.

El psicólogo (...) considera altamente improbable la recaída.

Por todo ello, se absuelve a (...) de dos delitos de homicidio en grado de tentativa concurriendo la agravante de parentesco, quedando sujeta, durante el plazo máximo de quince años, a la medida de seguridad consistente en internamiento en centro psiquiátrico penitenciario.

La sentencia del Tribunal Supremo n.º 276/2018, de 8 de junio, estima parcialmente el recurso de casación formulado por (...), contra la sentencia de la Sección 6ª de la Audiencia Provincial de Las Palmas de fecha 22 de febrero de 2017, en el sentido de establecer que la duración máxima de la medida de internamiento será de diez años.

De la valoración conjunta de la prueba que consta en el expediente administrativo podemos concluir que no compartimos las conclusiones de la PR.

Consideramos que hay datos que el informe del Servicio de Psiquiatría y el informe del SIP no toman en cuenta:

- Los antecedentes referidos por la paciente y sus familiares en los Servicios de Urgencias, en los que ponen de manifiesto conductas extrañas desde hace un año, agravadas en las dos últimas semanas, con declaraciones extravagantes, delirios y alucinaciones. Se dice en el Informe del Servicio de Psiquiatría que no constan estas cuestiones en la entrevista con la paciente, pero son ampliamente reflejados en todos los informes del Servicio de Urgencias.

- Bloqueo y mutismo el día de los hechos, durante largas horas.

- El Informe del Servicio de Psiquiatría, en los casos de trastorno de conversión, establece que el tratamiento recomendado es psicofármacos a corto plazo y psicoterapia. Sin embargo, en el informe de urgencias el psiquiatra, aunque diagnostica trastorno de conversión, no propone tratamiento farmacológico y solo propone un ansiolítico durante dos semanas. Luego, detectamos una contradicción entre el tratamiento recomendado en estos casos para esta patología (psicofármacos y psicoterapia) y el tratamiento pautado a la paciente (un ansiolítico).

- El informe forense y las sentencias del orden jurisdiccional penal aprecian que cuando el psiquiatra da el alta médica ya existía una situación de descompensación que no fue advertida.

- Los hechos atentatorios contra la vida de los hijos de la reclamante y contra ella misma, ocurren de manera inmediata al alta médica del Servicio de Urgencias, lo que permite presumir que el alta fue dada en pleno brote psicótico.

- Frente a la evolución que llevaba la paciente durante las dos últimas semanas, y los graves síntomas que tuvo el día de los hechos (delirios, alucinaciones, mutismo), se da relevancia a una breve mejoría de un sólo síntoma que tuvo ese día (el mutismo), sin tener en cuenta los delirios y las alucinaciones que constan en los informes previos de urgencias.

- Las sentencias del orden penal aprecian una eximente completa de responsabilidad criminal en la acusada, ordenando una medida de seguridad consistente en el ingreso en un centro psiquiátrico penitenciario por el plazo máximo de diez años. Consideran que en el momento de cometer los hechos tenía totalmente anuladas sus facultades mentales.

- Una vez que se instaura tratamiento con psicofármacos y psicoterapia la evolución de la paciente es favorable hasta el punto de desaparecer por completo la sintomatología psicótica. Se trata de un episodio psicótico breve.

**3.** A la vista de cuanto se ha expuesto, se considera que una más prudente actuación de los servicios médicos podía haber evitado los hechos ocurridos el 24 de junio de 2015 de haber tenido el tratamiento adecuado a la patología que padecía, teniendo en cuenta que se trató de un trastorno psicótico breve.

El Servicio de Urgencias efectuó las pruebas que consideró necesarias para descartar un origen de la situación clínica distinto del de carácter psicótico, y ante la sospecha fundada de tal etiología decidió correctamente someter su comprobación, estudio y diagnóstico al médico especialista, el psiquiatra de guardia en aquel momento. De este facultativo cabía pues esperar, en ejercicio precisamente de su particular experticia, un análisis detallado de los síntomas que hallare y de los descritos en el informe del Servicio de Urgencias, que estaría a su alcance, aplicando un método de estudio acorde con la buena práctica de su especialidad (Protocolo recomendado por el Ministerio de Sanidad para la atención de pacientes en servicios de urgencia en hospitales). No procedió así, omitiendo la diligencia debida, y faltando en consecuencia a la *lex artis ad hoc*, que le obligaba a estudiar el caso concreto ante la abundancia de los síntomas manifestados antes de la llegada al hospital (y descritos por su esposo) y a lo largo de su estancia en el mismo.

A partir de una brevísima conversación con la enferma (el informe forense indica una duración de quince a veinte minutos), diagnostica un cuadro transitorio de conversión, para el que procede prescribir remedios farmacológicos, que el psiquiatra omite, aplicando sólo uso ansiolíticos, y sin acordar las medidas de seguridad y preventivas adecuadas.

Esta forma de proceder del facultativo incurre en una clara violación de la *lex artis ad hoc*, de lo que deriva la existencia de nexo causal entre la omisión del facultativo y los gravísimos daños subsiguientes. De ello resulta la imputación al Servicio Canario de la Salud CS de la responsabilidad derivada, y la obligación de éste de resarcir de aquellos daños a la reclamante.

Por lo demás, esta deficiente práctica médica también supuso para la enferma la privación de la prestación del servicio sanitario adecuado a su situación; ello habría contribuido además a evitar la producción de los dramáticos hechos que siguieron al alta indebida.

4. En cuanto a la cuantía de la reclamación deberá reconocerse el 100% de la cantidad que resulte de un informe de valoración del daño a realizar por los servicios correspondientes del Servicio Canario de la Salud.

A la cantidad total resultante en concepto de indemnización, se le ha de añadir, por mandato del art. 141.3 de la LRJAP-PAC, la actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo al índice de precios al consumo fijado por el Instituto Nacional de Estadística y los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley General Presupuestaria.

## C O N C L U S I Ó N

La propuesta de resolución no es conforme a Derecho, debiendo estimarse la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...).